

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00566 vom 25. Juni 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-06-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00566](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00566)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00566 du 25 juin 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00566 del 25 giugno 2021

## **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 Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 aner kannten 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 ob jektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zu mutbar 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**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten 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 mit telschwere Depressionen).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Be weisverfahren abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Die Frage der Notwendigkeit in diesem Sinne beurteilt sich nach dem kon kreten Beweisbedarf. Sie fehlt ganz allgemein in Fällen, die sich durch die Erhebung prägnanter Befunde und

übereinstimmende fachärztliche Einschätzungen hinsichtlich Diagnose und funktioneller Auswirkungen im Rahmen beweismässiger Arztberichte und Gutachten auszeichnen. Was die Befunde angeht, ist etwa an Störungsbilder wie Schizophrenie, Zwangs-, Ess- und Panikstörungen zu denken, die sich aufgrund klinischer psychiatrischer Untersuchung bezüglich ihrer Überprüf- und Objektivierbarkeit mit somatischen Erkrankungen vergleichen lassen. Hier zeigt sich die Beweisproblematik, wenn überhaupt, vor allem bezüglich der funktionellen Auswirkungen. Daher hat auch bei jenen Störungen eine vertiefende Prüfung hinsichtlich des funktionellen Schweregrades und insbesondere der Konsistenz zu erfolgen, wenn Hinweise auf Inkonsistenzen, auf Aggravation oder Simulation bestehen (BGE 143 V 418 E. 7.1 mit Hinweisen, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_721/2018 vom 12. März 2019 E. 3.2).

#### **E. 1.4**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 11

#### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.6**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu

entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

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. 1.7**

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne der Beweisführungslast begriffsnotwendig aus, da es Sache des Sozialversicherungsgerichts (oder der verfügenden Verwaltungsstelle) ist, für die Zusammentragung des Beweismaterials besorgt zu sein (BGE 115 V 111 E. 3d/ bb ; Maurer, Sozialversicherungsrecht, Bd. I, 2. unveränderte Aufl., Bern 1983, S. 438 Ziff. 7a). Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte (BGE 115 V 133 E. 8a). Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b).

#### **E. 1.8**

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

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im

Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativ expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 31.

August 2020 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Durchführung ergänzender Abklärungen an die IV-Stelle zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 16.

Oktober 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19.

Oktober 2020 mitgeteilt wurde (Urk. 14). Mit Eingabe vom 31.

Oktober 2020 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme ein, welche der Beschwerdegegnerin am 2.

November 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk.

16).

### **E. 2.1**

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, im Gutachten seien diverse Inkonsistenzen zwischen den einzelnen begutachtenden Disziplinen aufgefallen. Aufgrund dessen habe der Sachverhalt nicht objektiv klar geprüft werden können. Die gestellte Diagnose einer paranoiden Schizophrenie sei aufgrund der Inkonsistenzen nicht ohne weiteres plausibel. Aus diesen Gründen sei nicht von einer IV-anerkannten Diagnose und somit auch nicht von einer rententagierenden Einschränkung auszugehen. Das Rentengesuch werde daher abgewiesen (Urk.

2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, das Gutachten und die ergänzenden Angaben seien umfassend, schlüssig und beweiskräftig. Die gutachterliche Diagnose und deren Ableitung stünden im Einklang mit der seit der letzten stationären Behandlung auch seitens der Fachärzte und Fachärztinnen der B.\_\_\_\_ stationär und ambulant gestellten Diagnose einer paranoiden Schizophrenie. Wenn die Beschwerdegegnerin gestützt auf die abweichende Meinung des RAD-Psychiaters das

Gutachten als «mittelmässig» einschätze und vor allem in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten als nicht beweisbildend erachte, hätte sie eine Neubegutachtung veranlassen sollen, wie es der RAD-Mitarbeitende selbst vorgeschlagen habe (Urk.

1 S.

16

f.).

In seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2020

wies

der Beschwerdeführer ergänzend auf

die am Kantonsspital C.\_\_\_\_ 2016/2017 durchgeführten Bildgebungen hin, welche im Gehirn des Beschwerdeführers morphologische Auffälligkeiten vor allem im Angio auf der Höhe des Hippocampus links zeigten. Diese organischen Befunde seien hinweisend auf hirnorganische Auffälligkeiten der Hirnstruktur mit neuropsychiatrischer Inzidenz für F20. Diesen klinisch-organischen Befunden könne sich die Beschwerdegegnerin nicht in Rahmen einer versicherungsrechtlichen Diskussion mit Hinweis auf eine angebliche Aggravation entziehen (Urk.

15 S.

3 f.). Im Übrigen seien

die Aktenbeurteilungen des RAD-Psychiaters nicht geeignet, eine multidisziplinäre Begutachtung zu ersetzen (Urk.

15 S.

6).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat. 3.

### **E. 2.7**

RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme 29. März 2019 fest, die Symptomatik, die der Beschwerdeführer der psychiatrischen Gutachterin schildere, erscheine etwas unüblich, auch dass er die psychotische Symptomatik nicht früher berichtet habe. Dass er diese Symptomatik schliesslich 2017 geschildert habe und nun ein schwerwiegender Gesundheitsschaden diagnostiziert werde, erscheine nicht ganz nachvollziehbar. Die Gutachterin postuliere in diesem Zusammenhang eine längere Prodromalphase. Gemäss der neuropsychologischen Gutachterin seien einige geplante Tests vorzeitig abgebrochen worden, weil der Explorand grosse Schwierigkeiten mit bereits einfachem Untersuchungsmaterial gezeigt habe und schnell mit der Begründung, dies sei ihm alles zu schwierig, aufgegeben habe. Er sei wenig motiviert und leistungsbereit gewesen und sei mehrmals gebeten worden, sich besser anzustrengen. In den Beschwerdevalidierungen hätten alle Tests auf eine verminderte Leistungsbereitschaft hingewiesen, was nach Beurteilung der Neuropsychologin als konsistent mit dem Verhalten in der Untersuchungssituation und den mittelgradig bis schwer verminderten Resultaten in allen durchgeführten Tests sei. Die Neuropsychologin

schreibe, dass die Ergebnisse in den Symptom validierungstests Hinweise auf eine Verdeutlichung oder Aggravation sein könnten. Da im psychiatrischen Teilgutachten eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert werde, könne keine gesicherte Aussage über eine allenfalls vorge täuschte neurokognitive Störung und das Ausmass der kognitiven Störung gemacht werden. Nach Ansicht des Referenten (Dr. H.\_\_\_\_) sei insgesamt ein nicht valides Berichten durch den Beschwerdeführer wahrscheinlich, weshalb auf das psychiatrische Gutachten nicht abgestellt werden könne, allerdings erst Rückfragen gestellt werden müssten. Auch auf das neuropsychologische Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 13/206 S. 7 f.).

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Die medizinischen Akten, welche der rentenabweisenden Verfügung der IV-Stelle vom 23. Oktober 2012 bzw. dem Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2012.01230 vom 28.

Februar 2014 zugrunde lagen, wurden darin zusammengefasst (Urk. 13/144 E. 3.1-3.2). Darauf kann verwiesen werden.

#### **E. 3.2**

.2

Im neuropsychologischen Untersuchungsbericht des Instituts D.\_\_\_\_ vom 11. November 2016 betreffend die Untersuchung vom 7.

November 2016 wurde als Zuweisungsdiagnose (von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) eine Depression mit psychotischen Symptomen genannt. Es wurde festgehalten, aus der Untersuchung und den anamnestischen Angaben hätten sich Hinweise ergeben, dass die Validität der Befunde nicht zweifelsfrei gegeben sei. Es gebe keinen Anhalt für zentrale motorische und sensorische Beeinträchtigungen. In einem Beschwerdevalidierungsverfahren habe der Beschwerdeführer eine auffällige Leistung erbracht. In den klinischen Vergleichsgruppen hätten nur jene mit schwersten (Gedächtnis-)Störungen Testergebnisse in diesem Bereich. Insgesamt fänden sich Hinweise auf eine nicht durchgängig gegebene Anstrengungsbereitschaft sowie Kooperativität, wodurch die Validität der Ergebnisse eingeschränkt sei. Die Fremdsprachigkeit führe ebenfalls dazu, dass die Testergebnisse nur eingeschränkt beurteilbar seien. Testpsychologisch zeigten sich in allen getesteten Bereichen Minderleistungen. Das Ausmass und das Bestehen authentischer neuropsychologischer Minderleistung sei aktuell jedoch nicht bestimmbar. Aufgrund der Verhaltensbeobachtung und einzelner Ergebnisse der Testung könnten schwere neuropsychologische Werkzeuggestörungen ausgeschlossen werden. Anzunehmen sei zumindest partiell eine Aggravation der Beschwerden und Einschränkungen. Aufgrund des Anamnesegesprächs und des zusätzlichen Telefonats mit der Ehefrau bestehe ein Verdacht auf Medikamentenmissbrauch (Urk.

3/13).

### **E. 3.2.1**

Im Austrittsbericht der Integrierten Psychiatrie B.\_\_\_\_ vom 7.

Juli 2014 betreffend den stationären Aufenthalt vom 5. bis 23 .

April 2014 wurden die folgenden Diagnosen gestellt: - Rezidivierende depressive Störung , gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

Es wurde ausgeführt, bei Eintritt habe ein klinisches Zustandsbild imponiert , welches durch Pseudohalluzinationen, Depressivität sowie Hoffnungslosigkeit und Schlafschwierigkeiten gekennzeichnet gewesen sei. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer sich stabilisiert, habe über weniger Pseudohalluzinationen, besseren Schlaf und Stimmungsverbesserung berichtet. Er sei am 23.

April in psychophysiologisch stabilisiertem Zustand entlassen worden. Bei Austritt sei er wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert gewesen. Es hätten keine Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen bestanden. Der formale Ge dan kengang sei geordnet gewesen. Es habe kein Hinweis auf Wahn bestanden und Sinnestäuschungen seien weniger im Vordergrund gestanden. Es hätten keine Ich-Störungen bestanden. Im Affekt sei er flach gewesen, der affektive Rapport sei herstellbar gewesen. Es hätten keine Antriebs- oder psychomotorischen Stö rungen bestanden (Urk. 3/16).

### **E. 3.2.3**

Im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_

(Akutstation für Erwachsene) vom 28.

April 2017 betreffend di e stationäre Behandlung vom 14.

März bis 20.

April 2017 wurde die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (Abklärung)

F20.0

gestellt . Es wurde ausgeführt, bei Eintritt hätten deutlich psychotische Symptome bestanden. Nach Angaben der Ehefrau verlaufe die Erkrankung in Schüben, die sich gelegentlich verschlechterten und dann wieder in einem gewissen Rahmen remittierten. Wann die Symptome zum ersten Mal aufgetreten seien, lasse sich anamnestisch nicht mehr genau eruieren, jedoch sei von mindestens 10 Jahren auszugehen . Vor diesem Hintergrund sei im stationären Setting die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie als wahrscheinlich erschienen. Die typischerweise vorkommende Hippocampusatrophie habe sich in einem MRI aus dem Kantonsspital C.\_\_\_\_ vom November 2016 bestätigen lassen. Ausserdem bestehe eine starke familiä re Vorbelastung, da die Mutter sowie ein Onkel des Beschwerdeführers ebenfalls an einer paranoiden Schizophrenie litten. Das gute Ansprechen der Symptome auf Neuroleptika sprächen ebenfalls für die Diagnose . Unter dieser Medikation habe der Beschwerdeführer deutlich geordneter und weniger wahnhaft gewirkt und auch das Stimmenh ö ren habe deutlich nachgelassen (Urk.

13/159).

### **E. 3.2.4**

Im Bericht der B.\_\_\_\_ (Akutstation für Erwachsene)

vom 3.

Mai 2017 zuhänden der IV-Stelle wurde festgehalten, der Beginn der Krankheit liege mindestens 10 bis 15 Jahre zurück. Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich in den letzten Jahren deutlich verschlechtert. Es handle sich dabei um einen fluktuierenden Verlauf. Es bestehe eine deutliche Residualsymptomatik einer paranoiden Schizophrenie. Der Beschwerdeführer leide unter wahnhaften Verfolgungsideen, Stimmen hören, Antriebsminderung, Schlafstörungen und chronischen Schmerzen (Urk. 13/157). 3. 2. 5  
Im Bericht der B.\_\_\_\_ (psychiatrische Poliklinik) vom 30.

November 2017 zuhänden der IV-Stelle wurde als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (F20.0) genannt. Der Beschwerdeführer sei seit Mai 2011 in ambulanter psychiatrischer Behandlung in der psychiatrischen Poliklinik der B.\_\_\_\_. Seither bestehe ein Zustand mit depressiver Symptomatik mit akustischen Halluzinationen und Schlafstörungen in Zusammenhang mit chronischen Schmerzen. Er sei 2014 und 2017 zur Krisenintervention bei psychischer Dekompensation hospitalisiert worden. Der Verlauf habe sich durch die Anwendung des Neuroleptikums ( Olanzapin , Abilify ) erfolgreich gestaltet, wobei er deutlich geordneter und weniger wahnhaft wirke und auch das Stimmen hören habe deutlich nachgelassen. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit auf grund einer schweren psychotischen Symptomatik und einer schweren Residualsymptomatik. Bei chronifiziertem Verlauf sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bis auf weiteres nicht mehr möglich (Urk.

13/173). 3. 2. 6

Im polydisziplinären Gutachten der A.\_\_\_\_ AG vom 10.

Februar 2019 wurde als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine paranoide Schizophrenie ICD

### **E. 3.2.8**

In ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2020 führte n  
Psychiaterin

Dr. med. F.\_\_\_\_ und Rheumatologe Dr. med. I.\_\_\_\_

zur Beantwortung der Rückfragen der I V-Stelle

aus, im psychiatrischen Gutachten sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie genannt worden. Der Längsschnitt der Erkrankung und die Diagnosekriterien seien im Gutachten hergeleitet worden. Aus ihrer Sicht gebe es keine Zweifel an dieser Diagnose, die auch von den behandelnden Psychiatern gestellt werde. Die neuropsychologische Gutachterin habe in ihrer Zusammenfassung darauf hingewiesen, dass die festgestellten kognitiven Funktionsstörungen und die Störung der Exekutivfunktionen mit der Diagnose einer Schizophrenie vereinbar seien. Da eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis auch mit einer verminderten Motivation einhergehe, habe die Gutachterin sich bezüglich Verdeutlichung und Aggravation nicht festgelegt mit dem Hinweis, dass eine schwere psychiatrische Erkrankung wie eine paranoide Schizophrenie die Grenzen von Symptomvalidierungstests aufzeige. Es sei davon auszugehen, dass die vermeintlichen Inkonsistenzen in der psychiatrischen Erkrankung begründet seien. Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis klagten häufig über verschiedene

körperliche Beschwerden, in Ausnahme fällen sogar ausschliesslich über somatische Beschwerden ohne Vorliegen einer entsprechenden Organpathologie. Eine Validierung der Beschwerdeschilderung sei unerheblich, wenn diese Symptome Teil der schizophrenen Störung seien. Der Verdacht der Aggravation, Verdeutlichung und Simulation ergebe sich vorwiegend bei der Darstellung der Funktionsstörungen auf somatischem Gebiet. Diese hätten aber bei der Einschätzung der Funktionsstörungen und der Arbeitsfähigkeit keine Rolle gespielt. Im Hinblick auf die «Verdeutlichungstendenz – Aggravation – Simulation» sei die Interpretation aus rheumatologischer Sicht schwierig. Eine funktionelle Einschränkung sei im Fachgutachten aber nicht formuliert worden. In Anbetracht der eindeutig psychiatrischen Diagnose mit aufgehobener Arbeitsfähigkeit erscheine eine vertiefte Auseinandersetzung mit einer möglichen Aggravation zweitrangig (Urk. 13/204).

### **E. 3.2.9**

RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Februar 2020 fest, die Beantwortung der Rückfragen sei für ihn nicht schlüssig. Sowohl die psychiatrische Teilgutachterin als auch der rheumatologische Teilgutachter begründeten nicht überzeugend, dass Aggravation nicht vorliege bzw. zweitrangig sei. Er bleibe bei seiner Einschätzung, dass Aggravation im Raum stehe und dass die Diagnostik insgesamt wenig überzeuge (Urk. 13/206 S. 9). 4.

#### 4.1

Im Zeitpunkt

der erstmaligen rentenabweisenden Verfügung vom 23. Oktober 2012

(Urk. 13/133),

welche durch Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 28. Februar 2014 bestätigt wurde (Urk. 13/144), standen somatische Beschwerden sowie eine somatoforme Schmerzstörung und leichte depressive Episoden im Vordergrund. Die im aktuellen Beschwerdeverfahren im Wesentlichen zu beurteilende paranoide Schizophrenie wurde gemäss Aktenlage erstmals 2017 diagnostiziert, weshalb sie von der Verfügung vom 23. Oktober 2012 nicht erfasst war. Aufgrund der damit glaubhaft gemachten Veränderung in psychiatrischer Hinsicht ist die Beschwerdegegnerin

auf das erneute Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 10. April 2017 eingetreten. Somit

war sie gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. 4.2

Unbestritten ist, dass in somatischer Hinsicht ein unveränderter Gesundheitszustand vorliegt. Streitig und zu prüfen ist, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse aus psychiatrischer Sicht insofern verändert haben, dass nunmehr ein Rentenanspruch besteht bzw. ob diese Frage gestützt auf die vorliegenden Akten überhaupt beurteilt werden kann. 4.3

RAD-Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, dass die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie nicht ohne Weiteres plausibel sei. Er wies bereits in Bezug auf die Berichte der

B.\_\_\_\_ auf diverse Widersprüche hin. So

sei die B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 3. Mai 2017 davon ausgegangen, dass der Beginn der paranoiden Schizophrenie mindestens 10-15 Jahre zurückliege, was aufgrund der Aktenlage doch etwas gewagt erscheine (Urk. 13/206 S. 6). Dass der Beginn mindestens zehn Jahre zurückliegen soll, erstaunt auch angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer bereits seit 2011 in Behandlung bei der B.\_\_\_\_ war und noch im Bericht vom 7. Juli 2014 betreffend den stationären Aufenthalt vom 5. bis 23.

April 2014 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)

und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) gestellt wurden (vgl. E. 3.2.1), wobei dieser Austrittsbericht der Beschwerdeführerin nicht eingereicht wurde

und der psychiatrischen Gutachterin nicht vorlag (vgl. Urk. 13/193 S. 18 , Urk. 13/206 S. 5 f. ) .

Nach Austritt am 23.

April 2014 ist bis zur erneuten stationären Behandlung im März/April 2017 keine psychiatrische Behandlung mehr dokumentiert . Vor diesem Hintergrund weist RAD-Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass es nicht nachvollziehbar erscheint , dass die Symptomatik erst mals 2017 geschildert und zum ersten Mal ein schwerwiegender Gesundheitsschaden diagnostiziert worden sei , welcher jedoch schon seit Jahren bestanden haben soll

(Urk. 13/206 S. 7). Die psychiatrische Gutachterin erklärt dies mit einer mutmasslich längeren Prodromalphase, geht jedoch diesbezüglich nicht näher auf die Aktenlage ein. Eine Prodromalphase von (mindestens) zehn Jahren erscheint zumindest etwas ungewöhnlich. Wie lange eine solche in der Regel

dauert , wird nicht abgehandelt . Aufgrund der Aussagen von RAD -Arzt Dr. H.\_\_\_\_

bestehen jedoch gewisse Zweifel an der von der psychiatrischen Gutachterin aufgestellten These . Die Gutachterin hält fest, dass es zwischen 2010 und 2017 zu einer zunehmenden Verschlechterung des psychiatrischen Krankheitsbildes gekommen sei (Urk. 13/193 S. 34) , obwohl ihr für den Zeitraum von Mai 2012 bis März 2017 keine Befundberichte vorlagen . Diese Aussage hat sie demnach wohl aus den Berichten der B.\_\_\_\_ übernommen .

An anderer Stelle führt die Gutachterin denn auch

aus , da zwischen 2012 und 2017 keine psychiatrischen Befundberichte vorlägen, könnten über den weiteren Verlauf der Symptomatik keine schlüssigen Aussagen getätigt werden. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde könne aber festgehalten werden, dass seit April 2017 eine psychotische Symptomatik diagnostiziert worden sei, die auch unter hochdosierter Neuroleptika-Medikation nicht vollständig remittiert sei (Urk. 13/193 S. 33). RAD-Arzt Dr.

H.\_\_\_\_ weist jedoch darauf hin, dass die Symptomatik, die der Beschwerdeführer schildere, unüblich erscheine (Urk. 13/2016 S. 7).

Gemäss der psychiatrischen Gutachterin ist die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie zweifelsfrei erfüllt. Dies obwohl sie einräumt, dass über den Verlauf der Symptomatik keine schlüssigen Aussagen getätigt werden könnten. Sie scheint sich vorwiegend auf die

Diagnosestellung der B.\_\_\_\_ zu stützen , ohne diese kritisch zu hinterfragen.

Dies wäre jedoch umso mehr erforderlich gewesen, als der RAD-Arzt in seiner Stellungnahme vom 25. Mai 2018 auf verschiedene Inkonsistenzen in den Berichten der B.\_\_\_\_ hingewiesen und Zweifel an der Herleitung der Diagnose geäußert hatte, weshalb schliesslich ein polydisziplinäres Gutachten angeordnet wurde (vgl. Urk. 13/206 S. 6). Weiter hat es die Gutachterin unterlassen, die von ihr erhobenen psychiatrischen Befunde hinreichend konkret (mit Beispielen untermauert) dazulegen, um die daraus gezogenen Schlüsse nachvollziehbar zu machen , sowie differenzialdiagnostische Überlegungen zu formulieren.

Auch in formeller Hinsicht weist das psychiatrische Teilgutachten Mängel auf . Laut Ziff. 1.1 (Abwicklung des Gutachtauftrages) erfolgte die Begutachtung ohne Dolmetscher (Urk. 13/193 S. 21), aus der Darlegung der Befundaufnahme ergibt sich indessen , dass offenbar ein Dolmetscher anwesend war (vgl. Urk. 13/193 S. 30) . Weiter werden fremdanamnestic Angaben der Ehefrau aufgeführt (Urk. 13/193 S. 28 und S. 31), ohne darzulegen inwieweit die Ehefrau bei der Untersuchung anwesend war. Das Teilgutachten wurde sodann am 30. August 2018 erstellt (Urk. 13/193 S. 21) , bezieht aber die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung, die erst am 31. Oktober 2018 erfolgte, bereits ein (Urk. 13/193 S. 34).

Soweit die psychiatrische Gutachterin feststellte, dass zwischen 2012 und 2017 keine psychiatrischen Befundberichte vorlagen, ist schliesslich zu bemerken, dass von der B.\_\_\_\_ am 30. November 2017 berichtet wurde, der Beschwerdeführer stehe seit Mai 2011 in ambulanter psychiatrischer Behandlung (vgl. E. 3.2.5) . Daher wäre die Expertin gehalten gewesen, entweder selber bei der B.\_\_\_\_ nachzufragen oder die Beschwerdegegnerin zur Vervollständigung der Akten (Einholen eines Verlaufsberichts) aufzufordern.

Dem neuropsychologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass weder eine valide Aussage über den Schweregrad der kognitiven Störung noch über die durchgeführten Symptomvalidierungstests gemacht werden kann. Die Ergebnisse in den Symptomvalidierungstests könnten einen Hinweis auf eine Verdeutlichung oder Aggravation sein . Es sei von einer mangelnden Anstrengungsbereitschaft auszugehen (vgl. vorne E. 3.2.6) . Dies stimmt mit der Einschätzung im neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 11. November 2016 überein, wonach ebenfalls zumindest partiell eine Aggravation der Beschwerden und Einschränkungen anzunehmen war (Urk. 3/13) . Gemäss der psychiatrischen Gutachterin können diese Auffälligkeiten retrospektiv mit einer Beeinträchtigung des Realitätsbezugs erklärt werden (Urk. 13/193 S. 5). Sie

geht davon aus , dass die vermeintlichen Inkonsistenzen in der psychiatrischen Erkrankung begründet sind (Urk. 13/204) . Dies vermag jedoch – wie auch die Gutachterin festhält - nur teilweise die mittelgradig bis schwer verminderten Resultate in allen durchgeführten neuropsychologischen Tests zu erklären

(vgl. vorne E. 3.2.6).

Das Gutachten äussert sich nicht dazu, ob die Aussage im Austrittsbericht der B.\_\_\_\_ vom 14. März 2017, wonach eine Hippocampusatrophie typischerweise bei einer paranoiden Schizophrenie vorkomme (E. 3.2.3), dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Zu der Frage, ob vorliegend aufgrund der MRI-Bilder des Gehirns des

Beschwerdeführers

Rückschlüsse auf ein allfälliges psychiatrisches Krankheitsbild gemacht werden können – wie dies der Beschwerdeführer behauptet (Urk. 15 S.

6) – liegt keine medizinisch fundierte Beurteilung vor. Es obliegt einem medizinischen Sachverständigen zu beurteilen, ob die vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Publikationen (Urk. 3/18-25) für den vorliegenden Fall von Relevanz sind.

Insgesamt ist mit dem RAD-Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ festzustellen, dass die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie

nicht nachvollziehbar und schlüssig begründet wurde. Die im Raum stehenden Inkonsistenzen wurden

weder

im Gutachten noch bei der Beantwortung der Rückfragen der IV-Stelle einleuchtend geklärt. Der pauschale Hinweis der psychiatrischen Gutachterin, diese seien allesamt

krankheitsbedingt, genügt nicht, zumal eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem inkonsistenten Verhalten des Beschwerdeführers fehlt und die Diagnosestellung – wie oben ausgeführt – nicht überzeugt.

Im Übrigen erfordern Hinweise auf Inkonsistenzen eine vertiefende Prüfung des funktionellen Schweregrades des psychischen Leidens, damit das Ausmass einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit bestimmt werden kann (vgl. vorne E. 1. 3) . 4.4

Nach dem Gesagten bestehen Indizien, welche die Zuverlässigkeit der psychiatrischen Expertise in Frage stellen.

Dass die Beschwerdegegnerin – gestützt auf die Beurteilung ihres RAD – nicht darauf abgestellt hat, ist demnach nicht zu beanstanden. 4.5

Stellt der RAD nach Eingang eines polydisziplinären Gutachtens fest, dass dieses den Anforderungen nicht entspricht und daher nicht beweiskräftig ist (vgl. zur dem RAD obliegenden Qualitätsprüfung auch Rz. 2081 f. des Kreisschreibens

über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI]), so hat die Verwaltung ein neues Gutachten einzuholen, wenn der Gesundheitszustand und die funktionelle Leistungsfähigkeit des Versicherten – wie vorliegend – nicht mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden können.

Die Schlussfolgerung nicht nachvollziehbarer Einschätzungen der Sachverständigen bzw. einer ungenügenden medizinischen Aktenlage kann angesichts der Untersuchungsmaxime nicht der Ausschluss einer Krankheit im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG oder die Annahme der Beweislosigkeit sein, sondern dies erfordert die Anhandnahme weiterer medizinischer Abklärungen zur Verifizierung oder zum Ausschluss der durch die Gutachterinnen und Gutachter

gestellten Diagnose und der attestierten gesundheitsbedingten Einbussen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

Die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 änderte nichts an der gesetzlichen Ordnung, wonach der Beweis über sozialversicherungsrechtliche Ansprüche primär auf der Stufe des Administrativverfahrens (vgl. Art. 43 f. ATSG) und nicht im gerichtlichen Prozess geführt

wird (vgl. BGE 137 V 210 E. 2.2.2 und 4.2). Wie das Bundesgericht festgestellt hat, litte die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungs durchführung empfindlich und wäre von einem Substanzverlust bedroht, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfüngungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2).

Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdegegnerin – aufgrund der Stellungnahme des RAD -Psychiaters – den Sachverständigen Ergänzungsfragen stellte (Urk. 13/194 ), ohne dem Beschwerdeführer das Gutachten zuzustellen und ihm Gelegenheit zu bieten, seinerseits allfällige Ergänzungsfragen zu stellen (vgl. Rz . 2083 ff. KSVI ) , womit sie dessen Mitwirkungsrechte bei der Beweiserhebung und mithin das rechtliche Gehör (Art. 42 ATSG) verletzt hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_162/2019 vom 29. Mai 2019 E. 5.3.3.2).

Die angefochtene Verfügung ist daher aufzuheben und die Sache zur Vornahme ergänzender psychiatrischer Abklärungen sowie zur anschliessenden neuen Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

#### 5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.29), ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ). 5.2

Nach

§ 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ). Vorliegend erscheint die von der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 27. Mai 2021 (Urk. 19 ) geltend gemachte Parteischädigung von Fr. 2'141.60.--

(inkl. Barauslagen) als angemessen. 5.3

Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessschädigung von Fr. 2'141.60.-- (inkl. Barauslagen ) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

#### **E. 7**

V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 10**

F20.0 genannt. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden die Folgenden erwähnt (Urk.

13/193 S.

6): - Adipositas (BMI 31.4 kg/m<sup>2</sup>) - Sprachstörung (Stottern unter Belastung) - chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom - Wirbelsäulenfehlhaltung (Rundrücken) - Magnetresonanzuntersuchungen der LWS von 1996, 03.07.2003, 05.12.2007 sowie 19.01.2010: kleine breitbasige

Protrusion der Bandscheibe L4/5 ohne Neurokompression - Aktenkundig fachärztlich keine neurologisch objektivierbaren Ausfälle (02.12.2009, 22.04.2010, 01.04.2011) - Ureterolithiasis rechts (bereits 11/2002, zuletzt Pigtail -Katheter-Einlage am 07.09.2017)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, seit vielen Jahren seien unspezifische Rückenschmerzen bekannt. Verschiedenste Therapien hätten keine durchschlagende Besserung erbracht. Bereits in den früheren fachärztlichen Beurteilungen hätten keine Hinweise für eine neurale Kompression verifiziert werden können. Auch hätten die benannten Schmerzen nicht rheumatologisch begründet werden können. Früh im Verlauf der Krankengeschichte hätten Hinweise einer Symptomausweitung bestanden, welche zunächst als dysfunktionale Schmerzverarbeitung, später als Somatisierung eingeordnet worden seien.

Seit dem Jahr 2010 sei der Krankheitsverlauf überwiegend psychiatrisch geprägt. Der Beschwerdeführer sei mehrfach stationär behandelt worden, auch jetzt finde seit über einem Jahr durchgehend eine ambulante psychiatrische Behandlung statt. Leitliniengerecht erfolge eine medikamentöse Therapie mit einem hochpotenten atypischen Neuroleptikum. Trotz dieser hochdosierten Medikation sei keine vollständige Remission eingetreten. Es liege eine schwere Residualsymptomatik vor mit erheblichen psychosozialen

Konsequenzen. In Berücksichtigung des Längs schnittes der Erkrankung müsse festgehalten werden, dass wohl ein langes Pro d ro malstadium vorliege mit überwiegend kognitiven Funktionsstörungen, An trieb s min derung und depressiver Verstimmung. Es sei nicht auszuschliessen, dass der Beschwerdeführer jahrelang das Ausmass der produktiv psychotischen Symp tomatik nicht kommuniziert habe. Auch unter zeitnaher Betrachtung des Verlaufs der Behandlung seit dem Jahr 2017 müsse insgesamt ein e ungünstige Prognose abgegeben werden. Die Therapiemassnahmen auf psychopharmakologischem Ge biet seien ausgeschöpft worden.

Die Diagnosekriterien einer paranoiden Schizo phrenie seien zweifelsfrei erfüllt . Eine Eingliederung auf dem ersten Arbeitsmarkt sei unter Berücksichtigung der sch w eren Funktionsstörungen nicht realisierbar. Die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien allein psychiatrisch begründet. Die Einschränkungen seien erheblich ausgeprägt und betreffen alle Lebensbereiche in gleichem Masse.

E s liege eine erhebliche Störung der höh eren kognitiven Funktionen vor. Es bestehe eine Beeinträchtigung des Realitätsbezugs und der Kritik- und Urteilsfähigkeit. Es bestehe ei ne deutliche Antriebsminderung.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild komme es häufig vor, dass die Betroffenen das Ausmass der Beschwerden nicht schilderten und insbesondere das Vorliegen einer psychotischen Symptomatik negierten. Dies möge auch beim Beschwerdeführer der Fall gewesen sein. Die Inkonsistenzen, die in der Vergangenheit festgehalten worden seien und die verminderte Anstrengungsbereitschaft, welche bei der Ab klärung im Jahr 2010 und auch aktuell in der neuropsychologischen Begut ach tung genannt worden seien, könnten damit erklärt werden, dass bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Realitätsbezug in erheblicher Weise beeinträchtigt ge wesen sei. Hinweise auf eine nicht valide Beschwerdeschilderung könnten aber auch bei kritischer Überprüfung und Würdigung der Vorbefunde nicht gefunden werden. Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit. Die Gesamtarbeitsunfähigkeit sei allein begründet durch die psychiatrische Diagnose. Die somatischen Beschwerden würden keinen rele vanten Einfluss auf di e Arbeitsfähigkeit nehmen (Urk. 13/193 S. 5 ff.).

Im psychiatrischen Teilgutachten führte pract . med. F.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, aus ,

es liessen sich inhaltliche Denkstörungen mit akustischen Halluzinationen eruieren, die auch unter der Medikation anhalten würden. Der Beschwerdeführer habe in der Vergangenheit über optische Halluzi nationen aber auch Körperhalluzinationen berichtet. Eine eigentliche Wahnthe matik sei aktuell nicht eruierbar . Es habe so geschienen , als wenn er auf dies e Thematik nicht habe eingehen wollen. Anamnestisch gebe es Hinweise auf Ver folgungs - und Beeinträchtigungswahnideen und möglicherweise auch Beeinflus sungs erlebnisse, die er aber aktuell nicht habe konkretisieren können oder wollen. Die akustischen Halluzinationen hätten einerseits kommentierenden Charakter, teilweise aber auch imperativen Charakter. So habe er davon erzählt, dass die Stimmen ihn aufgefordert hätten, den jüngsten Sohn zu ermorden, damit er ge heilt werden könne. Er habe eine Störung der Impulskontrolle mit latent fremd aggressivem Verhalten beschrieben, teilweise auch Suizidgedanken, bisher jedoch keine konkreten Suizidabsichten. Nach Anwendung eines Neuroleptikums sei er deutlich geordneter, weniger wahnhaft und auch das Stimmenhören habe nach gelassen. M öglicherweise habe bereits im Jahr 2010 bei der

psychiatrischen Untersuchung eine produktiv psychotische Symptomatik in Form von Stimmen hören vorgelegen. Damals sei bereits eine psychomotorische Hemmung und Auffälligkeiten des Affektes bei depressiver Stimmungslage festgestellt worden. Bei der Krisenintervention im Jahr 2012 sei ebenfalls noch keine produktiv psychotische Symptomatik eruiert worden. Der Beschwerdeführer habe aber fremd aggressives Verhalten gezeigt. Die produktiv psychotische Symptomatik sei während der stationären Behandlung und bei der ambulanten Behandlung festgehalten worden, unter der Medikation mit einem atypischen Neuroleptikum sei eine Teilremission eingetreten. Es könne zumindest mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass eine paranoide Schizophrenie vorliege mit einem langen Prodromalstadium, das möglicherweise länger als 10 Jahre zurückreiche. Da zwischen dem Jahr 2012 und dem Jahr 2017 keine psychiatrischen Befundberichte vorlägen, könne über den weiteren Verlauf der Symptomatik keine schlüssigen Aussagen getätigt werden. Unter Berücksichtigung der vorliegenden Befundberichte könne aber festgehalten werden, dass seit April 2017 eine psychotische Symptomatik diagnostiziert worden sei, die auch unter hochdosierter Neuroleptika-Medikation nicht vollständig remittiert sei. Es liege eine schwere Residualsymptomatik mit erheblichen psychosozialen Konsequenzen vor. Zum jetzigen Zeitpunkt könne aufgrund der Sprachbarriere nicht abschliessend beurteilt werden, ob nicht weiterhin Wahnvorstellungen vorlägen (Urk. 13/193 S. 32 ff.).

Im neuropsychologischen Teilgutachten hielt Lic. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, fest, insgesamt wiesen alle durchgeführten Symptomvalidierungstests auf eine verminderte Leistungsbereitschaft hin. Diese verminderte Leistungsbereitschaft in den Tests sei konsistent mit dem Verhalten in der Untersuchungssituation und den mittelgradig bis schwer verminderten Resultaten in allen durchgeführten Tests. (Urk. 13/193 S. 64). Die Symptomvalidierungstests wiesen auf eine mangelnde Anstrengungsbereitschaft hin, wie dies auch im Verhalten und in den Tests beobachtet werden können. Das Verhalten habe sich trotz mehrmaliger Aufforderung nicht gebessert. Es seien in erster Linie kognitive Symptomvalidierungstests durchgeführt worden, die keine Aussage über die Authentizität der geschilderten psychiatrischen Symptome machen könnten. Eine psychomotorische Verlangsamung und Antriebsstörung finde sich ab 2010 in den Berichten. 2012 seien keine groben Gedächtnisstörungen beschrieben worden. Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung seien als ungestört beschrieben worden. Diese Befunde seien anhand klinischer Beobachtung und nicht durch kognitive Tests beschrieben worden. In den Akten fänden sich keine Hinweise auf neuropsychologische Untersuchungen und/oder Tests und Befragungsinstrumente im Rahmen der psychiatrischen Hospitalisationen und Kriseninterventionen. In der Literatur zeigten sich bei Schizophrenie neuropsychologische Beeinträchtigungen wie eine Störung der Aufmerksamkeit, des Arbeitstempos, des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen. Die Leistungen der kognitiven Funktionen würden im Mittel etwa eine Standardabweichung unter den Leistungen gesunder Menschen liegen. Beim Beschwerdeführer kämen zudem verschiedene weitere Faktoren zusammen, die die schweren kognitiven Beeinträchtigungen mindestens teilweise erklären könnten. Die Fremdsprachigkeit, die geringe Schulbildung, das bildungsferne Milieu, der unklare Schweregrad des aktuellen Schubes, Symptome der Zurückgezogenheit, der mangelnden Motivation und der Antriebsminderung, die als Negativsymptome zur Schizophrenie gehörten. Zudem gebe es Forschungsergebnisse, die auf eine verminderte Motivation bei Schmerzen hinwiesen. Aus diesen Gründen könne im aktuellen neuropsychologischen

Teilgutachten weder eine valide Aussage über den Schweregrad der kognitiven Störung noch über die durchgeführten Symptomvalidierungstests gemacht werden. Die Ergebnisse in den Symptomvalidierungstests könnten einen Hinweis auf eine Verdeutlichung oder Aggravation sein. Allerdings dürfe die Diagnose einer vorgetäuschten neurokognitiven Störung nur gestellt werden, falls andere Ursachen, welche das (Täuschungs-)Verhalten erklären könnten, ausgeschlossen worden seien. Im psychiatrischen Teilgutachten werde eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert, die mindestens teilweise das Verhalten und die mangelnde Motivation wie auch die kognitiven Einschränkungen erklären könne. Eine schwere psychiatrische Erkrankung zeige die Grenzen der Tests zur Symptomvalidierung wie auch der neuropsychologischen Untersuchung auf. Beim Beschwerdeführer könnten aus diesem Grund keine gesicherten Aussagen über eine allenfalls vorgetäuschte neurokognitive Störung und das Ausmass der kognitiven Störung gemacht werden (Urk. 13/193 S. 68 f.) . 3.

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