

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00540 vom 9. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00540

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00540 du 9 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00540 del 9 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , er halten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hin weis).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer

wesentlichen Änderung hin sichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 1.4

Am

E. 2

3. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung:
1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 8. Juli 2019 (Urk. 2) damit, dass

es eine erhebliche und langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgewiesen sei. Das eingeholte Gutachten erfülle die formalen Aspekte. Aus rechtlicher Sicht habe kein stimmiges Gesamtbild für ein IV-relevantes Leiden aufgezeigt werden können. Der Schweregrad des psychischen Leidens sei aufgrund weniger objektiver Befunde nicht nachvollziehbar. Die therapeutischen Optionen seien nicht ausgeschöpft. In allen Fachdisziplinen des Gutachtens lägen Hinweise auf Diskrepanzen, Symptomverdeutlichung bis hin zu Aggravation und Selbstlimitierung wie auch erlernte Hilflosigkeit vor. Zudem beständen viele psychosoziale Belastungsfaktoren, die für die Symptomatik auslösend gewesen seien. Ein ausgeprägter Leidensdruck sei

nicht nachvollziehbar, weshalb es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Bei den zusätzlich eingereichten Berichten handle es sich um eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Gesundheitszustandes. Es bestehe deshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S.

1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), gemäss dem eingeholten Gutachten sei er zu 40 % arbeitsunfähig und habe damit Anspruch auf eine Viertelsrente. Ihm gehe es gesundheitlich ganz schlecht, so würden etwa die schweren, seit Jahren behandelten Depressionen immer schlimmer. Auf das Gutachten könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht vollumfänglich abgestellt werden. Die Ärzte des Zentrums B.____ hätten festgestellt, dass er nicht arbeitsfähig sei (S. 2-4). 3. 3.1

Die behandelnden Fachpersonen des Zentrums A.____ hielten in ihrem Bericht vom 26. Oktober 2017 (Urk. 10/112/6-9) zu Händen der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 1): - schwere depressive Episode - Status nach Unfall am 23. September 2010 (seitlicher Aufprall eines anderen Autos, Überschlag, keine Bewusstlosigkeit, Thoraxschmerzen, C.____, keine Frakturen)

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - Tinnitus - Vitiligo

Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer werde von ihnen seit 2012 ambulant behandelt, die letzte Kontrolle habe vor rund einem Monat stattgefunden (S. 1). Aufgrund seiner eingeschränkten kognitiven Leistungen und fehlender Belastbarkeit könne er sich nicht konzentrieren, verliere sofort den Überblick, könne seine Arbeitsaufgaben nicht planen, das Arbeitstempo sei stark reduziert, er sei schnell erschöpft und vergesse schnell Details.

Angehts des protrahierten Verlaufs so wie des Alters des (38-jährigen)

Beschwerdeführers werde er vermutlich kaum mehr im Stande sein, seine bisherige Arbeit auszuüben. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (S. 3-4). 3. 2

Dr. D.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. E.____, FMH Neurologie, Dr. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. G.____, FMH Orthopädie, vom Z.____ stellten in ihrem Gutachten vom 27. September

2018 (Urk.

10/142) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

): - Vitiligo - leichte Adipositas - Tinnitus - Verdacht auf Sulcus

ulnaris-Syndrom linksseitig - chronisches cervicocephales - und linksbetontes brachiales Schmerzsyndrom mit/bei - Status nach HWS Distorsion QTF1 23. September 2010 - keine Neurokompression/Myelopathie (MRI HWS vom 07/16) - geringgradige degenerative Veränderungen - keine neurologischen Ausfälle

Dazu führten sie aus, aus internistischer Sicht falle vor allem eine Vitiligo auf. Diese habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es sei nach einem Antikörper-Syndrom (Polyglanduläres

Distress Syndrom) gesucht worden, das jedoch nicht nachgewiesen werden können. Ausserdem besthe

eine leichte Adipositas. Ein angegebener Tinnitus habe anlässlich der Untersuchung nicht verifiziert werden können, sei jedoch nicht ausschlaggebend für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Bei der Untersuchung seien mannigfaltig Zeichen einer

Symptomverdeutlichung bis hin zur Aggravation auf gefallen (S. 3).

Aus orthopädischer

Sicht habe der Beschwerdeführer am 23. September

2010 anlässlich eines Autounfalles eine leichte HWS-Distorsion QTF1 ohne Bewusstlosigkeit und ohne Amnesie, ohne Angst-

oder Schreckreaktion mit multiplen Kontusionen sowie oberflächlicher Schürfung der Hand links erlitten. Es sei ein ausserordentlich protrahierter Verlauf mit Entwicklung intermittierender chronischer Nackenschmerzen sowie eines Ganzkörperschmerzes gefolgt. Diese seien durch die Rehaklinik H.____ auf einen maladaptiven Umgang mit den Beschwerden bei erheblicher Symptomausweitung zurückgeführt worden. Klinisch finde sich eine deutliche Aggravationstendenz, bei der Prüfung der aktiven HWS-Beweglichkeit habe der Beschwerdeführer

eine mässiggradige

Bewegungseinschränkung aber keinen paravertebralen Hartspann gezeigt. Es

fände sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten, seit 2010 bestehenden Beschwerden, welche in ihrer Intensität zunehmen und den spärlichen objektiviervbaren Befunden. Radiologisch würden die letzten Abklärungen der Wirbelsäule 2016 zeigen, dass sowohl zervikal wie lumbal nur wenig degenerative Veränderungen vorhanden seien. Aufgrund der subjektiv empfundenen Beschwerden im Nackenbereich sollte der Beschwerdeführer

nicht für repetitive Über-Kopf-Arbeiten eingesetzt werden. In der ursprünglichen Tätigkeit bei Y.____, bei der es sich um eine leichte Arbeit gehandelt habe, sei

er

weiterhin ganztags vollschichtig einsetzbar, dies ebenfalls in je dweeder leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne repetitive Über-Kopf-Arbeit (S. 3-4).

Aus neurologischer Sicht hätten sich während der Untersuchung Hinweise für eine Symptomverstärkung mit dramatischem Absinken beider Arme beim Armvorhalteversuch, welches nicht reproduzierbar sei, und vermehrtem Stöhnen beim Aufrichten und Aufstehen gefunden. Insgesamt fänden sich neurologisch keine dermatombezogenen sensomotorischen Ausfälle, die beschriebene Hypästhesie sei

anatomisch nicht erklärbar, fokale Paresen an der linken oberen Extremität würden sich nicht abgrenzen lassen. Entsprechend seien auch in der MRI-Untersuchung der HWS von 2016 keine neuralen Kompressionen sichtbar gewesen. Auffällig seien die muskuläre Dekonditionierung und Fehlhaltung trotz jahrelanger physiotherapeutischer Behandlung. Die subjektiven Einschränkungen und die objektiven Befunde seien diskrepant. Es bestעה eine aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbare, ausgesprochene Selbstlimitierung. Verschiedene Befunde würden sich anatomisch nicht erklären lassen (beispielsweise Ausbreitung des Hypästhesieareals) und seien in der Untersuchung nicht reproduzierbar gewesen. Aus neurologischer Sicht beständen keine wesentlichen körperlichen Beeinträchtigungen. Die Arbeit bei Y.____

habe laut dem Beschwerdeführer leichte körperliche Arbeiten beinhaltet. Diese Tätigkeit sei ihm

weiterhin zu zumeisten. Das Sulcus

ulnaris Syndrom habe keinen nennenswerten Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit. Für alle leichten bis mittelschweren Tätigkeiten sei er

seit Anfang 2011 aus neurologischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig (S. 5-7).

Aus psychiatrischer Sicht handle es sich um einen heute 39-jährigen Beschwerdeführer , der in der Persönlichkeitsentwicklung Defizite aufweise . Obwohl er

in nach eigenen Angaben sehr gutbehüteten und materiell abgesicherten Verhältnissen aufgewachsen sei und keinerlei Traumatisierungen weder durch Kriegserlebnisse noch durch die Migration erlebt habe, leide er seit einem Unfall 2010 an unspezifischen, sich wiederholenden, diversen Beschwerden, die 2012 erstmals zu einer psychiatrischen Beurteilung durch das Zentrum A.____

geführt hätten . Bereits in diversen Austrittsberichten, unter anderem auch durch die Klinik H.____ , seien beim Beschwerdeführer

ein schleppender Verlauf, eine protrahierte Erkrankung sowie eine Symptomausweitung festgestellt worden. Was punkto Behandlung zwischen 2012 und 2016 passiert sei , bleibe unklar . Im Jahre 2016 sei der Beschwerdeführer

aufgrund Persistenz der Beschwerden zuerst stationär und danach tagesklinisch psychiatrisch behandelt worden . Er habe nach eigenen Angaben über all die Jahre diverse Analgetika und Antidepressiva eingenommen , ohne jeglichen Erfolg. Ein Arbeitsversuch, der im Jahre 2011 durch die IV initiiert worden sei, habe aufgrund von Schmerzen abgebrochen werden müssen . Seit diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer

nach eigenen Angaben zu Hause, er sei unfähig, irgendeine Tätigkeit sei es auch nur hilfsweise im Haushalt zu erledigen, er sitze beziehungsweise liege mehrheitlich herum. Dass es trotz stationärer, teils tationärer und ambulanter

Behandlung nie zu einer Veränderung der Symptomatik gekommen sei, sei hoch auffällig. In ihrer eigenen Untersuchung entstehe gesamthaft der Eindruck, dass eine bewusstseinsnahe Symptomverdichtung vorhanden sei . Diskrepanz

sei auch, dass die Medikamentenspiegel der Medikamente, die der Beschwerdeführer

nach eigenen Angaben in hohen Dosen einnehmen müsse , kaum messbar seien und somit mit einer hohen Wahrscheinlichkeit kaum je eingenommen würden. Zudem seien die psychiatrischen Diagnosen deutlich psychosozial überlagert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine leichte kognitive Beeinträchtigung, diese könnte jedoch durchaus auch der rudimentären Bildung des Beschwerdeführers

geschuldet sein. Die kognitiven Symptome (Aufmerksamkeits- und Merkfähigkeitsstörung), die im letzten Bericht der Klinik A.____ für eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit verantwortlich gemacht worden seien, seien angesichts der intellektuell anspruchslosen, repetitiven, keine besonderen Anforderungen an Konzentration und Merkfähigkeit stellenden letzten Arbeits Tätigkeit irrelevant. In den Jahren zwischen 2012 und 2018 hätten sich keine wesentlichen Symptome, die auf eine krankheitsbedingte Verschlechterung hinweisen würden , ergeben. Der Beschwerdeführer klage mehr oder weniger immer noch über die gleichen Symptome wie im Jahre 2012. Aus diesem Grund werde die Beurteilung des Zentrums A.____ von Ende April 2012 übernommen , wo eine um

40 % reduzierte Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei. Die Reduktion der

Arbeitstätigkeit werde insbesondere aufgrund des verminderten Rendements gesehen, das heisst der verminderten Leistungsfähigkeit, dies insbesondere aufgrund der psychischen Dekonditionierung, das heisst der langen Arbeitsabwesenheit von einer Arbeitsfähigkeit. Diese Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei jedoch nicht als definitiv zu betrachten, sondern sei durchaus steigerbar [recte: reduzierbar]

(S. 7-9).

In der bisherigen

Tätigkeit mit körperlich leichter Arbeit ohne grössere intellektuelle Ansprüche und ohne Bedarf von erhöhter Aufmerksamkeit bestehe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die Reduktion erfolge aufgrund des psychischen Leidens. Die bisherige Tätigkeit sei optimal für die Fähigkeiten des Beschwerdeführers adaptiert gewesen. Eine Arbeitstätigkeit, in welcher er in höherem Masse arbeitsfähig wäre, könne nicht genannt werden (S. 11-12).

Subjektiv beständen beim Beschwerdeführer

gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen. Allerdings sei dieses Aktivitätsniveau, welches eigentlich einer völligen Untätigkeit entsprechen, selbst bei schwer depressiven Patienten ungewöhnlich. Der Beschwerdeführer

könne nicht motiviert werden, aktive Bewältigungsstrategien umzusetzen. Eine minimale Mithilfe im Haushalt bei einer Erwerbstätigkeit des Partners dürfe auch bei einer Depression vorausgesetzt werden. Es handle sich hier um eine starke Symptomausweitung und Selbstlimitierung. Die Untersuchungsergebnisse seien valide und nachvollziehbar, es fände sich jedoch eine deutliche Überlagerung durch psychosoziale

Faktoren, ausserdem bestעה eine Verdeutlichungstendenz bis hin zur Aggravation.

In der Schilderung der Symptome wirkte der Beschwerdeführer

bewusst seinsnah. Aus somatischer Sicht bestעה eine erhebliche Aggravationstendenz. So habe

er

während der Anamneseerhebung den Kopf frei auf beide Seiten bewegt, bei der fokussierten Untersuchung der HWS sei eine deutliche Bewegungseinschränkung demonstriert worden. Des Weiteren seien sofort vegetative Symptome wie Schwindel, Übelkeit etc. beklagt worden bei schon leichten Anstrengungen, wie etwa schnellerem Laufen im Untersuchungsraum oder beim Vorübergehen bei der Beurteilung der Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit. Das Auftreten dieser vegetativen Symptome sei nicht nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht seien die subjektiven Einschränkungen und die objektiven Befunde diskrepant. Es bestעה eine nicht nachvollziehbare ausgesprochene Selbstlimitierung. Einige Befunde würden sich anatomisch nicht erklären lassen (beispielsweise Ausbreitung des Hypästhesieareals). Auch im Bereiche der sprachlichen Fähigkeiten würden grosse Diskrepanzen auffallen. So habe der Beschwerdeführer

auf der einen Seite beim Internisten während andert halb Stunden perfekt Deutsch sprechen können und das Verständnis habe sich als sehr gut erwiesen, auf der anderen Seite habe bei der Psychiatrin und beim Orthopäden kaum ein vollständiger Satz auf Deutsch geäussert

werden können und sei e in mangelndes Ver ständnis geltend gem a cht worden . Nach Angabe der Dolmetscherin anlässlich der

orthopädischen Untersuchung verstehe und spreche der Beschwerdeführer

aber gut Deutsch (S. 10-11). 3.3

Dr. med. I.____ , Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. klin . psych. J.____ vom Zentrum A.____ führten in ihrer Stellung nahme zum Gutachten vom 2 8. Februar 2019 (Urk. 10/155) folgende Diagnosen auf (S. 3-4): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psycho tische Symptome - HWS-Distorsion QTF I mit/bei - schwerem, weitgehend therapieresistentem, posttraumatischem, cervico-ce phalem Schmerzsyndrom bei Status nach Überdehnungst r auma der HWS am 2 3. September 2010 (Autounfall) - multiplen Kontusionen ohne Frakturen - Tinnitus - Vitiligo - multifokale persistierende Schmerzen prädominant entlang der ganzen Wir belsäule und Einbezug der benachbarten Körperregionen

Dazu hielten sie fest, das behauptete demonstrative Verhalten habe im Verlauf seit 2012 bei drei tagesklinischen Behandlungen keineswegs beobachtet werden können. Der Beschwerdeführer leide unter einem deutlich chronifizierten Krank heitsgeschehen mit allen Kriterien einer schweren Depression. Es habe eine in tensive Behandlung stattgefunden und er habe sie motiviert wahrgenommen. Erfolg sei wenigstens subjektiv kein Suizid, allerdings sei es kaum zu einer wesent lichen Besserung über die Zeit gekommen trotz zusätzlicher psychophar makolo gischer Behandlung. Wesentliche psychosoziale Konflikte seien nicht vor handen (S. 1-2). Aufgrund der Schwere der depressiven Störung und der chroni schen Schmerzen werd e er als für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsun fähig beurteilt (S. 4). 3.4

Im Austrittsbericht des Sanatoriums K.____ (Urk. 10/158/1-3), wo sich der Be schwerdeführer vom 1. bis 1 5. März 2019 in stationär-psychiatrischer Behand lung befand, wurde als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome genannt. Die behan delnden Ärzte hielten fest, er habe sich wie beim Voraufenthalt im Jahre

2016 bemüht, am multidisziplinären Therapieplan teilzunehmen. Wie beim Voraufent halt sei ein lösungsorientiertes Arbeiten, trotz spürbaren Anstrengungen seitens des Beschwerdeführers, sehr schwer gewesen. Nach zwei Wochen Aufenthalt sei objektiv und subjektiv keinerlei Verbesserung des Zustandsbildes erkennbar ge wesen. Er sei in weitgehend unverändertem Zustandsbild in die angestammten Wohnverhältnisse ausgetreten (S. 1-2). 4.

Vorwegzuschicken ist, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht festhielt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenabweisenden Verfügung vom 2 9. Mai 2013 (Urk. 10/83) nicht wesentlich verschlechterte. So kamen die Fachärzte im beweiskräftigen Gutachten vom 2 7. September 2018 (vgl. hernach E. 5) zum Schluss, in den Jahren zwischen 2012 und 2018 hätten sich keine wesentlichen Symptome, die auf eine krankheitsbedingte Verschlechterung hinweisen würden, ergeben. Der Beschwerdeführer klage mehr oder weniger immer noch über die gleichen Symptome wie im Jahr 2012 (Urk. 10/142 S. 8).

Die behandelnden Ärzte des Zentrums A.____ hatten de m Be schwerdeführer bereits am 1 1. Januar 2013 eine vollumfängliche Arbeitsunfähig keit attestiert (Urk. 10/78), weshalb

ihre aktuelle, gleichlautende Einschätzung (Urk. 3/3) nicht als Verschlechterung aufgefasst werden kann. Dies namentlich auch deshalb, weil sich keine erheblich veränderte Befundschilderung findet. So klagte der Beschwerdeführer bereits zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenab lehnung 2013 unter vollständiger Lust- und Interesselosigkeit, Müdigkeit, Rück zug, Antriebslosigkeit, Nervosität, Schuldgefühle, Verlust von Selbstvertrauen, Sinnlosigkeitsgedanken, Vergesslichkeit sowie anamnestisch über Suizid ideen (Urk. 10/78 S. 3). Dies entspricht im Wesentlichen den aktuellen Schilderungen (Urk. 3/3 S. 2).

Damit ist überwiegend erstellt, dass seit Erlass der letzten rentenabweisenden Verfügung keine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, weshalb dem Beschwerdeführer keine Leistungen der Invalidenversicherung zustehen.

Wollte man gleichwohl von einem veränderten Gesundheitszustand ausgehen, ergäbe sich Folgendes. 5 . 5 . 1

Das polydisziplinäre Gutachten des Z. ____

vom 27. September 2018 (E. 3.2 hier vor) beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Die Gutachter beschrieben in allen Disziplinen mannigfaltige Zeichen für eine ausgesprochene Selbstlimitierung sowie eine Symptomverdeutlichung bis hin zur Aggravation und wiesen auf eine erhebliche Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den spärlichen objektivierbaren Befunden hin. Sie befanden den Umstand, dass es beim Beschwerdeführer trotz stationärer, teils tationärer und ambulanter

Behandlung nie zu einer Veränderung der Symptomatik gekommen sei, als hoch auffällig und hielten mit Blick auf den Medikamentenspiegel fest, dass der Beschwerdeführer seine Medikamente, die er angeblich in hohen Dosen einnehmen müsse, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit kaum je einnimmt . Weiter führten sie aus, dass die psychiatrischen Diagnosen deutlich psychosozial überlagert sind und legten ausführlich dar, weshalb die gesundheitlichen Beschwerden aus allgemein internistischer, neurologischer und orthopädischer Sicht im Gegensatz zu den psychischen Problemen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben. Die Gutachter gelangten so dann zum ausführlich begründeten Schluss, dass der Beschwerdeführer

in jeglicher leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne repetitive Über-Kopf-Arbeiten, so auch in der angestammten Tätigkeit, zu 60 % arbeitsfähig ist . Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 4

hier vor).

Indessen bleibt zu bemerken, dass die Annahme einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit unter Hinweis auf die Einschätzung der Spezialisten im Bereich Psychiatrie des Zentrums A. ____ im Jahr

2012 (Urk. 10/62/40-42) erfolgte. Auf diese wurde verfügungs weise indessen nicht abgestellt, sondern die Beschwerdegegnerin ging von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit aus, was gerichtlich rechtskräftig bestätigt wurde. Auch hieraus ergibt sich eine fehlende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse (E. 4). 5 .2

Die behandelnden Fachpersonen des Zentrums A.____ kritisieren das Gutachten in verschiedener Hinsicht (E. 3.3 hievior). So machten sie etwa geltend, es seien keine wesentlichen psychosozialen Konflikte vorhanden. Dazu ist festzuhalten, dass sie in früheren Berichten solche noch aufführten (Verlust der Identifikation als Ernährer, Autoritätsverlust in der Familie, finanzielle Schwierigkeiten, Konflikte mit Frau und Kindern, vgl. Urk. 10/110/8). Was sich daran geändert haben sollte, führten sie nicht aus und ist auch nicht erkennbar. Weiter vermochten sie beim Beschwerdeführer kein demonstratives Verhalten zu erkennen, auch nehme er gemäss ihren Angaben die verordneten Medikamente ein. Beim Beschwerdeführer konnte jedoch bereits anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik H.____

vom 25. November

2010 bis 5. Januar

2011 eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt werden (Urk. 10/15/ 82), auch im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. L.____ , Spezialärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen der Krankentaggeldversicherung

vom 22. September 2012 wurde eine Selbstlimitation festgehalten (Urk. 10/69 /7). So erstaunt in diesem Zusammenhang auch nicht, dass sich der Beschwerdeführer nach Kenntnisnahme des Gutachtens des Z.____ in stationäre Behandlung im Sanatorium K.____ begab, dieses aber trotz einer angeblich schweren Depression bereits nach zwei Wochen wieder verliess (E. 3.4 hievior). Dr. M.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) hielt dazu in seiner Stellungnahme vom 13. Mai 2019 (Urk. 10/161/9) fest, gemäss den Leitlinien zur Behandlung einer schweren depressiven Episode sei eine zweiwöchige stationäre Therapie bei weitem nicht ausreichend und es wäre medizinisch nicht vertretbar und sogar fahrlässig, den Beschwerdeführer in einem solchen Fall in unverändertem Gesundheitszustand zu entlassen. Eine Selbstlimitation bis hin zur Aggravation wurde denn auch in allen Disziplinen des Gutachtens des Z.____

anhand verschiedener Beispiele nachvollziehbar aufgezeigt (E. 3.2 hievior) und es besteht kein Anlass, diese Angaben in Frage zu stellen. Aus dem anlässlich des Gutachtens erstellten Medikamentenspiegel ist zudem klar ersichtlich, dass der Beschwerdeführer die ihm verordneten zahlreichen Medikamente - abgesehen von Sertalin in geringer Dosis - mit hoher Wahrscheinlichkeit kaum je einnimmt (vgl. Urk. 10/142/80). Soweit die behandelnden Fachpersonen des Zentrums A.____ schliesslich ausführten, überall die Zeit sei es nicht zu einer wesentlichen Besserung gekommen und der Beschwerdeführer sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer wiederholt (jeweils 8 Wochen August 2012, August 2016 und Mai 2018, Urk. 10/160/4) bei ihnen in tauglicher Behandlung befand.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung kann aber eine Klinik, die einen Patienten zwei Monate lang behandelt, gar nicht anders, als schwerwiegende Gesundheitsbeeinträchtigungen zu attestieren, andernfalls sie den erfüllten Behandlungsauftrag in Frage stellen würde (Urteil des Bundesgerichts 9C_841/2019 vom 3

0. März 2020 E. 4.3) . Die Ausführungen des Zentrums A.____ sind vor diesem Hintergrund kritisch zu sehen. Gerade der Umstand, dass bisher keine Therapie eine dauerhafte Verbesserung der depressiven Symptomatik des Beschwerdeführers brachte, belegt den an die Lebensumstände gebundenen Charakter seiner Beschwerden. Solange sich diese - invaliditätsfremden - Umstände nicht ändern, wird kein Aufenthalt - und dauere er noch so lange - die Situation verbessern . Die Einwendungen der handelnden Fachpersonen ändern demnach nichts an der Beweiskraft des Gutachtens , auch vermögen sie - bei der ihrer Ansicht nach seit Jahren unverändert bestehenden schweren depressiven Störung - keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zwischen dem Zeitpunkt der Begutachtung und des Erlasses der angefochtenen Verfügung zu belegen . 5 .3

Über das Zusammenwirken von Recht und Medizin bei der konkreten Rechtsanwendung hat sich das Bundesgericht verschiedentlich geäußert. Danach ist es sowohl den begutachtenden Ärzten als auch den Organen der Rechtsanwendung aufgegeben, die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall mit Blick auf die normativ vorgegebenen Kriterien zu beurteilen. Die medizinischen Fachpersonen und die Organe der Rechtsanwendung prüfen die Arbeitsfähigkeit je aus ihrer Sicht. Bei der Abschätzung der Folgen aus den diagnostizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen nimmt zuerst der Arzt Stellung zur Arbeitsfähigkeit. Seine Einschätzung ist eine wichtige Grundlage für die anschließende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 141 V 281 E. 5.2.1).

Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere darauf hin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens stattfinden, sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen. Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang an dauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 144 V 50 E. 4.3) .

Von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kann damit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 6 . 6 .1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130

V

396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 6.2

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE

140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14. April

2016 E. 4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E. 4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7. März 2018 E.

4.2.1).

Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im

Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex

«Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März

2018 E. 7.4). 6.3.6.3.1

Was den Komplex

«Gesundheitsschädigung» respektive den Indikator der «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» angeht, ist festzuhalten, dass nur dort, wo bereits in den Diagnosekriterien ein Bezug zum Schweregrad gefordert wird, ein solcher nicht erreichter Schweregrad gegebenenfalls bereits den Ausschluss einer krankheitswertigen Störung erlauben würde. Verallgemeinert auf sämtliche psychiatrischen Diagnosen angewendet, greift diese Auffassung jedoch zu kurz. Fehlt in der Diagnose die Schweregradbezogenheit, zeigt sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 5.2.2). Der Beschwerdeführer leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung sowie einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die psychiatrischen Diagnosen sind aber deutlich psychosozial überlagert. So berichteten auch die behandelnden Fachpersonen von psychosozialen Belastungsfaktoren (Verlust der Identifikation als Ernährer, Autoritätsverlust in der Familie, finanzielle Schwierigkeiten, Konflikte mit Frau und Kindern, Urk. 10/110/8). Dass sich daran etwas geändert haben sollte, ist nicht ersichtlich, weshalb in Bezug auf den funktionellen Schweregrad lediglich von einem geringfügig ausgeprägten Indikator der diagnoserelevanten Befunde auszugehen ist. Die Gutachter erachteten denn auch die Arbeitsfähigkeit nicht etwa aufgrund der Depression oder Schmerzstörung, sondern wegen der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt als eingeschränkt (E. 3.2 hievore). 6.3.2

Bezüglich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz» berichtete der Beschwerdeführer von einem seit Jahren unveränderten Gesundheitszustand. Die Gutachter erachteten es aber als hoch auffällig und nicht mit einer Erkrankung zu erklären, dass es trotz stationärer, teils tationärer und ambulanter

Behandlung nie zu einer Veränderung der Symptomatik gekommen ist. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer die ihm verordneten zahlreichen Medikamente - abgesehen von Sertalin in geringer Dosis - mit hoher Wahrscheinlichkeit kaum je einnimmt (vgl. Urk. 10/142/80 und E. 3.2 hievore). Aus dem ausgebliebenen Behandlungserfolg kann damit nicht auf eine erhebliche Ausprägung der Symptomatik geschlossen werden. So deuteten auch die Gutachter den Behandlungsverlauf als Verdeutlichung der Symptomatik mit einem appellativen, regredienten Verhalten als mangelnde Kooperation bis hin zu einem Rentenbegehren und hielten fest, dass es seltsam wäre, wenn es dem Beschwerdeführer besser gehen würde, würde er doch dann den Anspruch auf eine Berentung verlieren (Urk. 10/142/76-77). 6.3.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung

beizumessen ist (vorgenannter BGE 143 V 418 E. 8.1). Der Beschwerdeführer leidet an keinen somatischen Beschwerden, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit einschränken. Es sind somit lediglich geringfügige als «Komorbiditäten» zu berücksichtigende krankheitswertige Störungen ausgewiesen. 6.3.4

Bei den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext» ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer lebt mit seinen zwei Kindern und seiner Ehefrau in einer Wohnung. Das Mittagessen nimmt er in der Regel zusammen mit seinem Sohn, das Abendessen mit der Familie ein. Seine Mutter und sein Bruder sowie dessen Familie wohnen in unmittelbarer Nähe

(Urk. 10/142 S. 31, S. 67 und S. 69-70). Trotz seines sozialen Rückzugs erhält der Beschwerdeführer durch seine Einbettung in die Familie eine Tagesstruktur. Ein Hobby hat er auch vor seiner Erkrankung nie betrieben (S. 68). Der soziale Lebenskontext und die Persönlichkeit enthalten somit keine sich ausgeprägt

und günstig auf die Ressourcen auswirkenden Faktoren. 6.3.5

In der Kategorie «Konsistenz» (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen «Persönlichkeit» und «sozialer Kontext») eingehend Michael E.

Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff. [nachfolgend: Ein Jahr Schmerzrechtsprechung], vgl. auch Michael E.

Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/ Hürzeler [Hrsg.], Das indikatoreorientierte Abklärungsverfahren, 2017, S. 105-148, S. 136

ff. [nachfolgend: Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung]) zielt der Indikator « gleich mässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus

in allen vergleichbaren Lebensbereichen » auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätenniveau

der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Beschwerdeführer steht etwa um 6:00 Uhr auf und nimmt ein kleines Frühstück zu sich, anschliessend macht er die Körperpflege. Nach der Körperpflege geht er etwas in der Wohnung herum und legt sich oft auch hin. Im Verlaufe des Morgens geht er oft 30 bis 45 Minuten spazieren und macht dabei auch kleine Einkäufe, auch hat er Termine bei Ärzten. Oft liegt er jedoch (halb liegend, halb sitzend) in der Wohnung. Ungefähr um 12:00 Uhr nimmt er gemeinsam mit dem Sohn das von der Ehefrau am Vortag zubereitete Mittagessen ein. Am Nachmittag macht er manchmal einen Spaziergang, manchmal bleibt er zu Hause und starrt vor sich hin oder zieht sich in halbbliegender Position in sein Zimmer zurück. Oft schläft er dabei vor laufendem Fernseher ein. Gelegentlich hat er Arztbesuche am Nachmittag, sonst ist er weitgehend untätig. Ungefähr um 18:00 Uhr gibt es das Abendessen, das er nach Möglichkeit gemeinsam mit der Familie einnimmt. Dann liegt er wieder etwas herum oder geht etwas in der Wohnung auf und ab. Gelegentlich schaut er kurz fern. Circa um 23:00 Uhr geht er schlafen. Der Schlaf ist unterbrochen und dauert maximal fünf Stunden am Stück (Urk. 10/142 S. 33-34, vgl. auch S. 69-70). Der

Beschwerdeführer verbringt seine Tage nach eigenen Angaben also grösstenteils mit Nichtstun, womit subjektiv gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen ausgewiesen sind. Diesbezüglich ist aber darauf hinzuweisen, dass alle Gutachter des Z. ___

anlässlich ihrer Untersuchungen von einer nicht nachvollziehbaren, ausgesprochenen Selbstlimitierung bis hin zu einer Aggravation berichteten und festhielten, dass das vom Beschwerdeführer geschilderte Aktivitätsniveau selbst bei schwer depressiven Patienten aussergewöhnlich ist. So erachteten sie etwa eine minimale Mithilfe im Haushalt bei einer Erwerbstätigkeit des Partners auch bei einer Depression als möglich. Die Untätigkeit des Beschwerdeführers ist also weder als krankheitsbedingt zu werten noch kann aus ihr auf die geltend gemachte 100%ige Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden, vielmehr ist sie in Zusammenhang mit der gemäss Gutachter erlernten Hilflosigkeit bis hin zum Rentenbegehren zu sehen. 6.3.6

Im Rahmen des Indikators «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck» (zur Abgrenzung vom Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr Schmerz rechtsprechung, S. 25 Rz 60 und Michael E. Meier, Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung, S. 129) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung») auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer war etwa sechs Wochen im Sanatorium

K. ___ hospitalisiert, zudem war er in den letzten zwei Jahren vor der Begutachtung drei Mal

im Zentrum A. ___ in tagesklinischer Behandlung. Nach eigenen Angaben hätten ihm die Klinikaufenthalte sehr geholfen (Urk. 10/142 S.

30-31). Es ist damit unverständlich, weshalb der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers von den behandelnden Fachpersonen als seit acht Jahren unverändert dargestellt wird. Der Beschwerdeführer besucht zudem einmal pro Woche eine Gruppentherapie sowie einmal pro Monat eine Einzeltherapie (Urk. 10/142 S. 54). Ein gewisser Leidensdruck ist somit zwar ausgewiesen, doch kann dieser - insbesondere in Anbetracht der geringen Behandlungsintensität der Einzeltherapie so wie der offensichtlich mehrheitlich nicht eingenommenen Psychopharmaka - nicht als ausgeprägt angesehen werden. 6.3.7

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf das erheblich selbstlimitierende bis aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit

aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

Von weiteren medizinischen Abklärungen - insbesondere der

vom Beschwerdeführer beantragten Oberbegutachtung (Urk. 1 S. 1) - sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten ist. 6.4

Der Beschwerdeführer ist nach dem Gesagten in jeglicher leichten bis mittel schweren Tätigkeit ohne repetitive Über-Kopf-Arbeiten, so auch in der angestammten Tätigkeit, zu 100 % arbeitsfähig, womit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung besteht.

Dies führt auch unter diesem Titel zur Abweisung der Beschwerde. 7.7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7.2

Der Beschwerdeführer ersuchte jedoch beschwerdeweise um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 S. 1) und legte eine Unterstützungsbestätigung der Sozialberatung der Stadtverwaltung N.____ vom 10. Juli 2019 ein (Urk. 3/4). Mit Verfügung vom 29. Juli 2019 (Urk. 5) wurde ihm eine Frist von 30

Tagen angesetzt, um zu erklären, ob er über eine Rechtsschutzversicherung verfügt. Ihm wurde angedroht, dass bei fehlender Erklärung davon ausgegangen wird, dass eine Rechtsschutzversicherung allfällige Gerichtskosten deckt. Der Beschwerdeführer liess sich dazu in der Folge nicht vernehmen (vgl. Urk. 7). 7.3

Der Anspruch auf unentgeltliche Rechtspflege ist nicht voraussetzungslos und insoweit subsidiär, als die Pflicht des Staates, der mittellosen Partei für einen nicht aussichtslosen Prozess die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren, nur dann zum Tragen kommt, wenn keine Drittpersonen für die Prozessfinanzierung aufkommen. Werden die Kosten durch eine Rechtsschutzversicherung getragen, fehlt die Bedürftigkeit (Urteil des Bundesgerichts 8C_27/2016 vom 5. April

2016 E. 3).

Eine Person, die ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung stellt, hat ihre Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen und sich zur Sache sowie über ihre Beweismittel zu äussern (§ 28 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] in Verbindung mit Art. 119 Abs. 2 Satz 1 der Zivilprozessordnung [ZPO]). Im Verfahren betreffend die unentgeltliche Rechtspflege gilt ein durch die umfassende Mitwirkungsobliegenheit eingeschränkter Untersuchungsgrundsatz. Der Gesuchsteller hat zur Erfüllung seiner Mitwirkungsobliegenheit zunächst seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse darzulegen und zu belegen. Die mit dem Gesuch befasste Behörde hat danach weder den Sachverhalt von sich aus nach jeder Richtung hin abzuklären, noch unbesehen alles, was behauptet wird, von Amtes wegen zu überprüfen. Sie muss den Sachverhalt nur dort (weiter) abklären, wo noch Unsicherheiten und Unklarheiten bestehen, sei es, dass sie von einer Partei auf solche hingewiesen wird, sei es, dass sie solche selbst feststellt (Urteil des Bundesgerichts 4A_274/2016 vom 19. Oktober 2016 E. 2.3). 7.4

Der Beschwerdeführer ist der ihm mittels Gerichtsverfügung auferlegten Mitwirkungspflicht im Zusammenhang mit der Rechtsschutzversicherung nicht nachge

kommen. Dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung ist daher andro hungs gemäss mangels hinreichender Substantiierung der Bedürftigkeit nicht stattzuge ben (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_173/2016 vom 17. Mai 2016 E. 5). Das Gericht beschliesst:

Da s Gesuch

vom 2 6. Juli 2019

um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen , und erkennt sodann:
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes ge setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.