

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00743 vom 3. Februar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00743](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00743)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00743 du 3 février 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00743 del 3 febbraio 2021

## **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 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).

### **E. 1.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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).

### **E. 1.3**

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).

1. 4

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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). 1. 5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung 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 Hinweis). 1. 6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art.

#### **E. 04**

unter Hinweis auf ein seit einem

Unfall vom 29. Juni 1998

bestehendes Schleudertrauma bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/3 Ziff. 7.1 -3 und Ziff. 7.5). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom

#### **E. 6**

. Dezember 2011 einen Rentenanspruch (Urk.

#### **E. 10**

/ 116). Auf die dagegen vom Versicherten am 12. November 2013 erhobene Beschwerde (Urk. 10/119/4) trat das Sozialversicherungsgericht mit Beschluss vom 14. Januar 2014 im Verfahren Nr. IV.2013.01049 nicht ein (Urk. 10/120, Dispositiv-Ziff. 1).

#### **E. 15**

. Juni 2015 meldete sich der Versicherte erneut unter Hinweis auf eine Vielzahl von seit dem 29. Juni 1998 bestehenden Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 10/121/1, Urk. 10/122 Ziff. 6.1 -3). Mit Vorbescheid vom 6.

Oktober 2015 stellte die IV-Stelle dem Versicherten in Aussicht, dass auf sein neues Leistungsbegehren nicht eingetreten werde (Urk. 10/133). Nachdem sich der Versicherte hiermit nicht einverstanden gezeigt hatte (vgl. Urk. 10/134, Urk. 10/137, Urk. 10/141), veranlasste die IV-Stelle berufliche Eingliederungsmassnahmen (Urk. 10/145), welche jedoch aufgrund des Gesundheitszustandes des Versicherten nicht fortgeführt wurden (Verfügung vom 24. Mai 2016,

Urk. 10/156-158). Sodann veranlasste die IV-Stelle beim Zentrum Y.\_\_\_\_\_

ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 27. Dezember 2017 erstattet wurde (Urk. 10/209).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/213, Urk. 10/222, Urk. 10/225, Urk. 10/235) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. September 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2).

Der Versicherte erhob am 21. Oktober 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. September 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab dem frühestmöglichen Zeitpunkt eine Invalidenrente zuzu sprechen. Eventuell sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Am 7. November 2019 (Urk. 6) reichte der Versicherte einen weiteren Bericht (Urk. 7) ein, welcher der IV-Stelle am 13. November 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8).

Mit Beschwerdeantwort vom 28. November 2019 (Urk. 9) beantragte die A bweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 29. November 2019 (Urk. 11) wurde der Beschwerdegegnerin Frist angesetzt, um sich zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 7. November 2019 (Urk. 6) sowie zum Bericht vom 6. November 2019 (Urk. 7) zu äussern. Am 19. Dezember 2019 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer am 20. Dezember

2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Am 17. Dezember 2020 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort vom 28. November 2019 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

## **E. 17**

Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung 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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich 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 hinsichtlich 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).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 1. 7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass die im Rahmen der erneuten Anmeldung des Beschwerdeführers am 22. Januar 2015 vorgenommenen Abklärungen ergeben hätten, dass unverändert zur letzten rechtskräftigen Verfügung vom 6. Dezember 2011 eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestehe. Somit habe sich der Gesundheitszustand beziehungsweise die Auswirkung der geltend gemachten Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid nicht verändert, und der damals ermittelte Invaliditätsgrad von 25 % gelte weiterhin. Das Einwandverfahren habe keine neuen, bisher nicht berücksichtigten, medizinischen Tatsachen hervorgebracht (S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden könne, da dieses erhebliche Mängel aufweise. Insbesondere entspreche die vorgenommene Indikatorenprüfung nicht den bundesgerichtlichen Vorgaben (S. 5 f. Rz 7-9). Auch sei das Zusammenspiel der im Y.\_\_\_\_-Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen nicht näher beleuchtet worden (S.

7 Rz

10). Eine sorgfältige Überprüfung der vor gehaltenen Aggravation sei nicht erfolgt. Eine solche werde klar bestritten (S. 7 Rz. 11). Sowohl der behandelnde Facharzt als auch die Ärzte der Klinik Z.\_\_\_\_ in ihrem Austrittsbericht vom 20. April 2017 hätten erhebliche psychiatrische Diagnosen gestellt. Auf diese Einschätzungen sei abzustellen (S. 8 Rz 12). Ferner seien auch die Ergebnisse bei der Potentialabklärung bei der A.\_\_\_\_ zu berücksichtigen, wo festgestellt worden sei, dass er sich motiviert gezeigt habe, jedoch seine Arbeitsfähigkeit massiv eingeschränkt gewesen sei (S. 8 f. Rz 13). Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb im Y.\_\_\_\_-Gutachten schliesslich von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit ausgegangen worden sei, zumal mit Verfügung vom 6. Dezember 2011 eine solche abgesprochen worden sei

(S. 9

f. Rz. 14). Zudem sei das Denunziationsschreiben, verfasst von seiner Vermieterin, an die Gutachterstelle weitergeleitet worden, was stossend sei (S. 10 Rz 15). Zusammenfassend sei von diversen Fachärzten eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes bestätigt worden, und deren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei zu berücksichtigen (S. 10 Rz 16). 2.

3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich seit Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2011 (Urk. 10 / 116) eine anspruchrelevante Veränderung ergeben hat (vgl. vorstehend E. 1.

5-6 ) und ob sich das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2017 ( Urk. 10/ 209 ) für die Beurteilung dieser Frage als beweiswertig (vorstehend E. 1. 7 ) erweist. 3. 3.1

Die anspruchsverneinende Verfügung vom 6. Dezember 2011 (Urk. 10 / 116 ) , worin von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 30 % und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungs angepassten Tätigkeit ausgegangen wurde, basierte gemäss der Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. C.\_\_\_\_ , praktische Ärztin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 14. Januar 2011 ( Urk. 10/95/ 6-7)

hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit auf dem Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik, Universitätsspital D.\_\_\_\_ , vom 20. April 2005 ( Urk. 10/40/3-14 )

und hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auf dem ebenfalls von der Suva veranlassten interdisziplinären Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2010 (Urk. 10 / 85/2-47 ) . 3.2

Am 20. April 2005 erstatteten Dr. med. F.\_\_\_\_ , Oberarzt, und Dr. med. G.\_\_\_\_ , Assistentärztin, Neurologische Klinik und Poliklinik, D.\_\_\_\_ , ihr neurologisches Gutachten ( Urk. 10/40/3-14 ) . Die Gutachter stellten folgende Diagnose (S. 10 Ziff. 6): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, cervicocephal und lumbal betont mit/bei - vegetativer Begleitsymptomatik (diffuser Trümmel und Drehschwindel sensationen, Schweissausbrüche , Schlafstörung) - leichte r Fehlhaltung und Fehlf orm der Wirbelsäule - radiologisch polysegmentalen degenerativen Veränderungen der Hals wirbelsäule ( HWS ) und der Lendenwirbelsäule

( LWS ) - Status nach Verkehrsunfall am 29. Juni 1998 mit möglicher leichter Commotio cerebri (Erinnerungslücke gemäss Eigenanamnese) - Konzentrationsstörung gemäss eigener Angabe

Die Gutachter führten in ihrer Beurteilung aus, dass die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus neurologischer Sicht 30 % betrage (S. 10 Ziff. 5 und S. 12 Ziff. 9.3). Der detaillierte neurologische Status habe durchwegs unauffällige Befunde ohne Hinweis auf eine Funktionsstörung des zentralen oder peripheren Nervensystems ergeben.

Nebenbefundlich zeige sich eine leichte Fehlf orm der frei beweglichen Wirbelsäule und ein Endphasenschmerz in alle Richtungen bei freier Beweglichkeit von Kopf und HWS. Weiter bestehe eine generalisierte Druckdolenz der paravertebralen, palpatorisch nicht verhärteten Muskulatur mit Betonung im Bereich der Brustwirbelsäule ( BWS ) . Bildgeberisch finde sich ein Nachweis poly segmentaler degenerativer Veränderungen von der HWS und LWS. Das MRI des Kopfes sei ohne Nachweis posttraumatischer Läsionen (S. 10 Ziff. 5). 3. 3

Am 21. Dezember 2010 erstatteten die Gutachter der E.\_\_\_\_

ihr polydisziplinäres Gutachten ( Urk. 10/85/2-47). Die Gutachter stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 36 f.

Ziff. 6.1): - panvertebrales Schmerzsyndrom mit - chronischem zervikovertebralem Schmerzsyndrom - inkonstante r leichte r Beweglichkeitseinschränkung der HWS mit muskulären Verspannungen - radiomorphologisch mittelgradigen degenerativen Veränderungen C3 bis C7 teils mit nicht-strukturkomprimierenden

Hernierungen (C3/4, C6/7), bekannt seit 2007 (MRI vom 21. Dezember 2007, 11. Februar 2010) - ohne radikuläre Reiz- oder sensomotorische Ausfallsymptomatik - Status nach möglicher HWS-Distorsion am 29. Juni 1998 (Velo Unfall) - chronischem thorakolumbovertebralem Schmerzsyndrom - diskreten mehrfachen degenerativen Segmentveränderungen Th10 bis L5 mit ventralen Spondylophytenbildungen und diskreten Bandscheibenprotrusionen - Trochanterinsertionstendopathischen Schmerzen im Beckenbereich beidseits - Status nach möglicher Wirbelsäulendistorsion am 29. Juni 1998 (Velo Unfall) - Epicondylopathia

humeri

radialis beidseits - beginnende Fingergelenkpolyarthrosen und Rhizarthrosesymptomatik links - Ringbandstenosesymptomatik am Kleinfinger rechts, anamnestisch

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1), eine akzentuierte Persönlichkeit mit schizoiden und paranoiden Zügen, einen Verdacht auf eine leichte Aggravation, Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformer Komponente, subjektive Schwindelbeschwerden ohne eindeutige Hinweise für eine peripher oder zentral-vestibuläre Funktionsstörung, eine Normalakusis, einen intermittierenden Tinnitus, einen Status nach verheilter Schulterkontusion links am 10. August 1997 mit Acromioclaviculargelenkluxation nach

Tosy I, einen Status nach verheilter Schulterkontusion links am 29. März 1993 mit AC-Gelenkläsion radiologisch, einen Status nach Ellenbogenkontusion rechts mit traumatischer Bursitis 1995, reseziert, einen Status nach Distorsio

pedis links ohne ossäre Läsion am 6. März 2000, verheilt, einen Status nach medialer Teilmeniscektomie am linken Knie 1982, Beschwerdefreiheit, einen Status nach Unterschenkelfraktur rechts 1976, verheilt, einen Diabetes mellitus, Erstdiagnose Mai 2010, medikamentös unzureichend eingestellt, eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas und eine Vitiligo (S. 37 Ziff. 6.2).

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, dass der Explorand in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sei. Es handle sich dabei um leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne repetitives Heben, Stossen oder Ziehen von Lasten von mehr als 10 bis 15 kg, ohne signifikant Überkopf oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile und ohne ausgesprochen handbelastende Tätigkeiten. Unter Berücksichtigung der Persönlichkeitsauffälligkeit werde eine Tätigkeit empfohlen, bei welcher keine enge Teamarbeit notwendig sei, sondern selbständiges Handeln überwiege (S. 45 Ziff. 10). 4.

4.1

Im Rahmen der erneuten Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 15. Juni 2015 (Urk. 10/122) gingen die folgenden wesentlichen medizinischen Berichte ein: 4.2

Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 29. März 2017 (Urk. 10/173/1-4) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.11), bestehend seit 1998 - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61), bestehend seit der Kindheit - chronische Schmerzen bei HWS-/LWS-Syndrom, bestehend

seit 1998

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Prof. H.\_\_\_\_ einen Diabetes mellitus Typ 2 und eine rezidivierende Nephrolithiasis ( Ziff. 1.1). Prof .

H.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2016 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle am 22. März 2017 erfolgt sei ( Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Förster sei er seit dem Jahr 2004 zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide an Rückenschmerzen, an Schwindel sowie an einer geringen psychischen Belastbarkeit und an Konzentrationsstörungen . Es sei ihm auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar ( Ziff. 1.6-7). 4. 3

Die Fachpersonen der Klinik Z.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 18. Mai 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht ( Urk. 10/ 181 ) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) - chronische Schmerzen bei HWS-Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2011) - Verdacht auf arterielle Hypertonie - rezidivierende Nephrolithiasis

Die Fachpersonen führten aus, dass sich der Beschwerdeführer vom 16. Januar bis 16. März 2017 bei ihnen in der Klinik aufgehalten habe ( Ziff. 1.3). In der zu letzt ausgeübten Tätigkeit als Forstwart habe während dieser Zeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Angesichts der noch immer klinisch relevanten depressiven Symptomatik mit erheblich reduzierter Belastbarkeit und Stressstoleranz in Kombination mit schwerwiegenden und grösstenteils chronischen körperlichen Beeinträchtigungen , würden sie den Beschwerdeführer zum Austrittszeitpunkt aus der stationären Behandlung auf Dauer zu 100 % arbeitsunfähig ansehen ( Ziff. 1.6). Seine Belastungsfähigkeit werde sowohl auf somatischer als auch auf psychischer Ebene für unabsehbare Zeit auf unter 20 % liegend eingeschätzt ( Ziff. 1.7).

4.4

Am 27. Dezember 2017 erstatteten die Gutachter des Y.\_\_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten ( Urk. 10/209 ). Die Gutachter konnten

zusammenfassend keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennen (S. 18 lit. D.). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) nannten sie eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), eine nicht näher bezeichnete psychosomatische Störung (ICD-10 F45.9), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit paranoiden und schizoiden Anteilen , ein Zervikobrachialsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung, ein pseudoradikuläres Lumbalsyndrom beidseits ohne für eine Behinderung relevantes Korrelat, eine Chondrokalzinose des rechten Kniegelenks, einen Diabetes mellitus Typ II, einen dringenden Verdacht auf eine arterielle Hypertonie und anamnestisch bestehende asthmatoide Beschwerden bei früherer Heuschnupfenproblematik (S. 18 lit. D.). Die Gutachter führten zusammenfassend aus, dass sich unter Berücksichtigung sämtlicher Fachgutachten ergebe, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt sei, weder in einer leidensadaptierten Tätigkeit noch in der bisherigen Tätigkeit als Gemeindearbeiter . Für den Beschwerdeführer geeignet seien überwiegend sachbetonte, gleichmässige, gut strukturierte Tätigkeiten ohne erhöhten Zeitdruck und ohne

besondere Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit. In somatischer Hinsicht seien leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne gehäufte Über-Kopf-Arbeiten möglich (S. 22 Mitte, S. 23 oben). Seit der letzten rechtsgültigen Verfügung der Invalidenversicherung vom 6. November 2011 [richtig: 6. Dezember 2011] bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gemeindegewerbetätiger als auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit (S. 23 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe anlässlich der psychiatrischen Untersuchung kognitive Störungen, durch welche er bei seiner beruflichen Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei, in den Vordergrund gestellt. Bei der neuropsychologischen Untersuchung habe er sich jedoch in der Symptomvalidierung grob auffällig gezeigt, so dass die Befunde nicht als valide hätten gewertet werden können und von einer kognitiven Antwortverzerrung auszugehen sei (S. 19 oben). Von psychiatrischer Seite werde eingeschätzt, dass die Auffälligkeiten in der neuropsychologischen Untersuchung bei einem zweifelsfrei bewussten externalen Krankheitsgewinn (Invalidenrente) und fehlender alternativer Erklärung als Aggravation anzusehen seien. Valide Testergebnisse hätten aufgrund des Verhaltens des Versicherten nicht ermittelt werden können. Vom klinisch-psychiatrischen Untersuchungsbefund her seien allenfalls mässige kognitive Beeinträchtigungen denkbar, die sich sicher nicht auf die quantitative Arbeitsfähigkeit auswirkten.

In affektiver Hinsicht habe sich der Beschwerdeführer dysphorisch, missmutig und themenbezogen (Auseinandersetzung mit der Suva, der IV, dem Sozialamt etc.) auch stark verärgert gezeigt. Diese Stimmungslage liege unter Berücksichtigung der Unterlagen und der Anamnese in chronifizierter Form bereits seit vielen Jahren vor und habe sich im Zusammenhang mit Auseinandersetzungen mit der Suva nach einem Unfall von 1998 entwickelt. Im Weiteren sei es auch zu Streitigkeiten mit dem Sozialamt und der Invalidenversicherung gekommen. Es ergebe sich hier die Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1; S. 19 Mitte).

Der Beschwerdeführer habe des Weiteren über Beschwerden von Seiten des Bewegungsapparates sowie Schwindel und Gleichgewichtsprobleme berichtet. Gemäss dem aktuellen orthopädischen Gutachten lasse sich die orthopädische Symptomatik (Schmerzen, Bewegungseinschränkung) nicht ausreichend organmedizinisch erklären, und die Orthopädin habe auf Differenzen und Inkonsistenzen zwischen dem vorhandenen Untersuchungsbefund und den gering- bis maximal mässig gradigen degenerativen Veränderungen hingewiesen. Die Neurologin habe wiederum ausgeführt, dass der Schwindel neurologisch nicht erklärbar sei. Aus psychiatrischer Sicht ergebe sich hier die Diagnose einer psychosomatischen Störung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F45.9; S. 19 unten). Von der Persönlichkeit her ergäben sich unter Berücksichtigung des Eindrucks in der Untersuchungssituation sowie der Unterlagen deutliche Hinweise für paranoide (übermässiges Misstrauen in soziale Interaktionen) und schizoide (reduziertes Interesse an emotionalen nahen sozialen Beziehungen) Persönlichkeitszüge, im Sinne einer Persönlichkeitsaktualisierung.

Psychisch bedingt liege keine quantitative Verminderung der Arbeitsfähigkeit vor (S. 20 oben). Aus orthopädischer Sicht lägen verschiedene Diskrepanzen vor. Die sichtbaren degenerativen Veränderungen in den aktuell angefertigten Röntgenaufnahmen entsprächen dem Ausmass der altersgleichen Bevölkerung und bedingten keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Es bestünden jedoch Auswirkungen auf das Belastungsprofil. In der nach dem Unfall von 1998 ausgeübten angepassten

Tätigkeit als Forstwart als auch in jeder leidensangepas ten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Versicherten. Das Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg sei möglich (S. 20 Mitte).

Aus internistischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit nicht eingeschränkt (S. 21 Mitte ). Aus neurologischer Sicht habe sich der aktuelle neurologische Status des Beschwerdeführers unauffällig dargestellt , und die geklagten Schmerzen im Bereich des Nackens und des Rückens liessen sich neurologisch nicht erklären (S. 21 Mitte). Zusammen mit der neuropsychologischen Untersuchung ergebe sich bei geklagten Konzentrations störungen keine objektivierbare hirnorganische Schädigung. Die Konzentrations störungen seien neurologisch nicht erklärbar , und der Versicherte habe während der gesamten Anamnese keine K onzentrationstörungen gezeigt (S. 21 unten). Auch für den geklagten Schwindel habe sich keine neurologische Ursache gefunden, und die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers seien diffus . Eine organische Ursache für den geklagten Schwindel habe nicht gefunden werden können (S. 22 oben). Aus neuropsychologischer Sicht hätten sich beim Beschwer deführer auffällige Parameter im Symptomvalidierungsverfahren ergeben. In den neuropsychologischen Testverfahren hätten sich teilweise Beeinträchtigungen gezeigt, die in ihrem Schweregrad nicht plausibel erklärt werden könnten, wes halb die neuropsychologischen Befunde nicht als valide gewertet werden könnten. Es sei von einer kognitiven Antwortverzerrung im Sinne einer Verdeutli chungstendenz auszugehen. Im Rah men der in den Akten genannten p sychiatrischen Diagnose wäre eine allenfalls leichte authentische neuropsychologische Störung denkbar. Aufgrund der aktuell erhobenen, nicht als valide zu wertenden Befunde, könne diese jedoch nicht abgegrenzt werden (S. 22 Mitte). 4. 5

Dipl. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psycho the ra pie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 1 1. Januar 2018 ( Urk. 10/212/6-7) aus, dass das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 2 7. Dezember 2017 beweismäßig sei und darauf abgestellt werden könne. Eine Veränderung seit 2011 habe nicht statt ge funden. 4. 6

Die Fachpersonen der Klinik Z.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 2. Mai 2018 ( Urk. 10/234 /1-3 ) nach am 1. Mai 2018 erfolgte m Vorgespräch mit dem Be schwerdeführer folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61)

Die Fachpersonen führten aus, dass a ktenanamnestisch chronische Schmerzen bei HWS-Syndrom, ein Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose 2011), ein Verdacht auf eine arterielle Hypertonie und eine rezidivierende Nephrolithiasis

beständen (S. 1).

Der Beschwerdeführer habe vor dem Hintergrund einer rezidivierenden depres siven Störung sowie einer Schmerzstörung imponiert. Eine durch Stress verur sachte Verstärkung der depressiven als auch der Schmerzsymptomatik sei zu beobachten, wobei die stressauslösenden Faktoren hauptsächlich in der sozialen Einbettung respektive der sozialen Gesamtsituation des Patienten zu finden seien. Aufgrund d er schwierige n finanzielle n und sonstige n soziale n Situation, den wiederholte n Auseinandersetzungen mit der IV, den dreimalig abgelehnten An trägen auf eine Rente und dem intensiven Wunsch des Patienten, diesbezüglich Gehör und Hilfe zu bekommen, sei die Klinik Z.\_\_\_\_ nicht die geeignete Institution für seine Belange. Solange er sich auf «den Kampf mit der Invalidenversicherung» konzentriere, könne d er Fokus nicht alleine auf der depressiven

Symptomatik und dem schwierigen Interaktionsmuster des Patienten liegen. Es werde daher gebeten, ihn in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung anzumelden (S. 2 unten). 4. 7

Prof. H.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 24. Juli 2018 (Urk. 10/224) folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - rezidivierende Doppel Depression (ICD-10 F34.1, F33.11) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, anankastischen, ängstlichen und narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 F61.0) - Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Prof. H.\_\_\_\_ führte aus, dass beim Beschwerdeführer durch mehrfache psychische Störungen und die Dauer der psychischen Erkrankungen eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1) aufgetreten sei, die durch eine hochgradige Abhängigkeit, Stigma, soziale Isolation und eine deutliche Störung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit charakterisiert sei.

Prof. H.\_\_\_\_ führte aus, dass die im Gutachten gestellte Diagnose einer Dysthymie wegen der schwerwiegenden und dauerhaften Symptomatik eine eklatante Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe und durch eine schwere Krankheitsdynamik zur absoluten Arbeitsunfähigkeit führe. Eine kritische Auseinandersetzung mit der Diagnose einer Dysthymie sei nicht erfolgt, auch nicht mit dem Schweregrad, der Behandlung und der Prognose dieser schweren psychischen Erkrankung des Patienten (S. 2 Mitte f.). Ebenso wenig sei eine hinreichende Abgrenzung von einer Persönlichkeitsstörung erfolgt, was bei einem seit 20 Jahren dauernden Krankheitsfall unverständlich sei. Auch die neuropsychologische Untersuchung vom 20. November 2017 habe sich sehr auffällig mit vielen pathologischen Befunden gezeigt, die jedoch in ihrem Schweregrad nicht plausibel erklärt werden könnten (S. 3 unten). Es habe sehr wohl ein stationärer Aufenthalt in der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 16. Januar bis 16. März 2017 stattgefunden (S. 4 oben). Aufgrund der neu im Gutachten vom 27. Dezember 2017 beim schwer kranken Patienten gestellten Diagnosen, habe sich sein Gesundheitszustand seit der letzten Begutachtung im Jahr 2010 verschlechtert (S. 4 Mitte). 4. 8

In ihrem Bericht vom 29. November 2018 (Urk. 10/232) nahmen die Gutachter des Y.\_\_\_\_ zum Bericht von Prof.

H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4. 7) Stellung. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb eine Dysthymie (ICD-10 F43.1) zu einer absoluten Arbeitsunfähigkeit führen solle (S. 1 Mitte). Soweit Prof. H.\_\_\_\_ ausführe, dass die Symptome zwar nicht so stark ausgeprägt seien, wie bei einer normalen Depression, jedoch über einen längeren Zeitraum aufträten, und er damit wohl zum Ausdruck bringen wolle, dass an sich nur eine leicht ausgeprägte depressive Symptomatik vorliege, die aber durch ihre Dauer dann doch schwerwiegend sei und sogar zur absoluten Arbeitsunfähigkeit führe, müsse diese Logik schlichtweg als unsinnig tituliert werden. Es gebe in der Psychiatrie und ganz allgemein in der Medizin zahlreiche Krankheitsbilder, die chronisch seien und über viele Jahre bestünden und nie zu einer Arbeitsunfähigkeit führten (S. 1 unten f.).

Die Gutachter führten aus, dass sich abgesehen von der Diagnosebezeichnung und deren Herleitung im Y.\_\_\_\_-Gutachten ein ausführlicher psychischer Befund finde, aus welchem sich ergebe, dass gerade keine Fähigkeits- und Funktionsstörungen vorliegen würden. Im

Schreiben von Prof. H.\_\_\_\_ finde sich keinerlei psychischer Befund, sondern der Bericht werde dominiert von theoretischen Überlegungen, welche Auffälligkeiten bei einer Dysthymia auftreten könnten (S. 2 Mitte). Es werde noch einmal darauf hingewiesen, dass die neuropsychologischen Befunde nicht als valide hätten gewertet werden können. Es sei fraglich, ob Prof. H.\_\_\_\_ in der Lage sei, das Gutachten fachlich vollständig zu erfassen (S. 3 Mitte). Insgesamt ergäben sich aus dem Schreiben von Prof. H.\_\_\_\_ keinerlei neuen medizinischen Aspekte, die zu einer Neubewertung des Falles Anlass geben könnten (S. 3 unten). 4. 9

Dipl. med. I.\_\_\_\_, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember 2018 (Urk. 10/239/3) aus, dass auf die bisherige Stellungnahme vom 11. Januar 2018 verwiesen werde. Der psychiatrische Gutachter des Y.\_\_\_\_ habe ausführlich zum Schreiben und der Kritik am Gutachten von Prof. H.\_\_\_\_ Stellung genommen. Es werde auf den ausführlichen Text des Schreibens vom 29. November 2018 verwiesen. Da keine neuen medizinischen Sachverhalte dargelegt würden, könne weiterhin auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Dezember 2017 abgestellt werden. 4. 10

Prof. H.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 8. Januar 2019 (Urk. 10/234/9-12) aus, dass die Gutachter weder auf seine Fragen noch auf die in seinem Bericht vom 24. Juli 2018 (vorstehend E.

4. 7) festgestellten Diagnosen eingegangen seien (S.

1

f.).

Der Beschwerdeführer führe von aussen betrachtet ein skurriles und einsames Leben. Er habe keine Interessen und Wünsche, lebe an der Realität vorbei und sei perspektivlos (S. 2 Mitte). Die letzte Arbeitsintegrationsmassnahme im Frühling 2015 sei abgebrochen worden, da er einen desorganisierten und kranken Eindruck hinterlassen habe (S. 2 unten). Es sei eine erneute Vorstellung in der Klinik Z.\_\_\_\_ am 1. Mai 2018 erfolgt, wo das Vorliegen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) sowie eine chronische Schmerzstörung bestätigt worden seien (S. 3 oben). In der testpsychologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer im BDI (Becks Depressionsinventar) mit 45 Punkten eine deutlich ausgeprägte schwere depressive Symptomatik gezeigt (S. 3 unten). Das am 8. Januar 2019 durchgeführte SKID-II Testverfahren, wo zwölf Persönlichkeitsstörungen abgefragt würden, hätten die Diagnose einer schweren kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) begründet (S. 4 oben).

Prof. H.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Schwere der psychischen und somatischen Störungen (Dr. J.\_\_\_\_, Chiropraktiker, schreibe den Beschwerdeführer seit 15 Jahren zu 100% arbeitsunfähig) nach wie vor aus medizinischer Sicht zu 100% arbeitsunfähig sei (S. 4 unten). 4. 11

Prof. H.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 14. Oktober 2019 (Urk. 3) folgende Diagnosen (S. 2 f.): - schwere rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.2) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - rezidivierende Doppel Depression (ICD-10 F34.1, F33.2) - kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, anankastischen, ängstlichen und narzisstischen

Persönlichkeitszügen (ICD-10 F61.0) - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (ICD-10 F62.1)

Prof. H.\_\_\_\_ führte aus, dass i m polydisziplinären Gutachten die psychiatrische Untersuchung nicht vollständig und umfassend durchgeführt worden sei. Es sei nicht auf die tatsächlichen Diagnosen des seit über 20 Jahren erkrankten Patienten eingegangen worden. Insbesondere sei kein testpsychologisches Instrument benutzt und weder eine Aggravation noch eine Simulation seien nachgewiesen worden. Die geklagten Beschwerden des Patienten seien nicht berücksichtigt worden (S. 1) . Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sei nicht nach vollziehbar , und die gutachterliche Schlussfolgerung sei falsch (S.

2

f.). Im Übrigen wiederholte Prof. H.\_\_\_\_ seine bereits im Vorbericht vom Januar 2019 ( Urk. 10/234/9-12 ) getätigten Ausführungen (S. 2 ff.). 5.

5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung ( Urk. 2) nach den Stellungnahmen des RAD-Arztes Dipl. med. I.\_\_\_\_ vom 11. Januar 2018 und vom 5. Dezember 2018

(vorstehend E. 4. 5 und E. 4. 9 ) gestützt auf das Y.\_\_\_\_ - Gutachten vom 27 . Dezember 2017 (vorstehend E. 4. 4 ) davon aus, dass dem Beschwerdeführer unverändert zur letzten rentenanspruchsverneinenden Verfügung vom 6. Dezember 2011 ( Urk. 10/ 116 ) weiterhin eine leichte bis mittelschwere behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar sei und demnach keine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevante Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (vorstehend E. 2.1). Dagegen machte der Beschwerdeführer im Wesentlichen unter Hinweis auf seinen behandelnden Psychiater Prof. H.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2, E. 4.7, E. 4.10-11) geltend, dass dem Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2017 kein Beweiswert zukomme (vorstehend E. 2.2). 5.2

Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27 . Dezember 2017 (vorstehend E. 4. 4 ) erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1. 7 ) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nach vollziehbar begründete Schlussfolgerungen , insbesondere auch im Zusammenhang mit dem festgestellten die Beschwerden aggravierenden Verhalten des Beschwerdeführers.

Was die vom Beschwerdeführer am Y.\_\_\_\_ -Gutachten vorgebrachten Kritikpunkte anbelangt ( Urk. 1 S. 5 f. Rz 8) , vermögen diese den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Insbesondere kann seiner gestützt auf die Ausführungen seines behandelnden Psychiaters Prof. H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2018 ( Urk. 10/224 S. 5 ) vertretenen Ansicht nicht gefolgt werden, wonach aus der Summe der von den Y.\_\_\_\_ -Gutachtern aufgelisteten Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit schlussendlich doch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren soll ( Urk. 1 S. 6 Rz 9).

Nichts an der Beweiswertigkeit des Y.\_\_\_\_ -Gutachtens zu ändern vermag sodann der Bericht des seit 1998 (vgl. Urk. 10/16 S. 1) behandelnden Chiropraktikers Dr. J.\_\_\_\_ vom 6. November 2019 (Urk. 7) . So handelt es sich bei seinen Ausführungen um keine fachärztlich fundierte Kritik respektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Für die hier zu prüfende Frage, ob sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers seit der letzten eingehenden Prüfung seines Rentenanspruches massgeblich verändert hat (vorstehend E. 1.5-6) , ist der Umstand, dass die Gutachter des Y.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer

auch in seiner angestammten Tätigkeit als zu 100 % arbeitsfähig einstufen, nicht von Belang (vgl. das diesbezügliche Vorbringen des Beschwerdeführers, Urk. 1 S. 9 Ziff. 14) .

Relevant ist, dass aus orthopädischer sowie internistischer und neurologischer Sicht im Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2017 festgehalten

wurde , dass unverändert zum Vorgutachten bei der E.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2010 respektive der Verfügung vom 6. Dezember 2011 (Urk. 10/116) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit auszugehen sei, womit sich

aus somatischer Sicht keine massgebliche

Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben hat .

5.3

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers anbelangt, wurde im Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2017 unter Berücksichtigung der Standardindikatoren eine rechtsprechungsgemässe Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit (vorstehend E. 1.2-3) des Beschwerdeführers vorgenommen (Urk. 10/209 S. 43 ff. ). Zusammenfassend konnten - wie bereits anlässlich der psychiatrischen Begutachtung an der E.\_\_\_\_ im Jahr 2010 (vorstehend E. 3.3) - keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Diagnose einer Dysthymie (ICD-10 F34.1) im Zusammenhang mit dem Ärger und der Kränkung des Beschwerdeführers aufgrund seiner Streitereien mit den Versicherungen wurde als behandlungsbedürftig , jedoch als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingeschätzt (Urk. 10/209 S. 46 oben).

Nach neuer Praxis des Bundesgerichts führt die Diagnose einer psychischen Erkrankung auch nur dann zur Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades, wenn einerseits die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.3) schlüssig und widerspruchsfrei mit (zu mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits keine Ausschlussgründe, namentlich keine Aggravation , vorliegen.

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen 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; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). 5 . 4

Bereits im Bericht der Rehaklinik

K.\_\_\_\_ vom 26. März 2004 wurde auf eine Diskrepanz zwischen den ausgeprägt geschilderten Beschwerden und den eher geringen klinischen Befunden hingewiesen (Urk. 10/10/3-6 S. 3 unten). Zuvor wurde im Bericht vom 29. September 2003 festgehalten, dass die Beschwerden und Symptome tendenziell eher wenig konsistent und nicht einfach zuzuordnen seien. Es seien hinsichtlich der Beschwerden Ausweitungstendenzen feststellbar (Urk. 10/10/12-18 S.

5 unten). Sodann wurde auch im E.\_\_\_\_ - Gutachten vom 21. Dezember 2010 (vorstehend E. 3.3) ein Verdacht auf eine leichte Aggravation der Beschwerden geäussert, konkret, dass der Beschwerdeführer seine kognitiven Schwierigkeiten bewusst habe verdeutlichen wollen (Urk. 10/85/2-47 S. 33 Mitte, S. 43 Ziff. 5.1).

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_ führten in ihrem Gutachten vom 27. Dezember 2017 dann aus, dass erhebliche Hinweise auf eine Aggravation der Beschwerden festgestellt worden seien

(Urk. 10/209 S. 25 Ziff. 4, S. 46 oben). Diese

Hinweise auf eine Aggravation zeigten sich nicht nur anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung respektive in den bei dem Symptomvalidierungsverfahren aufgeführten Parametern, sondern auch bei der neurologischen sowie der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung.

Unter Hinweis auf die neuropsychologische Untersuchung vom 20. November 2017 legte der psychiatrische Gutachter des Y.\_\_\_\_ dar, weshalb die vom Beschwerdeführer beklagten und dargebotenen kognitiven Einschränkungen unter eine Beschwerdeaggravation zu subsumieren seien, namentlich vor dem Hintergrund

seines Rentenwunsches und des Krankheitsgewinnes. Diesen Rentenwunsch äusserte der Beschwerdeführer deutlich anlässlich der neurologischen Untersuchung am Y.\_\_\_\_, wo er ausführte, dass ihn sein Kampf um die Rente am meisten belaste. Weiter hielt er fest, dass es an der Zeit sei, dass er die Rente bekomme (Urk. 10/209 S. 69 Ziff. 2.4 und Ziff. 2.6). Auch anlässlich der neurologischen Untersuchung zeigte der Beschwerdeführer ein diskrepantes Verhalten. Unter anderem beschrieb die Gutachterin, dass er beim Romberg'schen

Stehversuch Schwankungen mit beinahe Hinfallen gezeigt habe. Unter Ablenkung seien diese Schwankungen jedoch komplett sistiert gewesen (Urk. 10/209 S. 22 oben, S. 25 Ziff. 4, S. 70 unten, S. 72 Ziff. 5). Ebenso wies die untersuchende orthopädische Gutachterin des Y.\_\_\_\_ auf verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen zwischen dem vorhandenen Untersuchungsbefund und dem geschilderten und demonstrierten Ausmass der körperlichen Beschwerden hin. Diskrepant erschienen seien die ausgedehnten sportlichen Aktivitäten, zum Beispiel beim Fahrradfahren, das mit einer deutlichen Belastung des Nackens verbunden sei (Urk. 10/209 S. 25 Ziff. 4). Wie die orthopädische Gutachterin des Y.\_\_\_\_

zu Recht bemerkte, erweist sich der vom Beschwerdeführer angegebene Schwindel, welcher neurologisch und auch anderweitig nicht erklärbar war, mit dem

anlässlich der Untersuchung gezeigten flüssigen Gangbild sowie den problemlos möglichen Radfahrten als schwer vereinbar. Auch wies die Gutachterin auf eine fehlende Schon- und Fehlhaltung, und auf einen fehlenden Verspannungszustand objektivierenden paravertebralen Muskelhartspann hin ( Urk. 10/209 S.

## **E. 20**

Mitte).

Als im Widerspruch zu dem demonstrierten Beschwerdebild stehend erweist sich weiter der Umstand, dass es dem Beschwerdeführer gemäss seinen Aussagen möglich gewesen ist, im Jahr 2017 mit einem Freund mit dem Auto nach Schweden und Norwegen zu fahren (vgl. Urk. 10/209 S. 27 Mitte, S. 37 Mitte). Wie die Gutachter des Y.\_\_\_\_ zu Recht bemerkten, erweist sich die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer zu keinerlei beruflichen Tätigkeit mehr in der Lage sehe, als diskrepant zum Aktivitätsniveau in den Bereichen Freizeit und Haushalt (Urk. 10/209 S. 26 f. Ziff. 2 und S. 30 V. Ziff. 2).

Auffallend ist weiter, dass der Beschwerdeführer trotz angegebener massivster Beschwerden keine Schmerzmittel einnimmt und seine psychischen Beschwerden lediglich mit Johanniskrautpräparaten behandelt

(vgl. Urk. 10/181 S. 3 Mitte, Urk. 10/182).

Bei vorliegend starkem Rentenbegehren sowie erheblichen Hinweisen auf eine Aggravation der Beschwerden kann der Beschwerdeführer auch aus dem Abbruch der Eingliederungsmassnahmen im Frühjahr 2016 (Urk. 10/156-158) kein aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevantes Krankheitsgeschehen herleiten. Vom psychiatrischen Teilgutachter des Y.\_\_\_\_ wurde das vom Beschwerdeführer gezeigte Verhalten sodann unter eine unzureichende Motivation subsumiert (Urk. 10/209 S. 45 lit. B.). Abgesehen davon lag das vom Beschwerdeführer bei den

Eingliederungsmassnahmen gezeigte Leistungsniveau auch deutlich unter dem anlässlich der Begutachtung am Y.\_\_\_\_ beschriebenen Tagesaktivität und -leistung (S. 5).

Zur anderslautenden Einschätzung des behandelnden Psychiaters Prof. H.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.2, E. 4.7, E. 4.10-11) und dessen Diagnostik sowie zu dem Bericht der Fachpersonen der Klinik Z.\_\_\_\_ vom Frühjahr 2017 (vorstehend E. 4.3) nahm der psychiatrische Teilgutachter des Y.\_\_\_\_ eingehend Stellung und legte detailliert dar, weshalb weder der Diagnostik noch der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gefolgt werden könne (Urk. 10/209 S.

46 Mitte, vorstehend E.

4.8). Dass Prof.

H.\_\_\_\_ auf Konzentrationsstörungen und sogar auf einen geistigen Abbau des Beschwerdeführers hingewiesen habe (vgl. Urk. 10/183-184), führte der psychiatrische Teilgutachter des Y.\_\_\_\_

auf die unkritische Übernahme der subjektiven Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers zurück (Urk. 10/209 S. 46 Mitte). Im Übrigen sind die gemäss der Ansicht des behandelnden Psychiaters durchgeführten Testverfahren zur Verifizierung der

Konzentrationsstörungen, wo der Beschwerdeführer unter anderem die gleiche Zahl in einer Abfolge von Zahlen durchstreichen musste, ohne weiteres durch die Testperson im Ergebnis steuerbar, weshalb sie bei festgestellten Hinweisen auf Aggravation und mangelnder Motivation ohnehin mit äusserster Zurückhaltung zu würdigen sind.

Soweit Prof. H. \_\_\_ in seinen Berichten vom 8. Januar und 14. Oktober 2019 auf Grund des durchgeführten BDI und SKID-II Testverfahrens (vgl. Urk. 10/234/4-8, Urk. 10/234/13-18)

eine schwere depressive Symptomatik respektive eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit schizoiden, anankastischen, ängstlichen und narzisstischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 F61.0) als ausgewiesen betrachtet und dem psychiatrischen Y. \_\_\_ -Gutachter vorhielt, kein testpsychologisches Instrument benutzt zu haben (vorstehend E. 4.10 und E. 4.11), ist darauf hin zu weisen, dass nach der Rechtsprechung dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen ist. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5). Zudem basieren beide Instrumente auf der Selbstbeurteilung des Beschwerdeführers und erweisen sich bei vorliegender subjektiver Überzeugung der vollständigen Leistungsunfähigkeit und bei festgestellter Aggravation der Beschwerden als wenig aussagekräftig.

Die von Prof. H. \_\_\_ am Y. \_\_\_ -Gutachten geäusserte Kritik in seinem Bericht vom 24. Juli 2018 (vorstehend E. 4.7) geht sodann, wie die Y. \_\_\_ -Gutachter in ihrer Stellungnahme vom 29. November 2018 zu Recht bemerkten (vorstehend E. 4.8), ins Leere, insbesondere soweit Prof. H. \_\_\_ mit im Wesentlichen allgemein gehaltenen und von den ICD-10 Kriterien abweichenden Ausführungen zur Diagnose Dysthymie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers her zuleiten versuchte. Ohne Weiteres ist festzuhalten, dass die lediglich alle zwei bis drei Wochen stattfindenden Konsultationen bei Prof. H. \_\_\_ und die Behandlung des Beschwerdeführers mit pflanzlichen Präparaten (vgl. Urk. 10/182) im Widerspruch zu den von Prof. H. \_\_\_ gestellten Diagnosen und der attestierten Arbeitsunfähigkeit stehen. An diesen im Verhältnis als unzureichend erscheinenden Therapie massnahmen

ändert entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 5 f. Rz 8) auch der Umstand nichts, dass er sich von Januar bis März 2017 in einen stationären Aufenthalt in die Klinik Z. \_\_\_ begeben hat (vorstehend E. 4.3). Im Bericht der Fachpersonen der Klinik Z. \_\_\_ vom Frühjahr 2017 (vorstehend E.

4.3) wurde lediglich die Diagnostik des überweisenden Arztes Prof. H. \_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.2) übernommen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers basierte unhinterfragt

auf dem von ihm während des Aufenthaltes gezeigten Verhalten.

Soweit Prof. H. \_\_\_ in seinem Bericht vom 8. Januar 2019 darauf hinwies (vorstehend E. 4.10), dass selbst von der Klinik Z. \_\_\_ , wo der Beschwerdeführer am 1. Mai 2018 vorstellig geworden sei, die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) und der Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) bestätigt worden sei, ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei der Konsultation vom 1. Mai 2018 nicht um eine eingehende Untersuchung des Beschwerdeführers mit fundierter Diagnostik, sondern lediglich um ein Vorgespräch

gehandelt hat, nach welchem man in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer dermassen auf seinen Rentenwunsch und seinen Kampf gegen die Invalidenversicherung fixiert war, von einer Behandlung absah (vorstehend E. 4. 6). 5. 6

Aufgrund des Gesagten ist davon auszugehen, dass eine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht eingetretene relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der letztmaligen leistungsverneinenden Verfügung vom 6. Dezember 2011 (Urk. 10 / 116) bei nach wie vor bestehender vollständiger Arbeitsfähigkeit in

einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu verneinen ist. Demnach besteht weiterhin kein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja D'Amico

- 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 Bundesgesetzes 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, zuzustellen.

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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Schucan

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