

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00540 vom 18. Februar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00540

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00540 du 18 février 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00540 del 18 febbraio 2019

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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

E. 1.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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). 1. 4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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). 1.

E. 5

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremd anamnestische Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3).

Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab (erwähntes Urteil 8C_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). 1.

E. 6

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).

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 hielt in der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2021 gestützt auf das Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle Y.____ (Medas) fest, die

ausgewiesenen Diagnosen hätten keine länger andauernde oder bleibende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Damit bestehe kein Leistungsanspruch (Urk. 2 S. 1).

In der Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2021 wies die Beschwerdegegnerin ergänzend darauf hin, dass das Gutachten die rechtlichen Anforderungen voll umfänglich erfülle und ihm damit volle r Beweiswert zukomme. Es werde darin kein Gesundheitsschaden ausgewiesen, welcher den Beschwerdeführer in seiner angestammten oder einer angepassten Tätigkeit einschränke (Urk. 4 S. 2 Ziff. 3). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er leide an einer paranoid-halluzinatorischen Psychose sowie einer isthmischen Spondylolyse mit inter mittierenden lumbospondylogenen Schmerzen und beantragte damit sinngemäss die Prüfung eines Leistungsanspruchs (Urk. 1). 2.3 2.3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom

21. Juni 2019 (Urk. 5/84) eingetreten und tätigte in der Folge erwerbliche (Urk. 5/93) und medizinische Abklärungen (Urk. 5/87, Urk. 5/94-95, Urk. 5/99, Urk. 5/120) . Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht grundsätzlich zu prüfen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die anspruchrelevanten tatsächlichen Verhältnisse seit der mit Verfügung vom 18. Februar 2019 erfolgten Abweisung eines Leistungsanspruchs (Urk. 5/73) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 22. Juli 2021 (Urk. 2) in rentenbegründendem Ausmass verändert haben . 2.3.2

Im Rahmen der in die Verfügung vom Februar 2019 mündenden Anspruchs prüfung stellte dipl. med. Z.____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, am 3. August 2016 fest, aus versicherungs medizinischer Sicht bestehe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, welche sich dauerhaft auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Seit dem 15. Juni 2015 sei der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig. Ab April 2016 könne ihm eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 50 % zugemutet werden. Es sei von einer drohenden Invalidität auszu gehen (Feststellungsblatt vom 5. Dezember 2017, Urk. 5/47 S. 3 f.). Die Ressourcenprüfung der IV-Sachbearbeiterin ergab

hingegen lediglich , dass eine fachärztliche Diagnose vorlag, welche gegenwärtig remittiert sei. Eine dauerhafte und erhebliche gesundheitliche Einschränkung wurde daher verneint. Im Widerspruch dazu wurde jedoch auch festgehalten, dass der Gesundheitszustand durch eine Weiterführung der Therapie wesentlich verbessert werden könne (S. 5).

In der Folge diagnostizierte der frühere Psychotherapeut

Dr.

A.____ in seinem Bericht vom 22. Januar 2018 eine Dysthymie

(Urk. 5/54/2 Ziff. 3) und hielt unter anderem fest, die psychische Erkrankung habe sich weitgehend ver selbständigt (Urk. 5/54/ 3 Ziff.

E. 9

). Am 11. September 2018 führte er jedoch ohne Nennung einer Diagnose aus, die Stimmung sei schwer depressiv. Der Beschwerdeführer leide unter leichten, globalen Angststörungen, rezidivierenden Ein- und Durchschlafstörungen, mittelgradigen

Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Wahnerlebnissen (Urk. 5/63 S. 1 Ziff. 1).

Nach einer lediglich telefonischen Rücksprache mit dem RAD (vgl. Urk. 5/71 S. 5) ging die Beschwerdegegnerin sodann in der Verfügung vom 18. Februar 2019 davon aus, aufgrund der Diagnosestellung habe sich der psychische Gesundheitszustand bereits verbessert, dies sei auch weiterhin möglich (Urk. 5/73 S. 2). Insgesamt erscheint der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der Verfügung vom 18. Februar 2019 als ungenügend abgeklärt, weshalb er nicht zum Vergleich, ob mittlerweile eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, herangezogen werden kann.

Kann mangels nachvollziehbarer Arbeitsfähigkeitsbeurteilung zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache kein Vergleich mit der beruflichen Leistungsfähigkeit zum Zeitpunkt des Revisionsentscheides gezogen werden, ist darauf abzustellen, wie sich die Arbeitsfähigkeit in diesem Zeitpunkt präsentierte (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2007 vom 11. April 2008 E. 5.1-2). Gleiches muss gelten, wenn mit der ursprünglichen Verfügung keine Rente zugesprochen, sondern ein entsprechender Anspruch – wie vorliegend – verneint wurde.

Der aktuelle Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ist im Folgenden somit umfassend zu prüfen. 3. 3.1

Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. März 2019 Lumboischialgien beidseits bei Spondylolyse L5 sowie

Spondylolisthese L5 Grad I mit foraminalen Einengungen beidseits. Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an lumbalen Schmerzen mit wechselnden, ausstrahlenden Schmerzen nach gluteal, in letzter Zeit auch zunehmend ins rechte Bein mit Kribbelparästhesien bis zum Vorfuss. Die Schmerzen seien erklärbar durch die Spondylolyse L5 mit foraminaler Einengung beidseits. Der Beschwerdeführer könne die jetzigen Schmerzen jedoch tolerieren und wünsche vorerst kein operatives Vorgehen. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer sicherlich im Umfang von 50 % arbeitsfähig für körperlich leichte Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten von maximal 10 bis 15 kg (Urk. 5/77). 3.2

In ihrem Bericht vom 28. März 2019 (Urk. 5/120/25-26) nannte Dr. med. C.____, Oberärztin, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, Klinik D.____, folgende Diagnosen (S. 1): - Anterolisthese L5/S1 bei isthmischer Spondylolyse - intermittierende lumbospondylogene Schmerzen

Im CT bestätigte sich der Befund der isthmischen Spondylolyse L5 beidseits. Es werde die konsequente Durchführung von rücken- und rumpfstabilisierender Gymnastik empfohlen. Eine operative Intervention sei sicherlich nicht empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund dieser Diagnose nicht eingeschränkt. Sicherlich sei jedoch bei einer Bürotätigkeit wünschenswert, dass der Beschwerdeführer zwischenzeitlich an einem Stehpult arbeiten könne, um eine Positionsänderung zu ermöglichen (S. 1). 3. 3

Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 11. Juli 2019 folgende Diagnosen (Urk. 5/87 S. 1 Ziff. 2): - paranoid-halluzinatorische Psychose nach Schädelhirntrauma im 19. Lebensjahr - DD: Entwurzelungs-Psychose - Verdacht auf emotionale Verwahrlosung in Kindheit und Jugend

Der Beschwerdeführer klagt über dialogisierende und kommentierende Stimmen, welche ihn wütend machten, so dass er auch Angst habe, ein Messer zu nehmen. Zudem bestünden taktile Halluzinationen, eine Wahnstimmung und Verfolgungsideen (S. 2 Ziff. 3). Mittels der antipsychotischen Medikation werde versucht, die bunte Psychopathologie, welche sich auch immer wieder verändere, zu stabilisieren, was zum jetzigen Zeitpunkt insofern gelungen sei, dass der Beschwerdeführer stundenweise Schlaf finde, seine Emotionen steuern könne und auch die Halluzinationen besser ertrage. In wöchentlichen psychotherapeutischen Sitzungen werde versucht, die Kindheits- und Jugendsituation, welche wohl durch eine ausgeprägte emotionale Verwahrlosung in F.____, wo der Beschwerdeführer geboren worden sei, zu bearbeiten. Dies sei nur sehr eingeschränkt möglich, da er einen ausgeprägten Hang zur Mystik des Heimatlandes habe. Vernachlässigungen beispielsweise durch seine Mutter, welche in Europa durchaus so benannt seien, würden vom Beschwerdeführer verniedlicht, da in F.____ «üblich» (S. 3 Ziff. 5).

Denselben Bericht reichte Dr. E.____ neu datiert am 27. November 2019 (Urk. 5/94) ein, wobei sie einzig handschriftlich und ohne weitere Ausführungen ergänzte, die psychotherapeutischen Sitzungen würden nicht mehr wöchentlich stattfinden, und der Beschwerdeführer sei bereit, sich einer amtsärztlichen Untersuchung zu unterziehen (S. 3).
3. 4

Am 6. Januar 2020 führte Dr. E.____ anlässlich eines Telefonats mit der Beschwerdegegnerin aus, der Beschwerdeführer erhalte die höchste Dosis an Medikation. Betreffend akustischen und optischen Halluzinationen habe dadurch leider nicht wirklich etwas verändert werden können. Allerdings habe sich die Stimmung sowie die paranoide Angst etwas gebessert. Der Gesundheitszustand könne in diesem Sinne nicht weiter therapiert werden, der Beschwerdeführer werde einfach damit begleitet. Er komme zuverlässig alle zwei Wochen in die Therapie. Eine Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben (Urk. 5/98). 3. 5

In ihrem Bericht vom 8. Januar 2020 (Urk. 5/99) diagnostizierte Dr. E.____ eine paranoid-halluzinatorische Psychose (Ziff. 2.5) und führte aus, die Therapie Sitzungen fänden alle zwei Wochen statt mit der Ansprache, dass sich der Beschwerdeführer jederzeit melden dürfe (Ziff. 1.2). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (Ziff. 1.3), die Prognose sei infaust (Ziff. 4.3). Die Paranoia stehe einer Eingliederung im Wege (Ziff. 4.4). 3. 6

Im Juni sowie Juli 2020 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin durch Ärzte der Medizinischen Abklärungsstelle Y.____ (Medas) internistisch, orthopädisch, psychiatrisch, neurologisch sowie neuro-psychologisch begutachtet. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 11. Januar 2021 (Urk. 5/120/1-8) vermochten die Ärzte keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu nennen (S. 4 Ziff. 4.2). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie sodann folgende (S. 4 f. Ziff. 4.2): - nicht-authentische, schwere kognitive Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion mit/bei - negativer Leistungsverzerrung (Verdeutlichung oder Aggravation/Simulation) - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) - Probleme in Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73) - psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F19.1) - anamnestisch Asthma bronchiale, zurzeit ohne wesentliche Symptomatik, nur

zeitweise Benutzung von Asthmaspray - vorbekannte allergische Diathese (u.a. Gräser) - Rhinitis allergica - kardiologischerseits Ausschluss einer organischen Herzkrankheit (2016/2017) - Prostataobstruktionssyndrom Stadium I - Hyperlaxizitätssyndrom der oberen Extremitäten - Status nach Ellenbogenfrakturen rechts und links im Kindesalter - Status nach zweimaligem Unfall durch PKW im Kindesalter mit Schädelbeteiligung - Anterolisthese L5/S1 bei isthmischer Spondylolyse mit intermittierenden lumbospondylogenen Schmerzen: gemäss CT-LWS vom 21. März 2019 Anterolisthese L5/S1 um 5 mm - computertomographisch kein Anhalt für eine Kompression der L5-Wurzeln beidseits - klinisch neurologisch kein Anhalt für radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik zum aktuellen Zeitpunkt - auch elektromyographisch kein Hinweis für eine axonale Schädigung in den Myotomen L5 beidseits, fraglich diskrete axonale alte Affektion allenfalls im Myotom S1

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung erklärte der Beschwerdeführer, er habe früher mit Rückenschmerzen zu tun gehabt. Seitdem er regelmässig Übungen durchführe, habe er die se jedoch vergessen. Durch die eigenständigen Übungen lägen keine Beschwerden mehr vor (Teilgutachten Orthopädie, Urk. 5/120/53-65 S. 3 Ziff. 3.2). Dementsprechend stellte der orthopädische Teilgutachter fest, es bestünden keine Funktions- oder Funktionsstörungen mit Auswirkung auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit (S. 8 Ziff. 7.4). Der Beschwerdeführer könne in allen Bereichen eingesetzt werden, in denen vorwiegend sitzende Tätigkeiten ausgeübt würden. Arbeiten in Zwangshaltungen mit repetitiven Rotationsbewegungen der Wirbelsäule oder mit schwerem Heben und Tragen sollten vermieden werden (S. 8 f. Ziff. 8).

Auch im Rahmen der neurologischen Untersuchung (Urk. 5/120/89-108) führte der Beschwerdeführer aus, seit zirka einem Jahr habe er keine Ausstrahlungen mehr ins rechte Bein, es komme nur noch zu gelegentlich leichten, lumbalen Schmerzen, es sei kein Dauerschmerz (S. 6 Ziff. 3.2). Auch bezüglich Kopfschmerzen gab der Beschwerdeführer an, diese kämen nur gelegentlich vor, eher über dem Oberkopf oder über der Stirn, eher drückend, nur aber leichtgradig, während eines halben bis ganzen Tag es. Im Alltag sei dies kein Problem (S. 8). Der neurologische Teilgutachter führte denn auch aus, weder aus der aktuellen Anamnese noch aus dem MRI-Cranium 2016 und insbesondere aus dem biographischen Verlauf würden sich irgendwelche Hinweise für eine relevante hirnorganische Störungssymptomatik belegen lassen. Es lasse sich auch keine signifikante EMG-Pathologie mehr für ein Myotom L5/S1 rechts nachweisen. Das Rückenleiden könne somit zwischenzeitlich längst als weitgehend restituiert bezeichnet werden, bei jedoch weiterhin bestehender leicht verminderter Rückenbelastbarkeit. Die angestammte Tätigkeit einer Office-Tätigkeit mit leichter wechselbelastender Arbeitshaltung dürfe aber als angepasst gewertet werden (S. 17 Ziff. 7.1). Über die leicht verminderte Rückenbelastbarkeit hinaus bestünden keine Beeinträchtigungen aus neurologischer Sicht (S. 18 Ziff. 7.4).

Der psychiatrische Teilgutachter äusserte sich ausführlich zum Befund (Urk. 5/120/66-88 S. 12 f. Ziff. 4.3) und führte aus, das magische Denken, die Angaben zu Dämonen und Zauber stelle kein Korrelat für Ich-Störungen dar, es handle sich vielmehr um kulturspezifische Phänomene (S. 12). Es bestehe eine Neigung zum magischen Denken, und es seien anankastische und narzisstische Persönlichkeitszüge vorhanden. Der Beschwerdeführer schildere phobische Verhaltensweisen, diese seien jedoch im Hinblick auf die Funktionalität nicht relevant (S. 13). Der Beschwerdeführer habe zwar in der

neuropsychologischen Teilbegutachtung bis zu schwer defizitäre Leistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen, Sprache, Rechnen und Visuokonstruktion gezeigt. Allerdings sei die Validität dieser Defizite nicht gegeben. Die Leistungen in einem gut standardisierten Performanzvalidierungstest seien hoch auffällig gewesen, deutlich schlechter als bei Personen mit fortgeschrittener Demenz, neurologischen Patienten, Kindern und Personen mit einer Hirnverletzung. Am besten vergleichbar seien seine Leistungen mit den Ergebnissen von Personen, die gebeten worden seien, zu simulieren. Es bestünden weitere Inkonsistenzen innerhalb und zwischen Tests, zwischen klinischer Beobachtung und Testdiagnostik, zwischen Alltagsaktivitäten und Testdiagnostik, innerhalb der subjektiven Angaben, zwischen Angaben in den Akten sowie den aktuellen Resultaten wie auch zwischen den subjektiven Angaben und der klinischen Beobachtung (S. 15). Beim Beschwerdeführer würden primär psychosoziale Probleme in verschiedenen Lebensbereichen vorliegen. Im Hinblick auf die geschilderten Stimmen seien dysfunktionale Motive und Verhaltensweisen anzunehmen. Dabei mache der Beschwerdeführer die in der Kindheit überlieferten Kenntnisse über Magie, Dämonen und Aberglaube nutzbar, um den durchaus vorhandenen psychischen Problemen eine scheinbare Schwere der Symptome zu verleihen, welche den behandelnden Ärzten glaubhaft und schwerwiegend erscheinen und dann auch sehr engagiert diagnostiziert und behandelt würden (S. 18). Vorliegend sei von Verdeutlichung bis zur Aggravation auszugehen. Da für würden die sonst unauffälligen Befunde im Hinblick auf die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sprechen, speziell aber auch das Fehlen von negativen Krankheitssymptomen, die bei chronischen Psychosen üblich seien, die Widersprüche in der Anamnese, der unauffällige psychische Befund, die neuropsychologische Untersuchung im Rahmen der Teilbegutachtung und Nachweis von nicht-authentischen schweren kognitiven Minderleistungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Rechnen, Sprache und Visuokonstruktion bei negativer Leistungsverzerrung, ferner das Ergebnis des REY-Tests sowie die Angaben im BDI (S. 19). Weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit sei, abgesehen vom überwiegend wegen Drogenkonsum notwendigen stationären Aufenthalt vom 20. Januar bis 10. März 2016, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 22 Ziff. 8).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 5/120/1-8) hielten die Gutachter fest, die internistischen Befunde führten zu keinen Funktions- und Fähigkeitsstörungen, die die Leistungsfähigkeit in seinem angestammten Beruf einschränkten. Aufgrund des Asthmas sollten Tätigkeiten unterbleiben, in welchen der Beschwerdeführer reizenden Dämpfen oder Gasen ausgesetzt sei. Auch aus orthopädischer Sicht bestünden keine Funktions- oder Fähigkeitsstörungen mit Auswirkung auf die angestammte oder eine angepasste Tätigkeit. Aufgrund der invaliden neuropsychologischen Ergebnisse werde das folgende positive Funktionsprofil erstellt, welches aufzeige, welche Leistungen mindestens möglich sein sollten: der Beschwerdeführer könne selbstständig einen Termin wahrnehmen, einem einfachen Gespräch folgen und adäquat Antwort geben. Er verstehe einfache mündliche Anweisungen und könne diese umsetzen. Im Gespräch verliere er den roten Faden nicht. Er sei flexibel, verliere bei Aufgaben wechseln nicht verstärkt an Geschwindigkeit. Er sei fähig, innerhalb von drei Stunden Bezug auf zuvor gegebene Informationen zu nehmen. Für die Dauer von drei Stunden sei er ausreichend gut belastbar, seine Leistungen würden nicht einbrechen und seine Aufmerksamkeit sei stabil. Anamnestic könne zwar ein leichtgradiges Schädelhirntrauma im 19. Lebensjahr eruiert werden, jedoch ohne Folgeschädigung

aus neurologischer Sicht . Es seien keinerlei Zeichen einer post traumatischen
hirnorganischen Schädigung objektivierbar. Auch die aktuelle Anamnese beschreibe
diesbezüglich keine verbliebenen Auffälligkeiten, lediglich anfangs für zirka ein halbes Jahr
eine posttraumatische Kopfschmerz symptomatik linksseitig, frontal betont. Zumal der
Beschwerdeführer nachfolgend auch immer hin ein Studium absolviert habe, sei
schlichtweg nicht plausibel, dass hier eine hirnorganische Schädigung stattgefunden haben
solle.

Der Beschwerdeführer könne in allen Bereichen eingesetzt werden, in denen vor wiegend
sitzende Tätigkeiten ausgeübt würden. Arbeiten in Zwangshaltungen wie beispielsweise
Bücken, Kauern oder Knien sowie mit repetitiven Rotations bewegungen der Wirbelsäule
oder mit schwerem Heben und Tragen soll t e n ver mieden werden. Mit überwiegender
Wahrscheinlichkeit könne aufgrund der früheren Befunde sowie der Anamneseerhebung
und Untersuchung aus ortho pädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für die
angestammte Tätigkeit als Teamleiter Personalwesen sowie für eine angepasste,
wechselbelastende und vorwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit angenommen werden (S. 5
Ziff. 4.3).

Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe eine vollständige
Arbeitsfähigkeit mit einer Leistung von 100 % (S. 6 Ziff. 4.7-8). Bei der Behandlung sollte
vorrangig das Ziel im Vordergrund stehen, unabhängig von der Krankenrolle Autonomie
und neue Perspektiven zu entwickeln. Es seien allenfalls resilienzorientierte Massnahmen
erforderlich (S. 7 Ziff. 4.10) . 3. 7

Am 9. Februar 2021 führte RAD-Arzt Dr. Z.____ zum Gutachten aus, dieses er fülle die
formalen Qualitätskriterien und sei nachvollziehbar sowie in seinen medizinischen
Schlussfolgerungen plausibel (Urk. 5/121 S. 4). Insgesamt sei von Verdeutlichung bis
Aggravation auszugehen, es lägen psychosoziale Belastungen vor. Für diese Beurteilung
sprächen die sonst unauffälligen objektivierbaren psychischen Befunde, speziell aber auch
das Fehlen von negativen Krankheits symptomen, die Widersprüche in der Anamnese, die
neuropsychologische Unter suchung im Rahmen einer Teilbegutachtung mit Nachweis von
nicht-authen tischen schweren kognitiven Minderleistungen in den Bereichen
Aufmerksamkeit, Neugedächtnis, Exekutivfunktionen, Rechnen, Sprache und
Visuokonstruktion bei negativer Leistungsverzerrung (Verdeutlichung oder
Aggravation/Simu lation), ferner das Ergebnis des REY-Memory-Tests sowie der Angaben
im BDI (S. 5). 4. 4.1

Für die Beurteilung des Leistungsanspruches ging die Beschwerdegegnerin insbe sondere
gestützt auf das Medas -Gutachten davon aus, dass keine Diagnosen vor liegen, welche sich
länger andauernd oder bleibend auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken,
und verneinte dementsprechend einen Leistungs anspruch. Das Medas -Gutachten erfüllt
die praxisgemässen Kriterien (vgl. vor stehend E. 1.6) ohne Weiteres, ist es doch für die
streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch
die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers und wurde in
Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben. Darüber hinaus le u chtet es auch in der Dar
legung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen
Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schluss folgerungen. Dies betrifft
insbesondere auch die Feststellungen betreffend das aggravatorische Verhalten des
Beschwerdeführers (vgl. nachfolgend E. 4.3). 4.2

Was die somatischen Beschwerden betrifft, so machte der Beschwerdeführer in der Beschwerde geltend, er leide an einer isthmischen Spondylolyse mit inter mittierenden lumbospondylogenen Schmerzen (E. 2.2). Im Rahmen der Begutachtung erklärte der Beschwerdeführer jedoch selber, es lägen keine Beschwerden mehr vor beziehungsweise es komme nur noch zu gelegentlichen leichten, lumbalen Schmerzen. Seit er regelmässig eigenständige Übungen durchführe, könne er die Rückenschmerzen vergessen. Auch bezüglich der Kopfschmerzen hielt er ausdrücklich fest, diese seien im Alltag kein Problem (vorstehend E. 3.6). Aktuelle Arztberichte, aus welchen ein Wiederauftreten von akuten und leistungslimitierenden Schmerzen ersichtlich wäre, liegen sodann nicht vor. Die Beurteilung im Medas-Gutachten deckt sich vielmehr mit derjenigen durch die Ärztin der Klinik D.____, welche am 28. März 2019

festgehalten hatte, die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt (E. 3.2).

Insgesamt ist daher ohne Weiteres davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht nicht eingeschränkt ist. 4.3

Bezüglich des psychischen Gesundheitszustandes führten die Gutachter aus, es sei von einer Verdeutlichung bis zur Aggravation auszugehen (E. 3.6).

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheits schädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vorn herein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer aus gewiesenen verselbständigten Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Sowohl der psychiatrische Teilgutachter als auch die neuropsychologische Teilgutachterin begründeten ausführlich und detailliert, aus welchen Gründen sie zur ihrer Einschätzung einer Verdeutlichung beziehungsweise Aggravation gelangten,

und listeten diverse Inkonsistenzen innerhalb und zwischen Tests, zwischen klinischer Beobachtung und Testdiagnostik, zwischen Alltagsaktivitäten und Testdiagnostik, innerhalb der subjektiven Angaben, zwischen Angaben in den Akten sowie den aktuellen

Resultaten wie auch zwischen den subjektiven Angaben und der klinischen Beobachtung auf (E. 3.6). So gebe es klinisch keine durchgehenden Probleme mit dem freien Gedächtnisabruf und keine Mühe, auf zuvor gemachte eigene Aussagen Bezug zu nehmen. In Alltags handlungen sei der Beschwerdeführer nicht übermässig verlangsamt, doch test diagnostisch zeigten sich in allen diesbezüglich relevanten Bereichen bis zu schwere Einschränkungen. Der Beschwerdeführer könne weiter Termine selbständig wahrnehmen und fahre noch Auto, könnte dies aber rein test diagnostisch nur noch mit Unterstützung respektive nicht mehr. Anhand der gezeigten Leistungen wäre der Beschwerdeführer den Behandlern wegen seiner deutlichen Verlangsamung sowie Vergesslichkeit aufgefallen , und er wäre ein deutig nicht fahrgeeignet. Zudem wäre er in vielen Belangen auf enge Betreuung angewiesen. Der Beschwerdeführer gebe weiter an, dass er im Haushalt aufgrund der Konzentrationsprobleme keiner Arbeit mehr nachgehen könne, er könne je doch noch Auto fahren sowie administrative Aufgaben erledigen. Für die gezeigten testdiagnostischen Resultate könne kein ätiologischer Faktor aus gemacht werden, zumal die Leistungen des Beschwerdeführers schlechter seien als diejenigen der meisten Patienten. Psychische Probleme könnten zwar ebenso wie Schmerzen zu kognitiven Einschränkungen führen, könnten jedoch weder die Art noch das Ausmass erklären (Urk. 5/120/80). Auch der neurologische Gut achter berichtete über Inkonsistenzen, so ha b e der Beschwerdeführer angegeben, sich kaum an Träume zu erinnern, im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung jedoch stereotype Träume beschrieben. Zudem berichte der Beschwerdeführer, er nehme täglich Temesta ein, ein Substanznachweis sei jedoch nicht möglich (Urk. 5/120/106 Ziff. 7.3).

An der Schlüssigkeit des MEDAS-Gutachtens vermögen die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. E. ___ nichts zu ändern. Hinsichtlich ihrer Ausführungen gilt es zunächst zu berücksichtigen, dass ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung zumindest als hausarztähnlich bezeichnet werden muss, wes halb hier eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung ihrer Berichte ange bracht ist (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Abgesehen davon ist bezüglich der von ihr gestellten und vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerde geltend gemachten Diagnose einer paranoid- halluzinatorischen Psychose nach Schädel-Hirn-Trauma (E. 2.2, E. 3.3) festzuhalten, dass keine neurologischen Ein schränkungen infolge des Autounfalles im 19. Lebensjahr aktenkundig sind, und sich Dr. E. ___ bei ihrer Beurteilung insbesondere auf die subjektiven An gaben des Beschwerdeführers abstützte (E. 3.3-5) . 4.4

Insgesamt ist damit der medizinische Sachverhalt gestützt auf das beweiskräftige Gutachten des Medas

Y. ___ vom 11. Januar 2021 als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht in seiner Leistungs fähigkeit nicht eingeschränkt wird. Das psychiatrische Beschwerdebild wird so dann von einem Aggravationsverhalten dominiert, weshalb auch diesbezüglich kein rechtserheblicher invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt. Der Beschwerdeführer ist damit sowohl in seiner angestammten als auch in jeder anderen angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig , und es besteht kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

Die angefochtene Verfügung vom 22. Juli 2021 (Urk. 2) erweist sich damit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen 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. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Kübler-Zillig

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