

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00670 vom 9. Dezember 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00670](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00670)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00670 du 9 décembre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00670 del 9 dicembre 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 19 62, war seit dem 1. Oktober 1985, zuletzt als

System Engineer, bei der Y.\_\_\_\_, Zürich, tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 10. Juli 2016 war (Urk. 7/ 17 Ziff. 2.1-2).

Am 24. Oktober 201

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im

Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1. 4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

## **E. 1.5**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass gestützt auf das Gutachten der Z. \_\_\_ davon auszugehen sei, dass aus somatischer Sicht (internistisch/neurologisch) keine funktionellen Einschränkungen vorlägen, welche Auswirkungen auf die Ausübung der angestammten Tätigkeit oder einer angepassten Tätigkeit hätten.

Aus psychiatrischer Sicht könne zwar die Diagnose einer depressiven Störung gestellt werden. Es hätten aber Diskrepanzen zwischen den subjektiv (eigenen, persönlichen) geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren (messbaren) Befunden bestanden. Der Wahrheitsgehalt der subjektiven Empfindungen sei schwer überprüfbar. Dieser Umstand und die fehlende Mitarbeit bei den Abklärungen verunmöglichten eine valide Einschätzung der psychiatrischen Symptome auf die Arbeitsfähigkeit. Auch bei der neuropsychologischen Testung habe sich kein valides Testprofil bei Hinweisen für eine verminderte Anstrengungsbereitschaft gezeigt.

Nach neuer Rechtsprechung könne der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen der umfassenden Betrachtung ein

stimuliertes Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeige. Fehle es daran, sei der Beweis nicht geleistet. Dies wirke sich nach den Regeln der materiellen Beweislast zuungunsten des Beschwerdeführers aus. Das Vorliegen von Panikstörungen im invalidisierenden Ausmass habe nicht bestätigt werden können, zumal die Kriterien nicht erfüllt seien. Es lägen psychischerseits

wenig ausgeprägte objektivierbare Befunde vor. Der Beschwerdeführer sei weder bei der Selbstsorge noch bei der Reisefähigkeit eingeschränkt und die Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Zudem weise der Medikamentenspiegel auf eine Malcompliance hin (S. 1 ff.) . 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass auf das psychiatrische Teilgutachten der Z.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden könne (S. 5 f. Rz 15-16, S. 7 f. Rz 19 - 20). Es sei nicht dargelegt worden, welche seiner Schilderungen für eine Aggravation sprächen, wahrscheinlich beziehe sich die behauptete Aggravation ausschliesslich auf das inkonsistente neuropsychologische Testprofil (S. 6 f. Rz 17-18). Zudem hätten sich aus Sicht des neurologischen und internistischen Gutachters keine Inkonsistenzen gezeigt (S. 7 oben). Eine sorgfältige Prüfung der Symptomverdeutlichung in Abgrenzung zur Aggravation sei nicht vorgenommen worden (S. 7 Rz 19). Er habe während der Exploration unter THC-Einfluss gestanden. Während einer Intoxikation unter Cannabinoiden sei die kognitive Leistungsfähigkeit zweifellos eingeschränkt, woher auch seine schwache Leistung respektive das nicht valide Testresultat anlässlich der neuropsychologischen Abklärung herrühren könnte (S. 8 Rz 21-22). Zusammenfassend erweise sich das polydisziplinäre Gutachten der Z.\_\_\_\_ als unvollständig und nicht schlüssig. Daran ändere auch die nachträgliche Stellungnahme nichts. Auch ein strukturiertes Beweisverfahren, welches im Hinblick auf die depressive Erkrankung sowie ein im Raum stehendes Abhängigkeitssyndrom hätte durchgeführt werden müssen, sei nicht erfolgt (S. 9 f. Rz 23-25). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob das bei der Z.\_\_\_\_ eingeholte Gutachten vom 11. Juni 2019 beweiskräftig ist und darauf für die Beurteilung der Leistungsansprüche abgestellt werden kann . 3.

### 3.1

Die Fachpersonen der A.\_\_\_\_ stellten in ihrem undatierten, am 4. Mai 2017 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Bericht (Urk. 7/19/5-8) folgende, seit etwa 35 Jahren in variierendem Schweregrad bestehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - rezidivierende Kopfschmerzen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine n

Cannabisabusus (ICD-10 F12.1), einen Nikotinabusus (ICD-10 F17.1) sowie einen Dickdarmkrebs vor zwei Jahren (Ziff. 1.1). Die Fachpersonen führten aus, der Beschwerdeführer habe sich vom 19. Dezember 2016 bis 28. Januar 2017 in der A.\_\_\_\_ in stationärer Behandlung befunden (Ziff. 1.3). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als technischer Kaufmann im IT-Bereich habe vom 19. Dezember 2016 bis 1. Februar 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.6). Es lägen mittelgradige Konzentrationsstörungen, Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen sowie eine

Ideenflüchtigkeit, eine Antriebsarmut und eine motorische Unruhe vor. Es habe sich eine reduzierte Stresstoleranz gezeigt, die sich auf die Belastbarkeit und Funktionsfähigkeit auswirke. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit und die Selbstbehauptungsfähigkeit sowie die Kontaktfähigkeit zu Dritten seien mittelgradig eingeschränkt. Ausser dem zeigten sich leichte Beeinträchtigungen in der Anwendung fachlicher Kompetenzen und in der Gruppenfähigkeit. Die bisherige Tätigkeit sei noch in einem Pensum von 40 bis 50 % zumutbar. Auch eine behinderungsangepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit sei in diesem Pensum nach Abschluss der Behandlung in der Tagesklinik zumutbar. Dabei sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit ohne Pikettdienst in einem klar strukturierten Aufgabenbereich möglich ( Ziff.

### **E. 1.7**

und Ziff. 1.9). 3. 2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und für Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 26. November 2018 ( Urk. 7/49/1-7) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Panikstörung (ICD-10 F41.0) - Cannabiskonsum (ICD-10 F12.1) - Nikotinabusus (ICD-10 F17.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.\_\_\_\_ einen Dickdarmkrebs vor zwei Jahren, Status nach Operation, und rezidivierende Kopfschmerzen ( Ziff. 2.6).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 12. September 2016 bei ihm in Behandlung, und die letzte Kontrolle sei am 18. November 2018 erfolgt. Es fänden alle zwei bis drei Wochen Konsultationen statt ( Ziff. 1.1-2). Vom 30. August 2016 bis 17. Juni 2018 sei für die Tätigkeit als IT-Mitarbeiter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden und seit dem 18. Juni 2018 eine solche von 80 % ( Ziff. 1.3). Der Patient habe auch im Zuge der Integrationsmassnahmen schon bei kleinsten Anforderungen dekompenziert und sei sehr schnell überfordert gewesen. Es bestünden eine eingeschränkte Konzentrationsleistung sowie Gedächtnisstörungen ( Ziff. 3.4). Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr einsetzbar sei. Sämtliche Therapiemassnahmen seien ausgeschöpft worden. Eine Rentenprüfung sei sicherlich von Vorteil ( Ziff. 4.1, Ziff. 4.3). Der Beschwerdeführer sei in der Haushaltsführung, der Wohnungspflege sowie auch mit dem Einkauf, der Wäsche und der Ernährung selbständig ( Ziff. 4.5). 3. 3

Am 11. Juni 2019 erstatteten Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dipl.-Psych. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. univ. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Z.\_\_\_\_, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre Gutachten ( Urk. 7/57). Die Gutachter nannten als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1 ; S. 5 Ziff. 4.2.1). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Morbus hämolyticus, einen Status nach Kolonkarzinom, familiär, anamnestisch (Dezember 2014), keine Unterlagen in der Dokumentation vorhanden, einen episodischen Spannungskopfschmerz, einen Verdacht auf eine psychophysiologische Insomnie, subjektive kognitive Leistungseinschränkungen ohne Hinweis für eine Hirnsubstanzschädigung sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide,

zumindest schädlicher Gebrauch (ICD-10 F12.1; S. 5 Ziff. 4.2.2).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit aus, dass ab dem Zeitpunkt der Begutachtung die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf grund der mangelnden Anstrengungsbereitschaft und der inkonsistenten Befunde nicht eingeschätzt werden könne (S. 6 Ziff. 4.7). In einer angepassten Tätigkeit könne ab dem 12. Mai 2018 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund mangelnder Anstrengungsbereitschaft und auch inkonsistenter Befunde nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden (S. 6 Ziff. 4.8). Die Gesamt-Arbeitsunfähigkeit sei bedingt durch die psychische Erkrankung und entspreche daher der Einschätzung im psychiatrischen Gutachten. Eine somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit liege nicht vor (S. 7 Ziff. 4.9). Unter Berücksichtigung der vorliegenden Akten werde bezüglich der Arbeitsfähigkeit in angepasster sowie in angestammter Tätigkeit empfohlen, auf die Einschätzung der behandelnden Kollegen abzustellen. Demnach habe von Juli 2016 bis am 11. Februar 2017 sowohl in angestammter als auch in einer angepassten Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine solche habe auch vom 30. August 2016 bis 17. Juni 2018 bestanden. Vom 18. Juni bis 1. November 2018 habe eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit bestanden. Die dazwischenliegenden Zeiträume könnten retrospektiv nicht beurteilt werden. Bezüglich der Beurteilung der retrospektiven Arbeitsunfähigkeit könne bei nicht authentischer Beschwerdeschilderung des Versicherten nur auf die Einschätzung der Kollegen zurückgegriffen werden. Auf grund der fehlenden Mitarbeit des Beschwerdeführers könne eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt nicht erfolgen, so dass aus diesem Grund zur Quantifizierung der Arbeitsunfähigkeit straffere Rahmenbedingungen nötig seien, welche beispielsweise ein stationärer Aufenthalt bieten könnte (S. 7 Ziff. 4.11 Frage 1).

In ihrer integrativen medizinischen Beurteilung führten die Gutachter aus, dass basierend auf den subjektiven Angaben des Exploranden die Kriterien für das Vorhandensein einer mittelgradigen depressiven Störung (ICD-10 F32.1) erfüllt seien. Diese subjektiven Angaben seien aber eingeschränkt zu werten, weil bei der neuropsychologischen Untersuchung die Selbstbeurteilungsverfahren zur Validierung der Beschwerdeschilderung hoch auffällig gewesen seien

und mit einer hohen Angabe von Pseudobeschwerden auf eine übertriebene Beschwerdeschilderung hingewiesen hätten. Insgesamt sei ein unplausibles und somit inkonsistentes Testprofil resultiert. Daher bestünden erhebliche Zweifel an einer durchgängig ausreichenden Mitwirkung des Versicherten in der neuropsychologischen Untersuchung. Zudem zeige sich laborchemisch eine Malcompliance bei der Medikamenteneinnahme (S. 4 Ziff. 4.1 oben).

Die Gutachter führten aus, es sei überwiegend wahrscheinlich davon auszugehen, dass die geschilderten Beschwerden über ein krankheitsbezogenes «normales» Mass der Symptomverdeutlichung hinausgingen. Lediglich formell könne die Diagnose einer depressiven Störung gestellt werden, der Wahrheitsgehalt der subjektiven Empfindung sei aber nur schwer überprüfbar. Dieser Umstand verunmögliche eine valide Einschätzung der psychiatrischen Symptome auf die Arbeitsfähigkeit sowohl in angepasster als auch in angestammter Tätigkeit (S. 4 Ziff. 4.1 Mitte).

Die vorschnelle Müdigkeit nach bereits leichten Tätigkeiten könne zudem nicht neurologisch erklärt werden, so dass sie als Symptom der depressiven Störung zu sehen und somit wiederum nicht ausreichend quantifizierbar sei .

Beurteilung erschwerend bestehe auch ein Cannabis-Dauerkonsum zur inadäquaten Selbsttherapie innerer Anspannungszustände. Der regelmässige Konsum von Cannabis müsse jedoch als wahrscheinliche Ursache des berichteten amotivationalen Syndroms wie auch der affektiven Erkrankungssymptome in Betracht gezogen werden, was aber die Abgrenzung gegenüber ähnlichen, depressiv verursachten Symptomen zusätzlich erschwere. Klinisch-neurologisch bestünden zudem keine Symptome für eine hirnganorgisch bedingte Einschränkung der kognitiven Funktionen. Klinisch-neurologisch habe sich eine gute kognitive Leistungsfähigkeit gezeigt (S. 4 Ziff. 4.1 unten). 3. 4

Dipl. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2019 (Urk. 7/59/5-6) aus, dass das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2019 die formalen Qualitätskriterien erfülle, nachvollziehbar und in seinen medizinischen Schlussfolgerungen plausibel sei.

3. 5

Am 22. Juni 2020 nahmen Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_, zu den von Dipl. med. G.\_\_\_\_, RAD,

am 26. Mai 2020 gestellten Rückfragen (Urk. 7/72, Urk. 7/77/3) Stellung (Urk. 7/74). Die Gutachter hielten fest, dass

seit langem bekannt und durch wissenschaftliche Studien belegt sei, dass depressive Patienten neuropsychologische Defizite aufweisen könnten, welche mit Hilfe neuropsychologischer Untersuchungsverfahren objektiviert werden könnten (S. 1 Mitte). Da auf verschiedenen Ebenen vom Beschwerdeführer überwiegend nicht authentische Beschwerdeschilderungen und unkorrekte Angaben auf gestellte Fragen geäußert worden seien, könne bei den Aussagen zu spezifischen Krankheitsbildern nur gemutmaßt werden. Lügen die Ergebnisse der Symptomvalidierung unter dem Zufallsniveau oder zeigten sie kognitive Funktionen eines Demenzerkrankten, müsse von einer bewussten Falschangabe auf die gestellten Fragen ausgegangen werden (S. 1 f. unten).

Schwierigkeiten in der Erstellung eines Gutachtens ergäben sich dann, wenn die versicherte Person nicht gewillt sei, die nötige Mitwirkung zu zeigen. Es sei zwar richtig, dass bei korrekten Angaben, wie beispielsweise zur Tagesstruktur, der Menge an eingenommenen Drogen etc. eine Indikatorenprüfung durchgeführt werden könnte, im Falle gänzlich fehlender Mitwirkung sei dies nicht möglich, da den Angaben nicht getraut werden könne. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb dann im Anschluss durch den RAD verlangt werde, die Fragen zur Persönlichkeit, zur Abhängigkeit oder zu spezifischen Störungen wie einer Angststörung bei nachweislich bestehender nicht-authentischer Beschwerdeschilderung zu tätigen (S. 2 oben).

Da den Angaben des Beschwerdeführers bezüglich des Cannabiskonsums nicht vollumfänglich geglaubt werden könne, sei bei positivem Urintest die Diagnose eines schädlichen Gebrauchs von Cannabis gestellt worden. Eine prinzipiell mögliche Abhängigkeit könne nur überprüft werden, wenn den Aussagen des Beschwerdeführers geglaubt werden könne, was nachweislich nicht der Fall sei. Die Gutachter bestätigten

weiter, dass der psychopathologische Befund lege artis nach AMDP erstellt worden sei (S. 2 Mitte). Die Frage, ob Hinweise für eine Tumorfatigue bestünden, könne aufgrund fehlender Dokumentation nicht beantwortet werden. Im Rahmen der allgemein-internistischen Begutachtung seien keine diesbezüglichen klinischen Hinweise festgestellt worden.

Zur Aufforderung, sich ausführlicher zu der Interaktion der somatischen wie auch der psychischen Beschwerden und zu den Persönlichkeitsfaktoren zu äussern, führten die Gutachter aus, dass hierzu eine authentische Beschwerdeschilderung und die Mitarbeit der versicherten Person vorausgesetzt würden. Anzeichen für eine Persönlichkeitsstörung hätten sich in der Untersuchungssituation nicht gezeigt (S. 2 unten). 3. 6

Dipl. med. G.\_\_\_\_, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 11. August 2020 (Urk. 7/77/5) aus, dass eine umfassende polydisziplinäre Abklärung stattgefunden habe. Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ hätten bereits zu den vorgebrachten Einwänden Stellung genommen. Auch bei erneutem Einwand seien keine neuen medizinischen Sachverhalte geltend gemacht worden. Es sei müssig darüber zu diskutieren, welche Skalen und Tests verwendet worden seien. Wichtig sei letztendlich die umfassende klinisch-versicherungsmedizinische Würdigung durch den medizinischen Experten. Es werde deshalb weiter an der Stellungnahme vom 8. Juli 2019 festgehalten. 4.

#### 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 11. Juni 2019 (vorstehend E. 3. 3) sowie der ergänzenden Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ und Dipl. Psych. D.\_\_\_\_

vom 22. Juni 2020 (vorstehend E. 3.5) davon aus, dass aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Aus psychiatrischer Sicht liege kein konsistentes stimmiges Gesamtbild der Einschränkungen des Beschwerdeführers vor, was sich nach den Regeln der materiellen Beweislast zu seinen Ungunsten auswirke. Eine Arbeitsunfähigkeit sei demnach nicht ausgewiesen (vorstehend E. 2.1).

Dagegen stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass es auf das Gutachten der Z.\_\_\_\_

vom 11. Juni 2019 - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden könne (vorstehend E. 2.2). 4. 2

#### 4.2.1

Dem Beschwerdeführer ist beizupflichten, dass es vorliegend dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 7/57/26-37), welches sich massgeblich auf die Ergebnisse der integrierten neuropsychologischen Untersuchung durch Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ vom 13. April 2019 (Urk. 7/57/44-51)

stützte, an der für eine beweiskräftige Expertise erforderlichen Schlüssigkeit (vorstehend E. 1. 5) mangelt.

Es fehlt namentlich eine eigene und insbesondere testunabhängige abschliessende Einschätzung des Gutachters, ob die vom Beschwerdeführer angegebenen Symptome und Beschwerden aufgrund der wahrnehmbaren Befunde und der Verhaltensbeobachtung als ganz oder teilweise nachvollziehbar erschießen (vgl. Urk. 7/57 S. 30 ff., insbesondere S. 33). Die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und

Verhaltensbeobachtung stellt jedoch zentrales Element jeder psychiatrischen Begutachtung dar (Urteil des Bundesgerichts 8C\_772/2016 vom 23. Januar 2017 E. 6.1). Dr. F.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, dass er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer depressiven Störung ausgehe, er diese jedoch – aufgrund der fehlenden Mitarbeit der versicherten Person – nicht valide einschätzen könne. Zur Quantifizierung einer möglicherweise gegebenen Arbeitsunfähigkeit seien straffere Rahmenbedingungen gefordert, die beispielsweise ein stationärer Aufenthalt bieten könnte (Urk. 7/57 S. 36 Ziff.

## **E. 6**

meldete er sich unter Hinweis auf eine seit der Jugendzeit bestehende Depression bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2 Ziff. 6.2-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte die Unterlagen der Krankentaggeldversicherung ein (Urk. 7/3, Urk. 7/30). Am 25. September 2017 erteilte sie Kostengutsprache für ein Belastbarkeitstraining vom 2. Oktober bis 31. Dezember 2017 (Urk. 7/25), sowie am 11. Januar 2018 für ein Aufbaustraining ab dem 3. Januar 2018 (Urk. 7/33). Am 24. Mai 2018 wurde das Aufbaustraining infolge Nichterreichens einer Steigerung der Präsenz und der Leistung abgebrochen (Urk. 7/40).

Die IV-Stelle veranlasste sodann bei der Z.\_\_\_\_

ein interdisziplinäres Gutachten, welches am 11. Juni 2019 erstattet wurde (Urk. 7/57). Nach dem der Versicherte gegen den am 17. Februar 2020 ergangenen Vorbescheid (Urk.

## **E. 7**

7/6). Mit Verfügung vom 31. August 2020 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 30. September 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. August 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückzuweisen, um hier nach erneut über den Leistungsanspruch zu entscheiden (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 9. November 2020 (Urk. 6) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer am 11. November 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 7.1**

), in den vorliegenden medizinischen Akten keine hinreichende Erklärung findet und von einer gewissen Selbstlimitierung ausgegangen werden muss, entbindet dies die Gutachter nicht von einer den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügenden Diagnostik und Herleitung der Arbeitsfähigkeit respektive Arbeitsunfähigkeit.

Im Gutachten wurde weiter

nicht auf die Diskrepanz eingegangen, dass der

Beschwerdeführer weder anlässlich der neurologischen Untersuchung bei Dr. C.\_\_\_\_ (Urk. 7/57/10-18) noch bei der allgemein-internistischen Untersuchung bei Dr. E.\_\_\_\_ (Urk. 7/57/19-25) eine Symptomausweitung, Aggravation oder mangelnde Mitwirkung zeigte und sein Verhalten als kooperativ bewertet wurde.

Dr. C.\_\_\_\_ beschrieb den Rapport als problemzentriert, sachlich und zielgerichtet und verneinte allfällige Verdeutlichungstendenzen, und auch Dr. E.\_\_\_\_ berichtete von einem kooperativen, freundlich zugewandten Exploranden ( Urk. 7/57 S. 13 Ziff. 4.1, S. 23 Ziff. 4.3 ). Weiter wurde vom neurologischen Teilgutachter festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei der klinisch-neurologischen Untersuchung gedanklich gut, flexibel und schnell mitgearbeitet habe ( Urk. 7/57 S. 15 Mitte). Dieses Verhalten steht im klaren Gegensatz zu dem von der Neuropsychologin Dipl. Psych. D.\_\_\_\_ festgehaltenen, teilweise im Leistungsbereich eines Demenzpatienten liegenden

Testserien erhalten ( Urk. 7/57 S. 31 ) . 4.2.2

Soweit Dipl. med. G.\_\_\_\_, RAD, in seiner Stellungnahme zum Gutachten der Z.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2019 (vorstehend E. 3. 4 ) dessen formale Qualitätskriterien grundsätzlich bejahte, ist diese Feststellung vor dem Hintergrund zu relativieren, dass, wie aus seinen am 26. Mai 2020 formulierten Rückfragen ( Urk. 7/72 ) hervorgeht, wesentliche Fragen zur hinreichenden Klärung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bislang von den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ unbeantwortet geblieben waren. Weiter zeigt die von Dipl. med. G.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 8. Juli 2019 ( Urk. 7/59/5-6) vorgenommene wörtliche Wiedergabe der generellen Ausführungen der Gutachter der Z.\_\_\_\_ zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen ( Urk. 7/57 S. 5 f. Ziff. 4.3), welche Dipl. med. G.\_\_\_\_ dann auf die bisherige kaufmännische Tätigkeit bezog, ohne hernach zu einer schlüssigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit zu finden, sowie seine Feststellung, dass ein Belastungsprofil fehle, die Mängel des Gutachtens der Z.\_\_\_\_ klar auf.

Die erforderliche Schlüssigkeit der Ausführungen der Gutachter der Z.\_\_\_\_ resultiert auch nicht durch ihre Stellungnahme vom 22. Juni 2020 (vorstehend E. 3.5).

Auch setzten

die Gutachter der Z.\_\_\_\_

sich nicht mit den Erfahrungen aus

den Eingliederungsmassnahmen respektive deren vorzeitigen Abbruch per 11. Mai 2018 ( Urk. 7/25, Urk. 7/32-33, Urk. 7/38-40) auseinander

( Urk. 7/57 S. 3 Ziff. 3.1, S. 11 Mitte, S. 27 Mitte, S. 32 Ziff. 6.1). Dabei war dem Versicherten zwar ein hoher Leistungswillen attestiert worden ( Urk. 7/32/2, Urk. 7/39/3 Ziffer 6.4 ), jedoch zeigte sich auch ein Vermeidungsverhalten mit ängstlich-rigiden Erklärungs- und Handlungsmodellen ( Urk. 7/41/2). Im Übrigen lässt sich auch nicht nachvollziehen, weshalb der Zeitpunkt des Abbruchs der Eingliederungsmassnahmen dem Zeitpunkt entsprechen soll, ab welchem in einer behinderungsangepassten Tätigkeit keine Einschränkungen mehr bestehen sollen (vorstehend E. 3. 3, Urk. 7/57 S. 6 Ziffer 4.8 ).

Was den hinsichtlich des Ausmasses bislang ungenügend abgeklärten Cannabis Konsum ( vgl. die unterschiedlichen Angaben zum Konsum: Urk. 7/57 S. 11 Ziff. 3.2.2, S. 28 Ziff. 3.2.2, Urk. 7/57/44-51 S. 3 ) anbelangt, ist darauf hinzuweisen, dass das Bundesgericht mit BGE 145 V 215 seine Rechtsprechung dahin gehend geändert hat, dass - fachärztlich einwandfrei diagnostizierten - Abhängigkeitssyndromen beziehungsweise Substanzkonsumstörungen nicht von vornherein jede invalidenversicherungsrechtliche Relevanz abgesprochen werden kann, sondern diese vielmehr als invalidenversicherungsrechtlich beachtliche (psychische) Gesundheitsschäden in Betracht

fallen. Dies hat zur Folge, dass die Frage nach den funktionellen Auswirkungen des Cannabiskonsums vorliegend unter Anwendung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 zu beantworten gewesen wäre .

Darauf hinzuweisen ist weiter, dass aus dem Bericht der Fachpersonen der A.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2017 (vorstehend E. 3.1) hervorgeht, dass sich der Beschwerdeführer im Anschluss an den stationären Aufenthalt in eine Tagesklinik begeben hat. Gegenüber Dr. F.\_\_\_\_

äusserte der Beschwerdeführer, dass er von Dezember 2016 bis Januar 2017 in der Tagesklinik der H.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen sei ( Urk. 7/57 S. 27 oben). Ein entsprechender Bericht findet sich jedoch nicht in den Akten, wäre jedoch von der Beschwerdegegnerin einzufordern gewesen.

Auch in somatischer Hinsicht sind vorliegend weitere Abklärungen erforderlich, zumal der Beschwerdeführer mehrfach ausführte, dass ihm nach der Diagnose eines Kolonkarzinoms mit im Dezember 2014 durchgeführter Operation die Arbeit immer schwerer gefallen sei ( Urk. 7/19/5-8 Ziff. 1.4, Urk. 7/57 S. 10 Ziff. 3.2.1, S. 19 Ziff. 3.2.1). Demnach wären bei durchwegs beklagter Erschöpfung weitere Abklärungen insbesondere hinsichtlich einer Tumorfatigue angezeigt gewesen.

Zusammenfassend liegt mit dem Gutachten der Z.\_\_\_\_ insbesondere keine abschliessende und somit beweiskräftige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vor , auf welche für die Leistungsbeurteilung abgestellt werden könnte. 4.3

Jedoch kann vorliegend auch nicht einfach auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den seit September 2016 behandelnden Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.2) abgestellt werden. So steht einerseits die teils monatliche Behandlungsfrequenz ( Urk. 7 /5 7 S. 22 Ziff. 3.2.11, S. 34 Ziff. 7.2) im Gegensatz zu dem Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit , andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass seine

auf tragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als haus arztähnlich bezeichnet werden muss, weshalb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung seiner

Einschätzung angebracht ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

4. 4

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). 4. 5

Aufgrund des Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt. Es fehlt demnach vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in somatischer und psychischer Hinsicht. Zur Beurteilung seiner invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es

daher zusätzlicher medizinischer Grundlagen, welche sich zu den offenen Fragen äussern und den rechtsprechungsgemässen Anforderungen genügen .

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneutem Entscheid über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 5. 5.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 31. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, 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 Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Evalotta Samuelsson - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen 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 Gräub Schucan

## E. 8

ATSG) sind.

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

### E. 8.3

; vgl. auch Urk. 7/57 S. 7 Ziff. 4.10 und 4.11 ). Von einer abschliessenden ( psychiatrischen ) Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann damit

nicht ausgegangen werden. Sodann fehlt es auch an einer Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit anhand der im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (vorstehend E. 1.2-3) . Dr. F.\_\_\_\_ führte lediglich spezifische Einschränkungen auf, bei welchen aber im Ergebnis unklar blieb, wie sich diese genau auf die angestammte respektive eine behinderungsangepasste Tätigkeit auswirken und wie diese Einschränkungen nun bei vorgängig postulierter nichtauthentischer Beschwerdeschilderung zu gewichten sind (vgl. Urk. 7/57 S. 34 f. Ziff. 7.3).

Dass die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_

und die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung

nicht schlüssig sind, zeigt sich auch darin, dass wiederholt die Aussagen des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung als ungläubwürdig dargestellt wurden, dennoch aber eine mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F32.1) diagnostiziert wurde, welche dann wiederum aufgrund der mangelnden Glaubwürdigkeit ab Datum der Begutachtung keine quantifizierbaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zeitigen soll.

Was die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vor der Begutachtung bei der Z.\_\_\_\_ anbelangt, verwiesen die Gutachter, insbesondere Dr. F.\_\_\_\_, auf die Einschätzungen der behandelnden Kollegen. Dieses Vorgehen erweist sich als inkonsequent. Soweit denn wirklich von einer ausgewiesenen Aggravation der Beschwerden auszugehen gewesen wäre, welche im Übrigen nicht diagnostiziert wurde, hätten die Gutachter der Z.\_\_\_\_ auch die vorangegangenen, von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten in Frage stellen müssen, da nicht anzunehmen wäre, dass das von den Gutachtern der Z.\_\_\_\_ beschriebene Verhalten erst anlässlich der Begutachtung in Erscheinung getreten wäre.

Zu dem von der Beschwerdegegnerin übernommenen Vorbringen der Gutachter der Z.\_\_\_\_, dass der Wahrheitsgehalt der subjektiven Empfindungen nur schwer überprüfbar sei (vorstehend E. 2.1, Urk. 7/57 S. 6 Ziff. 4.6), ist festzuhalten, dass diese Problematik konkret nicht nur beim Beschwerdeführer besteht, sondern generell dann gegeben ist, wenn ein Experte bei der Beschwerdeerhebung auf die Angaben von versicherten Personen angewiesen ist.

Wie ausgeführt, ist es nachgerade Aufgabe eines Gutachtens, insbesondere des psychiatrischen Gutachtens, die Angaben der versicherten Person durch Nachfragen, Wahrnehmung und Verhaltensbeobachtung (und gegebenenfalls Testuntersuchungen) zu validieren. Auch wenn die arbeitsbezogene Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, wonach er unter höchster Anstrengung selbst in einer einfachen Tätigkeit lediglich noch zu 10 % respektive 20 % einsatzfähig sei (Urk. 7/57 S. 12 Ziff. 3.2.7, S. 16 Ziff.

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