

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00370 vom 11. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00370

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00370 du 11 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00370 del 11 maggio 2021

Erwägungen

E. 1

Oktober 2018 meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an und machte geltend, ab Oktober 2017 durch Depressionen beeinträchtigt zu sein (Urk. 9/28). Am 10. Dezember 2018 reichte er einen Verlaufsbericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein (Urk. 9/35-36).

Die IV-Stelle traf daraufhin erneut berufliche (Urk. 9/39) und medizinische Abklärungen (Urk. 9/40-41) .

Nachdem sie dem Versicherten am 28. Juni 2019 mitgeteilt hatte, dass keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 9/44), holte sie das Gutachten von Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. Oktober 2019 ein (Urk. 9/47/1) .

Darin wurde dem Versicherten eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 9/47/34). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle – nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/48, Urk. 9/51-60) –

mit Verfügung vom 8. Mai 2020 erneut einen Leistungsanspruch (Urk. 2) .

E. 1.1

Invaliderität 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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). 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. 2

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, mit Eingabe vom 8. Juni 2020 Beschwerde und beantragte, die Beschwerde gegen ihn sei zu verpflichten, ihm eine Invalidenrente zuzusprechen, und er sei durch das Gericht medizinisch begutachten zu lassen; eventualiter sei die Sache zur Neubegutachtung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). In prozessualer Hinsicht beantragte er die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und die Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Stephanie C. Elms (Urk. 1 S. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Juli 2020 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 8), wovon dem Beschwerdeführer Kenntnis gegeben wurde. Mit Verfügung vom 10. August 2020 gewährte ihm das Gericht in Gutheissung seines Gesuchs die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm Rechtsanwältin Stephanie C. Elms als unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die IV-Stelle begründete die Ablehnung des Rentenbegehrens in der angefochtenen Verfügung vom 8. Mai 2020 damit, in dem von ihr in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten habe keine Diagnose gestellt werden können, die den Beschwerdeführer in einer Erwerbstätigkeit längerfristig einschränke (Urk. 2 S. 1). Die nach dem Einwand eingereichten medizinischen Unterlagen seien dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD)

zur Stellungnahme vorgelegt worden. Dieser sei zur Beurteilung gelangt, dass in den neuen Unterlagen bloss eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vorgenommen werde. Deshalb könne weiterhin auf das psychiatrische Gutachten abgestellt werden (Urk. 2 S. 2, Urk. 8).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, er habe Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 1 S. 2). Auf das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ könne wegen Befangenheit des Gutachters nicht abgestellt werden. Gemäss Kostenübersicht des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) habe Dr. C.____ zwischen 2012 und 2018 insgesamt Fr. 1'879'978.-- für die Erstellung von Gutachten erhalten. Er gehöre zu denjenigen, die am meisten Expertisen für die IV-Stelle erstellt hätten. Werde davon ausgegangen, dass ein psychiatrisches Gutachten im Schnitt Fr. 2'500.-- koste, entspreche der durchschnittliche Umsatz der letzten drei Jahre von Fr. 363'000.-- rund 145 Gutachten pro Jahr; damit habe Dr. C.____ in diesem Zeitraum jeden zweiten Tag ein Gutachten fertig gestellt.

Die damit erwiesene wirtschaftliche Abhängigkeit des Sachverständigen gegenüber der IV-Stelle begründe den Anschein der Befangenheit.

Zudem zähle Dr. C.____

vermutlich zu den strengsten Gutachtern überhaupt. Um dies nachzuweisen, sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, sämtliche Gutachten von Dr. C.____

in anonymisierter Form herauszugeben (Urk. 1 S. 5 f.).

Selbst wenn ein Ausstandsgrund verneint werde, könne auf das Gutachten von Dr. C.____ nicht abgestellt werden, da dieses in erheblichen Bereichen Mängel aufweise (Urk. 1 S. 10). Dr. C.____ werfe ihm vor, er habe sich beim Ausfüllen testdiagnostischer Fragebogen ungenügend angestrengt. Der Gutachter habe aber nicht diskutiert, ob die bei der anamnestischen Befragung angegebenen Schlafprobleme und der damals bestehende Schlafmangel hierfür hätten ursächlich sein können. Auch der Untersuchungsbefund von Dr. C.____, dass er keine eingeschränkte Konzentration aufgewiesen habe und keine Depression vorliege, stehe hierzu im Widerspruch. Bei der Diskussion einer möglichen Persönlichkeitsstörung habe Dr. C.____ festgehalten, dass er, der Beschwerdeführer, sein Leben bis 2015 angemessen bewältigen könne. Die in der Anamnese erwähnten Probleme widersprüchen dieser Beurteilung. Zudem widerlege die ausführliche Befunderhebung und Diskussion der ICD-10-Kriterien im Bericht von Dr. B.____ vom 7. Januar 2020 die Behauptung des Gutachters, dass keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung bestünden. Die IV-Stelle habe Dr. C.____ diesen Bericht, der der Kritik des Gutachters, in den früheren Berichten von Dr. B.____ würden die ICD-10-Kriterien nicht diskutiert, Rechnung getragen, nicht zur Stellungnahme vorgelegt. Damit habe sich die IV-Stelle nicht mit sämtlichen von ihm eingereichten Beweismitteln auseinandergesetzt, was seinen Anspruch auf rechtliches Gehör verletze.

In der im Einwandverfahren eingeholten RAD-Stellungnahme werde bloss festgehalten, dass mit dem Bericht von Dr. B.____ keine Änderung des relevanten Sachverhalts belegt werde, was nicht ausreiche. Auch fehle in der Expertise von Dr. C.____ eine rechtsgenügende Auseinandersetzung mit den Vorakten, indem Dr. C.____ die seiner eigenen Diagnosestellung widersprechende Diagnose einer kombinierten

Persönlichkeitsstörung im D.____-Gutachten nicht diskutiert habe (Urk. 1 S. 7-10) . Da die Expertise von Dr. C.____ in wesentlichen Teilen nicht beweiskräftig sei, dränge sich die Einholung eines Gerichtsgutachtens auf (Urk. 1 S. 10).

E. 2.2.1

[I 514/06]).

Vor diesem Hintergrund ist auch der Bericht vom 7. Januar 2020, in welchem Dr.

B.____

erstmal

seine Untersuchungsbefunde den diagnostischen Kriterien der ICD-10 gegenüber stellte (Urk. 9/58/3-4)

und eine gesundheitliche Verschlechterung im Sinne einer nun schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen attestierte (Urk. 9/58/2-3 ; vgl. auch Urk. 9/47/16) , zurückhaltend zu würdigen . Zum einen fällt auf, dass Dr. B.____

bezüglich der rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen , undifferenziert jedes Kriterium als erfüllt betrachtete (Urk. 9/58/3-4) . Zum anderen begründete der Behandler seine Einschätzung, dass der Beschwerdeführer nun auch unter Verfolgungswahn und akustische n Halluzinationen leide , nicht näher (Urk. 9/58/ 2-3) , worauf Dr .

G.____ vom RAD am 30. März 2020 zu Recht hinwies (Urk. 9/60/2). Nicht ausgewiesen ist deshalb, dass die von Dr. B.____ als psychotische Symptomatik eingestuften Untersuchungsbefunde einer objektiven Betrachtung standhalten .

Bezüglich der von Dr. B.____ am 7. Januar 2020 neu diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; Urk. 9/58/4-5) führte Dr. C.____ in überzeugender Weise aus, dass er beim Beschwerdeführer keinen andauernden, schweren und quälenden Schmerz habe feststellen können, ebenso wenig wie eine wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse (Urk. 9/47/24-25). Deshalb ist mit Dr. C.____ davon auszugehen, dass die Voraussetzungen für die Diagnose einer somatoformen Störung nicht erfüllt sind. Auffällig ist auch der Zeitpunkt der bescheinigten gesundheitlichen Verschlechterung nach Erhalt des eine Arbeitsunfähigkeit verneinenden Gutachtens von Dr. C.____ . Bereits vor der Erstellung des Berichts vom 7.

Januar

2020 wich die Beurteilung von Dr. B.____ erheblich von derjenigen der Gutachter des D.____ (Urk. 9/14/10-14) und von Dr. C.____

(Urk. 9/47) ab. Dies lässt darauf schließen, dass sich der behandelnde Psychiater hauptsächlich auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers stützte und von Dr. C.____ beobachtete invaliditätsfremde (soziale) Faktoren, welche die Arbeitsmotivation beeinflussen können (Urk.

9/47/ 27), und problematische Verhaltensweisen wie eine bewusstseinsnahe Aggravation (Urk. 9/47/27-30) nicht berücksichtigte.

E. 3.1

Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren ist zu prüfen, ob zwischen dem Erlass der Verfügung vom 11. Mai 2016 (Urk. 9/17) und der angefochtenen Verfügung vom

E. 3.2

Die ursprüngliche Verfügung vom

E. 3.3.1

In der Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 1. Oktober 2018

gab der Beschwerdeführer an, etwa seit dem 1. Oktober 2017 unter Depressionen zu leiden (Urk. 9/28) . In der Folge wurden insbesondere folgende medizinischen Beurteilungen zu den Akten genommen:

E. 3.3.2

Dr. B.____ behandelte den Beschwerdeführer seit 28. Mai 2018 psychiatrisch-psychotherapeutisch. In seinem ersten Bericht

vom 4. Dezember 2018 diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung , gegenwärtig schwergradige depressive Episode ohne psychotische Symptome

(Urk . 9/36) . In den Berichten vom

9. April und 17. April 2019 (Urk. 9/40-41) führte er aus , der Beschwerdeführer lebe seit zwei Jahren getrennt von seiner Ehefrau (Urk. 9/41 /2). Er habe über dauernde Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und eine reduzierte Belastbarkeit berichtet. Aufgrund von Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit habe er häufig Mühe, Aufgaben zu erledigen, die ihm erteilt würden, da er oft nicht verstehe, was zu tun sei. Bereits bei kleinsten Konfliktsituationen fühle er sich schnell beleidigt und angegriffen. Er reagiere entweder aggressiv mit Wutausbrüchen, wobei er Gegenstände kaputt mache, oder mit Vermeidungsverhalten. Dr. B.____ erhob eine verarmte Mimik und Gestik, verlangsamte Psychomotorik, depressive Stimmungslage, unzureichende Schwingungsfähigkeit, einen gehemmten und verlangsamten Antrieb. Das formale Denken sei verlangsamt, die inhaltlichen Gedanken seien von Angst, Hilflosigkeit und Resignation geprägt. Aufmerksamkeit, Konzentration, Merkfähigkeit, Urteils- und Kritikfähigkeit seien reduziert.

Auch bestünden Wertlosigkeitsgefühle , Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, verschiedene Schmerzen und generell eine Störung der Vitalität.

Weiter lägen Merkmale einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ vor, nämlich emotionale Instabilität, Ärger und Wutausbrüche, mangelnde Impulskontrolle sowie oft gewalttätiges und explosives Verhalten (Urk.

9/41/3).

Dr .

B.____

diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige (beziehungsweise schwergradige) depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.1), eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typ (ICD-10: F60.30) und eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10: F45.40) . Die Prognose betreffend Arbeitsfähigkeit sehe schlecht aus (Urk. 9/41/4) . Die Beurteilung der

Funktionseinschränkungen mittels Mini-ICF - APP habe in praktisch allen zu beurteilenden Fähigkeiten eine mässige bis erheblich ausgeprägte Beeinträchtigung ergeben (insgesamt 30 Punkte), was für eine schwere Bewältigung (richtig wohl: Beeinträchtigung) der psychischen Funktionen spreche (Urk. 9/41/11-12). Eine Arbeit sei dem Beschwerdeführer für weniger als zwei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 9/41/6 ; vgl. auch Urk. 9/40).

E. 3.3.3

Dr. C.____ begutachtete den Beschwerdeführer am 25. September 2019 psychia trisch. In seiner Expertise vom 21. Oktober 2019

diagnostizierte er eine Dysthymia (ICD-10 : F34.1) in Folge sozialer Belastungen (zwischenmenschliche Konflikte am Arbeitsplatz und Kündigung des Anstellungsvertrags, psychische Krankheit der Ehefrau, finanzielle Sorgen) bei akzentuierten Persönlichkeitszügen (Urk. 9/47/20). Dazu erläuterte er, anlässlich der Untersuchung vom 25. September 2019 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde höchstens geringgradig ausgeprägt gewesen. Im Vordergrund hätten eine verärgert- dysthyme Grundstimmung und eine Klagsamkeit gestanden. Die Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei aussergewöhnlich gering gewesen, er habe nur eingeschränkt kooperiert und Daten aussergewöhnlich ungenau genannt. Eine Verdeutlichungs tendenz (elegische Selbstdarstellung) sei vorhanden, und in der Interaktion sei er narzisstisch (ich-bezogen, fordernd, anspruchsvoll) und abweisend gewesen (Urk.

9/47/21 ; vgl. auch Urk. 9/47/15-17, Urk. 9/47/19-20, Urk. 9/47/39-44). Die vom Beschwerdeführer geschilderten , subjektiv seit Juni 2015 unverändert bestehenden (Urk. 9/47/12, Urk. 9/47 / 20 , Urk. 9/47/23) Beschwerden (aggressiv und tätlich werden, niedergeschlagene Verstimmung, unregelmässiges Schlafen, «überall» Schmerzen spüren) seien durch die diagnostizierte Dysthymia

ausreichend erklärbar . Hinzuweisen sei auf akzentuierte narzisstische, impulsive, paranoide und dissoziale Persönlichkeitszüge. Die Dysthymia habe sich wegen vielfältiger sozialer Belastungen im Anschluss an die im D.____ -Gutachten vom 22.

Februar 2016 diagnostizierte Anpassungsstörung entwickelt, die bei einer längeren depressiven Reaktion maximal während zwei Jahren, also bis Mai

2017 , attestiert werden könne. Die Kriterien einer depressiven Episode seien weder aufgrund der Akten noch der aktuellen Untersuchungsbefunde hinreichend

erfüllt ; insbesondere fehle eine dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, eine wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und eine ausgeprägte soziale Inaktivität (Urk. 9/47/21-23). Die akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten eine Variante der Norm ohne Krankheitswert dar. Es bestünden keine Hinweise darauf , dass die Eingangskriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gegeben seien: Dem Beschwerdeführer sei bis mindestens 2015, im 46. Altersjahr, eine angemessene Bewältigung seines Lebens in beruflicher (regelmässige Erwerbstätigkeit), familiärer (Ehe, Kinder) und persönlicher Hinsicht (kein Suchtleiden, keine Verwahrlosung, keine schweren Straftaten) möglich gewesen, und zwar trotz geringer sozioökonomischer Ressourcen und der Krankheit seiner Ehefrau. Hinweise für mittelschwere oder schwere pathologische Persönlichkeitsstrukturen lägen nicht vor. Der geringe, sozial übliche Tabakkonsum und die Abstinenz bezüglich weiterer nicht ärztlich verordneter psychotroper Substanzen (Alkohol und Drogen) lasse auf relevante innerseelische Ressourcen schliessen (Urk.

9/47/23-24, Urk. 9/47/26) . Eine somatoforme Störung beziehungsweise anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) könne ebenfalls nicht diagnostiziert werden. Weder läge eine wiederholte Darbietung körperliche Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse vor, noch sei anzunehmen, dass gegenwärtig ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz vorliege (Urk. 9/47/24-25 ; vgl. auch Urk. 9/47/16). Der Beschwerdeführer verfüge zudem über einen objektiv geordneten sozialen Kontext und pflege soziale Kontakte; die Aktivitäten des täglichen Lebens seien angemessen (Urk. 9/47/26). Hingegen bestünden aufgrund der Vorakten und des Untersuchungsbefunds Hinweise für eine aktuelle und/oder im Verlauf stattgefundene bewusstseinsnahe Aggravation der beschriebenen Beeinträchtigungen (Urk. 9/47/27-30).

Beurteilt anhand des Mini-ICF-Ratings weist der Beschwerdeführer gemäss Selbsteinschätzung jeweils eine leichte Beeinträchtigung ohne Negativfolgen in den Fähigkeitsbereichen Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität sowie Umstellungsfähigkeit und eine mässige Beeinträchtigung mit Negativfolgen ohne Assistenznotwendigkeit in den Bereichen Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten und Gruppenfähigkeit auf .

Objektive Defizite liessen sich nicht beschreiben, und eine Willensanstrengung zur Bewältigung der subjektiv erlebten Defizite sei auch nach Angaben des Beschwerdeführers möglich, zumal er über persönliche Ressourcen (beispielsweise eine gute Intelligenz) und einen unterstützenden sozialen Kontext verfüge. Beim Verlauf der Störung spielten auch nicht krankheitsbedingte, soziale Faktoren wie Lebensalter, Migration, fehlender Berufsabschluss, Arbeitsmarktlage, finanzielle Sorgen, familiäre Konflikte und Krankheit der Ehefrau eine Rolle, welche die Motivation und tatsächlichen Möglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt beeinträchtigten. Diese Faktoren erklärten die Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit

des Beschwerdeführers in wesentlichem Ausmass (Urk. 9/47/31-34; vgl. auch Urk. 9/47/27). Der Beschwerdeführer sei in sämtlichen Tätigkeiten uneingeschränkt arbeitsfähig. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte diese Einschätzung bereits ab Februar 2016. Der Gesundheitszustand habe sich seit Februar 2016 – ausgehend von den Angaben im D.____-Gutachten vom 22. Februar 2016 - nicht wesentlich verändert. Eine relevante, mehr als 20%ige längerfristige Arbeitsunfähigkeit sei für die bislang ausgeübten Tätigkeiten nicht zu begründen. Die abweichende Beurteilung von Dr.

B.____ könne nicht bestätigt werden (Urk. 9/47/34- 37) .

E. 3.3.4

In einem weiteren Verlaufsbericht vom 7. Januar 2020 führte der behandelnde Psychiater Dr. B.____

aus, er sei sowohl mit den im Gutachten vom 25. September 2019 gestellten Diagnosen als auch mit der dortigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden (Urk. 9/58/5). Beim Psychostatus vom 7. Januar 2020 erwähnte er neu einen Verfolgungswahn und akustische Halluzinationen (Urk. 9/58/1-2). Weiter stellte er seine Untersuchungsbefunde den diagnostischen Kriterien der ICD-10 gegenüber und erachtete sämtliche Kriterien für die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Episode, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen als erfüllt (Urk. 9/58/3-4) . Ferner hielt er an der diagnostizierten emotional instabilen Persönlichkeitsstörung, impulsiver Typ, fest und stellte

neu die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) . Letztere Diagnose begründete er damit, der Beschwerdeführer leide an einem chronischen lumbospondylogenen Syndrom , welches zu Schmerzen führe. Diese Schmerzen würden durch soziale und familiäre Belastungen (Arbeitslosigkeit, soziale Isolierung), welche er psychisch nicht verarbeiten könne, verstärkt. Die drei Störungen führten zu erheblichen psychischen Funktionsstörungen und hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge (Urk. 9/58/4-5).

Dr. med .

G.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie vom RAD, nahm am 30. März 2020 zum Verlaufsbericht von Dr. B.____ vom 7. Januar 2020 Stellung . Sie gelangte zur Beurteilung, Dr. B.____ habe in seinem neusten Bericht

einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand beschrieben. Als neues Symptom würden akustische Halluzinationen aufgeführt, diese würden jedoch nicht weiter erläutert. Es sei deshalb nach wie vor davon auszugehen, dass Dr. B.____ lediglich eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts wie Dr. C.____ vorgenommen habe (Urk. 9/60/2). 4. 4.1

Vorab ist der Einwand des Beschwerdeführers zu prüfen, Dr. C.____ sei bei der Erstellung seines Gutachtens befangen gewesen (Urk. 1 S. 5 f.). 4.2

Nach der Rechtsprechung gelten für medizinische Sachverständige grundsätzlich die gleichen Ausstands- und Ablehnungsgründe, wie sie für Richter vorgesehen sind. Danach ist Befangenheit anzunehmen, wenn Umstände vorliegen, die geeignet sind, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu erwecken. Bei der Befangenheit handelt es sich allerdings um einen inneren Zustand, der nur schwer bewiesen werden kann. Es braucht daher für die Ablehnung nicht nachgewiesen zu werden, dass die sachverständige Person tatsächlich befangen ist. Es genügt vielmehr, wenn Umstände vorliegen, die den Anschein der Befangenheit und die Gefahr der Voreingenommenheit zu begründen vermögen. Bei der Beurteilung des Anscheins der Befangenheit und der Gewichtung solcher Umstände kann jedoch nicht auf das subjektive Empfinden einer Partei abgestellt werden. Das Misstrauen muss vielmehr in objektiver Weise als begründet erscheinen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztgutachten im Sozialversicherungsrecht zukommt , ist an die Unparteilichkeit des Gutachters ein strenger Massstab anzusetzen (BGE 132 V 93 E. 7.1; SVR 2013 IV Nr. 35 S. 105, Urteil des Bundesgerichts 9C_689/2012 E. 2.2; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 2.1.3) . 4.3

4.3.1

Zunächst ist zu beachten , dass Ausstands- oder Ablehnungsgründe gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung so früh wie möglich geltend gemacht werden müssen. Es verstösst gegen Treu und Glauben, Einwendungen dieser Art erst im Rechtsmittelverfahren vorzubringen, wenn dies schon vorher möglich und zumutbar gewesen wäre. Wird eine sachverständige Person nicht unverzüglich als befangen abgelehnt, wenn die betroffene Person vom Ablehnungsgrund Kenntnis erhält, verliert sie den Anspruch auf spätere Anrufung dieser Verfahrensgarantie (BGE 137 V 210 E. 6.1.1 mit Hinweisen).

Die IV-Stelle

teilte

dem Beschwerdeführer am 24. Juni 2019

mit, dass sie beabsichtige, Dr.

C._____

mit der Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens zu beauftragen. Dabei wies sie darauf hin, dass er bis 8. Juli 2019 Einwendungen gegen die Person des Gutachters erheben könne (Urk. 9/43). Die Expertise vom 21. Oktober 2019 (Urk. 9/47) wurde auf Wunsch des Beschwerdeführers mit den übrigen Akten am 21. November 2019 dem behandelnden Psychiater Dr. B._____ zugestellt (Urk. 9/52), der am 7. Januar 2020 dazu Stellung nahm (Urk. 9/58; vgl. auch Urk.

9/51). Den Einwand der Befangenheit erhob der Beschwerdeführer allerdings erst im Zuge des Beschwerdeverfahrens, weshalb sich seine Rüge als verspätet erweist. 4.3.2

Ferner vermögen der regelmässige Beizug eines Gutachters durch den Versicherungsträger, die Anzahl der beim selben Arzt in Auftrag gegebenen Gutachten und Berichte sowie das daraus resultierende Honorarvolumen nach gefestigter bundesgerichtlicher Rechtsprechung für sich allein genommen keine Zweifel an der Unabhängigkeit eines Gutachters zu erwecken (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_96/2018 vom 19. März 2018 E. 3.2.1 unter Hinweis

auf BGE 137 V 210 E. 1.3.3). Die vom Beschwerdeführer angeführte Zahl von 145 Expertisen, die Dr. C._____ angeblich (ausgehend von einem mit der Erstellung von Gutachten durchschnittlich erwirtschafteten Jahresumsatz von Fr. 363'000.-- sowie Kosten von Fr. 2'500.-- pro Gutachten [vgl. Urk. 3/3])

in den letzten Jahren

im Mittel erstellt habe (Urk. 1 S. 5 f.), dürfte im Übrigen klar zu hoch sein. Für ein standardmässiges polydisziplinäres MEDAS-Gutachten mit drei Fachdisziplinen (inklusive Psychiatrie) fallen Kosten von mindestens Fr. 9'000.-- an (Stand 2010; BGE 137 V 210 E. 1.2.5), wobei psychiatrische Teilgutachten überproportional teurer sind;

deshalb ist für eine monodisziplinäre psychiatrische Expertise mit einem durchschnittlichen Kostensatz von deutlich über Fr. 2'500.-- zu rechnen.

Im Übrigen ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kenntnis sämtlicher

von Dr. C._____ in anderen Fällen attestierten Arbeitsunfähigkeiten mangelnde Ergebnisoffenheit zu belegen und damit den Beweiswert seiner gutachterlichen Einschätzung in Frage zu stellen vermöchte.

Selbst wenn sich bei der Auswertung der Häufigkeitsverteilung von attestierten Arbeitsunfähigkeiten eine starke Abweichung nachweisen liesse, wäre damit noch nicht ausgewiesen, worauf diese Abweichung – auf eine Befangenheit oder andere Faktoren – zurückzuführen wäre. Konkrete Anhaltspunkte, die auf eine Befangenheit anscheinend von Dr. C._____

in seinem Fall hindeuten könnten, trägt der Beschwerdeführer nicht vor. Es rechtfertigt sich daher, in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. hierzu BGE 136 I 229 E. 5.3) auf die bezüglich der gutachterlichen Ergebnisoffenheit verlangte Beweismassnahme zu verzichten.

(vgl. die Urteile des Bundesgerichts 8C_25/2020 vom 22. April 2020 E. 5.1.2.2, 9C_582/2018 vom 7. Januar 2019 E. 2.1 und 8C_627/2016 vom 17.

November 2016 E. 4.3) . 4.3.3

Damit erweist sich der Einwand, bei Dr.

C.____

bestehe der Anschein der Befangenheit bei der Erstellung seiner Expertise , als nicht begründet . 5. 5.1

Das psychiatrische Gutachten von Dr. C.____ vom 21. Oktober 2019 beruht auf umfassenden klinischen und testpsychologischen Untersuchungen (Urk. 9/47/15-20, Urk. 9/47/31-34, Urk. 9/47/39-46) ,

berücksichtigt die geklagten Beschwerden

(Urk. 9/47/10-15) , ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden (Urk. 9/47/3-10) , leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein

und enthält begründete Schlussfolgerungen (Urk. 9/47/20-34) .

Es erfüllt damit die höchstrichterlichen Anforderungen an beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlagen (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis) , zumal es auch zu abweichenden psychiatrischen Beurteilungen Stellung nimmt

(Urk. 9/47/20-21, Urk. 9/47/35-36) und zur hier interessierenden Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Rentenverfügung wesentlich verändert haben (Urk. 9/47/35-37). 5.2

Der Vorwurf des Beschwerdeführers, Dr. C.____ habe nicht diskutiert, ob das unvollständige Ausfüllen der testdiagnostischen Fragebogen nicht nur durch eine ungenügende Anstrengungsbereitschaft, sondern auch durch seine Schlafprobleme und den damals bestehenden Schlafmangel erklärt werden könne (Urk. 1 S. 7) , trifft nicht zu. Dr. C.____ hielt in seiner Expertise fest, der Beschwerdeführer habe ihm angegeben, die letzten 30 Stunden nicht geschlafen zu haben und müde zu sein (Urk. 9/47/11). Beim Ausfüllen der Montgomery Asberg Depression Scale berücksichtigte der Gutachter die geschilderten Schlafstörungen mit einem Wert von 3 (auf einer Skala von 0 bis 6) beim Item «Schlaflosigkeit» (Urk. 9/47/42). Weiter führte Dr. C.____ aus, der Beschwerdeführer habe nur 67 von 90 Items des Selbstbeurteilungsinstruments SCL-90-R beantwortet und den Abbruch der Bearbeitung des Fragebogens mit dem Hinweis begründet, er sei müde. Den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stellte der Gutachter dann aber seine eigenen Beobachtungen gegenüber, wonach zwar Hinweise für eine übergenau-misstrauisch-selbstunsichere Grundhaltung bestanden hätten, aber keine objektiverkennbaren Zeichen einer Erschöpfung zu erkennen gewesen seien. Dass der Gutachter gestützt darauf auf eine geringe Anstrengungsbereitschaft schloss (Urk.

9/47/15) und das Verhalten des Beschwerdeführers nicht als Ausdruck einer erheblich eingeschränkten Konzentration und depressiven Symptomatik wertete (Urk. 9/47/17, Urk. 9/47/42-43) , ist nachvollziehbar.

Sodann ergeben sich aus der Anamnese bis zur Kündigung im Jahr 2015 im Gegensatz zur Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 f.) keine Auffälligkeiten, die auf die

Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung hinweisen könnten

(Urk.

9/47/11-15) . Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Konflikte am Arbeitsplatz (Urk. 9/47/12) können mit den diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszügen hinreichend erklärt werden. Dass der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abschliessen konnte, dürfte in erster Linie auf seinen Migrationshintergrund zurückzuführen sein (Urk. 9/47/13). Die vorgebrachten Streitigkeiten innerhalb der Familie können auf verschiedenen Ursachen basieren, auch solchen, die nicht in der Person des Beschwerdeführers liegen (Urk. 9/47/13-14); sie deuten deshalb ebenfalls nicht zwingend auf eine erhebliche Persönlichkeitspathologie.

Die Argumentation des Sachverständigen, angesichts der unauffälligen Lebensgeschichte bis mindestens 2015, den im klinischen Eindruck nur leichten Persönlichkeitsauffälligkeiten und dem fehlenden übermässigen Konsum psychotroper Substanzen bestünden keine ausreichenden Hinweise für mittelschwere bis schwere pathologische Persönlichkeitsstrukturen (Urk. 9/47/23-24), überzeugt deshalb .

Zu den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ vom 4. Dezember 2018 (Urk. 9/36) sowie vom 9. und 17. April 2019 (Urk. 9/40-41) führte Dr. C.____ aus, die Diagnosestellung sei ohne Bezugnahme zum Klassifikationssystem erfolgt. Zudem habe Dr. B.____ die genau gleichen Befunde im Dezember 2018 als schwere und im April 2019 als mittelschwere depressive Episode eingestuft, was widersprüchlich sei. Eine Anpassung der Psychopharmakotherapie sei in diesem Zeitraum nicht erfolgt. Deshalb seien seine Angaben nicht verwertbar (Urk. 9/47/21 , Urk. 9/47/35). Diese Einschätzung überzeugt.

Ebenfalls unzutreffend ist die Behauptung des Beschwerdeführers, Dr. C.____ habe die seiner eigenen Diagnosestellung widersprechende Diagnose einer komбинierten Persönlichkeitsstörung im D.____ -Gutachten nicht diskutiert (Urk. 1 S.

10).

Vielmehr hielt er dazu fest, im D.____ -Gutachten werde die aufgeführte Persönlichkeitsstörung wie in den Vorberichten ohne Bezugnahme zum Klassifikationssystem und den einzelnen Diagnosekriterien beschrieben und diskutiert (Urk. 9/47/23). 5.3

In Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen ist zudem auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober

2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E.

E. 8

Mai 2020 (Urk. 2) eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, die nach den analog anwendbaren revisionsrechtlichen Massstäben erheblich ist.

E. 11

Mai 2016 basierte in medizinischer Hinsicht auf dem psychiatrischen Gutachten vom 22. Februar 2016

von

Prof. Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, von der Gutachtenstelle D.____

(Urk. 9/14/2-15). Zudem lag der IV-Stelle damals auch der Bericht des behandelnden Psychiaters Dr.

A.____ vom 30. Januar 2016 (Urk. 9/12) vor, auf den sie aber nicht abstellte (Urk. 9/15/2).

Dem Bericht von Dr. A.____ zu Händen der IV-Stelle vom 30. Januar 2016 ist zu entnehmen, dass dieser den Beschwerdeführer seit Juni 2015 psychiatrisch-psychotherapeutisch und mit Psychopharmaka behandelte. Dr. A.____ diagnostizierte eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom. Er führte aus, die Ehefrau des Beschwerdeführers sei seit Jahren schwer depressiv. Sein 1996 geborener Sohn habe die Lehre vor kurzem abgebrochen und stelle für die Familie ein Problemkind dar. Vom 28. Juli bis 1. September 2015 sei der Beschwerdeführer stationär-psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Er wirke etwas verwahrlost, sei in sich gesunken, vermeide den Blickkontakt, spreche mit leiser Stimme, sei wortkarg, im Denken depressiv und ängstlich. Weiter bestünden eine Antriebshemmung, Grübeln, Traurigkeit, Freud- und Lustlosigkeit, Schlafstörungen, eine depressive Weltsicht und vereinzelt Suizidideen. Der depressive Beschwerdeführer lebe in einer schwierigen psychosozialen Situation (depressive Ehefrau, Sohn ohne Lehrstelle und Zukunftsaussichten, finanzielle Schwierigkeiten in der Familie). Zurzeit sei er aus psychiatrisch-psychotherapeutischen Gründen zu etwa 60% arbeitsunfähig, bei noch offener Prognose (Urk. 9/12/6-7).

Prof. Dr. E.____ und Dr. F.____

diagnostizierten im psychiatrischen Gutachten vom 22. Februar 2016, welches vom Krankentaggeldversicherer in Auftrag gegeben worden war,

eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21) und eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen sowie dissozialen Zügen (ICD-10: F60.9). Sie hielten fest, der Beschwerdeführer habe vorwiegend depressive Verstimmungen, Antriebs- und Motivationsprobleme, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Aggressionen, Reizbarkeit und Zukunftsängste geschildert. Die Beschwerden hätten sich in Zusammenhang mit einer als Mobbing wahrgenommenen beruflichen Auseinandersetzung im vergangenen Jahr entwickelt (Urk. 9/14/10). Die AMDP-konform erhobenen Untersuchungsbefunde ergäben das Bild eines dysphorischen Versicherten, der ohne Hinweise für mnestiche oder konzentrationale Einschränkungen über seinen Werdegang und seine Beschwerden berichtet habe. Die Stimmung sei dabei gereizt, vorwurfsvoll, aggressiv gewesen und geprägt von inadäquaten Grössenphantasien, einer

erhöhten Kränkbarkeit und Schuldzuweisungen gegenüber anderen ohne die Bereitschaft, allfällige eigene Beiträge zu Konfliktsituationen zu erkennen. Klinische Zeichen einer Depressivität wie psychomotorische Hemmung, Antriebsstörung oder Niedergeschlagenheit hätten gefehlt. Die von den behandelnden Ärzten gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode könne vor diesem Hintergrund nicht bestätigt werden. Das klinische Bild entspreche einer Anpassungsstörung mit leichter depressiver Symptomatik im Sinne einer Verbitterungsstörung. Solche Störungen würden typischerweise durch negative Lebensereignisse wie Kündigung, berufliche Herabwürdigung und Mobbing ausgelöst, woraufhin sich die Betroffenen oft ungerecht behandelt fühlen und mit Verbitterung, emotionaler Erregung und Aggressivität reagieren. Die emotionale Schwunghähigkeit sei hierbei nicht beeinträchtigt, und diese Personen zeigten meist einen normalen Affekt bei Ablenkung. Die im psychopathologischen Befund aufscheinenden prämorbid-narzisstischen und dissozialen Persönlichkeitszüge könnten als prädisponierende Faktoren für die Entwicklung der Verbitterungsstörung angesehen werden. Weder die Anpassungsstörung noch die definitions-gemäss seit dem jungen Erwachsenenalter bestehende Persönlichkeitsstörung hätten jedoch eine Minderung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist als auch in jeder anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarkts zur Folge; der Beschwerdeführer könne sein Verhalten nämlich durchaus kontrollieren. Zudem könne dieses Leiden therapiert werden (Urk.

9/14/11) . Ab sofort sei er zu 100

% arbeitsfähig. Aus therapeutischer Sicht sei die Wiederaufnahme einer Arbeit zu empfehlen, da dies einer die Verbitterung fördernden Verharrenshaltung entgegenwirke (Urk . 9/14/12).

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