

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00192 vom 6. Juni 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-06-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00192

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00192 du 6 juin 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00192 del 6 giugno 2017

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

.3

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von

Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 2.

E. 2

Am 16. März 2020 erhob der Versicherte gegen die Verfügung vom 14. Februar 2020 (Urk. 2) Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, namentlich Rentenleistungen basierend auf einem Invaliditätsgrad von 60 % ab November 2015 zuzüglich Verzugszinsen, zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2) und die auferlegte Mitwirkungspflicht vom 18. Juli 2019 (Urk. 7/115) sei zu widerrufen (S. 2 Ziff. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Mai 2020, welche dem Beschwerdeführer am 22. Mai 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8), schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass aus neuropsychologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe. In psychiatrischer Hinsicht bestehe in der ursprünglichen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, in einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 65 % arbeitsfähig (S. 1 unten f.). Für die Bestimmung des Valideneinkommens seien die Eintragungen im individuellen Konto herangezogen und das Invalideneinkommen sei aufgrund der Tabellenlöhne bestimmt worden. Unter Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzuges von 10 % betrage der so ermittelte Invaliditätsgrad 26 % (S. 2 oben). Da sich der Beschwerdeführer freiwillig auf Therapien einlasse, wirke sich die auferlegte Schadenminderungspflicht nicht negativ auf seine Gesundheit aus (S. 2 unten f.).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), die für den Einkommensvergleich verwendeten Zahlen seien nicht korrekt (S. 5 Ziff. 11). Für die Bestimmung des Valideneinkommens sei auch von den Tabellenlöhnen aus zugehen (S. 7 Ziff. 14) und bei der Bestimmung des Invalideneinkommens sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 25 % zu gewähren (S. 7 Ziff. 16). In medizinischer Hinsicht sei das bidisziplinäre psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten nicht verwertbar (S. 12 Ziff. 28). Die auf dem Boden des Gutachtens angeordnete Mitwirkungspflicht sei ersatzlos zu streichen, alle medizinischen und therapeutischen Empfehlungen fänden längstens statt (S. 13 Ziff. 32).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 3

.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_823/2018 vom 11. Juni 2019 E. 2 mit Hinweisen).

E. 3.1

) an ,

dass die Anfälle ganz plötzlich kämen, aber sich auch langsam ankündigten.

Er in Anfall beginne damit, dass er nicht gut sehe, dann nicht mehr reden und nicht mehr gehen und sich nicht mehr bewegen könne. Er schwitze stark und zittere am ganzen Körper. Er sei halb wach, höre weiterhin die Stimmen der Personen um sich herum und erkenne die Personen auch, er sei aber zu 70-80 % wie weggetreten. Manchmal schlafe er auch ein, manchmal bekomme sein Körper wie einen Schlag, dann springe der Körper auf. Er sei wie blockiert und müsse sich hinsetzen oder hinlegen. Nach dem Anfall sei sein Gesicht noch lange sehr blass. Er gehe unsicher und langsam und müsse sich festhalten. Anfangs wisse er nicht, wo er sei und welcher Tag sei (Urk. 7/33/2-19 S. 5).

Laut der behandelnden Dr. C.____ (E. 3.3) gab der Beschwerdeführer an, ein grosser/schwerer Anfall beginne mit Augenflimmern, Müdigkeit, Schläppheit, Schweissausbrüchen, schwindender Kraft, Zittern, Hitze und Explosionsgefühl sowie Schmerz im Kopf, sehr bleicher bis gelblicher Gesichtsfarbe mit deutlich roten Striemen auf der Stirne. Dann müsse er bewegungslos im Bett liegen, könne sich kaum mehr bewegen. Er leide unter Orientierungslosigkeit, Depersonalisations- und Derealisationserleben.

Nach einem Anfall sei er sehr erschöpft, habe keine Kraft mehr, könne weder essen noch trinken, der Geschmackssinn sei weg, die Sprache deutlich eingeschränkt (unklar, lallend), die Orientierung sei eingeschränkt und die Motorik unsicher mit Gangproblemen. Er habe Schüttelfrost anfälle ohne Körpertemperaturschwankungen (Urk. 7/97 S. 4 unten).

Gegenüber Dr. E.____ (E. 3.4) gab der Beschwerdeführer an, bei grossen Anfällen falle er um und müsse schlafen. Davor sei er erschöpft und müde und sehe nicht gut, er müsse abliegen und dürfe nicht dagegen ankämpfen. Nach einem Anfall werde es schlimmer, er könne weder essen noch trinken und müsse erbrechen. Es komme auch zu Urin- und teilweise Stuhlabgang (Urk. 7/111/1-70 S. 46).

Zur Dauer eines Anfalls kann dem Gutachten von Dr. A.____

(E. 3.1) entnommen werden, ein solcher dauere bis zu 2 Stunden und träte 1-3 mal pro Woche auf (Urk. 7/33/2-19 S. 5), laut Bericht von Dr. C.____

(E. 3.3) sei die Anzahl der Anfälle unverändert (im Bericht vom 5. Oktober 2016 des D.____ wurde von mehrmals wöchentlich auftretenden Anfällen gesprochen, vgl. Urk. 7/47 S. 3 Mitte) und ein Anfall dauere zirka 1.5 Stunden, wobei sich der Beschwerdeführer bis zu 48 Stunden danach in einem pflegebedürftigen Zustand befinde (Urk. 7/97 S. 3 oben).

Laut Gutachten von Dr. E.____

dauer ten die Anfälle bis zu 4 Tag e und träten 1 mal pro Woche auf (Urk. 7/111/1-70 S. 46) .

Auffallend ist, dass der Beschwerdeführer

in den einzelnen Schilderungen der Anfälle inkonsistent ist (er falle um, aber auch er lege sich hin), aber auch zwischen den gegenüber den Ärzten angegebenen Abläufen der Anfälle Inkon si s tenzen bestehen (einmal dauern die Anfälle bis zu 2 Stunden, ein andermal bis zu 4 Tage). G egenüber Dr. E.____

(E. 3.4) waren die Angaben nur vage , dafür aber wurden die Anfälle in weit schwererer Art - mit Urin- und teilweise Stuhlabgang, einer Dauer von bis zu 4 Tagen - beschrieb en

als gegenüber der Vorgutachterin oder der behandelnden Psychiaterin .

Ausserdem schloss auch die Neuropsychologin (E. 3.5) aufgrund der Symptom validierungstests auf ein Aggravationsverhalten und in den durchgeführten Tests zeigten sich, ausser beim MMS-Test , weit unterdurchschnittliche Ergebnisse , so dass diese inhaltlich nicht ausgewertet werden konnten (Urk. 7/111/71-86 S. 13) . 4. 4

Soweit der Beschwerdeführer das Gutachten von Dr. E.____

(E. 3.4) un d

Dr. F.____

(E. 3.5) in Zweifel zu ziehen versucht (Urk. 1) , kann ihm nicht gefolgt werden. Die neuropsychologische Untersuchung wurde von Dr. E.____ nach ihrer ersten Untersuchung zur Beantwortung der kognitiven Funktionen beantragt. Diese Funktionen wurde von Dr. F.____ geprüft. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 1

E. 3.5

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 7. März 2019 (Urk. 7/111/71-86) konnte Dr. F.____ wegen Aggravation keine Diagnosen stellen (S. 11 Ziff. 6.1-2). Die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests lasse auf ein Aggrava tionsverhalten schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhalt lich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten. Unter diesen Umstän den bestehe das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (S. 12 Ziff. 6.3).

Zur Konsistenz führte Dr. F.____ aus, die Zusammenschau der Befunde (Tester gebnisse) liessen auf ein Aggravationsverhalten schliessen. Die Diagnose eines Ganser-Syndroms sei mit einem Aggravationsverhalten vereinbar (S. 15 oben). Als positive Ressource sei die Beziehung zu r Familie zu sehen. Belastungsfaktoren seien die dissoziativen Anfälle und die Überzeugung, nichts mehr machen zu können (S. 15 Ziff. 7.4).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. F.____ aus, das zumutbare Arbeitspensum einer Tätigkeit als Sicherheitsbeauftragter, aber auch einer angepassten Tätigkeit , könne aus neuropsychologischer Sicht aufgrund des Aggravationsverhaltens nicht beurteilt werden (S. 15 Ziff. 8.1-2). Medizinische Massnahmen seien aus neuropsychologischer Sicht nicht indiziert (S. 15 Ziff. 8.3).

E. 3.6

Med. pract . G.____ , Facharzt für Neurologie, RAD, kam in seiner Stellungnahme vom 2. Juli 2019 (Feststellungsblatt vom 18. Juli 2019, Urk. 7/114) zum Schluss, dass im Gutachten von Dr. E.____ (E. 3.4) in Übereinstimmung mit dem Gutachten von Dr. A.____ vom 26. November 2015 von einer angepassten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, wobei diese im Vergleich zu 2015 aktuell um 10 Prozentpunkte höher veranschlagt werde und bereits seit 2015 gelte. Das Belastungsprofil sei unverändert (leichte körperliche Tätigkeiten), wobei Gefahrenmomente im Anfall (Besteigen von Leitern etc.) auszuschliessen seien. Die Angaben seien plausibel, es ergebe sich aufgrund der Diagnosen mit sporadischen Ereignissen beziehungsweise ohne höhergradige Depressivität keine mehr als 30-40%ige Arbeitsunfähigkeit. Mit Bezug auf den Verlauf der Arbeitsfähigkeit ergäben sich zwischen 2015 bis dato keine Schwankungen der Arbeitsfähigkeit (S. 5 unten f.).

E. 3.7

Am 27. Oktober 2019 nahm H.____ , Eidg . anerkannte Psychotherapeutin, zu den Gutachten von Dr. E.____ (E. 3.4) und Dr. F.____ (vorstehend E. 3.5) Stellung (Urk. 7/133/22-24 = Urk. 3).

E. 3.8

Am 12. Februar 2020 hielt med. pract . G.____ fest (Feststellungsblatt vom 14. Februar 2020 (Urk. 7/124), wie auch immer sich die Aggravation oder ein allfälliges Ganser-Syndrom darstelle, sei dies bereits in die Diagnosestellung ein geflossen, sodass nicht davon ausgegangen werden könne, dass die sich daraus ergebende gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu Ungunsten des Beschwerdeführers ausgefallen sei. Trotz eines allfälligen Ganser-Syndroms respektive einer Aggravation habe die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar heraus gearbeitet werden können. Aus medizinischer Sicht ergebe sich daher kein weiterer Abklärungsbedarf (S. 4 oben). 4. 4.1

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 unglaublich 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 9 C_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 8 C_604/2017 vom 15. März 2018

E. 6.1 und 9C_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 4.2). 4. 2

In Übereinstimmung mit den gerichtlichen Feststellungen im Urteil vom 24. November 2017 ging Dr. E._____

(E. 3.4) davon aus, dass beim Beschwerdeführer eine gemischte dissoziative Störung mit dissoziativen Krampfanfällen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziativen Bewegungsstörungen und möglichem Ganser-Syndrom vorliege. Daneben diagnostizierte sie eine aktuell leichte depressive Störung. Die Gutachterin kam zum Schluss, dass analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit in Anlehnung an das Mini-ICF-APP grundsätzlich Störungen der Aktivität und Partizipation in Bezug auf fast jegliche Funktionen bestünden, das Problem jedoch sei, dass ein aggravierendes Verhalten vermutet werde (Urk. 7/111/1-70 S. 58 unten).

Diskrepanzen beobachtete schon Dr. A._____

(E. 3.1) und sie führte dazu aus, dass es sich nicht um Simulation (d.h. nicht um eine bewusste Vortäuschung von gar nicht vorhandenen Symptomen) handle. Die vom Beschwerdeführer angegebene Häufigkeit der Anfälle, das Ausmass der daraus resultierenden Einschränkungen, das Ausmass der angegebenen kognitiven Defizite und das Ausmass der gezeigten Bewegungsstörungen seien jedoch durch ein Verdeckungsverhalten nicht mehr erklärbar und wirkten vielmehr aggraviert (Urk. 7/33/2-19 S. 15 unten). 4. 3

Das diskrepante Verhalten zeigt sich anschaulich aus dem gegenüber den Ärzten geschilderten Ablauf eines Anfalls. So gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. A._____ (E.

E. 7

). 3. 3

Dr. med. C._____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, D._____, stellte im Bericht vom 26. Juni 2018 (Urk. 7/97) folgende seit dem letzten Bericht von September 2016 veränderte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 oben): - gemischte dissoziative Störung mit dissoziativen Krampfanfällen (Pseudofälle), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen und möglichen dissoziativen Bewegungsstörungen (F44.7) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (F33.4) - Verdacht auf Restless - Legs - Syndrom - Verdacht auf eine komplexe psychotraumatische Belastungsstörung (KPTBS; wobei diese Diagnose einer längeren diagnostischen Abklärung bedürfe)

Seit September 2016 hätten die somatischen Erkrankungen deutlich zugenommen, und die deutliche Verschlechterung der somatischen Befindlichkeit sowie des Immunsystems hätten zu einer Zunahme von existenziellen Befürchtungen, Sorgen und Verunsicherung betreffend den weiteren Verlauf seiner Erkrankung und Retraumatisierungserlebnisse geführt. Die Anzahl und Schwere der «Anfälle» sei unverändert. Die Krankheitssymptomatik sei äusserst schwerwiegend. Während der «Anfälle» sowie bis zu 48 Stunden danach befinde sich der Beschwerdeführer in einem pflegebedürftigen Zustand. Die «Anfälle» kämen ohne erkennbare Auslöser in unterschiedlichem Schweregrad. Therapiesitzungen hätten häufig infolge Erkrankungen abgesagt werden müssen, weshalb es zu wochenlangen Pausen gekommen sei. Die depressive Erkrankung habe erfreulicherweise psychotherapeutisch erfolgreich behandelt und behoben werden können. Der Beschwerdeführer könne wieder Freude und Interesse empfinden. Er zeige eine

bewundernswerte Krankheitseinstellung und einen bewundernswerten Umgang mit der schweren Erkrankung. So zeige er sich äusserst kooperativ und dankbar, könne Ruhe bewahren, verfüge über eine enorme Geduld und gebe nie auf. Er zeige sich nie verzweifelt oder resignativ. So setze er, wenn es seine Befindlichkeit erlaube, psychotherapeutische «Hausaufgaben» wie tägliche Spaziergänge und Übungen um. In der psychotherapeutischen Behandlung sei bisher eine Traumabehandlung nicht möglich gewesen, weil die psychische Stabilität dafür nicht ausreichend gewesen sei. Seit Mai 2018 seien jedoch erfreulicherweise Stabilisierungs- und Ressourcenübungen und aktive Imaginationsübungen der Traumatherapie zur Stabilisierung und Ressourcenaktivierung möglich, ebenso könnten jetzt endlich Dissoziationsstopptechniken, Distanzierungstechniken und Reorientierungstechniken erfolgreich eingeübt werden. Nach solchen Übungen zeige sich der Beschwerdeführer jedoch deutlich erschöpft. Er sei seit Monaten während den Therapiesitzungen nicht mehr dissoziiert und habe eine deutliche Zunahme an Freude, Interesse und Genussfähigkeit entwickelt. Eine Traumaverarbeitung nach EMDR-Ansatz werde von ihm und der Therapeutin nach wie vor anvisiert. Das hohe Dissoziationsrisiko und die schnelle Ermüdbarkeit müssten dabei aber speziell berücksichtigt werden. Zusätzlich zu den vorhandenen Diagnosen zeigten sich Hinweise auf eine komplexe psychotraumatische Belastungsstörung (KPTBS). Während der psychiatrischen Kontrolltermine trete nach wie vor eine dissoziative Symptomatik mit deutlichen Gesichtszuckungen, grosser motorischer Unruhe und psychischer Instabilität auf (S. 3 Ziff. 2.1).

Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien zumutbar und eine Eingliederung nicht möglich. Der Versuch einer stark angepassten Tätigkeit von maximal 20 % mit viel Goodwill des Arbeitgebers habe abgebrochen werden müssen (S. 7 Ziff. 4.1-4). 3. 4

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 15. Mai 2019 unter Berücksichtigung der Erkenntnisse im neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. sc. hum. Dipl. Psych. F.____ vom 7. März 2019 (Urk. 7/111/71-86; nachfolgend E. 3.5) ihr Gutachten (Urk. 7/11/1-70). Darin stellte sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 57 Ziff. 6.1): - gemischte dissoziative Störung mit dissoziativen

Krampfanfällen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen, dissoziativen Bewegungsstörungen und möglichem Ganser-Syndrom (Pseudodemenz; F44.7, F44.8) - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichte depressive Episode (F33.0)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie akzentuierte histrionisch ängstliche Persönlichkeitszüge (Z73; S. 57 Ziff. 6.2).

Aus der bisherigen Anamnese werde eine dissoziative somatoforme Störung mit Sensibilitäts-, Empfindungs- und anfallsartigen Störungen postuliert, wobei eine ausführliche neurologische Abklärung diesbezüglich kein somatisches Korrelat ergeben habe, so dass dissoziative Krampfanfälle postuliert worden seien. Anamnestisch seien auch depressive Episoden beschrieben worden, aktuell imponiere der Beschwerdeführer jedoch weitgehend als affektiv ausgeglichen (S. 60 unten).

Der Beschwerdeführer präsentiere sich aktuell mit weiteren dissoziativen anmutenden Anfällen, dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sowie auch mit einer deutlichen kognitiven Beeinträchtigung. Diese habe jedoch im Rahmen der neuropsychologischen und auch anhand der aktuellen psychiatrischen Untersuchungen nicht nachgewiesen werden können, so dass vor allem von einem aggravierenden Verhalten

ausgegangen werde (S. 61 oben).

Der Beschwerdeführer befinde sich in einer niederschweligen Behandlung, die medikamentöse Therapie werde von ihm vermutlich nicht regelmässig eingenommen. Aufgrund des Verdachts auf Aggravation sei somit nicht von einem entsprechenden Leidensdruck auszugehen (S. 61 Ziff. 7.3.1). Die Konsistenzprüfung habe Hinweise auf näher dargelegte nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionseinschränkungen ergeben. Der Beschwerdeführer wirke appellativ, er zeige ein demonstratives, übertriebenes, dramatisches und theatralisches Verhalten. Die Symptombeschreibung sei global, mit stereotyper Symptomdarstellung und geringer Behandlungsaktivität. Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten sich Hinweise auf eine mangelnde Leistungsbereitschaft und eine Selbstlimitierung gegeben (S. 62 Ziff. 7.3.2).

In Würdigung vorhandener Arztberichte aus psychiatrischer Sicht erwog Dr. E.____, dass in sämtlichen vorliegenden Berichten von einer gemischten dissoziativen Störung mit Sensibilitäts-, Empfindungs- und anfallsartigen Störungen sowie von einer rezidivierenden depressiven Störung ausgegangen werde. Es sei durchaus davon auszugehen, dass tatsächlich wiederholte depressive Episoden vorhanden gewesen seien. Eine gemischte dissoziative Störung liege aufgrund der Symptomatik ebenfalls vor. Ebenfalls liege auch der Verdacht auf ein Ganser-Syndrom vor. Somit habe sich vor allem seit der Begutachtung durch Dr. A.____ keine wesentliche Änderung ergeben. Dr. A.____ sei ebenfalls von einem aggravierenden Verhalten ausgegangen und habe angegeben, dass erhebliche Diskrepanzen vorlägen, was nach wie vor der Fall zu sein scheine. Diese Tatsachen würden zusätzlich durch die neuropsychologische Abklärung bekräftigt. Sowohl die beschriebene rezidivierende depressive Störung als auch die dissoziative Störung stellten ein psychiatrisches Leiden mit Krankheitswert dar (S. 63 Ziff. 7.3.3).

Betreffend Ressourcen führte Dr. E.____ aus, der Beschwerdeführer fühle sich in allen Tätigkeiten vollständig arbeitsunfähig. Dem könne aufgrund der medizinischen Beurteilung und des vermutlich aggravierenden Verhaltens nicht gefolgt werden. Als eine Ressource erweise sich ein relativ stabiles psychosoziales Umfeld mit Einbettung in eine familiäre Struktur (S. 63 f. Ziff. 7.4).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sicherheitsangestellter sei aus psychiatrischer Sicht von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, wobei diese seit 2015 bestehe (S. 64 Ziff. 8.1). In einer optimal angepassten Tätigkeit, ohne Ansprüche auf kognitive oder kreative Fähigkeiten, in einem konfliktarmen Umfeld und mit einer klaren Strukturierung sowie mit einfach auszuführenden Arbeiten ohne potentielle Gefährdung bestehe medizinisch-theoretisch eine 70%ige Arbeitsfähigkeit, bei einer medizinisch-theoretischen Präsenz von maximal 8 Stunden täglich, wobei auch die Leistungsfähigkeit 70 % betrage (S.

64 Ziff. 8.2). Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch verbessert werden (S. 65 Ziff. 8.3).

E. 9

) empfehlen die Leitlinien der Schweizerischen Vereinigung der Neuropsychologinnen und Neuropsychologen (SVNP)

für neuropsychologische Gutachten nicht die Durchführung von Tests in sämtlichen Funktionsbereichen und ihre Teilfunktionen, sondern es wird empfohlen, die

neuropsychologisch relevanten Funktionsbereiche zu prüfen (S. 5 Ziff. 7.2.3.2). Dass das neuropsychologische Gutachten weder eine Diagnose noch eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit liefert, liegt nicht daran, dass nicht alle Funktionsbereiche getestet worden sind, sondern daran, dass der Beschwerdeführer bei den Tests ein aggravatorisches Verhalten an den Tag gelegt hat. Dass allenfalls vorhandene kognitive Defizite aufgrund der nicht verwertbaren Tests nicht eruiert werden konnten, liegt in der Natur der Sache. Der Hinweis der Neuropsychologin, es bestehe das Risiko, dass spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden können, steht daher nicht im Widerspruch zu ihrer Aussage, dass sie aufgrund der Aggravation nicht beurteilen können, ob kognitive Einbussen bestünden (Urk. 7/111/71-86 S. 13 oben). Der Einwand schliesslich, der Beschwerdeführer habe den MMS-Test schon mehrmals durchgespielt und Fragestellung und Antworten seien ihm bestens bekannt gewesen, weshalb er dabei durchschnittlich abgeschnitten habe (Urk. 1 S. 9 Ziff. 22), lässt zumindest darauf schliessen, dass sein Gedächtnis doch nicht so schlecht ist wie behauptet (vgl. Urk. 7/111/71-86 S. 6). 4. 5

Nach einleuchtenden fachärztlichen Beurteilungen ist von einer Aggravation auszugehen, und die Grenzen eines bloss verdeutlichenden Verhaltens sind klar überschritten, ohne dass die Aggravation auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre. Damit ist nicht beurteilbar, wie sich die diagnostizierten psychischen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, und der Beweis einer invalidisierenden Gesundheitsschädigung kann vom Beschwerdeführer nicht erbracht werden. Dies führt dazu, dass der Leistungsanspruch zu verneinen ist (E. 1.3.3). Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 5. 5.1

Zur Beschwerde ist berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung oder den Einspracheentscheid berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren beziehungsweise dessen Aufhebung oder Änderung hat (Art. 59 ATSG). Entsprechend dem Grundsatz der Einheit des Verfahrens dürfen an die Beschwerdebefugnis auf kantonaler Ebene nicht strengere Anforderungen gestellt werden, als sie Art. 89 Abs. 1 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) für die Legitimation im Verfahren vor dem Bundesgericht vorsieht. Wer im letztinstanzlichen Verfahren beschwerdebefugt ist, muss mithin im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren ebenfalls zum Weiterzug berechtigt sein. Daher sind die mit dieser Bestimmung gesetzten bundesrechtlichen Massstäbe sowie die hierzu ergangene Praxis auch für das kantonale Rechtsmittelverfahren richtungweisend (BGE 131 V 298 E. 2; 130 V 560 E. 3.2). Namentlich ist der Begriff des schutzwürdigen Interesses gemäss Art. 59 ATSG gleich auszulegen wie derjenige nach Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG für das bundesrechtliche Beschwerdeverfahren (BGE 133 V 188 E. 4.1 mit Hinweis).

Die Rechtsprechung betrachtet als schutzwürdiges Interesse im Sinne von Art. 89 Abs. 1 lit. c BGG jedes praktische oder rechtliche Interesse, welches eine von einem Entscheid betroffene Person an dessen Änderung oder Aufhebung geltend machen kann. Das schutzwürdige Interesse besteht somit im praktischen Nutzen, den die Gutheissung der Beschwerde dem Entscheidadressaten verschaffen würde, oder – anders ausgedrückt – im Umstand, einen Nachteil wirtschaftlicher, ideeller, materieller oder anderweitiger Natur zu vermeiden, welchen der angefochtene Entscheid mit sich bringen würde. Das rechtliche oder auch bloss tatsächliche Interesse braucht somit mit dem Interesse, das durch die von der beschwerdeführenden Person als verletzt bezeichnete Norm geschützt wird, nicht übereinzustimmen. Immerhin wird verlangt, dass die Person durch den angefochtenen

Entscheid stärker als jedermann betroffen sei und in einer besonderen, beachtenswerten, nahen Beziehung zur Streitsache stehe (BGE 133 V 188 E. 4.3.1, 239 E. 6.2; 131 II 361 E. 1.2; 131 V 298 E. 3; 130 V 560 E. 3.3). 5.2

Die Beschwerdegegerin erinnerte den Beschwerdeführer am 18. Juli 2019 (Urk. 7/115) an seine Schadenminderungspflicht und wies ihn darauf hin, dass die Verletzung derselben dazu führen könne, dass auf ein zukünftiges Leistungsbegehren nicht eingetreten werde. Im Besonderen wies sie den Beschwerdeführer an, sich einer Psychotherapie (1-2 mal pro Monat) zu unterziehen sowie ein Antidepressivum einzunehmen und dessen Einnahme mit regelmässigen Serumspiegelkontrollen zu belegen. 5. 3

Im Zeitpunkt des Hinweises auf die Folgen einer allfälligen Verletzung seiner Schadenminderungspflicht fehlte es dem Beschwerdeführer an einem aktuellen Rechtsschutzinteresse, denn die Aussicht, dass diese dazu führen könnte, dass auf ein zukünftiges Leistungsgesuch nicht eingetreten werden könnte, war höchstens theoretischer Art. Ob die dem Beschwerdeführer auferlegte Pflicht zulässig war, kann erst überprüft werden, wenn ihm ein Anspruch auf Invalidenleistungen auf Grund der Verletzung seiner Mitwirkungspflichten tatsächlich verweigert wird.

Auf seinen Antrag, die auferlegte Mitwirkungspflicht zu widerrufen, ist daher nicht einzutreten. 6.

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) und auf Fr.

800. anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Patrick Lerch - 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 1. Juli bis und mit dem 5. August sowie vom 1. 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 Mosimann Tiefenbacher

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