

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00623 vom 22. Juli 1998**

ZH Sozialversicherungsgericht, 1998-07-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00623](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00623)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00623 du 22 juillet 1998

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00623 del 22 luglio 1998

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Strittig und zu überprüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

### **E. 1.2**

In der angefochtenen Verfügung vom 6. August 2019 führte die Beschwerdegegnerin aus, dass sie mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 28. November 2016 den Auftrag erhalten habe, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers erneut abzuklären. Daraufhin habe sie bei den behandelnden Ärzten Berichte und ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt. Auf das psychiatrische Teilgutachten könne aufgrund von Widersprüchen und Beweislosigkeit nicht abgestellt werden. Die Aussagen seien spekulativ und unklar (Urk. 2 S. 1). Reine Mutmassungen würden nicht zu einer Diagnosestellung führen (Urk. 2 S. 1-2). Mit Verweis auf das neurologische Teilgutachten könne keine Diagnose gestellt werden. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes liege nicht vor. Bei den gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers handle es sich nicht um eine Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung. Daher bestehe kein Anspruch auf Invalidenleistungen (Urk. 2 S. 2).

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber im Wesentlichen vorbringen, dass das psychiatrische Teilgutachten des D.\_\_\_\_ vom 14. November 2017 und vor allem auch die darin attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit zu berücksichtigen seien. Die Diagnose eines dissoziativen Stupors sei vom psychiatrischen Gutachter soweit als bei einem derartigen Störungsbild überhaupt möglich (als überwiegend wahrscheinlich) begründet und belegt worden. Deshalb bestehe (ab 12. März 2012) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (für angestammte und adaptierte Tätigkeiten) aus psychiatrischer Sicht (Urk. 1 S. 6). Unvollständig und nicht schlüssig sei dagegen das neurologische Teilgutachten der

D.\_\_\_\_. Anstatt irgendwelche «Diskrepanzen» während der neurologischen Begutachtung zu behaupten, hätte die neurologische Gutachterin besser den (signifikanten) MRI-Befund vom 21. Juni 2017 und die medizinischen Vorakten berücksichtigt. Die D.\_\_\_\_-Gutachter hätten festgehalten, dass die Diagnose eines dissoziativen Stupors typischerweise mit Inkonsistenzen einhergehe und keine bewusste Täuschungshandlung vermutet werden müsse (Urk. 1 S. 7). Im Schreiben der

D.\_\_\_\_

vom 13. Februar 2018 auf die Fragen des RAD habe der psychiatrische Gutachter seine Diagnosen aufgrund der medizinischen Fakten noch eingehender und schlüssiger begründet und ausgeführt, weshalb eine bewusste Täuschung beziehungsweise Simulation nicht vermutet werden müsse (Urk. 1 S. 7-8). Gemäss dem Gutachter Dr. G. \_\_\_ bestehe mindestens seit 2010 ein schizophreses Residuum als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 9). Das «nicht Sprechen» des Beschwerdeführers sei ein wesentliches Krankheitszeichen. Mittlerweile sei die Krankheit in eine kombiniert-systematische Schizophrenie im Sinne einer negativistisch-manierten Katatonie übergegangen. Nun mehr liege beim Beschwerdeführer ein defekt schizophrener Zustand vor, der kurz- bis mittelfristig selbst bei Ausschöpfung aller sinnvollen medizinischen Behandlungsoptionen keine wesentliche Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit erwarten lassen würde (Urk. 1 S. 10). Entscheidend sei, dass beim Beschwerdeführer unabhängig von der konkreten diagnostischen Einordnung zweifellos eine schwere, jegliche Arbeitsfähigkeit ausschliessende psychische Krankheit vorliege (Urk. 1 S. 11-12).

Zudem dürfte bei ihm in neurologischer Hinsicht auch noch eine dementielle Entwicklung vorliegen (Urk. 1 S. 11). Sollten die bisherigen Abklärungen und Begutachtungen wider Erwarten doch noch nicht zur beantragten Zusprache einer ganzen Invalidenrente führen, so müsste eine nochmalige, dieses Mal stationäre Begutachtung des Beschwerdeführers erfolgen (Urk. 1 S. 12). 2.

## 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.2

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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 2.3 2.3.1

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). 2.3.2

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, 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; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). 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) überwiegen der 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). 2.3.3

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig kein versicherter Gesundheitsschaden vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht. Dies trifft namentlich zu, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen oder Einschränkungen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE

141 V 281 E. 2.2.1, BGE 131 V 49 E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.1).

Eine auf Aggravation oder vergleichbaren Konstellationen beruhende Leistungseinschränkung vermag einen versicherten Gesundheitsschaden nicht leichthin auszuschliessen, sondern nur, wenn im Einzelfall Klarheit darüber besteht, dass nach plausibler ärztlicher Beurteilung die Anhaltspunkte für eine klar als solche ausgewiesene Aggravation eindeutig überwiegen und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens zweifellos überschritten sind, ohne dass das aggravatorische Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 6.1 und 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E.

4.2).

Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.4). 2. 4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 2. 5

#### 2. 5 .1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 5 .2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen). 2.5 .3

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E.

3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE

124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichts gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anders lautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I

514/06]). 3.

#### **E. 1.4**

In der Folge holte die IV-Stelle zunächst die Berichte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 7/301-302). Alsdann

reichte der Versicherte am 29. Juni 2017 drei Berichte des Spitals C.\_\_\_\_ zu der dort durchgeführten Demenzabklärung ein (Urk. 7/309). Hernach veranlasste die IV-Stelle erneut eine polydisziplinäre Untersuchung (Allgemeine/Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Neuropsychologie, Urk. 7/313). Die Untersuchungen fanden am 31. Oktober sowie 9. und 13. November 2017 in der D.\_\_\_\_ statt (Urk. 7/320). Die D.\_\_\_\_ erstattete ihr Gutachten am 3. Januar 2018 (nachfolgend: D.\_\_\_\_-Gutachten vom 3. Januar 2018, Urk. 7/322). Am

19. und 22. Januar 2018 nahm der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV-Stelle Stellung (Urk. 7/331/7).

Der psychiatrische Gutachter beantwortete am 13. Februar 2018 sodann die Zusatzfragen des RAD (Urk. 7/325). Danach gelangte die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, in ihrer Stellungnahme vom 19.

März 2018 zum Schluss, dass auf das psychiatrische Teilgutachten des D.\_\_\_\_-Gutachtens vom 3. Januar 2018 (Urk. 7/322) nicht abgestellt werden könne (Urk. 7/331/9). Am 23. März 2018 (Eingangsdatum) stellte der Versicherte ein neues Gesuch um Ausrichtung einer Hilfenentschädigung (Urk. 7/329). Mit Vorbescheid vom 23.

April 2018 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines Rentenbegehrens an, da keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege (Urk. 7/332). Dagegen erhob der Versicherte am 8. Mai 2018 Einwand (Urk. 7/333). Alsdann

teilte die IV-Stelle dem Rechtsvertreter des Versicherten mit Schreiben vom 12. Juni 2018 mit, dass sie die Anspruchsprüfung betreffend Hilfenentschädigung solange aufschieben werde, bis das Rentenverfahren abgeschlossen sei (Urk. 7/336). Am 14. Juni 2018 reichte der Versicherte unter Beilage der Stellungnahme des Zentrums F.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2018

( Urk. 7/337) eine Einwand begründung ein ( Urk.

### **E. 3**

, Aktenver zeichnis zu Urk. 7/1- 353 ). Nach durch geführten Abklärungen lehnte die IV-Stelle den Antrag des Versicherten auf Ausrichtung einer Invalidenrente am 20. November 1997 mit der Begründung ab, dass diesem angepasste Erwerbs tä tig keiten körperlich leichter bis mittel schwerer Art zumutbar seien (Urk. 7/27-28). Auf das erneute Rentenbe gehen von X.\_\_\_\_ vom 11. Juli 1998 (Urk. 7/31-32) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Juli 1998 nicht ein, da vom Versicherten eine erhebliche Verschlechterung des Ge sund heitszustandes nicht glaubhaft gemacht worden sei (Urk. 7/32).

#### **E. 3.1**

Mit Urteil IV.2012.00208 vom 2. September 2013 fasste das hiesigen Ge richt das A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. Juli 2010 (Urk. 7/ 115) , welches Grundlage für die Ver fügung vom 13. Januar 2012 bildete, wie folgt zusammen (Urk. 7/ 185/6-8): « Am A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. Juli 2010 (Urk. 11/115) waren die Dres .

med.

H.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin FMH, Zertifizierter Medizinischer Gutachter SIM, Chefarzt, I.\_\_\_\_ , Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabili tation FMH, Zertifizierte Medizinische Gutachterin SIM, Stellvertretende Chefärz tin, und J.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, be teiligt (Urk. 11/1 7/ 60, Urk. 11/1 7/ 63). Gestützt auf die bei den Unter suchun gen vom 14. und 20. April 2010 erhobene Anamnese und festgestellten Be funde, die inter nistische, rheumatologische und psychiatrische Beurteilung sowie die Akten

der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/1 7/ 1) stellten die A.\_\_\_\_ -Gut achter die folgen de

Diag nose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: medial und femoro patellar betonte Gonarthrose links mit /bei Status nach Arthroskopie des linken Kniegelenks mit vollständiger In nenmeniskus- Hinterhornresektion we gen medialer Meniskus lä si on mit Fragmentdislokation und mässiggradiger Go narthrose medial am 16. März 2007, intraoperativ imponierender Chondro pathie Grad III bis teilweise IV retro pa tellär , trochleär und im Bereich des medialen Femurkon dylus sowie Chondro pathie Grad II bis stellenweise III des medialen Tibiapla teaus sowie Status nach diagnostischer Arthroskopie links mit Infiltra tion eines Kenacort -/ Naropin -Ge misches am 16. Mai 2007 mit intaktem vorde rem und hinterem Kreuzband und ohne Hinweis auf freie Gelenkkörper im Sinne von Meniskus resten (Urk. 11/1 7/ 50).

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten sie ein (1)

chro nisches generalisiertes Schmerzsyndrom unter Betonung einer Panvertebral gie sowie einer Omarthralgie rechts mit/bei Fehlhaltung und diskreter Fehl sta tik, ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung mit myostatischer In suf fizienz und muskulärer Dysbalance, multisegmentalen degenerativen Verän derungen ohne Hin weise auf eine radikuläre Symptomatik, diskreten Zei chen einer initia len Gon arthrose rechts und Verdacht auf Tendinosis calcarea links, (2) morbide Adiposi tas (BMI von 46.1 kg/m 2 ), (3) arterielle Hypertonie sowie (4) Hypercho le sterin ä mie (Urk. 11/1 7/ 50-51).

Gemäss den A.\_\_\_\_ -Gutachtern liess sich aus internistischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit noch in einer dem Alter und dem Habitus angepassten Verweisungstätigkeit (Urk. 11/1 7/ 56).

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung stellten die A.\_\_\_\_ -Gutachter laut ihren Angaben eine auffallende Diskrepanz zwischen den objektiven klinischen und radiologischen Befunden im Vergleich zu den vom Beschwerdeführer demonstrierten Beschwerden und Schmerzen fest. Bedingt durch die eingeschränkte Belastbarkeit des linken Kniegelenks bzw. unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter/Allrounder mit regelhaft anfallenden Kniegelenksbelastungen den Bewegungsmustern rheumatologisch nicht mehr zumutbar (Urk. 11/1 7/ 57-59). In einer optimal dem Leiden angepassten, wechselbelastenden, primär im Sitzen auszuübenden Tätigkeit ohne das Arbeiten in knien- und hockender Stellung, ohne das mehr als gelegentliche Bewältigen von Treppen und ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe im Bereich der unteren Extremitäten, ohne das mehr als seltene Gehen in abschüssigem beziehungsweise unebenem Gelände, sei bezogen auf ein Vollschichtpensum aus rheumatologischer und internistischer Sicht eine unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % zu attestieren (Urk. 11/1 7/ 58 und 59). Aufgrund der Inkonsistenzen in den ärztlichen Attesten sei die Festlegung des Beginns der Arbeitsunfähigkeit auf dem rheumatologischen Fachgebiet nicht sicher möglich. Internistischerseits bestehe auch im retrospektiven Längsschnitt zu keiner Zeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/1 7/ 59).

Aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der absolut fehlenden Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers keine Aussage zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden. Er sei seiner Mitwirkungspflicht im Rahmen der Begutachtung nicht nachgekommen und habe durch sein Verhalten eine psychiatrische Exploration verunmöglicht. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne somit nicht gestellt werden (Urk. 11/1 7/ 58).»

#### **E. 3.2.1.1**

Am B.\_\_\_\_ -Gutachten vom 15. März 2015 wirkten die Dres. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, Chefarzt, K.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, L.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, sowie J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter SIM, mit (Urk. 7/ 248/73). Die Untersuchungen des Beschwerdeführers fanden am 6. und 7. Januar 2015 statt (Urk. 7/ 248/1). Die B.\_\_\_\_ -Gutachter stützten ihr Gutachten auf die Anamnese, die von ihnen erhobenen Befunde, ihre internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Beurteilungen sowie die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten (vgl. Urk. 7/ 248/1). Sie führten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (Urk. 7/ 248/59): - Dementielle Entwicklung unklarer Ätiologie (ICD-10: F03) mit/bei: - progredienter Regression mit Pflegebedürftigkeit - pathologischer PDG-SPECT-Untersuchung des Gehirns am 15.

Dezember 2014 mit bitemporalem zerebralem Hypometabolismus - Medial und femoropatellar betonte Gonarthrose links mit/bei: - Status nach arthroskopischer Innenmenisckushinterhornresektion am 16.

März 2007 - Status nach Re-Arthroskopie am 16. Mai 2007 mit Nachweis einer fortgeschrittenen Chondropathie retropatellär und des medialen Tibia plateaus - Gonarthrose

und Retropatellärarthrose rechts mit/bei: - Status nach arthroskopischer Meniskektomie  
2012 - Beginnende Coxarthrose beidseits - Periarthropathia

humeroscapularis

tendinotica beidseits - Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom unter Betonung einer  
Pan vertebralgie mit/bei: - Fehlform und Fehlhaltung der Wirbelsäule - ausgeprägter  
muskulärer Dekonditionierung - myostatischer Insuffizienz und muskulärer Dysbalance -  
multisegmental degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule

Zudem stellten die B.\_\_\_\_ -Gutachter folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die  
Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/ 248/60): - Schweres obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, aktuell  
wieder unter CPAP-Therapie - Massive Dysphagie mit/bei: - postbrandialem Erbrechen -  
Status nach laparoskopischen Gastric

Sleeve -Operation am 22.

Oktober 2014 - aktuell Nachweis einer Stenose im proximalen Drittel des Magens (Gastrografinpassage vom 16. Januar 2015) - Metabolisches Syndrom mit/bei: -  
abdomineller Adipositas Grad II nach WHO (BMI von 35 kg/m<sup>2</sup> ; initialer BMI von 41.3  
kg/m<sup>2</sup>) - arterieller Hypertonie, schlecht eingestellt - Diabetes mellitus Typ 2, unter oralen  
Antidiabetika - Hypercholesterinämie, behandelt - Hypertensive Kardiopathie mit/bei: -  
Paroxysmale Vorhofflimmern, aktuell unter Xarelto - Status nach dekompensierter  
Herzinsuffizienz im Januar 2014 - multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren -  
Rezidivierende Sigmadivertikulitis mit/bei: - bekannter Sigmadivertikulose

### **E. 3.2.1.2**

Der «versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese» der B.\_\_\_\_ -Gutachter kann  
entnommen werden, dass bei der Untersuchung des Beschwerdeführers eine eigentliche  
Anamneseerhebung nicht möglich gewesen sei. Auf die gestellten Fragen habe der  
Beschwerdeführer entweder gar nicht oder mit «ich weiss nicht» geantwortet. Auf die  
gezielten Fragen nach Schmerzen habe er berichtet, dass ihm alles wehtue, überall, es sei  
ganz schlimm, vor allem im Rücken und in den Beinen. Er könne deshalb nicht mehr laufen  
und verbringe den ganzen Tag im Bett. Vor allem seit seiner letzten Operation gehe es ihm  
schlecht, da er nicht mehr essen könne und die ganze Zeit am Würgen und Erbrechen sei.  
Nach der Magenverkleinerung habe er inzwischen auch 25 kg an Gewicht abgenommen,  
sei aber völlig verzweifelt. Mehr sei anamnestisch nicht zu eruieren gewesen (Urk. 7/  
248/67).

Die allgemein-internistische Untersuchung habe ein eindrückliches Bild eines in zwischen  
59-jährigen, immer noch deutlich adipösen und dekonditionierten Beschwerdeführers in  
stark reduziertem Allgemeinzustand ergeben (Urk. 7/ 248/67). Im Vordergrund stehe  
jedoch das neuropsychiatrische Zustandsbild im Sinne einer schweren Demenz, welche  
auch jetzt bildgebend ihr Korrelat finde. Insofern seien die internistischen Diagnosen  
aktuell irrelevant für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, diese sei vor allem aus neuro  
psychiatrischer Sicht nicht mehr gegeben (Urk.

7/ 248/67).

Diesbezüglich hielt der neurologische B.\_\_\_\_ -Gutachter fest, dass in neurologischer  
Hinsicht eine Störung des Antriebs und der Sprache sowie eine Gangstörung im  
Mittelpunkt stünden. Hinzu komme ein intermittierender Ruhe- und Haltetremor der

rechten Hand. Die fachneurologische neuropsychologische Beurteilung im Spital C.\_\_\_\_ vom 27. November 2014 beschreibe ähnliche Defizite, welche zum damaligen Zeitpunkt nicht sicher organisch hätten eingeordnet werden können und mit der Fragestellung nach einer organischen Genese Anlass für eine nuklearmedizinische Untersuchung (PET) gegeben hätten. In Kenntnis des signifikant auffälligen Hypometabolismus, welcher in dieser Untersuchung zur Darstellung gekommen sei, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer organischen Genese des Symptomkomplexes auszugehen, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu 100 % aufhebe, auch wenn eine gewisse funktionelle Überlagerung nicht ausgeschlossen werden könne (Urk. 7/ 248/69).

Der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter führte aus, dass der Beschwerdeführer bei seiner Untersuchung die Fragen nicht oder nur mit Schulterzucken beantwortet habe, dies auch bei einfachsten Fragen wie beispielsweise «Verstehen Sie mich?». Es sei sehr unwahrscheinlich, dass dieses Verhalten bewusst gesteuert werde (Urk. 7/ 248/69). Der Beschwerdeführer habe während des ganzen Gesprächs sehr teilnahmslos, teils apathisch gewirkt. Aufgrund der fremdanamnestischen Angaben durch die Ehefrau müsse davon ausgegangen werden, dass das Zustandsbild, welches der Beschwerdeführer im Gespräch gezeigt habe, dem entspreche, wie er sich auch zuhause in gewohnter Umgebung zeige. Die Ehefrau habe berichtet, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Begutachtung im Jahr 2010 sukzessive verschlechtert habe. Es gehe ihm mittlerweile deutlich schlechter als noch vor vier Jahren. Sie erkläre sich die Verschlechterung mit den häufigen Klinikaufenthalten und den verschiedenen Operationen. Insbesondere die Magenoperation im Oktober 2014 habe nochmal eine deutliche Verschlechterung bewirkt. Der psychiatrische B.\_\_\_\_-Gutachter hielt weiter fest, dass es inzwischen in der Bildgebung deutliche Hinweise für das Vorliegen einer Demenz gebe. Aufgrund dieses Befundes und des aktuellen Untersuchungsgesprächs sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer unter einem demenziellen Prozess leide, obwohl eine Demenz bisher noch nicht diagnostiziert worden sei. Differentialdiagnostisch sei noch an eine schwere depressive Symptomatik mit einer Pseudodemenz zu denken. Es sei allerdings wahrscheinlicher, dass auch aufgrund der somatischen Befunde diese Differentialdiagnose nicht zutreffe. Aktuell und auf Dauer bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/ 248/ 70).

Zu ergänzen ist, dass laut den B.\_\_\_\_-Gutachtern dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine dem Leiden adaptierte Tätigkeit, durchgeführt in Wechselposition, ohne knie- und nicht schulterbelastend, vollumfänglich zumutbar wäre (Urk. 7/ 248/69).

### **E. 3.2.1.3**

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten die B.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer Gesamtbeurteilung fest, dass dieser aufgrund seiner schweren demenziellen Entwicklung, welche am ehesten organischer Genese sei, für alle Tätigkeitsbereiche zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 7/ 248/71-72). Seit wann genau die 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, könne retrospektiv nicht genau eruiert werden. Sie gelte spätestens ab dem Zeitpunkt der Begutachtung im B.\_\_\_\_ vom 6. und 7. Januar 2015 (Urk. 7/ 248/72).

### **E. 3.2.2.1**

Dr. med. M.\_\_\_\_, leitender Arzt Neurologie, spez. Neuropsychologie/Verhaltensneurologie, Spital C.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 14. Juni 2017 (betreffend ambulante Kontrolluntersuchung vom 8. Juni 2017)

die Diagnose einer unklaren kognitiven Störung mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten mit Adynamie, Passivität, Antriebslosigkeit und Mutismus unklarer Zuordnung mit/bei nicht pathologischer Schädel-Magnetresonanztomographie (MRI) und nicht pathologischem Elektroenzephalogramm (EEG) sowie Hirn-FDG-PET-Untersuchung im Dezember 2014 mit mässigem bitemporalen

Hypometabolismus. Zudem bestünden diverse medizinische Hypothesen mit unter anderem hypertensiver und rhythmogener Herzerkrankung, metabolischem Syndrom und schwerer obstruktiver Schlafapnoe (Urk. 7/309/3).

Dazu führte Dr. M.\_\_\_\_

aus, dass die bekannte komplexe Situation bei neuropsychologisch wiederholt nicht untersuchbarem Beschwerdeführer und auch neurologisch nur sehr eingeschränkter Untersuchbarkeit vorliegen würde. Der Beschwerdeführer sei zur Objektivierung einer organischen Schädigung des Zentralnervensystems (ZNS) zugewiesen worden. Im Hinblick auf einen (allfälligen) neurodegenerativen Prozess sei vordergründig eine Lumbalpunktion mit Abnahme der so genannten Demenzmarker empfohlen worden. Dies sei allerdings von der Familie mit dem Hinweis auf eine negative Vorerfahrung (Analthrombose nach vorübergehender Unterbrechung der Marcoumarisierung) abgelehnt worden. Deshalb sei der Beschwerdeführer zur Durchführung einer klinischen Verlaufskontrolle inklusive EEG aufgeboten worden. Der klinische Befund sei unverändert gewesen. Das EEG sei soweit einsehbar nicht pathologisch gewesen. Das EEG wäre nur bei einem pathologischen Befund richtungsweisend gewesen. Beim medizinisch polymorbiden Beschwerdeführer bestehe ein unklares zerebrales Zustandsbild mit Antriebslosigkeit, Passivität (anamnestisch auch in den Aktivitäten des täglichen Lebens wie Nahrungsaufnahme) und Mutismus, was sich gemäss fremdanamnestischen Angaben auch zu Hause so zeige. Ergänzend sei noch eine Laborabklärung durchgeführt und ein Verlaufs-MRI angemeldet worden, über die Befunde werde in einem separaten Bericht orientiert (Urk. 7/309/2). In Betrachtung der diversen Konsultationen könne gesagt werden, dass das oben beschriebene Bild sich jedes Mal in etwa gleich bis akzentuiert gezeigt habe und dass auch bei der fremdanamnestischen Erörterung die Teilhabe am Alltagsleben quasi aufgehoben sei. Die bisherigen Zusatzabklärungen seien nicht richtungsweisend beziehungsweise pathologisch gewesen. Einzig die Hirn-FDG-PET-Untersuchung habe mit einem bitemporalen zerebralen Hypometabolismus einen auffälligen Befund gezeigt. Dieser sei allerdings nicht sehr ausgeprägt gewesen, was keine sichere Zuordnung zu einer klassischen hirndegenerativen Erkrankung erlaube. Somit könne von diagnostischer Seite her konstatiert werden, dass weiterhin ein unklarer Zustand bestehe und somit eine aetiologische Zuordnung nicht möglich sei. Trotzdem bestünde wenig Zweifel an der Hilflosigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 7/309/3).

#### **E. 3.2.2.2**

Dem Nachtragsbericht von Dr. M.\_\_\_\_

vom 22. Juni 2017 ist sodann zu entnehmen, dass sich in den Laborwerten ein unspezifischer grenzwertiger Befund der ANA-Antikörper wie auch eine grenzwertige Borrelien-Serologie ohne relevante weitere Auffälligkeiten gefunden habe. Insbesondere

seien die Elektrolyten ausser einem leicht erniedrigten Kalium unauffällig und auch die Leberwerte normwertig. Das Schädel-MRI vom 21. Juni 2017 habe zwar

neben befundlich eine leichte Atrophie und eine leichte vaskuläre Leukenzephalopathie, verglichen mit den Aufnahmen vom 28. Januar 2014 aber ebenfalls keine neuen Aspekte gezeigt. Somit hätten die Abklärungen mittels EEG, Labor und Magnetresonanztomographie (MRI) keine relevante wegweisende Pathologie darstellen können. Die Angaben im Bericht vom 8. Juni 2017 (gemeint ist wohl: 14. Juni 2017) würden weiterhin ihre Gültigkeit behalten. Die Ätiologie der kognitiven Störung und der Verhaltensauffälligkeiten seien aktuell immer noch unklar (Urk. 7/309/4).

### **E. 3.2.3.1**

Am D.\_\_\_\_ -Gutachten vom 3. Januar 2018

(Urk. 7/322) waren die Dres. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Orthopädische Rheumatologie (D), O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, sowie Dr. phil. R.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, beteiligt (Urk. 7/320, Urk. 7/322/48, Urk. 7/322/104).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit als Reinigungskraft, Urk. 7/322/3, Urk. 7/322/30): - Dissoziativer Stupor (ICD-10: F44.2), Differentialdiagnose (DD): unklares dementielles Zustandsbild (ICD-10: F03), organische Verhaltensstörung bei M. Whipple (ICD-10: F07.9), depressiver Stupor (ICD-10: F32.3) - Pseudoradikuläres Lumbalsyndrom bei ausgeprägten Spondylarthrosen im unteren Lendenwirbelsäulen (LWS)-Bereich und massiver Spondylosis L2-L5 sowie - Status nach mikrochirurgischer Dekompression und Sequestrektomie L4/5 links mit Neurolyse der L5-Wurzel links am 11. September 2015 und - Status nach mikrochirurgischer Re-Sequestronukleotomie L4/5 links mit Re-Neurolyse L5 links am 12. September 2016

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit als Reinigungskraft, Urk. 7/322/3) führten die Gutachter an (Urk. 7/322/30): - Mässige Gonarthrose beidseits - Spondylosis deformans Brustwirbelkörper (BWK) 10-12 linksbetonte costotransversale Arthrose BWK 10 - Akromioklavikulararthrose und Humeruskopfhochstand des rechten Schultergelenks - Metabolisches Syndrom - Verdacht auf diabetogene Polyneuropathie - Hypertensive Herzkrankheit - Obstruktives Schlafapnoesyndrom, gegenwärtig ohne Therapie - Paroxysmales Vorhofflimmern - Dysphagie mit postprandialem Erbrechen bei Zustand nach laparoskopischer Gastric-Sleeve-Operation am 22. Oktober 2014 mit Stenosierung im proximalen Drittel des Magenumens - Zustand nach gedeckt perforierter Divertikulitis des Coecum 08/2014 - Refluxoesophagitis - Verdacht auf opioidinduzierte chronische Obstipation

### **E. 3.2.3.2**

Der versicherungsmedizinischen Beurteilung der D.\_\_\_\_ -Gutachter ist zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in psychischer Hinsicht zu entnehmen, dass in einem psychosomatischen Konsilium der Rehaklinik S.\_\_\_\_ vom Juli 2007 der psychische Zustand des Beschwerdeführers noch als stabil bezeichnet worden sei. Der Beschwerdeführer sei damals als fröhlich, offen, hoffnungsvoll, optimistisch und positiv eingestellt beschrieben

worden. Die folgenden Jahre seien von der Suche des Beschwerdeführers nach Anerkennung der bestehenden Beschwerden und Schmerzen geprägt gewesen. Jedoch sei er und seine Familie diesbezüglich auf Ablehnung und Aberkennung seines Leidens gestossen. Diese Konstellation sei grundsätzlich geeignet gewesen, nebst anderen Belastungsfaktoren (soziale Probleme, finanzielle Sorgen, emotionale Konflikte), dissoziative Symptome hervorzurufen. Hinweise auf eine dissoziative Erkrankung würden sich weiter durch die geringe Ressourcenlage des Beschwerdeführers (mangelhafte Ausbildung, geringer sozialer Status) und die wenigen Coping-Strategien ergeben. Dies zeige sich einerseits im Fehlen von Initiative während des Aufenthalts in der Rehaklinik S. \_\_\_\_ (damals sei der Beschwerdeführer noch bei psychisch guter Gesundheit gewesen) und andererseits an der Unfähigkeit oder dem Unwillen des Beschwerdeführers, an einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes mitzuwirken oder auch ein gewisses Mass an Schmerzen zu tolerieren und insgesamt aktiv mitzumachen. Begleitend würden immer wieder psychosoziale Belastungen angeführt (finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit). Im Jahr 2010 habe der Beschwerdeführer gegenüber der MEDAS gesagt, dass er alles verloren habe, so auch seine Libido. Beide Elternteile seien im Jahr 1994 gestorben, der Vater mit 64, die Mutter mit 60 Jahren. Im gleichen Alter habe der Beschwerdeführer endgültig sämtliche Funktionen verloren und sei zum Pflegefall geworden. Der Satz «Ich habe alles verloren», könne daher auch einen gewissen Symbolcharakter beinhalten, durch die nicht oder unzureichend verarbeiteten Verluste beider Elternteile, enttäuschte Lebenskonzepte und auch überfordernde Existenzängste beim Erreichen des gleichen Alters wie die Eltern. Dabei würden diese Auslöser allesamt sehr spekulativ und auch weiterhin unklar bleiben. In der Beurteilung der MEDAS vom März 2015 werde die Diagnose einer unklaren demenziellen Entwicklung gestellt. Bis heute würden sich keine objektivierenden Hinweise auf eine solche ergeben. Denoch seien auch hier atypische Verläufe möglich (vgl. neurologisches Gutachten). Auch werde eine neurologische Manifestation des vorbeschriebenen Morbus Whipple in Betracht gezogen (Bericht Spital C. \_\_\_\_

Dr. M. \_\_\_\_ vom 22. Februar 2017). Eine sichere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Unabhängig von der Diagnose könne aber von einem arbeitsfähigkeitseinschränkenden Zustandsbild ausgegangen werden, ein Funktionieren im Alltag, geschweige an einem Arbeitsplatz (angepasst oder angestammt) sei nicht möglich (Urk. 7/322/31). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig in seinem angestammten, aber auch in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 7/322/32).

Alsdann führten die D. \_\_\_\_ -Gutachter zusammengefasst aus, dass aus internistischer und orthopädisch-traumatologischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bestehen würde (Urk. 7/322/33).

Die D. \_\_\_\_ -Gutachter hielten sodann fest, dass bei der neurologischen Untersuchung kein sicheres neurologisches Defizit festgestellt werden könne. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer keinen Blickkontakt aufnehme, auf Ansprache nicht reagiere und nicht spreche, sich beim Umsetzen helfen lasse und ständig Laute von sich gebe, würde nicht automatisch bedeuten, dass ein hirngemessenes Psychosyndrom vorliegen würde (Urk. 7/322/33). Aufgrund der Beobachtungen während der Begutachtung und den erhobenen zahlreichen Diskrepanzen ohne sichere neurologische Defizite würden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer neurologischen Erkrankung mit organischem Psychosyndrom ergeben (Urk. 7/322/33-34). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verwei

sungstätigkeit sei auf dem neurologischen Gebiet nicht eingeschränkt, da keine Hinweise für eine neurologische Erkrankung vorliegen würden ( Urk. 7/322/34) .

### **E. 3.2.3.3**

Nach der Beurteilung im polydisziplinären Konsens attestierten die D.\_\_\_\_ -Gutachter dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft ( Urk. 7/322/3) und in einer leidensadaptierten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ( Urk. 7/322/35).

Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit im polydisziplinären Konsens führten die D.\_\_\_\_ -Gutachter sodann aus, es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit bis 2010 zu 100 % bestanden habe. Im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 12. März 2012 werde eine Verschlechterung des psychischen Zustandes seit dem 15. Juli 2010 beschrieben (unklare Teilarbeitsfähigkeit) und ab dem 12. März 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit postuliert. Da der Beschwerdeführer kaum mehr aus dem Haus könne, kaum gehfähig sei, den Alltag nur mit Hilfe bewältigen könne, quasi voll ständig hilflos sei, sei er auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Ihm sei keine Arbeitstätigkeit zuzumuten ( Urk. 7/322/35).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt Dr. P.\_\_\_\_ dazu fest, dass retrospektiv eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für angestammte und adaptierte Tätigkeiten gelte (Urk. 7/322/82).

### **E. 3.3**

In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2018 (zu Rückfragen der Verwaltung)

führte

Dr. P.\_\_\_\_

sodann unter anderem aus, dass im Rahmen körperlicher Untersuchungen sich er auch Beobachtungen hätten gemacht werden können, welche bei einem rein verbalen Untersuchen so nicht möglich gewesen seien. Die Ehefrau und die Tochter seien in den beim Beschwerdeführer vorliegenden regressiven Prozess involviert, weshalb es nicht erstaune, dass der Beschwerdeführer gewisse Anweisungen seiner Ehefrau folgen könne (z. B. den Mund aufmachen), dies jedoch bei fremden Personen nicht könne. Die Symptomebene des Beschwerdeführers gehe einher mit der Art der Beobachtung (ärztlich-distanzierter Beobachter löse andere «Verstärker» aus als liebevolle Zuwendung durch Partnerin/Tochter). Dies könne aber nicht als gezielte Täuschung oder Simulation gesehen werden

(Urk. 7/325 /2 ) . Innerhalb des 1-2-stündigen Beobachtungszeitraums habe er persönlich keine Hinweise auf Simulation ausmachen können. Wie von den Somatikern angeführt, seien gewisse Hinweise in Richtung Aggravation/

Simulation vorhanden (fehlende Medikationsspiegel, fehlender Leidensdruck der Ehefrau, Vorakten mit immer wieder Malcompliance des Beschwerdeführers). Eine sichere Beurteilung betreffend Simulation und Aggravation sei aber ohne Observierung beziehungsweise ohne stationäre Begutachtung nicht möglich. Die Diagnose des dissoziativen Stupors (ICD-10: F44.2) gehe typischerweise mit Inkonsistenzen bei den somatischen Ärzten einher. Eine bewusste Täuschung/Simulation könne nicht ausgeschlossen werden, müsse aber auch nicht vermutet werden. Eine längerer Beobachtungszeitraum (Klinik) könnte hier eventuell besser Aufschluss darüber geben. Eine sichere Beurteilung als Psychiater könne er bei einem nicht anamnese fähigen

Versicherten leider nicht abgeben ( Urk. 7/325/3).

#### **E. 3.4**

Die RAD-Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_

hielt am 19. März 2018 fest, dass Dr. P.\_\_\_\_ bei der Untersuchung für das D.\_\_\_\_-Gutachten keine adäquate Anamnese und keinen psychopathologischen Befund erhoben habe. Er habe sich auf die Aussagen der Ehefrau und früherer Gutachten/Arztberichte abgestützt. Er habe seine bevorzugte Diagnose eines dissoziativen Stupors lehrbuchmässig hergeleitet. Wegen der fehlenden Grundlagen habe Dr. P.\_\_\_\_ jedoch nicht glaubhaft gemacht, dass die genannte Diagnose tatsächlich auf den Beschwerdeführer zu treffe. Zudem habe er dadurch die Diskussion bezüglich Aggravation/Simulation verhindert, die aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers und von dessen Ehefrau sowie auch aufgrund verschiedener Inkonsistenzen bei der orthopädischen und neurologischen Untersuchung hätten stattfinden sollen. Der Gutachter sei beispielsweise nicht darauf eingegangen, dass der Beschwerdeführer sich trotz des dissoziativen Stupors, bei dem - wie Dr. P.\_\_\_\_ selber schreibe - ein völliger Verlust der Kontrolle von Körperbewegungen bestehe, bei den anderen Untersuchungen bewegen könne (Urk. 7/331/8). Auf das psychiatrische Teilgutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 7/331/9). 3. 5

Der an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers gerichteten Stellungnahme des F.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2018 ist zu entnehmen, dass bereits im Bericht des F.\_\_\_\_ vom 10.

August 2015 Aggravation und Simulation klar widerlegt und ein eindeutig dementieller Prozess seit 2010 beschrieben worden seien. Aufgrund des MRI vom 21. Juni 2017, welches in der neurologischen Begutachtung nicht berücksichtigt worden sei, aber in der Beilage zu finden sei (nicht aktenkundig), könne sicher auch von somatischen Grundlagen des Störungsbildes ausgegangen werden.

Im erwähnten Bericht des F.\_\_\_\_ vom 10. August 2015 sei festgehalten worden, dass im Verlauf

eine kontinuierliche schwere Abnahme des Gedächtnisses und der Partizipationsfähigkeit zu beobachten gewesen sei, dies ohne Ausnahme. Zudem sei festgehalten worden, dass eine verminderte Urteilsfähigkeit deutlich vorhanden sowie die Affektkontrolle praktisch aufgehoben gewesen sei und dieser Zustand seit mindestens 2010 existiere. Diese Beobachtungen würden keineswegs nur auf fremdanamnestic Angaben der Ehefrau, sondern auf Verlaufsbeobachtungen im F.\_\_\_\_ über Jahre hinweg

beruhen (Urk. 7/337/1). Die Ableitung der Diagnosen von Dr. P.\_\_\_\_ sei vor allem im Schreiben des D.\_\_\_\_ vom 13.

Februar 2018 nachvollziehbar und fachlich korrekt. Nachvollziehbar handle es sich nicht um eine Katatonie aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern um eine dementielle Entwicklung, welche mit guten Gründen um den dissoziativen Stupor ergänzt werden könne (Urk. 7/337/2). 3. 6

Dr. G.\_\_\_\_

stellte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 26. September 2018 die Diagnose schizophrenes Residuum (ICD-10: F20.5), seit mindestens 2010 (Urk. 7/343/40).

Dazu führte er insbesondere aus, dass es beim Beschwerdeführer wesentliche Anhaltspunkte auf eine episodische beziehungsweise dynamisch-verlaufende verzerrte Realitätswahrnehmung als auch Symptome aus dem paranoiden, katonen und hebephrenen Spektrum einer F2-Diagnosen der ICD-10 gebe. In der ICD-10, dem Diagnostikmanual der WHO, finde sich keine eigene Kategorie, um diese psychische Störung - unter der der Beschwerdeführer leide - konkret, z.B. wie bei den Unterkategorien F20.0-F20.2 möglich, zu klassifizieren. Die differenzierte Psychopathologie von Leonhard grenze dagegen den spezifischen und überdauernden Symptom-Komplex ab, der durch einen Negativismus in Form von Unterlassen, Verarmung der Willkürmotorik, Aktivitätsverlust und Affektivitätsverlust gekennzeichnet sei und einem mittlerweile eingetretenen schizophrenen Defektzustand entspreche (Urk. 7/ 343/41).

Der damaligen Beurteilung des A.\_\_\_\_-Gutachters Dr. J.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2010, dass das Verhalten des Beschwerdeführers bei der Untersuchung «sehr demonstrativ» und «aufgesetzt» gewirkt habe, könne nicht als sach- und fachgerecht bestätigt werden. Der Beschwerdeführer habe sich nicht bewusst «keine Mühe» gegeben, sondern er leide an einer sehr schweren psychiatrischen Erkrankung mit überdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk.

7/ 343/42, Urk.

7/ 343/52). Der auch später (gemeint ist: von anderen Gutachterinnen und Gutachtern) immer wieder bemühte Zirkelschluss, dass «keine Psychopathologie» hätte herausgearbeitet werden können, da «keine Exploration möglich» gewesen sei, sei aus fachärztlicher und versicherungsmedizinischer Sicht nicht aufrecht zu erhalten. Der Beschwerdeführer habe trotz wesentlicher eingeschränkter (krankheitsbedingter) Fähigkeit zu sprechen, psychopathologische Befunde geboten, die bereits beim Lesen auf einen Negativismus einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (Kapitel F2 der ICD-10) hinweisen müssten. Insofern sei der medizinische Sachverhalt ausgehend von dieser Grundlage im Jahr 2010 zweifelsfrei unrichtig beurteilt worden (Urk.

7/ 343/42, Urk. 7/ 343/52-53).

Fachärztlich psychiatrisch zu objektivierende Hauptsymptome seien im Fall des Beschwerdeführers ein Mutismus und ein Negativismus, das heisse, das «nicht Sprechen» sei ein wesentliches Krankheitszeichen und nicht mit einer «mangelnden Mitwirkung» des Beschwerdeführers zu verwechseln (Urk. 7/343/43). Eine allenfalls mögliche, nicht überwiegend wahrscheinliche, Simulation wäre kein psychiatrisches Krankheitsbild, sondern ein Verhalten. Eine diesbezügliche Abklärung würde die Möglichkeiten des psychiatrischen Sachverständigen im Rahmen einer versicherungsmedizinischen Begutachtung übersteigen. Mit medizinischen Mitteln oder weiteren versicherungsmedizinischen Begutachtungen lasse sich eine Simulation nicht objektivieren. In einer Gesamtschau beurteile er (Dr. G.\_\_\_\_) daher, dass gemäss jetzigem Erkenntnisstand die Einschränkungen in Bezug auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit überwiegend wahrscheinlich zu Lasten einer schweren psychiatrischen Gesundheitsstörung - schizophrenes Residuum (ICD-10 F20.5)

- gingen (Urk. 7/343/47).

Dr. G.\_\_\_\_ hielt sodann fest, dass eine abschliessende Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht gegenwärtig nicht möglich sei (Urk. 7/343/49).

Ob der Beschwerdeführer zudem mittlerweile unter einem demenziellen Prozess im engeren Sinne leide, könne erst nach einer leitlinien gerechten Behandlung des schizophrenen Residuums (ICD-10: F20.5) geklärt werden (Urk. 7/343/54). Die Empfehlung der B. \_\_\_ -Gutachter, wonach der Beschwerdeführer aufgrund seines psychischen Zustandsbildes dringend eine stationäre Therapie durchführen solle, um adäquate therapeutische Massnahmen durchführen zu können, könne nachvollzogen werden (Urk. 7/343/54). Es sei davon auszugehen, dass auch bei optimalem Ausschöpfen aller bisher nicht genutzten therapeutischen Behandlungsoptionen kurz- bis mittelfristig keine wesentliche Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes und damit auch der Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers erreicht werden könne (Urk. 7/343/58). 4.

#### 4.1

Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkung seit der Verfügung vom 13. Januar 2012, mit welcher dem Beschwerdeführer vom 1. März 2008 bis 31. Oktober 2010 eine befristete ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 7/158), derart wesentlich verändert haben, dass er erneut Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 4.2

Unbestritten ist, dass weder aus orthopädischer noch aus allgemein internistischer Sicht eine revisionsrechtlich erhebliche Verschlechterung eingetreten ist und die beiden Teilgutachten den Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vgl. E. 2.5 .1) entsprechen. Streitig ist hingegen, ob dies auch für das neurologische und das psychiatrische Teilgutachten gilt. 4.3

#### 4.3.1

Aus neurologischer Sicht steht insbesondere eine dementielle Entwicklung in Frage. 4.3 . 2

Dazu ist zunächst festzuhalten,

dass das Sozialversicherungsgericht mit Urteil IV.2015.00825 vom 28. November 2016 aufgrund der damaligen Aktenlage zum Schluss

gelangte, dass die im

B. \_\_\_ -Gutachten vom 15. März 2015 gestellte Diagnose einer dementiellen Entwicklung (welche zu einer 100% igen Arbeitsunfähigkeit führe) nicht gesichert sei

und sich aufgrund der Akten nicht abschliessend beurteilen lasse, ob eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 13. Januar 2012 eingetreten sei ( E.

4.3 jenes Urteils, Urk.

7/283/13 ).

Dabei zog das Gericht namentlich in Betracht, dass Dr. M. \_\_\_ und lic. phil. T. \_\_\_ , Neuropsychologie, Spital C. \_\_\_ , im Bericht vom 14. Januar 2015 festgehalten hatten, dass der Befund der PET/CT-Hirn-Untersuchung vom 15. Dezember zwar auffällig sei, jedoch das für eine frontotemporale Demenz oder eine Alzheimer-Erkrankung typische Muster des Hypometabolismus nicht aufweise. Die Ätiologie der kognitiven Störung und Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers blieben somit weiterhin unklar. Sodann habe Dr. L. \_\_\_ zu bedenken gegeben, dass eine gewisse funktionelle Überlagerung nicht

ausgeschlossen werden könne. Gegen die Beurteilung der B.\_\_\_\_-Gutachter spreche im Weiteren, dass nach Lage der Akten beim Beschwerdeführer vor der B.\_\_\_\_-Begutachtung nie eine demenzielle Erkrankung diagnostiziert worden sei. Zu berücksichtigen sei sodann, dass der Beschwerdeführer sich kurze Zeit vor der B.\_\_\_\_-Begutachtung am 22. Oktober 2014 im Spital C.\_\_\_\_ einer Gastric-Sleeve (Schlauchmagen)-Operation unterzogen hatte (vgl. Urk. 7/232) und auch für die Zeit nach der B.\_\_\_\_-Begutachtung Operationen dokumentiert seien. Der Beschwerdeführer müsste daher geistig in der Lage gewesen sein, seine Zustimmung zu diesen Eingriffen zu erteilen. Sodann müsste es ihm möglich gewesen sein, den behandelnden Ärzten seine Beschwerden zu schildern, wofür sich in deren Berichten auch Hinweise finden liessen. Hinzuweisen sei in diesem Zusammenhang auch auf den Bericht zur Untersuchung im Spital C.\_\_\_\_ vom 27. November 2014, wo der Beschwerdeführer « inter mittierend in der Interaktion mit der Ehefrau [...] zu schnellen Antworten fähig » gewesen sei und das in der Kurzabklärung und im kursorisch durchgeführten MMS eruiertbare Ausfallmuster formal einer schweren kognitiven Störung entsprochen habe, das Ausfallmuster aber eigenartig gewesen sei und nicht auf eine primär hirnrorganische Störung hingewiesen habe (vgl. Urk. 7/246/4-5). Schliesslich habe der Beschwerdeführer nach dem Aufenthalt im Spital C.\_\_\_\_ vom 21. bis 27. Oktober 2014 « im guten Allgemeinzustand » und nach der Hospitalisation in der Klinik U.\_\_\_\_ vom 7. und 15. September 2015 « in guten Allgemeinzustand, mobil mit noch leicht eingeschränkter Gehstrecke » nach Hause entlassen werden können (E. 4.2 jenes Urteils, Urk. 7/283/12 f.).

Die Sache wurde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie weitere Abklärungen durchführe. Dabei sei namentlich bei den behandelnden Ärzten des Beschwerdeführers nachzufragen, ob ihnen eine Kommunikation mit dem Beschwerdeführer möglich war und ist. Sodann seien allenfalls Unterlagen zu weiterführenden Demenzabklärungen, wie sie Dr. M.\_\_\_\_ und lic. phil. T.\_\_\_\_ mit Bericht vom 14. Januar 2015 in Aussicht gestellt hatten (Urk. 15/246/1), erhältlich zu machen (E. 4.3 jenes Urteils, Urk. 7/283/13). 4. 3 .3

Die in der Folge veranlassten Demenzabklärungen im Spital C.\_\_\_\_

ergaben keine neuen Erkenntnisse

( vgl. E. 3.2.2 ), weshalb erneut eine polydisziplinäre Begutachtung mit neurologischer Untersuchung angeordnet wurde .

Die neurologische D.\_\_\_\_-Gutachterin kam in ihrem Teilgutachten vom 14. November 2017 - unter Berücksichtigung der neuropsychologischen Untersuchung vom 13. November 2017 - zum Ergebnis, dass keine neurologische Erkrankung vorliege. Die Erhebung der Anamnese sei unmöglich und die Untersuchungsmöglichkeiten seien sehr eingeschränkt gewesen, da der Versicherte nicht auf direkte Ansprache reagiert, keinen Blickkontakt aufgenommen, keine Antworten auf Fragen gegeben, nicht mitgearbeitet und keinerlei Reaktionen gezeigt habe. Trotz der sehr eingeschränkten Untersuchungsmöglichkeiten stelle sich die Frage, welche sichere neurologische Erkrankung unter Einbezug der Akten gestellt werden könne. Das Ergebnis der aktuellen neurologischen Begutachtung laute, dass keine in sicheres neurologisches Defizit festgestellt werden könne. Anschliessend legte die Gutachterin eingehend dar, welche Diskrepanzen in der Krankheitsentwicklung, dem Verhalten des Versicherten und dessen Ehefrau sowie dem klinischen Bild gegen eine neurologische Erkrankung sprechen. Namentlich hielt sie fest, dass über den gesamten Zeitraum seit 2008 auf neurologischem Gebiet keine fokal neurologischen Defizite genannt

würden. Neurologische Diagnosen würden nicht gestellt. Sämtliche neurologische Diagnostik (EEG, MRI, Labor) sei ohne richtungsweisende Pathologie. Sodann würden die über den gesamten Zeitraum beschriebenen Diskrepanzen nicht für eine neurologische Pathologie sprechen (Urk. 7/322/89 ff.).

#### 4.3.4

Soweit der Beschwerdeführer gegen das neurologische Teilgutachten vorbringen lässt, die Gutachterin habe den (signifikanten) MRI-Befund vom 21. Juni 2017 und das neurologische B.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 15. März 2015 nicht berücksichtigt, kann er daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Der erwähnte MRI-Bericht lag der Gutachterin vor (vgl. Urk. 7/322/27) und wies - wie sowohl Dr. M.\_\_\_\_ wie auch die neurologische D.\_\_\_\_-Gutachterin feststellten - keine richtungsweisende Pathologie aus. Dass nicht auf das neurologische B.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 15. März 2015 abgestellt werden kann, ergibt sich bereits aus dem erwähnten Urteil IV.2015.00825 vom 28. November 2016 (vgl. E. 4.3.2).

Zur Stellungnahme des F.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2018 respektive vom 10. August 2015, in welcher schwerwiegende Einschränkungen aufgrund einer dementiellen Entwicklung seit 2010 behauptet werden, welche auch zu einer deutlich verminderten Urteilsfähigkeit geführt habe (vgl. E. 3.5), ist zunächst auf die bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. November 2016 (E. 4.3.2) festgestellten Diskrepanzen zu verweisen. Ergänzend ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer im März 2018 - im Unterschied zum Juni 2014 (vgl. Urk. 7/205) - immerhin noch fähig war, selber eine Hilfslosenentschädigung zu beantragen (vgl. Urk. 7/329); auch war er im Dezember 2016 in der Lage, seinem bisherigen Rechtsvertreter das Mandat zu entziehen und einen neuen Rechtsvertreter zu mandatieren (vgl. Urk. 7/285 f.). Solche Rechtshandlungen setzen zweifellos Urteilsfähigkeit voraus.

Weitere Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit des neurologischen Teilgutachtens sprechen, werden nicht geltend gemacht und sind nicht ersichtlich, weshalb darauf abgestellt werden kann. 4.3.5

Zusammenfassend ist somit in neurologischer Hinsicht seit der Verfügung vom 13. Januar 2012 (Urk. 7/158) keine wesentliche Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. 4.4.4.1

Weiter ist zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ abgestellt hat, in welchem die Diagnose eines dissoziativen Stupors gestellt und dem Beschwerdeführer ab 12. März 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. 4.4.2

Der Beschwerdeführer

bringt vor, Dr.

P.\_\_\_\_

habe die Diagnose eines dissoziativen Stupors

soweit als bei einem derartigen Störungsbild überhaupt möglich als überwiegend wahrscheinlich begründet und belegt (Urk. 1 S. 6). Sodann bestעה gemäss dem Gutachter Dr. G.\_\_\_\_ mindestens seit 2010 ein schizophreses Residuum als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 9). Daraus folge, dass unabhängig von

der konkreten diagnostischen Einordnung zweifellos eine schwere, jegliche Arbeitsfähigkeit ausschliessende psychische Krankheit vorliege (Urk. 1 S. 11-12). 4. 4 . 3

Die RAD-Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ hat eingehend und nachvollziehbar dargelegt, weshalb nicht auf das Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ abgestellt werden könne (E. 3.4 und Urk. 7/331/8-9). In ihrer Stellungnahme vom 23. April 2019 hat sie sodann begründet, weshalb der Beurteilung von Dr. G.\_\_\_\_ nicht gefolgt werden könne (Urk. 7/346/3-4), worauf Dr. G.\_\_\_\_ im Auftrag des Rechtsvertreters am 16. August 2019 eine ergänzende Stellungnahme verfasste (Urk. 3), in welcher er an seiner Beurteilung festhielt. Sowohl am Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ wie auch an demjenigen von Dr. G.\_\_\_\_ bemängelte die RAD-Psychiaterin, dass im Wesentlichen auf die Angaben der Familienangehörigen abgestellt worden sei. Dr. G.\_\_\_\_ hielt dem entgegen, dass bei seiner Untersuchung « als fachärztliche -psychiatrische zu objektivierende Hauptsymptome wie Mutismus und ein Negativismus festzustellen » gewesen seien. In seinem Gutachten habe er dazu ausgeführt, dass das « nicht Sprechen » ein wesentliches Krankheitszeichen und nicht mit einer mangelnden Mitwirkung zu verwechseln sei. Es sei also überwiegend wahrscheinlich gewesen, dass der Beschwerdeführer an einer überdauernden, sehr schweren psychischen Störung mit wechselndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit leide - dies in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ (Urk. 3 S. 6).

#### 4.4.4

Eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit infolge psychischer Störung kann zweifellos nicht allein deshalb verneint werden, weil die versicherte Person sprachunfähig und daher nicht in der Lage ist, über Anamnese und derzeitiges Leiden Auskunft zu geben. Wenn aber wie im vorliegenden Fall die objektive Befundlage derart dürftig ist, muss sich aus den Akten ein konsistentes Bild ergeben beziehungsweise müssen sich medizinische Sachverständige mit feststellbaren Diskrepanzen auseinandersetzen und nachvollziehbar aufzeigen, weshalb solche Diskrepanzen der gestellten Diagnose nicht entgegenstehen und inwiefern diese durch die psychische Störung selbst begründet sind. Andernfalls ist die Herleitung der Diagnose - und die letztlich daraus abgeleitete Arbeitsunfähigkeit - nicht schlüssig begründet.

Zu den bereits im Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. November 2016 (E. 4.3.2) festgestellten Diskrepanzen findet sich weder im Gutachten von Dr. P.\_\_\_\_ noch in demjenigen von Dr. G.\_\_\_\_ eine nachvollziehbare und schlüssige Erklärung. Weiterhin ist nicht nachvollziehbar, weshalb ein mutistischer Patient bei somatischen Beschwerden im Rahmen von notfallmässigen Selbstzuweisungen jeweils konkrete Angaben zu seinen Beschwerden machen konnte. So war der Beschwerdeführer beispielsweise gemäss provisorischem Austrittsbericht des Notfallzentrums Klinik U.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2017 in der Lage, über « brennende Schmerzen im Hals und Mundbereich » zu klagen, wobei er gleichentags « beschwerdearm » nach Hause entlassen werden konnte (Urk. 7/327/3-4). Laut Bericht des RheumaZentrums der Klinik U.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 betreffend Hospitalisation vom 14. bis 25. August 2016 waren die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehegattin trotz guten Willens unpräzise. Immerhin konnte der behandelnde Arzt aber in Erfahrung bringen, dass die immobilisierenden Schmerzen gleich seien wie unmittelbar vor der Diskushernienoperation im September 2015 (Urk. 7/327/18). Dass während dem stationären Aufenthalt keine Kommunikation mit dem Beschwerdeführer möglich gewesen wäre, lässt sich dem Bericht nicht entnehmen (vgl. Urk. 7/327/17 ff.). Nach den fremdanamnestischen Angaben der Ehefrau gegenüber Dr.

G.\_\_\_\_ spreche der Beschwerdeführer seit dem Jahr 2010 nicht mehr und habe keine Willensäusserungen mehr machen können (Urk. 7/343/33); die Tochter gab an, er sei seit Jahren stumm (Urk. 7/343/35).

Die Aussagen von Familienmitgliedern einer versicherten Person sind indes gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht geeignet, etwas zum Gesundheitszustand, vor allem in Bezug auf die Aggrava tion resp. Simulation, beizutragen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_659/2017 vom 20. September 2018 E. 5.3 mit Hinweis). Dem Bericht des Zentrums V.\_\_\_\_ vom 7. November 2016 ist sodann zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der Verlaufskontrolle vom 7. November 2016 nach der Operation an der Lendenwirbelsäule vom 12. September 2016 subjektiv über eine Besserung, insbesondere in den ersten vier Wochen berichtet habe. Seit zwei Wochen bestünden verstärkte vor allem lumbalgiforme Beschwerden, intermittie rend auch mit Ausstrahlung zum Bein (Urk. 7/301/12). 4.4.5

Dass der Beschwerdeführer an einer schwerwiegenden psychischen Störung leidet, welche zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit führt, erscheint aufgrund der vor liegenden Expertisen zwar möglich, unter Berücksichtigung der erheblichen Diskrepanzen aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Eine Aggravation oder Simulation konnten Dr. P.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_ weder ausschliessen noch objektiv feststellen. Daran dürfte auch eine stationäre Begutachtung (von einigen Tagen) nichts ändern

(vgl. auch Urk. 7/322/44 und Urk. 7/325/3, wo Dr. P.\_\_\_\_ festhielt, dass ein längerer Beobachtungszeitraum [Klinik]

- bloss - eventuell besser Auf schluss darüber geben könnte, ob eine bewusste Täuschung/Simulation vorliege, sowie Urk. 7/343/47, wo Dr. G.\_\_\_\_ verlauten liess, dass eine Simulation mit medi zinischen Mitteln oder weiteren versicherungsmedizinischen Begutachtungen nicht zu objektivieren sei) , weshalb auf weitere Abklärungen zu verzichten ist. Damit bleibt es bei der Feststellung, dass der Nachweis einer anspruchsbegründenden Invalidität nicht erbracht werden kann und der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen hat (vgl. E. 2.3). 4. 5

Nach dem hiervor Ausgeführten ist s eit Erlass der Verfügung vom 13. Januar 2012, mit welcher dem Beschwerdeführer mit Wirkung vom 1. März 2008 bis 31. Oktober 2010 eine befristete ganze Rente zugesprochen wurde (Urk. 7/158),

keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustand s des Beschwerdeführers mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausge wiesen .

Demnach hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um Aus richtung einer Invalidenrente vom 5. März 2014 mit der angefochtenen Verfü gung vom 6. August 2019 zu Recht ab gewiesen (Urk. 2). Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b is IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ent sprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer auf zuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler -  
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 Bundesge  
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 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. 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 Beweismittel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der  
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,  
soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

#### **E. 6**

Novem ber 2013 (Urk. 7/189) nicht ein.

#### **E. 7**

/338) .

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, spez. Forensische  
Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Praktischer Arzt FMH, verfasste am 26.

September 2018 ein Gutachten zuhanden der Rechtsschutzversicherung des Versicherten (   
Urk. 7/343). Der Versicherte liess dieses Gutachten mit Eingabe vom 1. Oktober 2018 bei  
der IV-Stelle einreichen ( Urk. 7/344), welche dazu die Stellungnahme der RAD  
-Psychiaterin Dr. E.\_\_\_\_ vom 2 3. April 2019 einholte ( Urk. 7/34 7/ 3) .

Da nach wies die IV-Stelle das Gesuch des Versicherten um Ausrichtung einer  
Invalidenrente vom 5. März 2014 mit Verfügung vom 6. August 2019 erneut ab ( Urk. 2).

Die Gesuche des Versicherten vom 1 1. Juni 2014 und 2 3. März 2018 um Ausrichtung  
einer Hilflosenentschädigung wies die IV-Stelle mit Verfügung

vom 1 1. September 2019 ab ( Urk. 7/351). Diese Verfügung blieb unangefochten. 2.

Gegen die Verfügung

vom 6. August 2019 ( Urk. 2)

erhob

X.\_\_\_\_ am

#### **E. 11**

. Septem ber 201 9 Beschwerde und beantrag te , in Aufhebung der angefochtenen  
Verfügung vom 6 . August 2019 sei ihm eine ganze R ente der

Invalide nver siche rung zuzusprechen . Eventualiter sei e r zunächst  
noch

stationär begutachten zu lassen (Urk.

1 S. 2). Mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer die ergänzende  
Stellungnahme von Dr. G.\_\_\_\_ vom 1 6. August 2019 ( Urk. 3) ein.

Mit Beschwerdeantwort vom 1 7. Oktober 2019 beantragte die Beschwerde gegne rin  
Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 , unter Beilage der IV-Akten , Urk.

7 /1- 353 ), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18 . Oktober 201 9 zur  
Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8 ). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich,  
in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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