

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00630 vom 14. Juli 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00630](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00630)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00630 du 14 juillet 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00630 del 14 luglio 2021

## Erwägungen

### E. 1

Der 1962 geborene X.\_\_\_\_ ist gelernter Strassenbauer und arbeitete zuletzt als Magaziner und Produktionsmitarbeiter im Schichtbetrieb (vgl. Urk. 5/29, Urk.

5/12). Seit 2011 ist er arbeitslos bzw. nichterwerbstätig (Urk. 5/94). Anlässlich eines Unfalles am 1. April 2002 hatte der Versicherte eine Tibia-Platenauffraktur

erlitten (Urk. 5/16/52-64), woraus sich eine posttraumatische Gonarthrose rechts entwickelte. Die zuständige Unfallversicherung Suva sprach X.\_\_\_\_ für die Folgen dieses Unfalles eine Invalidenrente gestützt auf eine 26%ige Erwerbsunfähigkeit mit Wirkung ab 1. August 2011 nebst einer Integritätsentschädigung zu (Einspracheentscheid vom 3. Oktober 2012, Urk. 5/38/1-10). Da nebenher leidet der Beschwerdeführer seit 2011 auch an Ellbogenarthrosen beidseits (Urk. 5/19-20), weshalb er sich im Juli 2011 ein erstes Mal bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 5/7). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, insbesondere dem Beizug der Unfallversicherungsakten und einer Untersuchung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Rentengesuch mit Verfügung vom 25. Januar 2013 ab (Urk. 5/46). Im Frühjahr 2016 liess der mittlerweile verbeiständete Versicherte erneut Leistungsgesuche einreichen, am 17. Oktober 2016 mittels Anmeldeformular (Urk. 5/65). Im Zuge ihrer medizinischen Abklärungen gab die IV-Stelle bei Prof. Dr. med. Y.\_\_\_\_, FMH Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. Z.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, ein interdisziplinäres (orthopädisch/psychiatrisches) Gutachten in Auftrag, welches am 7. April 2017 erstattet wurde (Urk. 5/81/1-133). Gestützt hierauf verneinte die IV-Stelle den Leistungsanspruch mit Verfügung vom 26. Juni 2017 erneut (Urk. 5/85).

Am 25. November 2019 meldete sich X.\_\_\_\_ ein weiteres Mal zum Leistungsbezug an (Urk. 5/87). Die IV-Stelle zog einen Auszug aus dem Individuellen Konto (IK) des Versicherten bei (Urk. 5/94) und holte bei den behandelnden Fachpersonen Auskunft ein (Bericht von Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, Oberärztin des Psychiatriezentrums B.\_\_\_\_, Klinik C.\_\_\_\_, vom 19. Dezember 2019, Urk. 5/93). Hierzu nahm RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, am 20. März 2020 Stellung (Urk. 5/95/3 f.). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Vorbescheid vom 23.

März

2020 [Urk.

5/96], Einwand vom 21. April 2020 [Urk. 5/ 97], einschliesslich Begründung [Urk. 5/99]) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 13. Juli 2020 einen Rentenanspruch (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Eine Rentenrevision im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG setzt eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen voraus, die sich auf den Anspruch als solchen oder den Umfang auswirken kann und Anlass gibt, den Invaliditätsgrad neu zu ermitteln. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). Eine revisionsbegründende Änderung kann nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts auch gegeben sein, wenn sich ein Leiden bei gleicher Diagnose in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (vgl. BGE 141 V 9 E. 2.3 und 6.3.2; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_339/2015 vom 25. August 2015 E. 3.1 und 9C\_330/2014 vom 23. Juli 2014 E. 5.2, je mit Hinweisen). Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt demnach nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren 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). 2.

### **E. 2**

Hiergegen erhob X. \_\_\_ am 14.

September

2020 Beschwerde mit dem Rechtsbegehren, es sei ihm in Aufhebung der angefochtenen Verfügung eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 22. Oktober 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Diese wurde dem Beschwerdeführer zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründet ihre Entscheidung damit, dass seit der letzten maligen Abweisung des Rentengesuchs keine neuen Einschränkungen eingetreten seien. Zwar seien zwischenzeitlich neue Diagnosen gestellt worden, welche jedoch eine andere Interpretation des gleichen Sachverhalts darstellen würden (Urk. 2). Sämtliche im Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ festgehaltenen Diagnosen hätten entweder schon seit Geburt oder bereits seit 2016 bestanden. Es werde in ihrem Bericht ausdrücklich ein stationärer Gesundheitszustand bestätigt. Damit sei im Vergleich zur letzten rentenabweisenden Verfügung vom 26. Juni 2017 keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ersichtlich (Urk. 4).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, dass sich der Gesundheitszustand verändert habe. Die im Gutachten attestierte, damals remittierte depressive Episode habe sich mittlerweile zu einer rezidivierenden Störung entwickelt, die dem Beschwerdeführer in Zusammenhang mit den übrigen Beschwerden wesentliche Ressourcen

für die Arbeitsfähigkeit entziehe. Dr. A.\_\_\_\_

berichte

über eine fehlende Tagesstruktur und einen verschobenen Tag-Nacht-Rhythmus, wogegen der psychiatrische Gutachter noch einen geregelten Tagesablauf geschildert habe; ferner bestehe nach Auskunft der Beiständin eine zunehmende Verwahrlosung des Haushaltes. Angesichts der eingehenden Untersuchungen im Psychiatricum B.\_\_\_\_ sei am Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung nicht zu zweifeln. Die Folgen des Asperger-Syndroms seien zweifellos wesentlich einschränkender als noch die im Juni 2017 diagnostizierten Störungen. Offensichtlich sei es zu einer Veränderung im Verhalten des Beschwerdeführers gekommen (Urk. 1 S. 5 f.).

### **E. 3**

.2

Dem Austrittsbericht des Psychiatricums B.\_\_\_\_ vom 23. Mai 2016, unterzeichnet von Dr. med. univ. G.\_\_\_\_, Oberärztin, und lic. phil. H.\_\_\_\_, Psychologin, (Urk. 5/75) ist ausserdem Folgendes zu entnehmen: Der Beschwerdeführer befinde sich seit 17. März 2014 in ambulanter Behandlung. Es hätten meist monatlich stützende Gespräche stattgefunden, in Einzelgesprächen hätten der Umgang mit der Ehefrau und den Erpressungen, die Reduktion der Schlafstörungen und des Grübelns, eine bessere Tagesstrukturierung (selbständig und im Rahmen einer allfälligen geschätzten Arbeitsstelle) und die Aufnahme positiver Aktivitäten im Zentrum gestanden. Nach Abklingen der depressiven Symptomatik sei im September 2014, aufgrund eines Verdachts auf Intelligenzminderung, eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden (hier zu vgl. E. 3.1.2). Vor der Trennung (Anmerkung: von der Ehefrau) hätten sich wiederholt

Situationen ergeben, dass der Beschwerdeführer durch seine Ehefrau unter Druck gesetzt worden sei, ihr grössere Geldsummen auszuhändigen. Im Juli 2013 habe sie den Beschwerdeführer drei Tage lang zu Hause eingesperrt, bis er ihr die verlangte Summe ausbezahlt habe. Der Beschwerdeführer zeige sich in diesen Situationen gegenüber seiner Ehefrau nicht durchsetzungsfähig. Er habe Ende 2014 beschlossen, « die Ehescheidung aufzuheben » , und wohne seither wieder

gemeinsam mit seiner Ehefrau (aus finanziellen Gründen, um Unterhaltszahlungen zu vermeiden). Eine Tagesstrukturierung im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle hätte noch nicht etabliert werden können. Sie (die Behandlerinnen) hielten eine externe Struktur für äusserst wichtig und würden seit langer Zeit die Aufnahme einer geschützten Tätigkeit empfehlen. Ebenso würden sie empfehlen, anstelle einer psychotherapeutischen Begleitung eine Begleitung durch die psychiatrische Spitex zu Hause zu etablieren, was vom Beschwerdeführer jedoch noch nicht angenommen werden können. Sie bäten die Hausärztin diese Thematik nochmals aufzunehmen, da der Beschwerdeführer möglicherweise in der Haushaltsführung Unterstützung benötigen könnte.

### **E. 3.1**

Der in Rechtskraft erwachsenen, anspruchsverneinenden Verfügung vom 26. Juni 2017 (Urk. 5/85) lag das interdisziplinäre Gutachten von Prof. Dr. Y.\_\_\_\_ und Dr.

Z.\_\_\_\_ vom 7. April 2017 (Urk. 5/81) zugrunde; dieses beruhte auf eigenen Untersuchungen vom 28. März 2017 sowie der bis dato vorliegenden Aktenlage.

#### **E. 3.1.1**

Dr. Z.\_\_\_\_ diagnostizierte aus orthopädisch-chirurgischer Sicht (1) eine Bewegungseinschränkung im Bereich des linken Ellenbogengelenkes bei ätiologisch unklarer Arthrose und zweifach erfolgter offener Revision in den Jahre 1999 und 2011, (2) eine Bewegungseinschränkung im Bereich des rechten Ellenbogengelenkes bei ätiologisch unklarer Arthrose und 2011 erfolgter Arthroskopie und Bergung von freien Gelenkskörpern, (3) eine multidirektionale Bewegungseinschränkung des rechten Hüftgelenkes bei femoroacetabulärem

Impingement (Cam- Impingement) mit Pistolengriff-Deformität des rechten Schenkelhalses und beginnender Coxarthrose sowie (4) eine Patelloarthrose im Bereich des rechten Kniegelenkes mit einer lateralen Chondropathie Grad Kellgren III sowie einer begleitenden Kniescheibenrückflächenarthrose Grad Kellgren II nach 2002 erlittener Tibiakopftrümmerfraktur mit lateraler und medialer Meniskusläsion. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vermerkte er einen Senk-Spreizfuss beidseits sowie den Status nach 2016 erlittener linksseitiger Distorsion des oberen Sprunggelenkes (OSG), gegenwärtig ohne Beschwerdevortrag sowie ohne Funktionseinschränkung (Urk. 5/81/115 f.). Er (Dr. Z.\_\_\_\_) gehe mit den behandelnden Ärzten der Orthopädischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_ sowie des Spitals F.\_\_\_\_ uneinig geschränkt einig hinsichtlich Untersuchungsbefunde und daraus abgeleiteten Diagnosen. Der Beschwerdeführer habe zuletzt in der Produktion von Bitumwellplatten gearbeitet. In dieser als körperlich mittelschwer bis schwer einzustufen, überwiegend stehenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer sicherlich seit der (damals vorliegenden) Wiederanmeldung nicht mehr arbeitsfähig. Nicht einig gehe er mit der Einschätzung des betreuenden orthopädischen Chirurgen, wonach in adaptierter Tätigkeit eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 5/81/119). In einer hüft- und knieadaptierten, leichten, wechselbelastenden, überwiegend sitzenden Tätigkeit ohne

vermehrte Beanspruchung der Ellenbogengelenke erachte er den Beschwerdeführer aus orthopädisch-versicherungsmедицинischer Sicht zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 5/81/120). Die qualitativen Leistungseinschränkungen führte Dr. Z.\_\_\_\_ anschliessend eingehend einzeln auf (Urk. 5/81/123 f.). Die quantitative Einschränkung von 20 % ergebe sich in der Folge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, vermehrten Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit. In der zuletzt ausgeübten, körperlich schweren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 21. Juli 2011 durchgehend nicht mehr arbeitsfähig. Die sowohl qualitative als auch quantitative Leistungsminderung in adaptierter Tätigkeit bestehe seit spätestens 14. Oktober 2016 (Urk. 5/81/124 f.).

### **E. 3.1.2**

In psychiatrischer Hinsicht diagnostizierte Prof. Dr. Y.\_\_\_\_

(Urk. 5/81/67) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Minderung der Intelligenz im Bereich der Lernbehinderung (ICD-10: F79) sowie ohne Einfluss einen chronischen Schmerz (R52), eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2), eine Persönlichkeitsakzentuierung mit impulsiv-fremdaggressivem Verhalten (ICD-10: Z73.1), differentialdiagnostisch eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung vom impulsiven Typus (ICD-10: F60.30), eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10: F32.4), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10: Z56), Probleme in Verbindung mit Wohnbedingungen und ökonomischen Verhältnissen

(ICD-10: Z59) sowie chronische Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 : Z60.3).

Im September 2014 sei eine neuropsychologische Untersuchung in der Klinik C.\_\_\_\_ zur Fragestellung einer Minderbegabung erfolgt. Als psychiatrische Diagnose sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (F33.1), angegeben. Als Ergebnis dieser Untersuchung, die ohne Symptomvalidierung durchgeführt worden sei, habe sich ein niedriges intellektuelles Niveau sowohl im verbalen (IQ-Wert 77) sowie auch im Handlungsteil (IQ-Wert 78) gezeigt. Bei der Betrachtung von Teilleistungen hätten sich ein niedriges Sprachverständnis (Index-Wert 79) und eine durchschnittliche Fähigkeit zur Wahrnehmungsorganisation (Index-Wert 89) gezeigt. Weiter hätten sich kognitive Minderleistungen im Bereich der exekutiven Funktionen (schwer reduzierte Verarbeitungsgeschwindigkeit und visuoverbale Interferenzkontrolle, leicht bis mittelschwer reduzierte Ideenproduktion) und im Bereich des verbalen episodischen Gedächtnisses (mittel bis schwer reduzierter Abruf nach dem Lernen einer Interferenzliste und Wiedererkennung) gefunden. In einigen computergestützten Aufgaben zur Prüfung der Aufmerksamkeit (selektive und geteilte Aufmerksamkeit) habe der Beschwerdeführer altersentsprechende Reaktionszeiten und Fehlerhäufigkeiten, jedoch eine erhöhte Anzahl Auslassungen gezeigt. Das figurale Gedächtnis sei überdurchschnittlich gewesen. Hingegen habe der Beschwerdeführer in einem Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der depressiven Symptomatik einen unauffälligen Wert erreicht. Insgesamt seien die Ergebnisse als unterdurchschnittliche Intelligenz im Sinne einer leichten Lernbehinderung interpretiert worden. Im Rahmen dieser Lernbehinderung komme es zu Teilleistungsbeeinträchtigungen im Bereich der Exekutivfunktionen sowie beim verbalen Gedächtnis. Ätiologisch seien die objektivierten kognitiven Defizite zusammen mit den anamnestischen Angaben zu Schwierigkeiten bereits seit der Kindheit am ehesten als vorbestehend im Rahmen der Lernbehinderung zu interpretieren (Urk. 5/81/61).

Zu der im Austrittsbericht des Psychiatriezentrums B. \_\_\_\_

vom 23. Mai 2016 unter anderen aufgeführten Diagnose einer rezidivierende n depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradig (F33.0) , vermerkte der Gutachter, da nie zuvor depressive Episoden dokumentiert worden seien, wäre von einer depressiven Episode auszugehen und nicht von einer rezidivierenden depressiven Störung (Urk. 5/81/61 f.).

Aus psychiatrischer Sicht hätten sich keinerlei Hinweise auf Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation ergeben. Der Beschwerdeführer habe während der Zeit der Persönlichkeitsbildung durch den Unfall seines Vaters eine Überforderung erfahren; es hätten zudem schulische Schwierigkeiten bestanden, weshalb vorübergehend eine Sonderbeschulung in der Primarschulzeit erfolgt sei. Im weiteren biographischen Verlauf seien keine psychiatrischen Auffälligkeiten bis zum Jahre 2014 berichtet. Beim hiesigen Untersuch hätten sich in der Persönlichkeit impulsiv-fremdaggressive Züge gezeigt, die im Rahmen der eingetretenen Verbitterung des Exploranden bei anhaltenden Eheproblemen eine Generalisierungstendenz aufweisen würden und durchaus nicht ungefährlich seien. In der Beurteilung der Ich -Strukturen müsse konstatiert werden, dass der Beschwerdeführer inzwischen eine gewisse Störung der Realitätsbeurteilung aufweise. Diese werde stark durch seine psychosozialen Probleme inhaltlich gefärbt und erführe im Zusammenwirken der Verbitterungsstörung (nachfolgend als Anpassungsstörung klassifiziert) mit den eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten eine Störung der Impulskontrolle. Die Ressourcenlage des Beschwerdeführers sei grundsätzlich nicht frustriert. Er habe einen Beruf erlernt und sei in der Lage, einfache Tätigkeiten zu verrichten (Urk. 5/81/62 f.). Aus psychiatrisch-gutachterlicher Sicht liege ein leicht- bis mässiggradiger IV-relevanter Gesundheitsschaden vor. Die Minderleistungen in der Intelligenz und die Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers würden qualitative Einschränkungen in seinem Leistungsbild bedingen, eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege jedoch nicht vor (Urk.

5/81/65). Tätigkeiten, in denen der Beschwerdeführer Verantwortung für Menschen tragen müsse und die den Umgang mit Waffen erforderten, seien auszuschliessen. Ebenso könne der Beschwerdeführer nicht für Arbeiten eingesetzt werden, die überdurchschnittliche intellektuelle Anforderungen an ihn stellten. Auch nicht leistbar seien stressbesetzte Tätigkeiten. Das positive Leistungsbild beinhalte kognitiv einfache, repetitive Tätigkeiten ohne hohe Verantwortlichkeiten für Menschen und prozessuale Abläufe. Die qualitativen Einschränkungen würden offenbar schon länger bestehen (die verminderte Intelligenz sei angeboren), die Anpassungsstörung habe sich nach der depressiven Phase 2014/15 ausgebildet. Die depressive Episode selbst sei remittiert und bewirke keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 5/81/66).

#### **E. 4**

Die angefochtene Verfügung vom 13.

Juli 2020 stützt sich auf folgende medizinische Aktenlage:

##### **E. 4.1**

Im Verlaufsbericht vom 5. Februar 2020 (Urk. 5/93)

führt Dr.

A.\_\_\_\_ gestützt auf die neuropsychologische Abklärung (vgl. nachstehend E. 4.2) neu ein Asperger -Syndrom (ICD-10: F84.0), eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität (ICD-10: F98.8) sowie eine sonstige Störung schulischer Fertigkeiten mit Lese- und Rechtschreibschwäche sowie Rechenschwäche (ICD-10: F81.8) auf. Die aktuellen Diagnosen erklärten die schulische und berufliche Entwicklung bzw. die dabei aufgetretenen Probleme, die sozialen Probleme des Beschwerdeführers (dysfunktionale Beziehungen zu Frauen, Verkehren im Milieu der Prostitution, Scheidung, tätliche Übergriffe, inkl. des letzten Deliktes wegen Körperverletzung, soziale Interaktion, Konflikt-Missmanagement, Impulsivität etc.) und damit den Verlauf des bisherigen Lebens sowie die aktuelle Lebenssituation sehr gut. Der psychopathologische Befund entspreche den Diagnosen, mit starker emotionaler Instabilität, mit depressiven Einbrüchen, Selbstabwertung mit Schuldzuweisungen, Insuffizienzgefühlen, Gereiztheit, Impulsivität mit Kontrollverlust, stark reduziertem Introspektions- und Reflexionsvermögen, sehr geringen Ressourcen, deutliche r Neigung zu Desorganisation, Schwierigkeiten mit Planen und Strukturieren, inkl. des eigenen Tagesablaufes, Tendenz zur Somatisierung, verstärkt unter psychischem Druck, dysfunktionale n Denkkreisläufe mit vermehrtem Grübeln, negativen Zukunftsperspektiven und Auslösen von Selbstwertkrisen im Sinne eines sich selbst erhaltenden und verstärkenden negativen Teufelskreises. Es bestehe ein stark fixiertes, negativistisches Denken, welches durch negative Lebenserfahrungen unterhalten werde und kaum unterbrochen werden könne. Ausserdem bestünden Schlafstörungen. Es sei ein deutlicher sozialer Rückzug vorhanden, kein funktionierendes soziales Netz, reduzierte soziale Kompetenzen. Die Therapiefähigkeit im engeren Sinn sei nicht gegeben, weil der Beschwerdeführer besprochene Interventionen nicht ausreichend verstehe und vor allem nicht oder kaum umsetzen können, was als adäquat angesichts der unterdurchschnittlichen Intelligenz und der Teilleistungsstörungen zu bewerten sei. Allenfalls sei im geschützten Rahmen (2. Arbeitsmarkt) eine Tätigkeit zu 50 % möglich. Das wäre eine sehr wichtige Ressource, die der Beschwerdeführer nutzen könnte, um die u.a. negativen Denkspiralen durch Struktur zu unterbrechen und Selbstwirksamkeit zu erleben. Im ersten Arbeitsmarkt sei er zu 100 % leistungsunfähig. Prognostisch sei zu empfehlen, eine leidensangepasste Tätigkeit im geschützten Rahmen zu etablieren, um eine geregelte Tagesstruktur und damit Stabilität herzustellen und um einer Verschlechterung vorzubeugen. Die vordiagnostizierte rezidivierende depressive Störung sei aktuell in leichter bis mittelgradiger Ausprägung vorhanden, allerdings am ehesten im Rahmen der Autismus-Spektrum-Störung ( ASS ) einzuordnen, differentialdiagnostisch sei eine komorbide Störung möglich. Die Motivation des Beschwerdeführers sei eher sehr hoch (bei 8 von 10 der Punkteskala ) , jedoch schwer einzuschätzen bei den Diagnosen , und die kognitiven Ressourcen seien gering. Die psychosozialen Probleme seien direkte Folgen/

Symptome der Erkrankung.

#### **E. 4.2**

Dr. A.\_\_\_\_ stützt sich hierbei auf den neuropsychologischen Bericht des psychologischen Dienstes des Psychiatricentrum B.\_\_\_\_

vom 2. Juli 2019 (Urk. 5/86), welcher auf Untersuchungen vom 14., 17. und 21. Mai 2019 basiert. Diese wurden bei Verdacht auf Vorliegen eines AD(H)S sowie einer Autismus-Spektrum-Störung in Auftrag gegeben, ebenfalls mit der Frage nach Vorliegen einer Legasthenie und Dyskalkulie. Nach einer kriteriengeleiteten Diagnostik gemäss dem Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-5 in Bezug auf die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, einer kriteriengeleiteten Diagnostik gemäss ICD-10 in Bezug auf Autismus und Asperger -Syndrom, den Verhaltensbeobachtungen während der Untersuchung, einer testpsychologischen Prüfung der kognitiven Funktionen, verschiedenen psychopathologischen Selbstbeurteilungsinstrumenten und eines Fremdbeurteilungsinstrumentes kamen die untersuchenden Psychologinnen zum Schluss, die Ergebnisse der Untersuchung liessen an ein Asperger -Syndrom denken. Zumindest aus eigenanamnestischen Angaben hätten sich keine Hinweise auf kognitive oder Sprachentwicklungsstörungen vor dem 3. Lebensjahr ergeben, was gemäss ICD-10 ein Ausschlusskriterium darstelle. Der Beschwerdeführer sei normal eingeschult worden und habe erst ab der 3. Klasse eine Sonderschule besucht. Hingegen hätten sich Hinweise auf qualitative Beeinträchtigungen der gegenseitigen sozialen Interaktionen sowie intensive umschriebene Interessen (Modellbau) ergeben. Die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse mit teils deutlichen Einschränkungen der sozialen Kognitionen (Interpretieren von emotionalen Gesichtsausdrücken, Theory of

Mind) würden die Diagnose eines Asperger -Syndroms unterstützen. Im Kontaktverhalten habe der Beschwerdeführer teilweise den Blickkontakt vermieden. Im Bereich der Aufmerksamkeit und Konzentration hätten sich stabil zur Voruntersuchung leichte Einschränkungen ergeben, vereinbar mit dem Vorliegen eines AD(H)S. Laut eigen- und fremdanamnestischen Angaben (Eigenanamnese, ADHS-SB, CAARS) wären die Kriterien für eine Aufmerksamkeitsdefizitstörung ohne Hyperaktivität erfüllt. Dagegen sprechen würden jedoch die retrospektiven Angaben über ADHS-Symptome in der Kindheit, welche unauffällig ausgefallen seien. Bei genauerer Befragung der Angaben des Beschwerdeführers in diesem Fragebogen sei jedoch ersichtlich geworden, dass insbesondere die Aufmerksamkeitsdefizite bereits in der Kindheit vorhanden gewesen seien. Demzufolge sei es gerechtfertigt, die Diagnose eines ADS (ICD-10: F98.8; DSM-5: F90.0 vorwiegend unaufmerksames Erscheinungsbild) zu stellen. Differenzialdiagnostisch könnten die Aufmerksamkeitsdefizite auch im Rahmen der depressiven Symptomatik oder der unterdurchschnittlichen Intelligenz zu interpretieren sein.

#### **E. 4.3**

Die Beschwerdegegnerin beruft sich in ihrer Entscheidung auf die Stellungnahme ihres RAD-Arztes Dr. D. \_\_\_ vom 20. März 2020 (Urk. 5/95/3 f.). Dieser erachtete die im neuropsychologischen Bericht festgehaltenen Auffälligkeiten in Kommunikation und Kontaktstörungen als solche, welche bereits im Rahmen der Begutachtung als qualitative Beeinträchtigungen festgestellt worden waren und unter der Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung subsumiert worden seien. Stereotype Verhaltens- und Interessemuster liessen sich nicht eruieren. Die Auffälligkeit in der verbalen und nonverbalen Kommunikation könnten durchaus bei Menschen mit einer Lernbehinderung und einer Persönlichkeitsakzentuierung bzw. -störung auftreten. Die Auffälligkeiten der Aufmerksamkeit seien schon im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung 2014 festgestellt worden und seien damals im Rahmen der Lernbehinderung interpretiert worden. In der Gesamtschau würden neue Diagnosen gestellt, welche jedoch eine andere Interpretation des gleichen Sachverhalts darstellen würden. Die beschriebenen Auffälligkeiten könnten durch die schon im Gutachten 2017 gestellten Diagnosen ausreichend erklärt werden.

## **E. 5**

/86/6) und die Störungen schulischer Fertigkeiten mit Lese- und Rechtschreibschwäche sowie Rechenschwäche scheinen - ungeachtet ihrer Ätiologie - nicht neu. Dem Gericht erschliesst sich daher nicht, aus welchen Gründen schliesslich eine gesicherte neue Diagnostik gestellt und beispielsweise nicht bloss Verdachtsdiagnosen gestellt wurden. Daran ändert nichts, dass Dr. A. \_\_\_ diese neu gestellten Diagnosen als gut vereinbar mit den lebensgeschichtlichen Problemen und neuropsychologischen Einschränkungen erachtete.

Weitere medizinische Abklärungen zur Plausibilisierung der neu gestellten Diagnosen können indes unterbleiben. Wie der Beschwerdeführer zu Recht einwendet, ist einzig massgebend, ob sich hinsichtlich der Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit neue oder schwerere Beeinträchtigungen eingestellt haben, die eine relevante Verminderung der Erwerbsfähigkeit zur Folge haben.

### **E. 5.1**

Aus den medizinischen Akten ergibt sich, dass seit der Verfügung vom 26. Juni 2017 (Urk. 5/85) in somatischer Hinsicht keine wesentliche Änderung ausgesprochen ist, was unbestritten blieb. Festzuhalten bleibt, dass der Beschwerdeführer seit seinem Unfall im August 2002 in seinem gelernten Beruf als Strassenbauer arbeitsunfähig ist und seit Juli 2011 auch in anderen mittelschweren oder schweren körperlichen Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Für ihn mehrfacher Hinsicht (auch intellektuell) angepasste, körperlich leichte Tätigkeiten ist der Beschwerdeführer überdies seit jedenfalls Oktober 2016 zu 20 % arbeitsunfähig (E).

3.1.1). Strittig und zu prüfen ist, ob seit dem 26. Juni 2017 in psychisch/psychiatrischer oder in neurologischer Hinsicht eine wesentliche Leistungsminde rung eingetreten ist, die zu einer rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit führte.

### **E. 5.2**

Die neuropsychologischen Abklärungen im Mai 2019 mögen auf umfassenden Untersuchungen basieren, hieraus ergibt sich jedoch noch keine schlüssig begründete, nachvollziehbare Diagnostik. In den Ausführungen über die kriterien geleitete Diagnostik fällt unter anderem auf, dass hinsichtlich des ADS nicht sämtliche erforderlichen Kriterien als erfüllt bezeichnet wurden (Urk. 5/86/2) und auch in der Selbstbeurteilung fehlten Hinweise auf wesentliche Beeinträchtigungen hinsichtlich der Hauptkriteriengruppe eines AD(H)S, konkret hinsichtlich Übereaktivität und Impulsivität, bei unauffälligen Ergebnissen der Wender-Uth-Rating-Scale (Urk. 5/86/5). Auch hinsichtlich des Asperger-Syndroms räumt die Psychologin ein, dass sich in der frühkindlichen Entwicklung sowie den ersten Schuljahren keine Hinweise für ein solches ergeben hätten, was als Ausschlusskriterium gelte (Urk. 5/86/6 f.).

Beispielsweise nicht nachvollziehbar bleibt, weshalb

sich aus dem vom Beschwerdeführer geschilderten Spielverhalten (aufgrund der Arbeit zuhause hätte er keine Zeit zum Spielen gehabt) und mangels Leseinteresse (Geschichten zu erfinden finde er schwer; er habe auch kein Interesse am Lesen von Büchern und lese höchstens die Zeitung oder Töff-Zeitschriften) angesichts der Lebensgeschichte und den bekannten kognitiven Einschränkungen eine Beeinträchtigung des Vorstellungsvermögens ergeben soll

oder aus dem Modellbau-Hobby und der Tendenz, in Diskussionen zu sehr den eigenen Standpunkt zu vertreten, stereotype Verhaltens- und Interessensmuster. Trotzdem wurden diese Kriterien als erfüllt vermerkt (Urk. 5/86/3). Hinweise auf das Vorliegen autistischer Züge, die auch subsyndromaler Natur sein könnten, vermögen keinen schlüssigen Nachweis zu erbringen (Urk. 5/86/5).

Die Familienanamnese scheint ausserdem bland (Urk. 5/86/2), womit sich die Psychologinnen nicht auseinandersetzten. Die neuropsychologischen Minderleistungen waren vereinbar mit den anlässlich der Untersuchung vom September 2014 objektivierten Defiziten in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Gedächtnis (Urk.

### **E. 5.3**

Diesbezüglich ergibt sich aus dem neuropsychologischen Bericht vom 2. Juli 2019 keine Verschlechterung. Die testpsychologische Prüfung der kognitiven Funktionen ergaben vergleichbare Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und Gedächtnis, wie sie bereits anlässlich der früheren neuropsychologischen Untersuchung im September 2014 befundet worden waren. Bei der

zunehmend gezielter Überprüfung der Lese-, Rechtschreib- und Rechenleistungen liessen sich jeweils leichte Defizite objektivieren, die im Rahmen einer sonstigen Störung schulischer Fertigkeiten interpretiert wurden und zum übrigen Leistungsprofil passten. Das Vorliegen einer Legasthenie bzw. Dyskalkulie wurde verworfen (Urk. 5/86/6).

Bereits anlässlich der ersten Abklärung im September 2014 fand sich generell eine unterdurchschnittliche Intelligenz im Sinne einer leichten Lernbehinderung (Urk. 5/61/5), weshalb sich aus der neu festgehaltenen Lese-, Rechtschreib- und Rechenschwäche keine massgebliche Veränderung ableiten lässt. Anlässlich der Begutachtung durch Prof. Dr. Y. \_\_\_ waren ausserdem die schulischen Schwierigkeiten, insbesondere im Rechnen, bekannt (Urk. 5/81/49).

Auch die während der Testuntersuchungen festgehaltenen Verhaltensbeobachtungen implizieren keine allenfalls näher abzuklärende Veränderung der arbeitsrelevanten Funktionen: So wird im Mai 2019 von einem gepflegten, äusseren Erscheinungsbild und freundlichem Kontaktverhalten berichtet; vereinzelt sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer den Blickkontakt vermeide. Er arbeite kooperativ, wenn auch wenig begeistert mit. Affektiv wirkt er leicht niedergeschlagen und wenig schwingungsfähig. Das Arbeitstempo sei langsam gewesen und die Konzentrationsfähigkeit habe über den Verlauf der Untersuchung leicht nachgelassen. Eine erhöhte motorische Unruhe oder Impulsivität habe nicht beobachtet werden können. Die Instruktionen hätten seinen Fähigkeiten entsprechend umgesetzt werden können (Urk. 5/86/4). Dies weicht von den im September 2014 festgehaltenen Beobachtungen, soweit infolge ihrer Knappheit vergleichbar (Urk.

5/61), nicht ab. Aus dem allenfalls neu aufgetretenen teilweisen Unvermögen, Blickkontakt zu halten, ergibt sich im medizinisch zumutbaren Tätigkeitsfeld keine wesentliche Verminderung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit.

Der psychiatrischen Beurteilung lässt sich hinsichtlich der affektiven Störung keine Änderung entnehmen. Dr. A. \_\_\_ diagnostiziert in ihrem Bericht vom 5. Februar 2020 (Urk. 5/93) weiterhin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichgradige (Episode ;

ICD-10: F33.0), was keine Verschlechterung darstellt. Soweit Dr.

A. \_\_\_ neu diese Störung am e hesten im Rahmen der ASS einordnet, differentialdiagnostisch eine komorbide Störung jedoch nicht aus schliesst , (Urk. 5/93/8, Urk. 5/93/14) betrifft t dies die diagnostische Einordnung derselben Symptomatik, womit hinsichtlich der Ausprägung und den funktio nel len Einschränkungen keine massgebliche Verschlechterung postuliert wird. In ihren weiteren Ausführungen legt sie dar, weshalb der bisherige Le benslauf ein schliesslich der fehlenden Introspektionsfähigkeit und des mangelnden Refle xions vermögen s gut vereinbar sei mit den neu gestellten Diagnosen (Urk. 5/93/8) . Dies impliziert jedoch offensichtlich schon in frühen Jahren, zumindest seit längerer Zeit bestehende oder gar angeborene neurologische Auffälligkeiten. Unter dem Titel «veränderte Befunde» wiederholt sie denn auch, wie gut die aktuellen Dia gnosen die schulische und berufliche Entwicklung bzw. die dabei aufgetretenen Probleme erklären würden (Urk. 5/93/12). Hierbei lässt sie jedoch eine Erklärung für einen letztlich gelungenen Ausbildungsabschluss, die langjährigen Arbeits verhältnis se mit guten Arbeitszeugnissen (Urk. 5/29/1-4) und das offensichtlich unauffällige Funktionieren bis zur Erwerbsaufgabe infolge körpe rlicher Ein schrän kungen und den anschliessenden finanziellen und ehelichen Schwierig keiten vermessen (Urk. 5/21) . Auch die schwierige Kindheit mit der Überforderung als Jugendlicher wäre mindestens ebenso dem schicksalhaften Unfall seines Vater s zuzurechnen. Soweit sie unter Beachtung der Komorbidität eine vollständige Arbeitsunfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt postuliert (Urk. 5/93/9) , ist dies die Einschätzung eines unverändert gebliebenen Sachverhalts. Dr. A. \_\_\_ hält in diesem Zusammenhang fest, dass der Beschwerdeführer kein funktionierendes soziales Netz habe, keine Tagesstruktur, und daher immer wieder in einen ver schobenen Tag-Nacht-Rhythmus rutsche (Urk. 5/93/8 f. ). Davon, dass diese Um stände krankheitsbedingt irreversibel wären bei entsprechend vorgegebener Tages struktur, ist angesichts der von ihr als wichtige Ressource dargestellte Arbeits tätigkeit (Urk. 5/93/9) jedoch nicht auszugehen. Ferner ist darauf hinzuweisen, dass bereits im Bericht vom 23. Mai 2016 auf die Notwendigkeit einer externen Tagesstrukturierung im Rahmen einer geschützten Arbeitsstelle und möglicher weise einer Unterstützung in der Haushaltführung hingewiesen wurde (Urk.

5/75/7). Bereits anlässlich der gutachterlichen Exploration berichtete der Beschwerde füh rer über seit jeher wenig freundschaftliche Beziehungen (Urk.

5/81/49 f.) und der damals geschilderte Tagesablauf mit Barbesuchen bis früh morgens lässt auf einen

un stet en bzw. wenig strukturierten Tag-Nacht-Rhythmus schliessen (Urk.

5/81/ 53

f.).

Die beschwerdeweise vorgebrachte Verwahrlosung bzw. Zunah me von krankheitsbedingten Einschränkungen arbeitsrelevanter Funktionen seit Juni 2017 ist damit nicht erstellt.

#### **E. 5.4**

Insgesamt lässt sich den vorliegenden Akten keine relevante Veränderung im gesundheitlichen Sachverhalt seit der Verfügung vom 26. Juni 2017 entnehmen. Weitere Abklärungen hinsichtlich der erwerblichen Auswirkungen der medizi nisch ausgewiesenen

Einschränkungen somatischer und neurologischer oder psychiatrischer Natur erübrigen sich daher, weil eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts invalidenversicherungsrechtlich unmassgeblich wäre. Ebenso hat ein neuer Erwerbsvergleich in Gesamtschau sämtlicher Einschränkungen ein schliesslich des mittlerweile fortgeschrittenen Alters zu unterbleiben.

Nach diesen Erwägungen besteht die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2020 zu Recht. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

## **E. 6**

Das Verfahren ist gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 61 lit. a ATSG, in der vorliegend anwendbaren, bis Ende 2020 gültig gewesenen Fassung, im Rahmen zwischen Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind vorliegend auf Fr. 600.-- festzulegen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Leimbacher - 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  
Hurst Wyler

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