

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00785 vom 9. Februar 2012**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00785](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00785)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00785 du 9 février 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00785 del 9 febbraio 2012

## **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**

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. 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).

### **E. 1.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten

für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 201

#### **E. 1.4**

oben).

Der Beschwerdeführer sei aktuell nicht in der Lage, irgendwelche Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erledigen. Die depressiven Symptome seien so ausgeprägt, dass sich der Patient auf nichts konzentrieren könne. Im Rahmen der Depression bestünden aktuell starke psychische Einschränkungen wie eine Konzentrationsstörung, eine ausgeprägte Antriebsminderung und eine Denkstörung (S. 2 Ziff.

#### **E. 1.6**

und 1.7). Die Behandlung habe noch nicht die Tendenz für eine Besserung gezeigt (S. 3 Ziff. 1.8). 4.4

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 2. Februar 2016 (Urk. 7/137/6-7) aus, er betreue den Patienten seit 2010 als Hausarzt. Seit jeher sei eine wechselgradige Depression zu erkennen. Weiter bestünden körperliche und chronische Schmerzen am linken Ellenbogen gelenk, wahrscheinlich bei einem Status nach einem Ellenbogenbruch im Kindesalter. Im ganzen Kontext mit massiven psychosozialen Problemen beim Patienten selbst und mit Aggravation durch die schwere Erkrankung seiner Tochter habe sich sein Allgemeinzustand deutlich verschlechtert. Aufgrund der genannten Problematik sei der Patient nicht mehr arbeitsfähig und nicht ins Berufsleben integrierbar. Die Prüfung einer ganzen Rente sollte nochmals evaluiert werden (S. 1). 4.5

Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in einer Stellungnahme vom 4. März 2016 (Urk. 7/138 S. 3) aus, der behandelnde Psychiater habe neben den bekannten Diagnosen im Bereich des Ellenbogens eine schwere Depression diagnostiziert, die eine stationäre Behandlung erfordert habe. Nach dem Bericht der Ärzte der I.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2015 habe die psychosoziale Belastung der Familie stark zugenommen. Inzwischen sei auch die Ehefrau des Beschwerdeführers arbeitslos. Die 16jährige Tochter leide seit einer Rückenoperation unter anhaltenden Beschwerden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht stünden die psychosozialen Belange im Vordergrund des Geschehens. Eine wesentliche Veränderung sei nicht ausgewiesen. 4.6

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 23. Oktober 2017 (Urk. 7/167/10-11) folgende Diagnosen (S. 1): - ausgeprägte Instabilität Humeroulnargelenk links mit/bei - Varusdeformität bei Verdacht auf kindliche distale Humerusfraktur zirka 1975 - chronisches, formal mittelschweres Sulcus

ulnaris -Syndrom links - ulnar betonte Arthrose Ellenbogengelenk links

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ führten weiter aus, die Schmerzen des Patienten seien im Rahmen der ausgeprägten Instabilität und der progredienten arthrotischen Veränderung des Gelenkes aufgrund der deutlichen Fehlstellung

zu interpretieren . Zur Verbesserung der Schmerzsymptomatik werde bei gescheitertem konservativem Therapieregime eine Umstellungsosteotomie sowie eine Bandnaht /-Rekonstruktion empfohlen. Es sei darauf hingewiesen worden, dass dem Patienten keine Garantie für eine Schmerzfreiheit postoperativ gegeben werden könne (S. 2). 4.7

Dr. K.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) nannte im Bericht vom 19. Juli 2018 ( Urk. 7/167/6-7 ) als Diagnosen (S. 1): - chronisch rezidivierende depressive Episoden mit Verdacht auf somatoformes Schmerzsyndrom - ausgeprägte Instabilität Humeroulnargelenk links - chronisch formale mittelschweres Sulcus

ulnaris -Syndrom links - ulnar betonte Arthrose Ellenbogengelenk links - Diabetes mellitus Typ 2b

Dr. K.\_\_\_\_ führte weiter aus, es bestehe eine schwierige psychosoziale Problematik, die sich sicherlich auf die somatische Situation auswirke. Der Patient habe sich nicht mehr in psychiatrische Behandlung begeben wollen. Im Zusammenhang mit der äusserst schwierigen psychosozialen Situation, der chronischen Behinderung der Tochter und der neu aufgetretenen schwierigen Wohnverhältnisse gestalte sich die Compliance und die Führung des Patienten äusserst schwierig. Gesamthaft habe sich an der Situation kaum etwas geändert. Im Rahmen der Depression bestünden sicherlich eine ausgeprägte Antriebsminderung und Denkstörung sowie starke psychische Einschränkungen und Konzentrationsstörungen, welche eine Arbeitssuche auf den ersten Arbeitsmarkt praktisch verunmöglichten (S. 1 unten). 4.8

Dr. J.\_\_\_\_

(vorstehend E.

4.3) gab im Bericht vom 15. Oktober

2018 (Urk.

7/171) an, dass der Beschwerdeführer seit dem 3. Juli 2018 erneut bei ihm in Behandlung sei. Zuvor sei vom 22. Mai 2015 bis 11. Juli 2016 durchgehend eine ambulante Behandlung mit Gesprächsterminen im Durchschnitt alle zwei Wochen erfolgt . Vom 9. Januar bis 24. März 2017 hätten drei Termine stattgefunden. Aktuell erfolgten die Termine alle zwei bis drei Wochen (S. 2 Ziff.

1.2). Dr. J.\_\_\_\_ nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), bestehend seit Frühling 2015 (S. 3 Ziff. 2.5).

Er führte weiter aus, die Behandlung werde im unveränderten Setting fortgeführt . Unter den eingenommenen Medikamenten sei es nicht zu einer Besserung gekommen. Für eine erneute stationäre Therapie zeige der Patient leider keine Motivation. Weiter sei er nach wie vor davon überzeugt, dass er wie sein Vater und Grossvater an einer schweren nicht behandelbaren psychischen Erkrankung leide (S. 3 Ziff.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 4. November 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Oktober 2018 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid an die IV-Stelle zurückzuweisen ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2019 ( Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Mit Replik vom 5. März 2020 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest ( Urk. 11 S. 2 oben). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 19. März 2020 auf eine Duplik ( Urk. 13), was dem Beschwerdeführer am 26. März 2020 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

oben). Der Patient mache einen niedergeschlagenen und zurückhaltenden Eindruck. Er zeige sich antriebs- und hoffnungslos (S.

3 Ziff.

2.2). Er sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die Mimik und Gestik seien verarmt, die Konzentration und Aufmerksamkeit stark reduziert. Im formalen Denken sei der Patient wortkarg und wirke verlangsamt bis gehemmt. Hinweise auf Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen bestünden nicht. In der Grundstimmung sei er stark deprimiert, ängstlich, affektarm und affektstarr sowie hoffnungslos bis verzweifelt. Die Störung der Vitalgefühle sowie Insuffizienzgefühle seien ausgeprägt. Weiter sei der Antrieb stark reduziert und es sei ein ausgeprägter sozialer Rückzug vorhanden. Passive Todeswünsche seien vorhanden. Er distanzieren sich aber von Suizidabsichten (S. 3 Ziff. 2.4).

Der Patient sei kurz- und mittelfristig nicht in der Lage, irgendwelche Arbeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt zu erledigen. Längerfristig sei eine Prognose schwierig zu stellen (S. 4 Ziff. 2.7). Neben der bisherigen Tätigkeit sei auch eine angepasste Tätigkeit aktuell nicht zumutbar (S. 5 Ziff. 4.1 und 4.2). 4.9 4.9 .1

Am 8. April 2019 erstatteten Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. O.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. Q.\_\_\_\_, Diplompsychologin, und Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Y.\_\_\_\_,

ein

weiteres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin ( Urk. 7/188/1-12). Sie stützten sich auf die vom 8. bis 18. Januar 2019 erfolgten Untersuchungen (S. 1) und die

ihnen zur Verfügung gestellten Akten ( Urk. 7/188/13- 25 ).

Im internistischen Teilgutachten ( Urk. 7/188/26-58) wurde ausgeführt, die letzten Ferien seien an Ostern 2018 gewesen, als eine Tochter des Beschwerdeführers geheiratet habe. Sie seien für zwei Wochen in einer Mietwohnung gewesen. Die ganze Familie sei mit dem Flugzeug hin- und zurückgereist. Seit die Tochter S.\_\_\_\_ operiert worden sei, habe er keine Zeit mehr für Freunde und Sozialkontakte. Es bestünden nur noch Kontakte zur Familie (S. 5 oben). Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er während 24 Stunden Schmerzen im Bereich des linken Ellenbogens habe. Bei kaltem Wetter tue ihm der ganze linke Arm

weh. Morgens beim Aufstehen fühle sich der Arm ab dem Ellenbogen wie tot an. Der Schmerz betrage morgens 10 auf der VAS-Schmerzskala, über 24 Stunden liege er bei einem Wert zwischen 6-7 (S. 7 f. Ziff. 3.2.1).

Im Vergleich mit dem Gutachten von 2009 bestehe aus internistischer Sicht neu ein metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie und einer peripheren Neuropathie. Die Diagnosen bewirkten keine funktionelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 7.2). Die Angabe der körperlichen Schmerzen lasse sich in der klinischen Untersuchung nicht bestätigen. Im Gegenteil seien Tendenzen zur Verdeutlichung von Schmerzen oder einer Aggravation ersichtlich (S. 15 Ziff. 7.5 unten). 4.9.2

Dr. M. \_\_\_ führte im orthopädischen Teilgutachten (Urk. 7/188/43-58) aus, der Beschwerdeführer sei wegen zahlreicher Erkrankungen in seiner Belastbarkeit psychophysisch eingeschränkt. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht sei die Fraktur des linken körperfernen Oberarmes im Kindesalter für die Beurteilung von wesentlicher Bedeutung. Es liege eine O - (Varus)-Fehlform des Ellenbogens links vor. Wahrscheinlich handle es sich um die Folgen einer subkapitalen Humerusfraktur. Der Beschwerdeführer habe keine Erinnerung an ein Ereignis im Kindesalter. In einem CT vom 16. März 2015 sei im Humeroulnargelenk ein Varus von 9 Grad festgestellt worden (S. 11 Ziff. 7.1). Von den Ärzten des E. \_\_\_ sei in Kenntnis eines MRI vom 13. Oktober 2017 bildtechnisch eine Schädigung der Kollateralbänder mit Tendinopathie und Teileinrissen des anterioren und posterioren

Bündels des lateralen (ulnaren) Kollateralbandes festgestellt worden. Ausser dem hätten sich im MRI Osteophyten an der Insertion des anterioren Bündels an der Ulna gezeigt und ein teilweise eingerissenes radiales Kollateralband. Die Bänder seien bei der klinischen Untersuchung nunmehr instabil geworden (S. 12 oben). In Übereinstimmung mit der heutigen Untersuchung habe sich ein «hyperlaxer Bandapparat mit Hyperextendierbarkeit im Ellenbogen gelenks links» gezeigt. Das radiale Seitenband sei klinisch stabil, während das seitliche ulnare Seitenband deutlich vermehrt aufklappbar sei. Muskuläre Schonzeichen des linken Armes seien nicht vorhanden. Sonstige Schonzeichen wie eine Minderbeschleunigung der linken Hand seien ebenfalls nicht zu erkennen (S. 12 Mitte).

Die gefundene Ursache für die Schmerzen am linken Ellenbogen könne die Stärke des Schmerzerlebens in der Zusammenschau der Befunde nicht erklären. Nach den radiologischen Untersuchungen im Y. \_\_\_ vom 10. Januar 2019 seien die Gelenkspalte nicht wesentlich verschmälert. Allerdings zeigten sich Gelenkflächenunregelmässigkeiten, so dass die Diagnose einer Sekundärarthrose zu bestätigen sei. Im Vordergrund stehe die schmerzhafte Instabilität des Ellenbogens (S.

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, wegen Problemen mit dem linken Ellenbogen habe er sich im Dezember 2014 und im Dezember 2015 erneut

bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2). Gemäss dem Bericht des behandelnden Psychiaters sei es zu einer weiteren Verschlechterung der depressiven Symptomatik gekommen. Nach dessen Einschätzung sei er auf dem ersten Arbeitsmarkt zu 100% arbeitsunfähig (S. 3 Ziff. 5).

Im aktuellen polydisziplinären Gutachten der Ärzte des Zentrums

Y.\_\_\_\_ werde die entscheidende Frage der psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht beantwortet. Einem psychiatrischen Gutachter sollte es grundsätzlich möglich sein, einen aggravatorischen Anteil vom effektiven krankheitsbedingten Anteil abzu grenzen. Es dränge sich eine ergänzende psychiatrische Abklärung auf (S. 5 oben).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 21. Mai 2015 einen Leistungsanspruch ( Urk. 7/124). Auf die am 17. Dezember 2015 erfolgte erneute Anmeldung trat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 27. Juni 2016 nicht ein ( Urk. 7/149). Nach der Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung durch das Bundesgericht ( Urk. 7/157)

ist vorliegend zu prüfen, ob im oder ab Juni 2016 (vgl. Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) bis September 2019 verglichen mit dem Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 21. Mai 2015 eine massgebliche Veränderung der Verhältnisse eingetreten ist.

3.

### **E. 3**

E. 3.1.2).

#### **E. 3.1**

Grundlage für die Rentenzusprache vom November 2003 bildete unter anderem das psychiatrische Gutachten von Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. September 2002, der eine somatoforme Schmerzstörung und eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert hatte ( Urk. 7/29 S. 3).

#### **E. 3.2**

Anlässlich einer im November 2008 eingeleiteten Rentenrevison (vgl. Urk. 7/79) holte die Beschwerdegegnerin beim

Y.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das vom 27. Juli 2009 ( Urk. 7/90) datiert.

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellten keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 34 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 34 Ziff. 6.2): - panvertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: - Fehlf orm der Wirbelsäule (Flachrücken) - segmentaler Verengung des Spinalkanals auf Niveau L5/S1, ohne neurologische Reiz- und Ausfallsymptomatik - Fehlf orm im Bereich des linken Ellenbogens - Adipositas Grad I - Nikotinabusus - leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer sei im November 2002 in der Klinik C.\_\_\_\_ wegen neu aufgetretener Schmerzen im Bereich des linken Ellenbogens ohne vorausgegangenes Trauma abgeklärt worden. Es sei eine Varusstellung des linken Ellenbogens von 15 % gegenüber einem Valgus von 15 % auf der Gegenseite festgestellt worden. Radiologisch hätten sich eine Koalition des STT-Gelenkes beidseits mit einer Rotationsfehlf orm der distalen Ulna und eine Hypoplasie des Ulnastyloids

gezeigt, dies sei im Rahmen einer wahrscheinlich frühkindlichen Fraktur des proximalen Vorderarmes mit in Fehlf orm eingeleiteter Ulnakomponente und sekundärer Instabilität

des linken Ellenbogens (S. 37 Mitte). Der Hausarzt habe einen unveränderten Gesundheitszustand mit nach wie vor persistierenden Rücken- und Ellenbogenschmerzen sowie einer andauernden Arbeitsunfähigkeit von 100 %

bestätigt (S.

37 unten ).

Der Beschwerdeführer habe als Hauptproblem andauernde Rückenschmerzen angegeben, welche vom Kreuz in die Halswirbelsäule ausstrahlten. Zu einer Verstärkung der Beschwerden sei es nach einem Arbeitsunfall im Juni 1999 gekommen. Er nehme regelmässig Schmerzmittel ein. Seit etwa 15 Jahren habe er auch Schmerzen im linken Arm (S. 37 Ziff. 7.3). Bei der rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über unveränderte Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule geklagt. Ursachen für die anhaltenden Beschwerden liessen sich nicht objektivieren. Sowohl seine Angaben wie auch die Untersuchungsbefunde seien unspezifisch ohne Hinweise auf eine strukturelle Läsion. Die im CT nachgewiesene Verengung des Spinalkanals auf Niveau L5/S1 müsse in Anbeachtlichkeitswert fehlender klinischer Manifestationen als Zufallsbefund ohne Krankheitswert angesehen werden (S. 38 f.). Die Schmerzen am linken Ellenbogen seien bei erhaltener Gelenkfunktion und unspezifischen Palpationsbefunden nicht nachvollziehbar. Die asymmetrische Stellung des Vorderarmes sei am ehesten konstitutionell bedingt oder allenfalls Folge einer frühkindlichen Fraktur und ohne Relevanz bezüglich der Leistungsfähigkeit (S. 39 oben).

Aus psychiatrischer Sicht sei allenfalls eine leichtgradige depressive Verstimmung zu attestieren. Die Diagnosekriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht mehr erfüllt (S. 39 unten).

Die Gutachter

attestierten dem Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten als Gartenbauarbeiter und als Schweisser und für alle Verweistätigkeiten gesamthaft eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 40 Ziff. 7.6 und 7.7).

### **E. 3.2.1**

Mitte). Weiter habe er angegeben, dass er vergesslich geworden sei und sich nicht gut konzentrieren könne (S. 4 unten). Alle zwei Wochen suche er den Psychiater Dr. J.\_\_\_\_ auf, bei dem er seit zirka drei Jahren in ambulanter psychiatrischer Behandlung sei (S. 6 unten).

Der formale Gedankengang sei umständlich und etwas verlangsamt gewesen (S.

8 Ziff. 4.3.1 unten). Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und die Durchhaltefähigkeit liessen sich aufgrund von Aggravation nicht beurteilen (S.

12 oben). Die Fähigkeit zu spontanen Aktivitäten sei leicht beeinträchtigt (S.

### **E. 3.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Oberarzt, Kantonsspital E.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 10. Februar 2015 (Urk. 7/120) als Diagnosen (S. 1): - chronische belastungsabhängige Schmerzen im linken Ellenbogengelenk mit progredienter Ulnadeviation seit zirka drei Jahren, Differentialdiagnose (DD) posttraumatisch nach anamnestisch stattgehabter Ellenbogenfraktur links im Kindesalter - mittelschweres Sulcus ulnaris -Syndrom links, elektrophysiologisch verifiziert

Dr. D.\_\_\_\_

fürhte weiter aus, anamnestisch bestünden seit zwei bis drei Jahren progrediente Schmerzen im Bereich des linken Ellenbogens. Nach Belastung komme es regelmässig zur Progredienz

der Beschwerden mit zusätzlichem Kraftverlust im Bereich der linken Hand. Der Patient beklagte zusätzlich

Kribbelparästhesien und eine dauerhafte Sensibilitätsstörung der gesamten linken Hand (S. 1 unten).

Es bestehe eine sichtbare Fehlstellung im Seitenvergleich mit deutlicher Ulnardeviation. Das Bewegungsausmass im Ellenbogengelenk sei seitengleich nicht eingeschränkt, jedoch endgradig schmerzhaft. Weiter bestünden eine massive Druckschmerzhaftigkeit im Bereich des Sulcus ulnaris mit positivem Hoffmann-Tinel-Phänomen und eine moderate Muskelhypertrophie im Bereich der ersten Kommissur im Seitenvergleich. Ansonsten lasse sich die Beweglichkeit aller Langfinger sowie des Daumens und der Handgelenke seitengleich demonstrieren (S. 2 oben).

#### **E. 3.4**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Regionalärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, führte in einer Stellungnahme vom 12. März 2015 (Urk. 7/122 S. 4 f.) zum Bericht von Dr. D.\_\_\_\_ aus, medizinisch-theoretisch seien leichte (angepasste) Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten weiterhin zumutbar. Zu vermeiden seien beidseitiges Arbeiten in einer Armvorhalteposition und Überkopfarbeiten (S. 4 Mitte).

Neu sei ein Sulcus

ulnaris-Syndrom links hinzugekommen. Dieses führe aber nicht dauerhaft zu einem Gesundheitsschaden. Selbst im Falle eines operativen Eingriffes sei nach der Abheilung von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Zusammenfassend sei eine dauerhafte Verschlechterung nicht ausgeschlossen (S. 4 unten).

#### **E. 3.5**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, für Handchirurgie und für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, E.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 22. März 2015 (Urk. 7/121) folgende Diagnosen (S. 1): ulnarbetonte Arthrose des linken Ellenbogengelenkes bei zunehmend laxer Kapsel-/Bandführung mit - Varusdeformität nach ellenbogengelenksnaher Verletzung zirka 1975 - mittelschweres Sulcus

ulnaris-Syndrom links

Dr. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe aktuell keine Indikation für eine Umstellungsosteotomie im Bereich des linken Ellenbogengelenks und auch nicht für die Abtragung der Osteophyten im ulnaren Anteil. Weiter sei die Möglichkeit einer Dekompression des Nervus

ulnaris im Sulcus

ulnaris besprochen worden (S. 2).

### **E. 3.6**

Mit Verfügung vom 21. Mai 2015 (Urk. 7/124) verneinte die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. 4. 4.1

Vom 10. bis 30. Juni 2015 war der Beschwerdeführer in der Klinik H.\_\_\_\_, integrierte Psychiatrie I.\_\_\_\_, in stationärer psychiatrischer Behandlung (Urk. 7/137/9).

Die Ärzte der I.\_\_\_\_ stellten im Austrittsbericht vom 30. Juli 2015 (Urk. 7/137/9-11) folgende Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - unklare chronische Schmerzen am linken Ellenbogengelenk mit progredienter Ulnardeviation seit zirka drei Jahren - DD posttraumatisch nach vermuteter Ellenbogenfraktur links im Kindesalter - mittelschweres Sulcus

ulnaris -Syndrom links 4.2

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

(vorstehend E. 3.5) führte in einem Bericht vom 28. August 2015 (Urk. 7/128) aus, formal liege weiterhin ein mittelschweres Sulcus

ulnaris -Syndrom vor. Die klinischen Zeichen seien im Verhältnis jedoch nur gering ausgeprägt. Die überwiegende Schmerzsymptomatik bestehe durch die Deviation des Ellenbogengelenkes mit beginnender Arthrose. Der Beschwerdeführer sei zur Entlastung des Sulcus

ulnaris angehalten worden (S. 2). 4.3

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte

im Bericht vom 22. Januar 2016 (Urk. 7/135) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 22. Mai 2015 bei ihm in ambulanter psychiatrischer Behandlung (Ziff. 1.2), dies mit wöchentlichen stützenden - halbstündigen (Ziff.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Die Gutachter des Y.\_\_\_\_

kamen im

Gutachten vom 8. April 2019 zur Einschätzung, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Einschränkungen am linken Ellenbogen mit dem betreffenden Arm

keine Grobarbeiten verrichten könne, unter Berücksichtigung von Gewichtslimiten. Weiter seien Vibrationseinwirkungen auf den linken Ellenbogen und Arbeiten unter Einfluss von Nässe und Zugluft zu vermeiden (vorstehend E. 4.9.2). Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit attestierten die Gutachter aus somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht äusserten sie sich nicht zur Arbeitsfähigkeit (E. 4.9.6).

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ diagnostizierten 2015 eine ulnar betonte Arthrose des linken Ellenbogengelenks bei zunehmend laxer Kapsel-/Bandführung und ein mittelschweres Sulcus

ul naris -Syndrom (E. 3.3 und 3.5). Im Oktober 2017 wurde zudem eine ausgeprägte Instabilität der Humeroulnargelenks links festgestellt (vorstehend E. 4.6).

Dr. J.\_\_\_\_ diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig schwerer depressiver Episode ohne psychische Symptome und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 4.3 und 4.8 hiervor). Die Ärzte der I.\_\_\_\_ hatten im Austrittsbericht vom 30. Juli 2015 dagegen eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert (E. 4.1).

## **E. 6.2**

Das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 erfüllt die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens. Es erweist sich für die streitigen Belange als umfassend und beruht auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen. Dass sich die Gutachter aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht nicht zur Arbeitsfähigkeit äusserten, ist auf das in der neuropsychologischen und in der psychiatrischen Untersuchung festgestellte aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers zurückzuführen. So ergaben die in der neuropsychologischen Untersuchung durchgeführten Validierungstests keine verwertbaren Ergebnisse (E. 4.9.3 hiervor). Daraus folgt, dass in den betreffenden Fachgebieten keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit möglich sind, was nicht gegen den Beweiswert des Gutachtens spricht.

Die Gutachter trugen den festgestellten Einschränkungen des linken Ellenbogens mit dem aus neurologischer und orthopädischer Sicht aufgestellten Belastungsprofil Rechnung. Die Darlegung der medizinischen Situation und die Schlussfolgerungen der Gutachter erweisen sich sodann als schlüssig

und vermögen zu überzeugen. Auf das Gutachten kann daher abgestellt werden.

## **E. 6.3**

Gestützt auf das Gutachten vom 8. April 2019 ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zugemutet werden kann. Die Beschwerden am linken Ellenbogen bestanden im Wesentlichen bereits zum Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom Mai 2015, wie die Berichte der Ärzte des E.\_\_\_\_ vom Februar und März 2015 belegen. Da dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit weiterhin vollumfänglich möglich ist, besteht aus somatischer Sicht keine massgebliche gesundheitliche Veränderung.

Aus psychiatrischer Sicht ist bei der Prüfung der sogenannten Standardindikatoren beziehungsweise der Konsistenz (vgl.

BGE 141 V 281 E. 4.4) darauf hinzu weisen, dass der Beschwerdeführer trotz der geklagten Schmerzen von einem längeren Ferientaufenthalt und guten Kontakten zu seiner Familie berichtete (vorstehend E. 4.91). Der Beschwerdeführer scheint im privaten Bereich daher nicht in gleichem Masse in seinem Aktivitätsniveau eingeschränkt zu sein. Der Umstand, dass er die psychiatrische Behandlung bei Dr. J.\_\_\_\_

bereits wiederholt

abgebrochen und er nicht für eine erneute stationäre Therapie zu motivieren war (E. 4.8), spricht sodann gegen einen erheblichen psychischen Leidensdruck, wie er bei der Diagnose einer schweren depressiven Episode zu erwarten wäre. In Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts (E. 5.3 hiervor)

ist bei

der festgestellten Aggravation ein invalidisierender Gesundheitsschaden aber ohnehin zu verneinen. Es liegen daher keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert hat.

#### **E. 6.4**

Die seit der erneuten Anmeldung des Beschwerdeführers vom Dezember 2015 erfolgten medizinischen Abklärungen lassen gestützt auf das Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 nicht auf eine massgebliche gesundheitliche Verschlechterung verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 21. Mai 2015 schliessen.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch in der Verfügung vom 2. Oktober 2019 zu Recht verneint. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 900.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss 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: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diese Entscheidung 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 dem 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 Der Gerichtsschreiber MosimannBrugger

#### **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.

### **E. 8.1**

und 8.2). 4.9. 4

Im Teilgutachten Neuropsychologie ( Urk. 7/188/74-85) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er seit zwei bis drei Jahren immer müde sei, seitdem seine Tochter vor vier Jahren operiert worden sei (S. 2 Ziff. 3.1). Die Auffassung, die Ausdauer und die Konzentration seien während des Gespräches eingeschränkt gewesen. Themenwechseln habe er nur mühsam folgen können (S.

4 Ziff. 4.1). Die Ergebnisse der durchgeführten Tests seien als nicht valide anzusehen. Der Beschwerdeführer habe die Symptomvalidierungstests mit Werten absolviert, die teilweise weit unter denen gelegen hätten, die bei einer motivierten Mitarbeit zu erreichen seien. Es sei ein aggravierendes Verhalten beobachtet worden (S. 5 f.).

Die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests lasse auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Die Ergebnisse der Tests könnten daher nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde (S. 7 Ziff. 6.2). Da es bei der Abklärung um Bezüge der Invalidenversicherung gehe, wäre sein substantieller externer Anreiz gegeben (S.

9 oben). Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste hätten nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen. Bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests seien Inkonsistenzen aufgefallen. Die verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine Variabilität, die neuropsychologisch nicht erklärbar sei (S. 9 unten). 4.9. 5

Dr. P.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Teilgutachten ( Urk. 7/188/86- 106) aus , der Beschwerdeführer habe als grösste gesundheitliche Probleme neben der Müdigkeit starke Schmerzen angegeben (S. 2 Ziff.

### **E. 12**

unten). Weiter imponiere zum heutigen Zeitpunkt ein linksbetontes, unteres Lumbalsyndrom, verbunden mit einer Irritation des Iliosakralgelenkes links ( S. 13 oben).

Aufgrund der festgestellten Gesundheitsstörungen könne der Beschwerdeführer den linken Arm betreffende Tätigkeiten nur noch eingeschränkt verrichten. Grob arbeiten mit dem linken Arm seien nicht mehr zumutbar. Es handle sich insbesondere um Tätigkeiten, welche mit dem Heben und Tragen von Lasten in ungünstiger Hebelwirkungsstellung von 5 bis 8 kg verbunden seien , sowie Tätigkeiten in ungünstiger Belastungsposition körpernah von über 20 kg. Zu vermeiden seien sodann Vibrationseinwirkungen auf den Ellenbogen. Aufgrund der Arthrose seien auch Arbeiten unter Einfluss von Nässe und Zugluft nicht leidensgerecht (S.

### **E. 13**

unten).

Dr. P.\_\_\_\_ stellte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1, S. 15 Ziff. 6.1). Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Hinweise auf eine klinisch schwerwiegende psychiatrische Störung, wie eine Schizophrenie, eine bipolare Störung, eine

schwere depressive Störung, eine schwere Sucht oder eine schwere Persönlichkeitsstörung. Bei den angegebenen Schmerzen sei ein somatisches Korrelat nicht hinreichend vorhanden. Die Differentialtypologie, die seit 2009 zur Verfügung stehe, umfasse mit ICD-10 F45.40 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und mit ICD-10 F45.41 eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aus versicherungsmmedizinischer Sicht begründe dies jedoch keine wesentliche Unterscheidung (S. 15 f. Ziff. 6.2). Die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien nicht erfüllt. Stattdessen sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F45.41 auszugehen (S. 16 unten).

Es habe eine Diskrepanz bestanden in der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers mittels Selbstbeurteilungsskala Beck Depressioneninventar und der Fremdbeurteilungsskala Hamilton Depressionsskala. Dies könne auf eine Symptomverdeutlichung hinweisen. Bei den gestellten Aufgaben seien die kognitiven Leistungen des Beschwerdeführers auffallend schlecht gewesen. Gemäss den internistischen, orthopädischen und neurologischen Teilgutachten bestünden zahlreiche Inkonsistenzen betreffend die Schmerzsymptomatik (S. 19 Ziff. 7.3 oben). Die Angabe, dass die therapeutischen Sitzungen mit Dr. J. \_\_\_ auf Deutsch geführt würden, sei nicht nachvollziehbar, da der Beschwerdeführer bei der Begutachtung auf einen Dolmetscher in albanischer Sprache angewiesen gewesen sei (S. 19 Ziff. 7.3 unten).

Die familiäre Verbundenheit zu seinen Töchtern stelle eine positive Ressource dar. Die chronischen Schmerzen, die Dekonditionierung, die Behinderung einer Tochter sowie die schlechten Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers stellten eine Belastung dar (S. 19 Ziff. 7.4). Aufgrund des Aggravationsverhaltens des Beschwerdeführers lasse sich die aktuelle Arbeitsfähigkeit nicht beurteilen. Es sei anzunehmen, dass seit dem Austrittsbericht der Ärzte der I. \_\_\_ vom 30. Juli 2015 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden habe (S. 20 Ziff. 8.1). 4.9. 6

Die Gutachter stellten in der interdisziplinären Beurteilung (Urk. 7/188/1-12) folgende Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.2): - Status nach subkapitaler Humerusfraktur links mit - schmerzhaft Instabilität im Humeroulnargelenk links - initiale Arthrose des Humeroulnargelenks linker Ellenbogen - SUS (wohl: Sulcus

ulnaris -Syndrom) links - lokales zervikales Wirbelsäulensyndrom mit Myotendopathie der Nackenmuskulatur - leichte Wirbelsäulen-Fehlstatik mit lumbalem Wirbelsäulensyndrom und Sakroiliakgelenk - (SIG) -Irritation links - chronische Neuropathie des Nervus

ulnaris links im Bereich des Ellenbogens - chronischer Spannungskopfschmerz - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Dysthymia (ICD-10 F34.1) - metabolisches Syndrom

Aus orthopädischer Sicht könne der Beschwerdeführer den linken Arm betreffende Tätigkeiten nur noch eingeschränkt verrichten (S. 7 Ziff. 4.3). Gemäss der neuropsychologischen Untersuchung wiesen die Ergebnisse der Symptomvalidierungstests auf ein aggravierendes Verhalten hin. Es könne daher nicht beurteilt werden, ob allenfalls funktionelle Einschränkungen bestünden. Aus psychiatrischer Sicht bewirkten eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und eine

Dysthymia keine funktionellen Einschränkungen (S.

8 oben).

Die Gutachter gaben zur Konsistenzprüfung an, es habe eine Diskrepanz in der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers bestanden. Dies könne auf eine Symptomverdeutlichung hinweisen. Bei den zu lösenden Aufgaben seien die kognitiven Leistungen des Beschwerdeführers auffallend schlecht gewesen (S.

8

f. Ziff. 4.6). In den Akten fänden sich sodann zahlreiche Inkonsistenzen bezüglich der Schmerzsymptomatik des Beschwerdeführers und der aktuellen Beschwerden (S. 9 Mitte). Aufgrund des Aggravationsverhaltens könne die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit nicht beurteilt werden (S. 10 oben). In einer angepassten Tätigkeit bestehe unter Beachtung der genannten somatisch bedingten Einschränkungen eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Diese bestehe seit der Begutachtung von 2009. Aus psychiatrischer Sicht seien aufgrund des Aggravationsverhaltens keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit möglich (S. 10 Ziff.

4.8). 4.10

RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ führte in einer Stellungnahme vom 15. Mai 2019 (Urk.

7/190 S. 4 ff.) zum Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 aus, nach der Beurteilung durch die Gutachter seien Grobarbeiten mit dem linken Arm nicht mehr zumutbar. Es handle sich um Tätigkeiten, die mit dem Heben und Tragen von Lasten in ungünstiger Hebelwirkung von 5-8 kg verbunden seien. Dies gelte auch für Tätigkeiten in ungünstiger Belastungsposition körpernah von über 20

kg. Weiter sollten Vibrationseinwirkungen auf den linken Ellenbogen und Arbeiten unter Einfluss von Nässe und Zugluft vermieden werden. Da der bisherige Arbeitsplatz als Hilfgärtner und Maschinist nicht abgeklärt sei, sei eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfgärtner und Maschinist nicht möglich (S. 5 oben). In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht seit der Begutachtung von 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 5 Mitte). 4.11

Die Beschwerdegegnerin hielt in einer Notiz vom 14. Juni 2019 fest, dass eine Abklärung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

mittels Arbeitsplatzabklärung nicht erfolgen könne (Urk. 7/190 S. 6 unten). 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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). 5.3

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). 6.

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