

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00095 vom 10. Januar 2003

ZH Sozialversicherungsgericht, 2003-01-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00095

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00095 du 10 janvier 2003

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00095 del 10 gennaio 2003

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 Zusprennung 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). Dabei 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 IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden 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

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 5. Februar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente, zuzusprechen. Eventuell sei die Sache zur polydisziplinären Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen. In formeller Hinsicht ersuchte der Versicherte um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. März 2020 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 18. März 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12). Mit Eingabe vom 21. April 2020 (Urk. 13) legte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ihre gleichentags datierte Honorarnote ins Recht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, im Rahmen des während den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen gewährten Assessments sei festgestellt worden, dass kein Eingliederungspotential ausgewiesen sei. In der Folge sei dem Beschwerdeführer ein Belastbarkeitstraining angeboten worden. Dieser habe sich jedoch gesundheitlich nicht in der Lage gesehen, an einer solchen Massnahme

teilzunehmen. Aus seiner Sicht würden ihn die täglichen zwei Stunden Anfangspensum überfordern. Da Eingliederungsmassnahmen als nicht zielführend erachtet worden seien, seien diese abgeschlossen worden. Aus medizinischer Sicht sei nicht plausibel, weshalb die Eingliederungsmassnahmen nicht möglich sein sollen. Der Beschwerdeführer sei für eine angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (S. 2 oben). Der medizinische Sachverhalt sei genügend abgeklärt und eine medizinische Begutachtung erscheine nicht angezeigt (S. 2 unten). Gestützt auf einen errechneten Invaliditätsgrad von 7 % sei kein Rentenanspruch mehr ausgewiesen (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), gestützt auf die psychiatrische RAD-Beurteilung durch med. pract. Z.____, welche ohnehin aus verschiedenen - im Einzelnen genannten - Gründen mangelhaft sei, könne mitnichten das mit BGE 141 V 281 eingeführte strukturierte Beweisverfahren durchgeführt werden. Eine Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkung der verschiedenen beim Beschwerdeführer vorliegenden Störungen fehle gänzlich (S. 10 oben). Eine solche Gesamtbetrachtung sei auch in den späteren RAD-Stellungnahmen aus dem Jahr 2019 nicht erfolgt. Der Beschwerdeführer sei nicht persönlich untersucht worden und der RAD setze sich mit den Berichten der behandelnden Ärzte gar nicht oder nur ungenügend auseinander (S. 18 f.). Gestützt auf die umfassenden und einleuchtend begründeten Berichte der behandelnden Ärzte sei nach wie vor eine Polymorbidität ausgewiesen, mit welcher sich der RAD nicht auseinandergesetzt habe. Ein Anspruch auf eine ganze Rente sei daher gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte und den Austrittsbericht der Klinik A.____ erstellt (S. 18 ff.).

Eventuell sei die Sache zur umfassenden medizinischen Untersuchung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 20 Ziff. 18). Des Weiteren bestritt der Beschwerdeführer den durchgeführten Einkommensvergleich (S. 20 f. Ziff. 19).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde und sich gestützt darauf eine revisionsrelevante Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben hat.

E. 3

E. 3.1.2).

E. 3.1

Die Rentenzusprache erfolgte gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der Rheuma- und Rehabilitationsklinik B.____ vom 4. Juli 2002 (Urk. 8/32; vgl. auch Urk. 8/36/1). Die durchgeführten radiologischen Untersuchungen hätten altersentsprechend normale Befunde der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule gezeigt und auch in einer Beckenübersichtsaufnahme seien normale ossäre Verhältnisse zur Darstellung gekommen (S. 44 f.). Rheumatologisch finde sich ein zervikal und lumbal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom. Es bestehe ein Beschwerdebild, das durch die objektiv feststellbaren neurologischen, rheumatologischen und internistischen Befunde nicht begründbar sei. Daher handle es sich um ein chronifiziertes und zum grossen Teil auch psychisch fixiertes Schmerzsyndrom. Wie der neuropsychologischen Beurteilung zu entnehmen sei, liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor (S. 45 f.).

Die Gutachter stellten folgende Diagnosen (S. 42): - Status nach Autounfall am 2. Mai 1998 mit - anamnestisch HWS-Distorsion - chronifiziertem ten domyotischem zervikal- und lumbal betontem panvertebralem Schmerzsyndrom - mäßiggradigen kognitiven Minderleistungen - reaktiver depressiver Entwicklung mit Angstkomponenten - posttraumatischem somatoformem Schmerzsyndrom und in der Folge erheblicher Einschränkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit - Verdacht auf metabolisches Syndrom bei Hyperlipidämie und arterieller Hypertonie - Adipositas - Schädlicher Gebrauch von Nikotin

Aus somatischer Sicht liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Es resultiere aber eine faktische 100%ige Arbeitsunfähigkeit in sowohl bisheriger wie auch angepasster Tätigkeit aufgrund der erheblichen Einschränkung der psychophysischen Leistungsfähigkeit bei stark chronifizierter Schmerzproblematik im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung (S. 46 oben, S. 56 Mitte).

E. 3.2.1

Im Rahmen der Rentenrevison von November 2008 wurden diverse Arztberichte eingeholt , aus welchen insbesondere eine neu diagnostizierte koronare Herzkrankheit hervorgeht. Nach Beurteilung der Ärzte des Kantonsspitals C.____ vom 18. Dezember 2008 hat diese eine Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/66/2 Ziff. 1.1) .

Eine Arbeitsfähigkeit - aus kardiologischer Sicht - wird als prinzipiell möglich erachtet , allenfalls sogar in der bisherigen Tätigkeit als Krankenpfleger (Stellungnahme vom 26. März 2009 von Dr. med. D.____ , Facharzt für Kardiologie, Chefarzt Kardiologie Klinik A.____ , Urk. 8/68/2) .

Nach Einschätzung vom 10. Dezember 2008 (Urk. 8/65/1-5) des damaligen Hausarztes Dr. med. E.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sei aufgrund der bereits bekannten Diagnosen (vgl. Ziff. 1.1) keine Arbeitstätigkeit mehr zumutbar (Ziff. 1.6 f.).

E. 3.2.2

Sodann veranlasste die Beschwerdegegnerin eine psychiatrische Begutachtung , welche durch Dr. Y.____ durchgeführt wurde (Gutachten vom 8. Mai 2010, Urk. 8/76). Dr. Y.____ nannte folgende Diagnosen (S. 12): - chronische Depression schweren Grades (ICD-10 F32.2) - somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.8) - koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Panvertebralsyndrom nach Autounfall mit Schleudertrauma 1998, Schlafapnoesyndrom

Dr. Y.____ führte aus, im Anschluss an den Unfall im Jahr 1998 habe sich aufgrund der posttraumatischen körperlichen Beschwerden wie Nackenschmerzen und Schwindel, der verminderten psychischen Belastbarkeit wegen der Persönlichkeitsstörung, der zunehmenden Depression mit starkem somatischem Syndrom, der konsekutiven somatoformen Schmerzstörung und den sozialen und beruflichen Komplikationen eine immer stärkere pathologische Symptomatik entwickelt. Die seit Jahren durchgeführten psychiatrischen Behandlungen seien erfolglos geblieben. Inzwischen seien eine koronare Herzkrankheit,

ein Diabetes mellitus und ein Schlafapnoesyndrom hinzugekommen, was seine Ängste verstärkt und den psychischen Zustand des Beschwerdeführers noch verschlechtert habe. Der Beschwerdeführer habe, bezeichnend für die narzisstische Störung, auf depressive Art

völlig resigniert und sich gehen lassen. Typisch für die schwere chronische Depression seien der psychovegetative Stresszustand und die psychosomatischen Schmerzen sowie die vegetativen Stressbeschwerden. Im klinischen Eindruck imponieren die extreme Antriebslosigkeit und Verlangsamung, die fehlende Belastbarkeit, die Ermüdung, die affektive Monotonie, die Motivationslosigkeit und die Regressionstendenzen (S. 12 f.). Die Arbeitsunfähigkeit betrage generell für sämtliche Tätigkeiten weiterhin 100 % (S. 14 Ziff. 6).

E. 4.1

1

RAD-Ärztin Dr. I. ___ hielt am 3. Dezember 2019 fest, im Bericht der Klinik A. ___

(vorstehend E. 4.10) würden keine neuen medizinischen Fakten vorgebracht, weshalb weiterhin an der bisherigen Einschätzung (E. 4.9) festzuhalten sei (Urk. 8/214/4). 5.

5.1

Gestützt auf die aktuelle Aktenlage lässt sich der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend beurteilen, wie nach folgend aufzuzeigen sein wird:

Die RAD-Untersuchungen lagen im Verfügungszeitpunkt fast vier Jahre zurück, sodass sich

Dr. I. ___ in ihrer Aktenbeurteilung noch immer auf Befunde oder Umstände bezieht, welche anlässlich der RAD-Untersuchung im Mai 2016 erhoben wurden (vgl. vorstehend E. 4.9). Zwischenzeitlich liegen jedoch in psychiatrischer Hinsicht diverse Berichte vor, welche

nicht ausschliessen lassen, dass nach wie vor von psychosozialen Umständen klar zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte (fachärztlich diagnostizierte) psychische Störungen

vorliegen könnten (vgl. vorstehend E. 4.8). Die behandelnde Hausärztin (vgl. vorstehend E. 4.5 + 4.7) wie auch der behandelnde Kardiologe (vgl. vorstehend E. 4.6) wiesen ebenfalls auf einen auffälligen psychischen Gesundheitszustand hin.

Vergleichszeitpunkt bildet vorliegend die Mitteilung vom 8. Juni 2010, da anlässlich der im November 2008 eingeleiteten Rentenrevision eine materielle Prüfung des Rentenanspruches mit Einholung diverser Arztberichte sowie insbesondere eines psychiatrischen Gutachtens erfolgt ist (vgl. vorstehend E. 1.3 sowie E. 3.2). Bereits damals wurde die koronare Herzkrankheit diagnostiziert und festgehalten, dass diese Auswirkung auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit habe, wobei genauere Angaben dazu fehlen. Daran wurde aus kardiologischer Sicht aktuell festgehalten (vgl. vorstehend E. 4.6), was jedoch in der RAD-Beurteilung keine Berücksichtigung fand. Diese erfolgte aus somatischer Sicht auch lediglich im orthopädischen Fachgebiet (vgl. vorstehend E. 4.4).

Die bisherige Rentenzusprache basierte insbesondere auf den mit polydisziplinären Gutachten vom 4. Juli 2002 (vorstehend E. 3.1) sowie psychiatrischem Gutachten

vom 8. Mai 2010 (vorstehend E. 3.2.2) festgestellten gesundheitlichen Einschränkungen.

Beim Beschwerdeführer sind zwischenzeitlich jedoch neue somatische Erkrankungen hinzugetreten und es stehen noch immer verschiedene psychiatrische Diagnosen im Raum.

Insbesondere wird von den behandelnden Ärzten nach wie vor eine mittelgradige bis schwere depressive Symptomatik diagnostiziert, wobei durchaus auch Hinweise auf das Vorliegen von invaliditätsfremden psychosozialen Umständen bestehen. Allerdings ist in dieser Hinsicht darauf hinzuweisen, dass (weiterhin) eine verselbständigte (fachärztlich diagnostizierte) psychische Störung, welche invalidenversicherungsrechtlich von Belang ist, auch vorliegen kann, wenn ihr eine psychosoziale Komponente zugrunde liegt (vgl. zum Ganzen BGE 127 V 294 E. 5a).

Ferner hat gemäss der Rechtsprechung des Bundesgerichts für sämtliche psychischen Leiden unabhängig von der diagnostischen Einordnung in der Regel eine umfassende Prüfung anhand der Standardindikatoren zu erfolgen (BGE 143 V 418 intern: aus IV192300). Eine Indikatorenprüfung erweist sich jedoch gestützt auf die vorliegenden Berichte als nicht möglich. Schlüssige ärztliche Ausführungen, die eine (rechtsgenügend) zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit anhand des anwendbaren Indikatorenkataloges erlauben, sind nicht aktenkundig. 5.2

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.3

Aufgrund der in Erwägung 4 dargelegten gesundheitlichen Problematik des Beschwerdeführers sowie der allenfalls bestehenden Wechselwirkung zwischen den somatisch und den psychisch bedingten Einschränkungen einer zumutbaren Verweistätigkeit sind vorliegend weitere medizinische Abklärungen angezeigt. Die Sache ist daher in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2020 (Urk. 2) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese in Form eines polydisziplinären Gutachtens zum Gesundheitszustand und zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eine rechtsgenügende medizinische Beurteilung einhole, welche sich in psychiatrischer Hinsicht in Nachachtung der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 143 V 418) insbesondere auch zu den massgebenden Standardindikatoren zu äussern haben wird. Zu thematisieren wird auch die Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes seit 2010 sein. Hernach wird die Beschwerdegegnerin neu über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu entscheiden haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde bzw. der Eventualantrag gutzuheissen.

6. 6.1

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend erweist sich der Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. 6.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr.

E. 4.2

Hausärztin Dr. med. G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, konstatierte einen stationären Gesundheitszustand bei den bereits bekannten Diagnosen (Bericht vom 11. September 2015, Urk. 8/84/1-5 Ziff. 1.1 f.). Sie legte unter anderem die Beurteilung zum MRI der Wirbelsäule vom 25. April 2012 bei, aus welcher eine leichte Bandscheibendegeneration C5/C6 und C6/C7 mit kleinen,

nicht neurokompressiven medianen Diskushernien, Residuen eines Morbus Scheuermann von Th7 bis Th11 sowie eine geringgradige, nicht aktivierte Spondylarthrose L4/L5 und L5/S1 hervorgehen (vgl. Urk. 8/84/13).

E. 4.3

Am 24. Mai 2016 erfolgte eine psychiatrische Untersuchung beim RAD.

Aus dem entsprechenden Bericht vom 19. Juli 2016 (Urk. 8/94) von med. pract. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, geht hervor, die Untersuchung sei geprägt gewesen von einer Sedativa-Wirkung (morgens Temesta 1 mg, am Vorabend zwei Temesta), die im Laufe der zweistündigen Untersuchung allmählich nachgelassen habe. Der hohe Benzodiazepin-Laborwert unterstreiche den Medikamentenabusus. Bei nachlassender Sedativa-Wirkung hätten sich keine eindeutigen depressiven Symptome, insbesondere kein Antriebsmangel, keine Freudlosigkeit und keine erhöhte Ermüdbarkeit gezeigt. Der Beschwerdeführer habe zwar subjektiv Schmerzen angegeben, allerdings hätten sich keine äusserlich erkennbaren Schmerzreaktionen gezeigt. Es seien keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen (S. 4 f. Ziff. 9).

Das Gutachten von Dr. Y.____ sei versicherungsmedizinisch kaum verwertbar. Im objektiven Befund sei nicht von einer zu erwartenden Benzodiazepin-Wirkung differenziert worden, obwohl der Gutachter um die drei bis vier Tabletten Temesta pro Tag gewusst habe. Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht näher begründet worden und es würden sich keine Hinweise auf die ICD-10-Kriterien finden. Ebenso bleibe unklar, wieso eine schwere Störung der Persönlichkeit vorliege oder eventuell nur akzentuierte Persönlichkeitszüge (S. 5 Ziff. 10).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht stehe der Sedativa-Missbrauch (welcher im Gutachten von Dr. Y.____ vernachlässigt worden sei) im Vordergrund. Unter Sedativa habe der Beschwerdeführer anfangs depressionsähnliche Symptome (Antriebsmangel, geringe affektive Schwingungsfähigkeit) gezeigt. Die Wirkung der Morgenmedikation scheine im Laufe der Untersuchung nachgelassen zu haben und der Beschwerdeführer habe einen zunehmenden Antrieb, eine bessere Schwingungsfähigkeit und keine erhöhte Ermüdbarkeit gezeigt (S. 5 f. Ziff. 11).

Eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht erkennbar. Der Beschwerdeführer habe zwar Schmerzen angegeben, es hätten sich aber keine mimischen, gestischen oder vegetativen

Schmerzáusserungen gezeigt. Gegen eine Schmerzstörung spreche auch der Laborbefund (Schmerzmittel Paracetamol unter der Nachweisgrenze, auch Opiate negativ).

Für eine Persönlichkeitsstörung fänden sich keine Anzeichen. Der Beschwerdeführer könne seit seinem 16. Lebensjahr eine konstante Ehe führen und sei bis zum Autounfall ununterbrochen berufstätig gewesen. Eine schwere Störung der Persönlichkeit liege also nicht vor (S. 6 oben).

Psychiatrische Einschränkungen seien nicht erkennbar und der Beschwerdeführer sei sowohl in der bisherigen wie auch einer angepassten Tätigkeit 100 % arbeitsfähig (S. 6 Mitte).

E. 4.4

Ebenfalls am 24. Mai 2016 erfolgte eine orthopädische RAD-Untersuchung (Bericht vom 19. Juli 2016, Urk. 8/95). Bei der Anamnese und Untersuchung seien die Schmerzangaben des Beschwerdeführers vage und diffus geblieben. Objektive Hinweise für nennenswerte Schmerzen hätten nicht erhoben werden können. Es habe sich eine minimale Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule (HWS) gefunden, welche in der Spontanbeweglichkeit jedoch nicht zu beobachten gewesen sei. Dies korrespondiere gut zum radiologischen Normalbefund im MRI vom 25. April 2012 (vgl. vorstehend E. 4.1) und zum Fehlen von Schmerzmitteln im Serum. Aus medizinischer Sicht seien bei beginnender Degeneration der HWS vermehrt den Nacken und Schultergürtel belastende Tätigkeiten nicht mehr im vollen Umfang zumutbar. Tätigkeiten ohne dauerhafte Überkopfarbeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg und ohne körperliche Zwangshaltungen seien aus medizinischer Sicht zumutbar (S. 8 Mitte).

Die bisherige Tätigkeit als Krankenpfleger in der Altenpflege sei seit November 2000 nicht mehr zumutbar. In einer leidensangepassten, wechselbelastenden Tätigkeit sei seit dem 24. Mai 2016 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszu gehen (S. 8 unten).

E. 4.5

Mit Schreiben vom 20. September 2017 nahm med. pract. G.____ Stellung zur aktuellen Situation des Beschwerdeführers und gab insbesondere an, der Beschwerdeführer habe auf ihren Vorschlag hin die bisherige frustrane psychiatrische Betreuung gewechselt. Er werde nun in der integrierten Psychiatrie H.____

betreut. Aus hausärztlicher Sicht sei schwer abzugrenzen, welche körperlichen und psychischen Probleme überwiegen würden. Insbesondere seien die psychischen Probleme und Schmerzphänomene unverändert zu den Beschwerden der letzten sieben Jahre fortbestehend (Urk. 8/140).

E. 4.6

Dr. F.____ berichtete am 28. Februar 2019 (Urk. 8/184), der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär bei bekannter koronarer 1-Gefässerkrankung (Ziff. 1.1 f.). Auf dem Fahrradrampenprotokoll leiste er im Wesentlichen unverändert maximal 57 Watt entsprechend 29 % des Solls. Bezüglich psychopathologischem Befund sei eine psychiatrische Beurteilung sinnvoll (Ziff. 1.3). Aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer lediglich für leichte körperliche Tätigkeiten arbeitsfähig. Es dürfte jedoch eine zusätzliche Verminderung der Leistungsfähigkeit wegen des psychischen Zustandes bestehen (Ziff. 2.2).

E. 4.7

Im Bericht vom 25. März 2019 (Urk. 8/185) hielt med. pract . G.____ eine Verschlechterung fest (Ziff. 1.1) und stellte folgende Diagnosen (Ziff. 1.2): - Double Depression Dysthymie (ICD-10 F34.1), gegenwärtig mittelschwere depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung - andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) - chronischer Gebrauch von Benzodiazepinen

E. 4.9

RAD-Ärztin Dr. med. I.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, machte in ihrer Stellungnahme vom 16. August 2019 geltend (Urk. 8/190/4-8), die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom sei aufgrund der nicht erfüllten ICD-10-Kriterien in F62.80 (S. 7) nicht nachvollziehbar , was sie nachfolgend Punkt für Punkt darlegte (S. 8) .

Als Fazit vermerkte sie, der Abbruch der Eingliederungsmassnahmen sei medizinisch nicht plausibel. Und da viele Hinweise für Aggravation bestünden, könne nicht schlüssig beurteilt werden, ob überhaupt jemals ein IV-relevanter Gesundheitsschaden bestanden habe.

In der psychiatrischen RAD-Untersuchung vom 19. Juli (richtig: 24. Mai) 2016 sei jedoch keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Die Arbeitsfähigkeit angepasst sei weiterhin 100 % (S. 8 Mitte).

E. 4.10

Vom 4. September bis 8. Oktober 2019 befand sich der Beschwerdeführer stationär in der Klinik A.____ (Austrittsbericht vom 11. November 2019, Urk. 8/204; vgl. auch Kurzaustrittsbericht vom 8. Oktober 2019, Urk. 8/201). Der Beschwerdeführer werde zugewiesen bei Antriebslosigkeit, Lustlosigkeit, Schlafstörung, massivem muskulärem Abbau mit Haltungszerrfall, Immobilität bei Depression, chronischen Schmerzen und chronischem Konsum sedierender Medikamente im Rahmen der Depression. Der Beschwerdeführer sei fast ganztags in der Wohnung im Bett und schildere diffuse somatische Symptome ohne klinisches Korrelat mit wiederholten Notfallkonsultationen. Aktuell befinde er sich in einer Überforderungssituation zu Hause mit seiner kranken Ehefrau, welche unter Epilepsie leide. Er traue sich kaum mehr aus dem Haus zu gehen aus Angst, ihr könne etwas zustossen. Er fühle sich nutzlos und habe Schuldgefühle gegenüber seinen Kindern. Zudem liege seine Mutter im Sterben, was ihm auch sehr zu schaffen mache. Dazu leide er unter Existenzängsten aufgrund seiner finanziellen Situation (S. 2 oben).

Im Verlauf der Behandlung habe eine leichte Stabilisierung des psychischen Zustandsbildes erzielt werden können , was sich durch eine Reduktion der Reizbarkeit sowie eine leichte Abnahme der inneren Unruhe abbildete (S. 4 unten).

Folgende Diagnosen wurden gestellt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Benzodiazepin-Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2)

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.3

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

In Anwendung obiger Kriterien sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 21. April 2020 (Urk. 14) ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 2'322.40 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und ausgangs gemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'322.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Renata Hajek Saxer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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-Fonti

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