

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00407 vom 1. März 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00407](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00407)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00407 du 1 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00407 del 1 marzo 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8/ 149 ; Prozess IV.2015.00430) abgewiesen und auf die dagegen gerichtete Beschwerde mit Urteil des Bundesgerichts 8C\_608/2017 vom 18. Oktober 2017 nicht eingetreten ( Urk. 18/151). Ein Erlassgesuch betreffend die entsprechende Rückforderung wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 7. Februar 2018 ( Urk. 18/159) ab.

#### **E. 1.1**

Die gesetzlichen Grundlagen und die Rechtsprechung zum IV-Rentenanspruch, den Revisionsvoraussetzungen und den Beweisanforderungen an ein Gutachten wurden im Urteil vom 19. Juni 2017 ( Prozess IV.2015.00430 E. 1.1 -5;

Urk. 18/149 ) dargelegt. Dar auf kann mit folgenden Ergänzungen verwiesen werden .

#### **E. 1.2**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

### **E. 2**

Es sei, unter Feststellung, dass der Beschwerdeführer Anrecht auf die ganze IV-Rente hat und der Fall an die Beschwerdegegnerin zwecks weiterer Abklärungen zurückzuweisen.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid damit ( Urk. 2), dass mit Verfügung vom 3. September 2015 die Rente eingestellt worden sei , da beim Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 80

% vorgelegen habe. Aus psychiatrischer Sicht werde nun eine Verschlechterung geltend gemacht. Anhand der eingereichten medizinischen Berichte sei jedoch zu erkennen, dass der Beschwerdeführer kaum therapeutische Angebote wahrgenommen oder an Klinikaktivitäten teilgenommen habe. Die Stimmung habe sich im Verlauf des Aufenthalts gebessert und es sei davon auszugehen, dass sich das psychische Erscheinungsbild seit dem Gutachten im Dezember 2014 nicht wesentlich verändert habe. Es seien auch keine veränderten Befunde in Bezug auf andere Leiden ersichtlich. Daran änderten auch der eingereichte Austrittsbericht der Z. \_\_\_ vom 7. November 2018 und der Sprechstundenbericht der Klinik A. \_\_\_ vom 29. August 2018 (richtig: 2019, E. 4.6) sowie das Schreiben des Psychiaters, Dr. med. B. \_\_\_ vom 26. Juli 2019 und sein Bericht vom 9. März 2020 nichts, da der psychopathologische Befund den berichteten Befunden aus den Jahren 2008 und 2013 entspreche.

## **E. 2.2**

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt ( Urk. 1 S. 2), er habe jahrelang die IV-Rente bezogen und aufgrund einer anonymen Anzeige sei ihm die Rente am 3. September 2015 eingestellt worden. Im Bericht der psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 werde unter anderem eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtige schwere depressive Episode, ein

chronifiziertes Schmerzsyndrom und eine ängstliche persönliche Störung diagnostiziert. Bei schwerer depressiver Episode könne er nicht arbeiten, besonders, da er jeden Tag 20 verschiedene Medikamente einnehmen müsse. Eine Verbesserung sei nur während des Aufenthaltes in der Z.\_\_\_\_ vom 21. August bis 25. September 2018 zu sehen gewesen, welche aber vorübergehend gewesen sei. Er stehe in ständiger Behandlung beim Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ und dieser habe im Bericht vom 26. Juli 2019 festgestellt, dass er psychisch schwer krank sei. Auch die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ hätten im Bericht vom 29. August 2019 festgestellt, dass er nach der Knieoperation links (Implantat einer Totalprothese) ohne Gehstock nicht mobil sei und dass er an persistierenden Schmerzen leide und arbeitsunfähig sei.

## **E. 3**

Im Urteil vom 19. Juni 2017 hielt das hiesige Gericht Folgendes fest ( Urk. 18/149 E. 4.2 ff. ): 4.2 Gemäss Aktenlage erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die Beurteilung im C.\_\_\_\_ Gutachten vom 29. April 2003, wobei die 70 bis 80%ige Arbeitsunfähigkeit mit der Diagnose einer schweren depressiven Störung mit latenter Suizidalität begründet wurde. Anlässlich des vorliegenden Rentenrevisionsverfahrens erwähnte der behandelnde Dr. B.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 25. März 2013 lediglich noch eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mit mittelgradiger Episode neben einem chronifizierten Schmerzsyndrom und einer ängstlichen Persönlichkeitsstörung. Entsprechende Diagnosen wurden auch durch die Ärzte des Sanatoriums D.\_\_\_\_ anlässlich des stationären Aufenthaltes vom 20. August bis 19. September 2014 aufgeführt, wobei selbst die Behandler in Bezug auf die stark verminderte Mitarbeit in der Untersuchung differentialdiagnostisch eine Aggravation ins Feld führten und in Bezug auf den protrahierten Verlauf und die starke Chronifizierung auf gefundene Aggravationstendenzen hinwiesen. 4.3 Vor diesem Hintergrund begründeten die Ärzte im polydisziplinären Y.\_\_\_\_

Gutachten nachvollziehbar, dass mit Blick auf die vagen, teilweise auch inkonsistenten, gelegentlich sogar widersprüchlichen Anamneseschildern und im Hinblick darauf, dass in der Untersuchung vielfach erst auf Konfrontation mit der Aktenlage Sachverhalte eingeräumt wurden, die zuvor angeblich nicht erinnert oder gar abgestritten worden seien, sowie auf die wiederholt aktenkundige Neigung zu Aggravation und mit Blick auf die erhobenen Befunde in der psychiatrischen Exploration auf ein willens gesteuertes Verhalten des Beschwerdeführers zu schliessen ist. Überzeugend ist auch, dass die geschilderte Schmerzsymptomatik mangels ausreichender somatischer Befunde als anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert wurde, wobei sich die Gutachter auch zur Überwindbarkeit unter Bezugnahme auf die damals noch geltende Rechtsprechung und die so genannten „Foerster-Kriterien“ äusserten. [...] Folglich massen sie der Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die seither geltende Rechtsprechung, wonach das Ausnahme-Modell durch einen strukturierten normativen Prüfungsraster ersetzt wurde, führt dies bezüglich zu keinem anderen Ergebnis. Denn eine Prüfung nach den „neuen“

Kriterien erübrigt sich insbesondere dann, wenn Ausschlussgründe, wie etwa eine Leistungseinschränkung, die überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhen, vorliegen .

[...] Nachvollziehbar dargetan wurde auch, dass die Symptomatik einer schweren depressiven Störung wie auch die in der Vergangenheit mehrfach — von Behandlerseite — beschriebene mittelschwere Symptomatik aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde nicht mehr bestätigt respektive als deutlich remittiert erachtet wurde, nachdem die vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten Einschränkungen seiner Willensteuerung unterliegen und damit nicht (mehr) einem genuinen-depressiven Phänomen zugeschrieben werden können. Ein Revisions Sachverhalt liegt mithin vor und die Prüfung ist ohne Bindung an die frühere Beurteilung vorzunehmen. [...] 4.4 Dem Gutachter Dr. E.\_\_\_\_ wurden hingegen lediglich selektiv Aktenstücke vorgelegt. Diskrepanzen, etwa weshalb sich der Beschwerdeführer im Rahmen der Parteibegutachtung bei der Anamneseerhebung an Details erinnern konnte, die er anlässlich der psychiatrischen Untersuchung in der Y.\_\_\_\_ nicht erinnerte oder gar andere Angaben gemacht wurden, sind im Gutachten nicht hinterfragt und nicht diskutiert worden. [...] Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Symptomatik ergeben sich aber auch aus der Berichterstattung der Klinik F.\_\_\_\_ vom 14. April 2015 nicht. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes vom 24. Februar bis 2. April 2015 drehte sich gemäss der Berichterstattung der Grossteil der therapeutischen Bemühungen um die Frage des offenbar unklaren Therapieauftrages. Die Ärzte monierten in diesem Zusammenhang denn auch, dass sie erst nach der dritten Behandlungswoche vom laufenden Rentenrevisionsverfahren erfuhren und deshalb von der akuten Krise, die der Beschwerdeführer nach Mitteilung der Renteneinstellung erlitten hatte - gemeint ist die Rentensicherungsverfügung vom 25. März 2015 - überrascht worden seien. Die Krise stabilisierte sich dann überraschend schnell, weshalb der Beschwerdeführer mit deutlicher Befundbesserung bereits am 2. April 2015 entlassen werden konnte. [...] 4.5 Als Ergebnis lässt sich damit festhalten, dass die Beurteilung im polydisziplinären Y.\_\_\_\_-Gutachten weder durch die Ausführungen von Dr. E.\_\_\_\_ noch durch die anlässlich der beiden einzigen aktenkundigen stationären Aufenthalte im Sanatorium D.\_\_\_\_ und in der Klinik F.\_\_\_\_ verfassten Berichte erschüttert werden können. Mithin ist darauf abzustellen. Auch ohne weitere Abklärung geht das Gutachten schlüssig von einer weitgehenden Remission der psychischen Symptomatik und einer - aus psychiatrischer und gesamtmedizinischer Sicht - lediglich noch um 20 % beeinträchtigten Restarbeitsfähigkeit aus. [...] 4.6 Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilung die angestammte Tätigkeit zu 80 % zumutbar, womit keine Invalidität (mehr) besteht. [...]

#### **E. 4**

.4

Dipl. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin führte in seiner Aktenbeurteilung vom 17. Juni 2019 (Urk. 18/171 S. 3) aus, neu vorgelegt werde ein Arztbericht der Z.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 über einen stationären Aufenthalt vom 21. August bis 25. September 2018. Während der stationären Behandlung habe der Beschwerdeführer kaum an den Klinikaktivitäten teilgenommen und auch bezüglich der therapeutischen Angebote sei keine Motivation zu erkennen gewesen. Die Stimmung habe sich im Verlauf leicht gebessert. Im Wesentlichen entspreche das psychische

Erscheinungsbild demjenigen der stationären Behandlung im Sanatorium D.\_\_\_\_ 2014 und dem Zustand im Rahmen der MEDAS Begutachtung 2014. Anhand der eingereichten Akten sei keine wesentliche Veränderung des psychischen Zustandsbildes sowie der übrigen Leiden festzustellen.

#### **E. 4.1**

Im Austrittsbericht der psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_ vom 7. November 2018 (Urk. 18/167) über den stationären Aufenthalt vom 21. August bis 25. September 2018 hielten die Ärzte den freiwilligen Eintritt auf Zuweisung des ambulant therapierenden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ wegen eines schweren depressiven Zustandsbildes vor dem Hintergrund eines bekannten und langjährig bestehenden chronifizierten Schmerzsyndroms fest. Es wurden die folgenden Diagnosen genannt: - F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome - F45.40 Chronifiziertes Schmerzsyndrom lumbosakral unklarer Ätiologie - F60.6 Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung - F55.8 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen:

Schmerzmittel - I10.01 Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise - N40 Benigne Prostatahyperplasie - R12 Sodbrennen - E66.00 Adipositas durch übermässige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 41 kg/m<sup>2</sup>

- FT Vd. a. PTBS - FT Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom mit periodischer Atmung - respiratorische Polygraphie 07/2015 - Zustand nach APAP-Therapie Die Ärzte führten aus, laut fremdanamnестischen Angaben bestehe der Zustand des Patienten seit ca. 20 Jahren mit chronischem Schmerzsyndrom, regressiver Tendenz mit sozialem Rückzug, Ängsten, Vermeidungsverhalten und seit ca. 1 Jahr deutlicher Verschlechterung des Zustands mit gereiztem Verhalten gegen über den Angehörigen. Bei Eintritt könne der Beschwerdeführer aufgrund des schwer depressiven Zustandsbildes und sprachlicher Hindernisse (Serbisch) kaum Angaben zu sich und seiner Person machen. Er berichte

wortkarg von der Spitex in die Klinik gebracht worden zu sein und könne keine Angaben zu seinem Wohnort

machen. Er berichte, es ein ambulanter Psychiater heisse Dr. B.\_\_\_\_ und dass er seit vielen Jahren Depressionen habe und aktuell unter Schmerzen am ganzen Körper leide. In der Klinik erhoffe er sich Unterstützung.

Angesprochen auf

Suizidalität, könne der Beschwerdeführer zunächst nur vage Aussagen machen und verneine dann

konkrete Suizidgedanken. Er beschreibe das Gefühl, dass jemand

hinter ihm sei und versuche, ihn anzugreifen; bei fraglichen optischen Halluzinationen von bedrohlichen

Menschen und von Kindern, die im Wasser schwimmen (S. 2). Der Beschwerdeführer sei seit ca. 20 Jahren in ambulanter Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ und psychiatrische

Hospitalisationen

seien im Jahr 2014 im Sanatorium D.\_\_\_\_

und im Jahr 2015 in der Klinik

F.\_\_\_\_

erfolgt . Seit 2014 be stehe eine intensive Begleitung durch die psychiatrische Spitex Frau G.\_\_\_\_ und An gehörige bei passivem Verh alten und depressiver Stimmung des Beschwerdeführers. Er b enötige Unterstützung in der Medikamenteneinnahme, Körperpflege und sonstigen Funktionen bei ausgeprägtem Schmerzsyndrom (S. 2) .

Zum psychiatrischen Befund hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar , nehme kaum Blickkontakt auf und a ntworte nur selektiv und mit verzögerter Antwortlatenz . Die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien reduziert, wobei der Gedankengang nicht geprüft werden könne. Es ergäben sich keine Hinweise auf Halluzinationen oder Ich-Störungen. Laut fremd anamnestischen Angaben der psychiatrischen Spitex bestünden aber Wahn vorstellungen mit Verfolgungswahn gegenüber den Nachbarn. Zwänge seien nicht erfragt worden . Es bestünden aber Ängste vor Wasser und vor Körper hygiene sowie diffuse Ängste, bedroht zu werden. Es bestehe ein depressiver Affekt bis hin zu keinem Affekt, keine emotionale Schwingungsfähigkeit und ein affektiver Rapport sei kaum herstellbar. Der Antrieb sei stark reduziert und die Psychomotorik reduziert. E s bestünden Schlafprobleme. D er Appetit sei unauf fällig. E s sei ein passiver Sterbewunsch bis hin zu Suizidgedanken vorhanden, wobei die Absprachefähigkeit gegeben sei. Es bestünden aggressive Impulse gegenüber Dritten mit verbaler Gereiztheit (S. 3) .

Zum somatischen Befund führten die Ärzte aus, der 60-jährige , adipöse Beschwerdeführer befinde sich in reduziertem Allgemeinzustand. Es zeige sich keine Hyperhidrosis, der Kopf sei frei beweglich die Halsvenen nicht gestaut und es bestünden keine Strömungsgerä usch e über den Carotiden . Die Lungengrenzen seien gut atemverschieblich , die Herztöne rein und rhythmisch, die Bauchdecken weich und die Darmgeräusche regelrecht und die Nierenlager

klopfschmerzfrei. An den Extremitäten sei der Puls gut palpierbar , die Haut gut durchblute t, ohne Hinweis auf akut behandl ungsbedürfti ge Veränderungen. Neurologisch bestehe kein Hinweis auf akute fokal-neurologische Defizite; keine men ingealen Reiz zeichen und keine Hinweise auf eine Sprach- oder Sprechstörung. Pupillen Licht reakti on und die Okulomotorik

seien unauffällig und der sonstige Hirnnerv en status regelrecht. I m Bereich der Extremitäten bestünden allseits eine normotone

Muskulatur o hne umschriebene Atrophien oder Paresen, ohne Tremores und die koordinative Testung einschliesslich

erschwerter Stand- und Gangproben zeig t e n sich regelrecht. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich auslösbar , ohne Nach weis pathologischer Reflexe und die Sensibilität sei intakt. Vegetativ anamnestisch ergäben sich keine Hinweise auf Blasen- oder Mastdarms törungen und es bestehe kein Wirbelsäul enklopfschmerz (S. 3) .

Zum Behandlungsverlauf führten die Ärzte aus, der Beschwerdeführe r habe nur bedingt von den multimodal en psychotherapeutischen Behandlungselementen profitieren können, da es ihm aufgrund seines psychisch-physisch reduzierten Zustandes und seiner ängstlich vermeidenden Haltung kaum gelungen sei, an den Therapien teilzunehmen. Im Verlauf habe er motiviert werden können an Ergo- und Physiotherapie-Einzelsitzungen in seinem Zimmer teilzunehmen, wobei die Zielsetzung der Erhalt der Mobilität gewesen sei. An der

stationsbezogenen Gruppentherapie habe er teilgenommen, sich aber nicht verbal beteiligt und im Zusammenhang mit der Aufforderung zur Teilnahme am Therapieprogramm sei es vermehrt zu Situationen gekommen, bei denen er sich unter Druck gefühlt und die Befürchtung geäußert habe, dass ihm nicht geglaubt werde und er gereizt und verbal aggressiv und entwertend reagiert habe (S. 4).

Im Gespräch seien Überlegungen angestellt worden, inwiefern die Angehörigen von der intensiven Betreuung entlastet werden könnten. Dabei sei deutlich geworden, dass der Beschwerdeführer ein eher passives Verhalten und weder Veränderungs motivation noch Bereitschaft dazu zeige. Insgesamt habe sich nur eine leichte Teilremission bezüglich der Zielsymptomatik gezeigt und bei klinisch fehlendem Hinweis auf

akute Selbst- oder Fremdgefährdung und nach mehreren

erfolgreich verlaufenden Belastungserprobungen zuhause sei der Beschwerdeführer in sein vertrautes ambulantes Setting entlassen worden.

#### **E. 4.2**

Mit Bezugnahme auf eine Anfrage des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers führten die Ärzte im Bericht der psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2019 (Urk. 18/165) aus, aufgrund der Diagnosen schätzten sie die Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt des Austritts auf 100% ein. Es handle sich um ein langjähriges, chronifiziertes depressives Zustandsbild auf dem Hintergrund einer Schmerzstörung bei ängstlich vermeidender Persönlichkeitsstruktur. Die depressive Symptomatik mit sozialem Rückzug, Niedergeschlagenheit, Motivations- und Antriebslosigkeit, diffusen Ängsten, dem Gefühl der Bedrohung, Albträumen, Schlafproblemen, Freudlosigkeit, Schmerzen und reduzierter Selbstpflege erschwere das dauerhafte Einhalten einer festen Tagesstruktur mit vorgegebenen Zeiten massiv. Auch führten die beschriebenen psychischen Einschränkungen zu schnellem Überforderungserleben, rascher Erschöpfung, dem Bedürfnis nach längeren Erholungsphasen, zu Müdigkeit und zu einer erhöhten Fehlerquote aufgrund Konzentrationsstörungen sowie einem erniedrigten Arbeitstempo und insgesamt zu reduzierter psychischer und physischer Belastbarkeit und damit zu einer deutlichen Leistungsverminderung. Aufgrund der Persönlichkeitsstruktur kämen grosse Schwierigkeiten im interaktionellen Bereich hinzu, indem sich der Beschwerdeführer bei sozialen Anforderungen rasch angegriffen und bedroht fühle, worauf er mit Rückzug und bisweilen gar verbaler Aggressivität reagiere. Gemäss eigenen Angaben sei er seit 1997 nicht mehr erwerbstätig, was einen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt ohnehin utopisch erscheinen liesse.

#### **E. 4.3**

Im Sprechstundenbericht der Klinik A.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2019 (Urk. 18/187/34) wies der zuständige Arzt auf einen Status nach Implantation einer Knie totalprothese links am 3. Dezember 2018 hin. Es bestünden Restbeschwerden nach der Knieprothesenimplantation. Ein Infekt habe mittels Punktion ausgeschlossen werden können und radiologisch habe sich eine korrekt implantierte Prothese mit geraden Beinachsen gezeigt, sodass nicht ganz klar sei, weshalb beim Beschwerdeführer ein Trainingsrückstand bestehe.

#### **E. 4.5**

Dr. B.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 26. Juli 2019 (Urk. 18/174/13) aus, der Beschwerdeführer stehe seit dem 13. Juli 1998 in seiner Behandlung. Es handle sich um

eine rezidivierende depressive Störung, die sich trotz der durchgeführten Therapie und stationären Aufenthalten in psychiatrischen Kliniken zum grössten Teil chronifiziert habe. Diese liege auf dem Boden einer selbstunsicheren Persönlichkeit und sei von intensiven körperlichen Symptomen, insbesondere an dauernden Schmerzen, begleitet. Da seine körperlichen Beschwerden stärker geworden seien, sei vor zwei Monaten eine orthopädische Operation empfohlen worden. Seit dieser Zeit habe sich der seelische Zustand des sonst schon ängstlichen Patienten stark verschlechtert. Er sei tiefer depressiv geworden, habe häufig Panikattacken bekommen, weil er befürchte, nach der Operation könne er ein Invaliden werden. Er habe den Beschwerdeführer häufig in einem agitierten panischen Zustand gesehen. Er habe sich jedoch gar nicht beruhigen lassen und seine Ängste seien weiterhin sehr stark. Es scheine, dass der Beschwerdeführer von der vorgesehenen Operation überfordert sei und deswegen psychisch ganz dekompenzieren könnte. Aus diesem Grund empfehle er, die Operation bis auf Weiteres zu verschieben.

#### **E. 4.6**

Im Sprechstundenbericht der Klinik A. \_\_\_ vom 29. August 2019 (Urk. 18/174 11) führte der zuständige Arzt aus, es bestünden weiterhin ausgeprägte Restbeschwerden, Dauerschmerzen sowie Nachtschmerzen. Das Knie fühle sich nicht stabil an und es könne nicht richtig belastet werden. Es sei eine Revisionsoperation mit Inlay Erhöhung angeboten worden. Davor habe der Beschwerdeführer aber ausgeprägte Angst und er müsse sich dies erst noch überlegen. In dieser Gesamtsituation sei er nicht arbeitsfähig, da er ohne zwei Stöcke nicht frei laufen könne und das Knie nicht belastbar sei. Es sei eine IV-Anmeldung am LAufen und der Beschwerdeführer werde sich bei Bedarf selbstständig wieder in der Sprechstunde anmelden.

#### **E. 4.7**

Im Bericht vom 9. März 2020 (Urk. 18/180) nannte

Dr. B. \_\_\_

folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (ICD-10 F 33.11, F33.2) - Ängstliche Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F 60.6) - Chronifiziertes Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen Es handle sich um eine rezidivierende depressive Störung, die auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit liege und von intensiven körperlichen Beschwerden, insbesondere starken Schmerzen, begleitet werde. Trotz der durchgeführten Therapie habe sich der Zustand nicht beruhigt. Die Depression sei schon jahrelang in einem mittelgradigen Mass vorhanden und gehe manchmal in eine schwere Phase über. Seit der Hospitalisation in der Z. \_\_\_ (21. August bis 25. September 2018) und insbesondere in den letzten Monaten habe sich der Zustand klar verschlechtert. Aus diesem Grund sei der Beschwerdeführer sowohl in seiner bisherigen als auch in einer anderen Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig.

#### **E. 5.1**

Der zeitliche Referenzpunkt zur Prüfung der anspruchserheblichen Veränderung bildet die Rentenverfügung vom 3. September 2015, mit welcher die Rente rückwirkend ab Juni 2013 eingestellt worden war (Urk. 18/133). Damit ist zu prüfen, ob sich seit 3. September 2015 bis zur — rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) — Verfügung 15. Juni 2020 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder erwerbliche

Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. E. 1.2).

### **E. 5.1.1**

Im Urteil vom 19. Juni 2017 wurde das polydisziplinäre Gutachten der Y.\_\_\_\_ vom 23. Dezember 2014 (Urk. 18/106)

als beweismässige medizinische Grundlage anerkannt (E. 3). Das Gericht würdigte dabei insbesondere auch, dass sich der Beschwerdeführer nach der Begutachtung in einen stationären (fünfwoöchigen) Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_ vom 24. Februar bis 2. April 2015

begeben hatte (Urk. 18/120/13-17). Die damalige Zuweisung erfolgte ebenso durch Dr. B.\_\_\_\_, wobei dieser bereits damals auf eine chronifizierte schwere depressive Erkrankung hingewiesen hatte (S. 1). Die behandelnden Ärzte

im stationären Setting führten dabei aus, es sei schwierig gewesen, realistische Behandlungsziele festzulegen, da der Beschwerdeführer seine körperlichen Beschwerden sehr im Vordergrund gesehen habe und hinsichtlich seines psychischen Befindens wenig differenziert „gesund werden“ als Wunsch formuliert habe. Zu Beginn der Behandlung habe er sich sehr verschlossen, klagsam, schon bei geringfügigen Anforderungen überfordert, stark somatisierend, schnell reizbar und fordernd, deutlich regressiv und kaum bereit für Bemühungen gezeigt. Selbst an den niederschwelligen Therapieangeboten auf der Station habe er kaum teilgenommen, da er sich sehr schnell überfordert gefühlt habe und von ihm Schmerzen, Schwindel und Ängste beklagt worden seien. Auch der angebotenen Einzel-Physiotherapie habe er sich nicht gewachsen gefühlt. Thematisch habe sich in den Einzelgesprächen vieles um die Frage des Therapieauftrages und der Möglichkeit einer Mitwirkung durch den Beschwerdeführer selbst gedreht. Nach ca. der dritten Behandlungswoche sei es zu einer akuten Krise gekommen. Hintergrund sei die Tatsache gewesen, dass der Beschwerdeführer den Bescheid erhalten habe, dass seine IV-Rente nach 15 Jahren nicht weiter bewilligt worden sei (S. 3).

### **E. 5.1.2**

Eine weitgehend identische Situation zeigte sich anlässlich des fünfwoöchigen Aufenthaltes vom 21. August bis 25. September 2018 in der psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_. Dabei erfolgte der freiwillige Eintritt erneut auf Zuweisung von

Dr. B.\_\_\_\_ und unter Angabe eines schweren depressiven Zustandes bildete. Auch dabei konnte der Beschwerdeführer kaum vom Behandlungsprogramm profitieren und kaum motiviert werden teilzunehmen,

sodass

sich die Therapien im Wesentlichen auf Einzelsitzungen von Ergo- und Physiotherapie-sitzungen in seinem Zimmer beschränkten. Dabei zeigten sich

auch Situationen in denen er

gereizt, verbal aggressiv und entwertend reagiert. Thematisiert wurde folglich, wie die Angehörigen entlastet werden können, während der Beschwerdeführer ein passives Verhalten ohne Veränderungsmotivation oder Bereitschaft zeigte (E. 4.1).

### **E. 5.1.3**

Der RAD Arzt Dipl. med. H.\_\_\_\_

legte vor

diesem Hintergrund nachvollziehbar dar, dass die psychiatrische Situation sich im Wesentlichen nicht verändert hat und dieser Zustand bereits im Rahmen der MEDAS Begutachtung 2014 beschrieben worden war und auch schon früher anlässlich eines fünfwöchigen stationären Aufenthaltes im Sanatorium

D.\_\_\_\_

im August/ September 2014

vorgelegen hatte, wobei die Zuweisung ebenfalls durch

Dr. B.\_\_\_\_ erfolgt war (vgl. Urk. 18/100/9). Offensichtlich lagen den n auch den Ärzten der Z.\_\_\_\_ lediglich die Angaben von Dr. B.\_\_\_\_, des Sanatoriums D.\_\_\_\_ und der Klinik F.\_\_\_\_, nicht aber die medizinische Beurteilung der Y.\_\_\_\_-Gutachter vor. Verständlich ist damit, dass die Ärzte bei unveränderter Befundlage gestützt darauf sowie die Angaben des Beschwerdeführers, wonach er seit 1997 nicht mehr erwerbstätig sei, einen Wiedereinstieg in den ersten Arbeitsmarkt als utopisch erachteten und dementsprechend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (E. 4.2).

#### **E. 5.1.4**

Was die somatische Seite anbelangt, unterzog sich der Beschwerdeführer aufgrund von Kniebeschwerden links am 3. Dezember 2018 und damit im Alter von knapp 61 Jahren einer Knieprothesenimplantation in der Klinik A.\_\_\_\_. Die beklagten Restbeschwerden drei Monate postoperativ und insbesondere der Trainingsrückstand konnten dabei die Ärzte nicht erklären. Ein Infekt konnte ausgeschlossen und radiologisch eine korrekt implantierte Prothese mit gerader Beinachse festgehalten werden (E. 4.3). Eine Revisionsoperation mit Inlay Erhöhung, die die Ärzte der Klinik A.\_\_\_\_ aufgrund der beklagten Beschwerden in Betracht zogen, wurde nicht durchgeführt (E. 4.6). Einen solchen Eingriff konnte selbst Dr. B.\_\_\_\_ nicht empfehlen (vgl. E. 4.5), da er die intensiven körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit der psychischen Symptomatik sah (vgl. E. 4.7). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Knieleiden, welches anlässlich des Revisionsgesuchs nur nebenbei erwähnt wurde (Urk. 18/166) und zu welchem erstmals im Zusammenhang mit dem Einwand vom 6. September 2019 Unterlagen eingereicht wurden (vgl. Urk. 18/174/11),

nicht näher eingegangen ist. Von einem hinzugekommenen stabilisierten körperlichen Gesundheitsschaden mit dauerndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ist damit jedenfalls nicht auszugehen.

So lassen die Akten auf einen regulären Heilverlauf schliessen, abgesehen von den nicht näher spezifizierten Schmerzklagen des Beschwerdeführers. Der Hinweis auf eine nicht näher spezifizierte Arbeitsunfähigkeit ohne genauer auf die Umstände einzugehen und medizinisch-theoretische Überlegungen darzulegen (Urk. 18/174/11-12) reicht dafür ebenso wenig wie der Hinweis auf Stockbedarf zum Gehen und fehlende Belastbarkeit des Knies. Denn es ist nicht erkennbar, weshalb auch eine angepasste Tätigkeit, beispielsweise in sitzender Position, nicht zumutbar sein sollte. Dies umso mehr, als für die Beschwerden kein objektivierbares Korrelat genannt wurde.

#### **E. 5.2**

Zusammenfassend lässt sich damit festhalten, dass seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine gesundheitliche Veränderung und auch sonst keine revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsänderung eingetreten ist.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

#### **E. 6**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr.

#### **E. 8**

00.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und mit dem geleisteten

Kostenvorschuss

zu verrechnen.

Der Mehrbetrag in der Höhe von Fr. 200.-- ist dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides zurück zuerstaten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und nach Eintritt der Rechtskraft mit der geleisteten Kautionsverrechnung verrechnet.

Der Mehrbetrag des Kostenvorschusses in der Höhe von Fr. 200.-- wird dem Beschwerdeführer nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides zurückerstattet. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Nef

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