

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00743 vom 29. Juni 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00743](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00743)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00743 du 29 juin 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00743 del 29 giugno 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1977, war zuletzt bei der Y.\_\_\_\_ AG angestellt und übte durch diese vermittelt eine Tätigkeit als Sanitärmonteur aus (Urk. 7/177 in Verbindung mit Urk. 7/199/9). Am 11. Juli 2013 meldete er sich erstmals unter Hinweis auf eine Diskushernie bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/11). Nach medizinischen und erwerblichen Abklärungen und durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach ihm die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, mit Verfügung vom 22. Dezember 2015 eine von Mai 2014 bis Januar 2015 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/134), was vom Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 20. Oktober 2016 im Prozess Nr. IV.2016.00101 rechtskräftig bestätigt wurde (Urk. 7/169).

Nach einem Arbeitsunfall (vgl. Urk. 7/174/1) meldete sich der Versicherte am 27. Januar 2017 erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/170). Die IV-Stelle zog die Akten des Unfallversicherers bei, holte medizinische Berichte bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten ein und liess den Versicherten zweimal polydisziplinär begutachten (vgl. Urk. 7/223 und Urk. 7/287). Mit Vorbescheid vom 31. August 2021 stellte sie in Aussicht, das Leistungsbegehren des Versicherten abzuweisen (Urk. 7/290), was sie nach den am 4. Oktober 2021 (Urk. 7/293) erhobenen Einwänden mit Verfügung vom 9. November 2021 bestätigte (Urk. 7/297 = Urk. 2).

#### **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 vorbehaltlich 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 die angefochtene Verfügung vor dem 1. Januar 2022 erging, sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden (BGE 148 V 174 E. 4.1).

#### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

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

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2).

### **E. 1.4**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Hingegen ist die lediglich unter unterschiedlicher Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

### **E. 1.5**

Bei der Beurteilung der Arbeits ( un ) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 140 V 193 E. 3.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

Grundsätzlich sind sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen ( BGE 143 V 418 E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E.

4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 9. November 2021 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 8. Dezember 2021 Beschwerde und beantragte, es sei ihm rückwirkend eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1 S. 2 oben). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Januar 2022 schloss die IV-Stelle unter Verzicht auf weitere Ausführungen auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 8. März 2022 leistete der Beschwerdeführer nach entsprechender Aufforderung durch das Gericht (vgl. Urk. 9) eine Kautions von Fr. 1'000. (Urk. 12).

Mit Beschluss vom 17. Mai 2022 ordnete das Gericht eine psychiatrische Begutachtung des Beschwerdeführers an (Urk. 13). Die Begutachtung wurde durch Prof. Dr. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, A.\_\_\_\_, durchgeführt und das Gutachten am 24. Februar 2023 erstattet (Urk. 30). Zum Gutachten nahmen die Beschwerdegegnerin am 27. März 2023 (Urk. 34) und der Beschwerdeführer am 18. April 2023 (Urk. 36) Stellung. Die Stellungnahmen wurden den Parteien am 19. April 2023 gegenseitig zur Kenntnis gebracht (Urk. 38).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den abweisenden Leistungsentscheid (Urk. 2) damit, das Verhalten des Beschwerdeführers während der Untersuchung sei unkooperativ und vor

allem bedrohlich gewesen. Aus medizinischer Sicht sei es unwahrscheinlich, dass dieses Verhalten der aktuellen Medikamentenkombination zugeschrieben werden könne. Wegen der Aggressionen sei ein Befund nicht klar zu erheben und eine gründliche Anamnese kaum möglich. Auch hätten die arbeitsbezogenen Beschwerden nicht im Detail erfragt werden können. Es sei daher von Aggravation, das heisse von einer Beschwerdeverdeutlichungstendenz auszugehen, was einen Ausschlussgrund darstelle. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden sei nicht ausgewiesen, womit sich die Durchführung der Indikationsprüfung erübrige. Ein neues Gutachten führte aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers zu keinen neuen Erkenntnissen (S. 2 Mitte).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte im Wesentlichen vor (Urk. 1), es sei keine Aggravation nachgewiesen (S. 6 Ziff. 6.1). Sowohl im Gutachten der B. \_\_\_ AG als auch im Austrittsbericht der Rehaklinik C. \_\_\_ sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert worden (S. 11 Ziff. 6.2). Aufgrund der Aktenlage könne nicht rechtsgenügend entschieden werden, in welchem Ausmass und seit wann er in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig sei, weshalb weitere fachärztliche Abklärungen notwendig seien (S. 13 Ziff. 6.3.5.1). Schliesslich sei das Valideneinkommen gestützt auf die Lohnstatistiken festzusetzen (S. 17 Ziff. 7).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich zur Zeit des Erlasses der Verfügung vom 22. Dezember 2015 (Urk. 7/134) präsentierte, eine anspruchrelevante Veränderung ergeben hat (vgl. vorstehend E. 1.4). 3.

Das Gericht stützte sich bei der Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers mit Urteil vom 20. Oktober 2016 (Urk. 7/169) auf den Bericht von med. pract. D. \_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 1. Juli 2015 (vgl. E. 4.3). Laut diesem Bericht (Urk. 7/91) lagen damals folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (S. 9 Ziff. 8): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule - Status nach 2-maliger Diskushernien-Operation L5/S1 - Status nach ventraler Diskektomie und Bandscheiben-Prothesen-Implantation

Während der ganzen 42-minütigen Anamnese-Erhebung sei der Beschwerdeführer im Wechsel gesessen und gestanden. Im Sitzen sei er mühelos in der Lage gewesen, sich um etwa 60° zu seinem Rollator zu drehen und Aktenmaterial aus den mitgebrachten Taschen zu nehmen. Beim Aufstehen und Absitzen habe er keine Hilfsmittel benutzt und habe sich mit den Armen nicht abgestützt. Beim Stehen sei er immer wieder spontan auf einem Bein gestanden. Speziell das rechte Bein habe er mehrfach bis zur Hüftbeugung von 90° bei 90° gebeugtem Knie im Stand angehoben um zu zeigen, wo der Schmerz sitze. Das linke Bein habe er bis zu einem Abstand von Fusssohle und Boden von zirka 20 cm spontan angehoben. Nach 30 Minuten Gespräch habe der Beschwerdeführer zwei Tabletten Oxynorm

5 mg eingenommen. Während der gesamten Anamnese und Untersuchungsdauer hätten keine vegetativen Zeichen von Schmerz, kein Schwitzen, keine Abwehrreaktion unter Ablenkung und keine Trickbewegungen beobachtet werden können. Auf die Bitte hin, sich auf die Liege zu legen, habe sich der Beschwerdeführer spontan auf den Bauch gelegt. Dabei sei eine Hyperextension der Wirbelsäule um mindestens 10° bei Abstützen mit den

Armen entstanden. Das Umdrehen aus der Bauchlage in die Rückenlage sei problemlos gelungen. Beim Aufstehen aus der Seitenlage am Ende der Untersuchung habe sich der Beschwerdeführer unter Schmerzáusserung aus der Seitenlage hochgestemmt (S. 4 Ziff. 6).

Das Auskleiden sei flüssig im Stehen erfolgt, teilweise mit Festhalten am Mobiliar ohne Trickbewegungen. Das Ankleiden sei ebenfalls flüssig und zum Teil im Sitzen erfolgt. Dabei habe sich der Beschwerdeführer von seiner Begleitung beim Anziehen der Hose helfen lassen. Beim Anziehen der Hosenbeine habe der Beschwerdeführer sein Bein spontan in die Horizontale gestreckt (S. 5 Ziff. 7).

Die Untersuchung sei von zahlreichen Inkonsistenzen geprägt gewesen. Es hätten keine Hinweise auf radikuläre Symptome erhoben werden können. Zudem hätten sich keine objektiven Hinweise auf die Notwendigkeit, am Rollator zu gehen, gefunden (S. 9 Ziff. 9). In der Labor-Kontrolle hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzmittel sowie das als Schlafmittel angegebene Benzodiazepin nicht nachgewiesen werden können. Es habe sich damit ein erhebliches Verbesserungspotential in der Schmerztherapie gezeigt (S. 10 Ziff. 9). 5 von 5 Waddell-Zeichen seien positiv gewesen (S. 9 Mitte).

In seiner bisherigen Arbeitstätigkeit sei der Beschwerdeführer seit Mai 2013 zu 100 % arbeitsunfähig. In angepasster Tätigkeit (körperlich leichte wechselnde Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Arbeiten) sei er seit November 2014 zu 100 % arbeitsfähig (S. 10 Ziff. 10). 4. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergibt sich aus den folgenden medizinischen Berichten. 4.2

Nach dem Treppensturz vom 9. August 2016 wurden im Austrittsbericht des Kantonsspitals E.\_\_\_\_, Klinik für Chirurgie, Traumatologie, vom 10. August 2016 (Urk. 7/199/47-48) folgende Diagnosen genannt (S. 1): - Contusio capitis - stumpfes Thoraxtrauma - stumpfes Wirbelsäulentrauma - Überlaufblase - Status nach Bandscheibenprotheseneinlage Höhe L5/S1 vor Jahren - Extremitätentrauma - Kontusion Schulter beidseits - Kontusion Ellenbogen rechts - Kontusion Hände beidseits - Kontusion Knie beidseits - Kontusion OSG beidseits - Kontusion Fuss beidseits

Der Beschwerdeführer habe den Kopf angeschlagen, ohne dass eine Bewusstlosigkeit oder Amnesie zum Ereignis bestanden hätten (S. 1). Es sei der konventionell-radiologische, sonographische sowie computertomographische Ausschluss von Traumafolgen erfolgt. Bei stumpfem Wirbelsäulentrauma mit posttraumatischer Überlaufblase sei ein neurologisches Konsilium erfolgt. Via transurethralem Katheter seien 1.5 l Urin abgeleitet worden. Im Verlauf sei nach Entfernung des Blasenkatheters eine spontane Miktionsprobleme möglich gewesen, sodass ein konservatives Vorgehen ohne weitere Diagnostik empfohlen worden sei. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 2). 4.3

Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Kontinenzzentrum der Klinik G.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 4. April 2018 (Urk. 7/203/5-6) folgende Diagnose in ihrem Fachbereich (S. 1): - Blasenfunktionsstörung - Pollakisurie - Dysurie - Status nach Zystoskopie

In der Speicherphase finde sich eine hypersensitive, normotone, normokapazitive und stabile Harnblase. Die Kontrolle der Miktionsprobleme sei vorhanden. Die Entleerung sei widerstandsfrei und restharnfrei möglich während der Uroflowmetrie, im

Zystometrogramm (CMG) sei sie unphysiologisch und unterbrochen, aber voll ständig. Funktionell und sensorisch seien Harnspeicherung und Harnentleerung in der vorliegenden Untersuchung ungestört. Morphologisch stelle sich der Harn trakt unauffällig dar. Diese Befunde seien zusammenfassend vereinbar mit einer Detrusor- und Urethrahypersensorik mit Schliessmuskel-Hyperaktivität (S. 2 unten). 4.4

PD Dr. med. H.\_\_\_\_ und Dr. Dr. I.\_\_\_\_ der Universitätsklinik J.\_\_\_\_, Kniechirurgie, stellten im Bericht vom 25. April 2018 (Urk. 7/203/1-2) die folgenden in ihrem Fachbereich relevanten Diagnosen (S. 1): - deutliche Restbeschwerden mit persistierendem Rezidivganglion vom anterolateralen Meniskus mit/bei: - Status nach Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie (Vorderhorn und Pars Intermedia, ca. 30 %), Eröffnung der Ganglien lateral rechts am 30. Oktober 2017 bei - Läsion am anterolateralen Meniskus rechts und parameniskale Ganglien Knie rechts seit Treppensturz am 9. August 2016 - Status nach diagnostisch-therapeutischer Infiltration vom 22. März 2018 mit Kortison mit sehr gutem Ansprechen - diskoider Aussenmeniskus links

Der Beschwerdeführer habe auf die Kniegelenksinfiltration sehr gut angesprochen, sodass sicherlich ein Grossteil der Beschwerden intraartikulärer Genese sei. Es zeige sich ein Restganglion beziehungsweise Rezidivganglion vom anterolateralen Meniskus ausgehend, sodass dem Beschwerdeführer noch zwei Therapieoptionen angeboten werden könnten: einerseits eine perimenikale Punktion und Infiltration des Ganglions, andererseits eine nochmalige Kniegelenksarthroskopie, jedoch auch mit gleichzeitiger Arthrotomie zum Débridement der Meniskusvorderhornwurzel und offener Versteppung. Letztendlich könne dem Beschwerdeführer indessen nicht versprochen werden, dass er dadurch beschwerdefrei werde (S. 2 Mitte). 4.5

Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, stellte im Bericht vom 24. Mai 2018 (Urk. 7/206/8-15) folgende, hier gekürzt dargestellte, Diagnosen: - chronisch lumboschialgiformes Schmerzsyndrom beidseits, DD offen - gravierende Miktions- und Potenzstörungen sowie hypogastrische Beschwerden, multifaktoriell - schwere Lendenwirbelsäulen-Degeneration - Status nach Treppensturz

Betreffend die im Vordergrund stehenden ilio-hypogastrischen und vegetativen Probleme sei bei den neurologischen Abklärungen keine persistierende Cauda

equina-Kompression gefunden worden (MRI vom 28. März 2018). Grundsätzlich könne es sich also hier um ein vegetatives Problem im Rahmen der Zugangswahl für die Prothese handeln, wobei dann die sekundäre Verschlechterung nach dem Treppensturz vollständig ungeklärt bliebe. Hingegen seien die ischialgiform ausstrahlenden Schmerzen bilateral in die Beine ätiologisch ungeklärt geblieben. Zwar könne man aufgrund der funktionstüchtigen Prothese eine allenfalls dynamisch verstärkte Rezessusstenose L5/S1 rechts im MRI sehen, wogegen die links ausstrahlenden Schmerzen ungeklärt blieben bei bildgebend fehlender Neurokompression linksseitig im Spinalkanal/in den Foramina (S. 3 unten). 4.6 4.6.1

Am 30. Januar 2019 erstatteten Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, der B.\_\_\_\_ AG

ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/223). Darin stellten sie folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 Ziff. 4.2.1): - lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei - Status nach Diskektomie L5/S1 am 18. März 2014 - Status nach Re-Diskektomie L5/S1 am 11. Juli 2014 - Status nach Implantation einer Bandscheibenprothese L5/S1 am 7. Januar 2015 - cervicales Schmerzsyndrom - Knieschmerzen beidseits bei - klinisch unauffälligem Befund bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie am 30. Oktober 2017 rechts, - beidseits diskreten degenerativen Veränderungen (MRI vom 18. Mai beziehungsweise 17. Juni 2017) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Pollakisurie und diskrete Inkontinenz beziehungsweise Nachträufeln

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 7 Ziff. 4.2.2): - unklare Handgelenksschmerzen links, klinisch unauffällig - Treppensturz am 9. August 2016 mit anamnestisch Contusio capitis, stumpfe m Thorax-, Wirbelsäulen- und Extremitätentrauma - anamnestisch Hüftgelenksbeschwerden, aktuell klinisch unauffällig - Status nach Oberarmbruch rechts im Kindesalter, beschwerdefrei - Nikotinabusus von 20 py beziehungsweise Status nach Cannabisgebrauch - anamnestisch multiple kleine pulmonale Noduli in Kontrolle, anamnestisch stationär 4.6.2

In der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung fanden sich keine objektivierbaren Ausfälle (keine Atrophien, symmetrisch auslösbare beziehungsweise nicht auslösbare Muskeleigenreflexe). Die Paresen seien am ehesten als schmerzbedingt zu werten, zudem bestehe der Verdacht auf eine deutliche Ausgestaltung der Symptomatik.

Aktenanamnestisch sei ein leichtes Sulcus - ulnaris -Syndrom links beschrieben. Da der Beschwerdeführer diesbezüglich keine Beschwerden habe und sich keine korrelierende Klinik habe feststellen lassen, werde darauf nicht näher eingegangen (S. 17 f. Ziff. 6.1). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 19 Ziff. 8.1). 4.6.3

In psychiatrischer Hinsicht zeige sich das Unfallerebnis von 2016 einschneidend, seit welchem der Beschwerdeführer somatisch zahlreich abgeklärt und behandelt worden sei, wobei die Behandlungen nicht befriedigend seien, und welches zu einem deutlichen Leidensdruck, insbesondere im Rahmen der Schmerzsymptomatik sowie der Inkontinenz, und deutlichen Einschränkungen der Sexualität geführt habe. Die aktuelle soziale Situation belaste den Beschwerdeführer sehr, die Schmerzen bereiteten grosse Probleme beim Treppensteigen, und er sehe sich aufgrund der Einschränkungen für die Zukunft nicht mehr im primären Arbeitsmarkt (S. 26 Ziff. 7.1). Aus psychiatrischer Sicht führe die bestehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu einer Arbeitsfähigkeit von 80 % (S. 27 Ziff. 8.1). Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bleibe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % erhalten, da von einer deutlich reduzierten Arbeitsgeschwindigkeit ausgegangen werden müsse (S. 27 Ziff. 8.2). 4.6.4

Aus orthopädischer Sicht falle auf, dass der Beschwerdeführer verschiedene Bandagen trage: Handgelenk links, Leibbandage und Bandage am rechten Kniegelenk. Die Entkleidung erfolge ohne eine Schonhaltung, langsam und umständlich. Schmerzen würden praktisch am ganzen Körper beklagt, bei der Untersuchung vorwiegend im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule, wo wegen befürchteter Schmerzen eine erhebliche Bewegungseinschränkung vorgelegen habe. Auf aktuelle radiologische Untersuchungen sei, wegen der umfangreichen radiologischen Bildgebung in der Vergangenheit und weil davon keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten seien, verzichtet worden (S. 35 unten). Die gesamte Krankengeschichte durchziehe eine Inkonsistenz zwischen den subjektiven

Angaben und den objektivierbaren Befunden, auf die auch die behandelnden Ärzte immer wieder hingewiesen hätten. Bei der aktuellen Untersuchung falle eine intensive Darstellung der Beschwerden auf, indem die Untersuchung von Stöhnen begleitet sei und die Bewegungsausmasse bei der Entkleidung unauffällig seien, während sich bei der Untersuchung wechselnde Einschränkungen ergäben, die sich kurz darauf wieder auflösten (S. 39 Ziff. 7.3).

Aufgrund der Beeinträchtigungen seitens der Wirbelsäule sei dem Beschwerdeführer keine körperlich schwere Tätigkeit mehr zumutbar. Wegen der anamnestisch bestehenden Beschwerden der Kniegelenke sollte keine die Knie belastende Tätigkeit erfolgen (S. 39 Ziff. 7.4). Für eine rückengerechte angepasste Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 40 Ziff. 8.2). 4.6.5

Aus internistischer Sicht sei das Aktivitätsniveau aufgrund der mindestens 20maligen Pollakisurie eingeschränkt, indem vermehrte Pausen für die Toilettengänge eingelegt werden müssten. Die Nähe einer Toilette sei wünschenswert (S. 49 Ziff. 7.3). Der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit aus internistischer Sicht vollständig anwesend sein. Aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen (S. 50 Ziff. 8.1). 4.6.6

Insgesamt stünden die Beeinträchtigungen seitens des Bewegungsapparates im Vordergrund. Von daher sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Sanitärarbeiter (körperlich belastend) für den Beschwerdeführer nicht mehr geeignet und es bestehe diesbezüglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Anfang 2014. Von Seiten der Fachgebiete Psychiatrie und Allgemeinmedizin bestünden auch für angepasste Tätigkeiten Beeinträchtigungen und die Arbeitsfähigkeit betrage seit Beginn 2016 80 % (S. 7 Mitte). Die gesamte Krankengeschichte durchziehe eine Inkonsistenz zwischen den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und den objektivierbaren Befunden, auf welche auch von den behandelnden Ärzten immer wieder hingewiesen werde. Bei der aktuellen Untersuchung falle eine intensive Darstellung der Beschwerden auf: Die Untersuchung sei begleitet von Stöhnen, die Bewegungsausmasse seien beim Entkleiden unauffällig, während sich bei der Untersuchung wechselnde Befunde zeigten. Bei den geklagten Symptomen handle es sich grösstenteils um Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, die klinisch nicht objektiviert werden könnten (S. 8 Ziff. 4.6). 4.7

Am 12. April 2019 wurde der Beschwerdeführer aufgrund unklarer posttraumatischer Handgelenksschmerzen links einer Handgelenksarthroskopie mit Synovialektomie / Débridement

skapulohulär links unterzogen (vgl. Urk. 7/230/5-6). Laut Bericht der Klinik J.\_\_\_\_, Abteilung Handchirurgie, vom 26. Juni 2019 (Urk. 7/246) bestünden weiterhin starke, den Beschwerdeführer deutlich einschränkende Schmerzen am linken Handgelenk, wobei deren Genese weiterhin unklar sei. Radiologisch hätten keine Auffälligkeiten gefunden werden können. Intraoperativ seien zwei kleinflächige Knorpelläsionen gefunden worden, die jedoch in keinem Verhältnis zu der Schmerzintensität und Einschränkung stünden. Es biete sich somit handchirurgisch kein aussichtsreicher Therapieansatz an (S. 1 unten). 4.8

Laut Bericht von PD Dr. med. P.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie am Universitätsspital Q.\_\_\_\_, vom 29. Juli 2019 (Urk. 7/234/3-4) bestünde beim Beschwerdeführer ein chronisches multifokales Schmerzsyndrom bei Status nach mehrfacher Wirbelsäulenoperation und Arbeitsunfall mit Treppensturz im 2016. Aufgrund

der Chronifizierung der bereits vorhandenen Schmerzsymptomatik sowie der nicht wegweisenden Befunde in der Bildgebung von vor einem Jahr sowie den teils nicht reproduzierbaren Untersuchungsbefunden sei aktuell keine invasive Behandlungsindikation zu stellen.

Nach einer MRI-Untersuchung (vgl. Urk. 7/242-243) berichtete Dr. P.\_\_\_\_ am 7. Oktober 2019 (Urk. 7/241), erfreulicherweise zeige sich keine Lockerung der angebrachten Diskusprothese. Darüber hinaus zeigten sich keine signifikante n , operativ behandelungswürdige n , degenerative n Veränderungen oder Trauma folgen , welche die aktuell bestehende Beschwerdesymptomatik erklären könnte n . Eine chirurgische Therapie sei nicht indiziert (S. 2). 4.9

Med. pract . R.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 22. Januar 2020 (Urk. 7/249) eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit Tendenz zur Chronifizierung (F32.1) sowie eine Panikstörung (F41.0; S. 1 Ziff. 1.2). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen und jeder weiteren Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Auch eine angepasste Tätigkeit sei nicht möglich, da sich der Beschwerdeführer jeden Morgen vor Schmerzen kaum 3 Stunden bewegen könne. Ausserdem bestehe ein ausgeprägter depressiver Zustand (S. 1 Ziff. 2.1). 4.10

Dr. med. S.\_\_\_\_ , Oberarzt an der Klinik für Rheumatologie am Q.\_\_\_\_ , berichtete am 27. Dezember 2019 (Urk. 7/248 /2-5 ), es bestehe insgesamt ein deutlich chronifiziertes Schmerzsyndrom der thorakalen und lumbalen Wirbelsäule mit diffuser Ausstrahlung in die Beine als Folge eines Treppensturzes bei deutlicher lokaler vertebrothorakolumbalen

Druckdolenz bereits bei leichter Palpation. Es bestehe ein protrahierter Verlauf mit chronischer Opiatbedürftigkeit. Die diffusen Beinbeschwerden mit subjektiven Kribbelparästhesien liessen sich klinisch schwierig zuordnen, weshalb zum Ausschluss einer Neuropathie eine ENMG-Testung erforderlich sei (S. 3). 4.11

Laut Bericht der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie am Q.\_\_\_\_

vom 20. Dezember 2019 (Urk. 7/250/4-6) lag beim Beschwerdeführer eine Druckdolenz ubiquitär im Unterbauch ohne klares klinisches Korrelat, insbesondere auch ohne klinischen Hinweis auf eine Hernie vor (S. 3). Gemäss Verlaufsbericht vom 20. Februar 2020 (Urk. 7/250/1-3) fand nur eine Konsultation statt (vgl. Ziff. 4.4) . 4.12

Vom 30. Juni bis 15. Juli 2020 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ . Laut Austrittsbericht vom 6. August 2020 (Urk. 7/260/1-8) habe d er Beschwerdeführer vier Jahre nach einem Treppensturz und bei vorbestehendem lumbospondylogem Schmerzsyndrom mit mehrfachen operativen Eingriffen an der Lendenwirbelsäule aufgrund des Schmerzsyndroms ein ausgeprägt appellatives , demonstrativ anmutendes Verhalten gezeigt und sei weder in den Therapien, den Visiten noch Konsilien oder anderweitigen Konsultationen für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung ausreichend zugänglich gewesen (S. 3 unten).

Dr. med. T.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , stellte mit psychosomatischem Konsilium vom 13. Juli 2020 (Urk. 7/260/9-11) fest, es habe keine klar definierbare psychisch- syndromale Störung erfasst werden können. Das Krankheitsverhalten sei abnorm im Sinne eines Mischbildes von massiver Appellationstendenz , Opferrolle und Problematik mit Verbitterung und rasch fluktuierender emotionaler Auslenkung. Eine regelrechte psychiatrische Exploration sei

angesichts von Zustandsbild und Verhalten nicht möglich (S. 1). Der Beschwerdeführer zeige ein ausserordentlich expressives, letztlich als abnorm zu klassifizierendes Krankheitsverhalten im Sinne eines relativen Extrembeispiels von Appellationstendenz, im Mindesten Verdeutlichung, Verbitterung und Verstrickung in versicherungsmedizinische Auseinandersetzungen. Seit er in der Klinik sei, werde das Zustandsbild beziehungsweise sein Klageverhalten schlechter beziehungsweise intensiver und die wohl funktionellen Parästhesien der unteren Extremitäten weiteten sich aus (S. 2 unten). 4.13 4.13.1

Am 20. April 2021 erstatteten Prof. Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Dr. med. V.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, sowie Dr. med. Esther W.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, der AA.\_\_\_\_ AG ihre Teilgutachten des von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen polydisziplinären (Neurologie, Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie, Rheumatologie, Psychiatrie und Neuropsychologie) Gutachten (Urk. 7/287). Die Begutachtung wurde aufgrund aggressiven Verhaltens des Beschwerdeführers nach der psychiatrischen Exploration abgebrochen (vgl. Urk. 7/289 S. 13 Mitte). 4.13.2

Der Neurologe (Urk. 7/287/74-91) diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein e

fail e d back surgery (Schmerzen nach Rückenoperation; drei Operationen) und wies darauf hin, dass bei Aggravation auf neurologischem Fachgebiet keine abschliessende Beurteilung bezüglich Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abgegeben werden könnten (S. 13 Ziff. 6.1-2). Da sich der Beschwerdeführer äusserst aggravierend verhalten und auch widersprüchliche Befunde gezeigt habe (Hinken rechts, dann wiederum das rechte Bein als Standbein benutzend), sei eine abschliessende Beurteilung der tatsächlichen Beeinträchtigung nicht möglich (S. 13 Ziff. 6.3). Es zeigten sich mehrere Inkonsistenzen, welche im Rahmen einer Aggravation gesehen werden müssten. Dies deshalb, weil das Gangbild während der Untersuchung bedeutend schlechter sei als nach der Untersuchung, als der Beschwerdeführer sicher auf einem Bein stehen könne (S. 14 Ziff. 7.3). Die Inkonsistenz könne allenfalls sogar im Rahmen einer Simulation gesehen werden (S. 15 Ziff. 7.3.1). 4.13.3

Auf internistischem Fachgebiet (Urk. 7/287/94-118) wurde eine unklare Blasen funktionsstörung mit Pollakisurie, Dysurie und Nykturie, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirk e, d i agnostiziert (S. 18 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein Nikotinabusus, multiple kleine pulmonale Noduli und aktenanamnestisch eine Nervus opticus-Atrophie links und ein Verdacht auf Exophthalmus rechts genannt (S. 19 Ziff. 6.2). Im Rahmen der Begutachtung seien das deutlich demonstrative, weinerliche und anklagende Verhalten, das Gehen einmal mit und einmal ohne Rollator, das Aufstehen alle zwei bis drei Minuten und die sehr diffus angegebenen Schmerzen bei der körperlichen Untersuchung auffällig. Auch sei nicht nachvollziehbar, dass eine empfohlene anticholinerge Therapie bei angegebener immer weiter ansteigender Miktionsfrequenz nicht etabliert worden sei. Es bestehe ausserdem eine Diskrepanz zwischen den teilweise nicht nachweisbaren Medikamentenspiegeln und den Angaben bezüglich einer regelmässigen Medikamenteneinnahme (S. 21 Ziff. 7.3).

Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage könne aus allgemein-internistischer Sicht bezüglich der Pollakisurie eine Einschränkung des Aktivitätenniveaus bestätigt werden. Die Miktionsfrequenz liege bei

20-45 pro Tag, was einem notwendigen Toilettengang alle 20-40 Minuten entspreche. Bei der Notwendigkeit von ein bis zwei Einlagen pro 24 Stunden sei nicht von einer nennenswerten Inkontinenz auszugehen (S. 22 Ziff. 7.4). Aufgrund der vermehrten Toilettengänge sei von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % auszugehen (S. 22 Ziff. 8.1.2). 4.13.4

Auf psychiatrischem Fachgebiet (Urk. 7/ 287/ 120-143) stellte Dr. W. \_\_\_ folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.1): - paranoides und antisoziales Verhalten bei - Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61) - Einfluss von Oxycodon, Zolpidem und Lyrica auf die Impulskontrolle und das Aggressionsverhalten (F19.71)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Psychiaterin (S. 16 Ziff. 6.2): - aus den Akten - depressive Erkrankung (F32.1) - somatoforme Schmerzstörung (F45.4) - Panikstörung (F41) - abhängige und unreife Persönlichkeit (F63.4)

Das Verhalten und die Emotionalität seien grob auffällig und inadäquat. Wegen der Weigerung des Beschwerdeführers, Angaben zur Anamnese zu machen, könne eine Entwicklung der Verhaltensauffälligkeiten im Verlauf des Lebens nicht verfolgt werden. Die allgemeinen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien erfüllt, soweit Angaben dazu hätten erhoben werden können. Die Angaben zum Verlauf des Verhaltens seit Kindheit fehlten, deshalb könne die Diagnose nicht mit Sicherheit gestellt werden. Von den spezifischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien gegenwärtig vor allem diejenigen einer paranoiden, aber auch einige einer antisozialen Störung erfüllt. Aus den Akten lasse sich allerdings ableiten, dass vor 2020 doch eher ein klagsames und hilfloses Verhalten vorgeherrschte und paranoides Erleben und Bewerten seit Anfang 2020 deutlich zugenommen hätten. Ebenso scheine das aggressive und deutlich drohende Verhalten zugenommen zu haben. Es müsse sicher bedacht werden, dass alle opioidhaltigen Schmerzmittel sowie Lyrica und auch die Schlafmittel Zolpidem und Imovane ein aggressives Verhalten fördern könnten (S. 17 unten f. ).

Aus psychiatrischer Sicht könne die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers erst wirklich beurteilt werden, wenn der Effekt der zentralnervös wirksamen Medikamentenkombination wegfalle. Auch eine Beurteilung der kognitiven Fähigkeiten sei eigentlich erst nach Absetzen der Opiode, der Schlafmittel und des Lyrica wirklich aussagekräftig. Es sei auch anzunehmen, dass das aggressive Verhalten bei Absetzen dieser Medikamente reduziert wäre (S. 22 Ziff. 7.4) . 4.14

In ihrer Stellungnahme vom 11. Juni 2021 (Feststellungsblatt vom 31. August 2021, Urk. 7/289) ging Dr. med.

AB. \_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, davon aus, es könne keine IV -relevante Diagnose gestellt werden. Es sei einzig ein paranoides und externalisierendes sowie gereiztes, ver bal aggressives bis bedrohliches Verhalten beschrieben worden. Dieses sei entweder der der aktuellen Medikamentenkombination - was aber eher unwahrscheinlich sei - und/oder einem Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung zugeschrieben worden. Es müsse von Aggravation ausgegangen werden, wie sie auch bei der aktuellen neurologischen Begutachtung sowie bei der MEDAS-Begutachtung vom 6. Januar 2014 (vgl. Urk. 7/169 E. 3.2) beschrieben worden sei. Die Zumutbarkeit einer Abstinenz/Reduktion der Opiode und Schlafmittel sei nicht diskutiert worden und aus RAD-Sicht werde eine solche kaum das aggravierende Verhalten reduzieren. Beim

beschriebenen Verhalten sei es unwahr scheinlich, dass eine erneute psychiatrische Begutachtung zu besseren Resultaten gelangen könne (S. 16 unten). 4.15

Der Gerichtsgutachter, Prof. Z.\_\_\_\_, stellte im psychiatrischen Gutachten vom 24. Februar 2023 (Urk. 30) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 32 Ziff. 6.3): - undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.0) - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit unreifen und narzisstischen Anteilen (Z73.1), differentialdiagnostisch: kombinierte Persönlichkeitsstörung (F61.0) - Verdacht auf Opiatabhängigkeit (F11.2); Cannabisgebrauch - (psychosoziale Belastungen)

In der Gesamtsicht stelle sich eine ausgesprochen komplexe Katamnese dar, die geprägt sei durch eine Vielzahl von Widersprüchen und Inkonsistenzen auf der einen Seite, auf der anderen Seite entstehe aber auch der Eindruck eines erheblichen Leidensdruckes, der im Einklang stehe mit einer Vielzahl

von invasiven medizinischen Eingriffen, die der Beschwerdeführer seit der ersten Bandscheibenoperation im März 2013 in Kauf genommen habe. Die Hauptproblematik der Begutachtung bestehe in der schwierigen Abgrenzung zwischen vorhandenen krankheitswerten Anteilen und hoch auffälligen, inkonsistenten Verhaltensweisen, die einer unreif-dysphorischen, appellativ-theatralischen und auch manipulativen Grundhaltung entsprächen, die nicht krankheitswertig einzuschätzen seien (S. 33 Ziff. 7.1).

In der Integration aller vorliegenden Informationen sei davon auszugehen, dass die Symptombildung des Beschwerdeführers zu einem Teil auf eine Komorbidität aus einer reaktiv-neurotischen Störung (somatoforme Störung/ Somatisierungsstörung), ungünstig modulierenden Persönlichkeitsmerkmalen und fraglich auch zu einem geringeren Anteil auf einen schädlichen Gebrauch von Opiaten zurückgehe. Zu einem anderen Teil liege aber eine nicht-krankheitswerte, überzogen dargebotene, manipulative und nicht authentische Ausgestaltung der Beschwerdesymptomatik vor. Die Einschätzung des Schweregrades der gesehenen psychischen Störungen sei beeinträchtigt durch die Überlagerung mit diesen nicht krankheitswertigen Anteilen, die durch die zahlreich dokumentierten Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten als gegeben angenommen werden müssten (S. 37 Mitte).

In Anbetracht des ähnlich wie in den Voruntersuchungen hoch auffälligen Verhaltens mit grosser Appellationstendenz, einer massiven Verbitterung und einem überzogen wirkenden Ausdrucksverhalten sei die psychiatrische Befunderhebung deutlich erschwert, als auch Einzelaussagen des Beschwerdeführers zum Teil im Widerspruch zu den vorliegenden Dokumenten stünden und nicht unkritisch übernommen werden könnten. Dennoch sei

eine diagnostische Zuordnung mit einer Komorbidität aus einer somatoformen-neurotischen Störung und Persönlichkeitspathologien/Persönlichkeitsauffälligkeiten in Anbetracht der vorliegenden Dokumentation im Längsverlauf trotz der Diskrepanzen möglich und auch ausreichend zu validieren. Aufgrund der Diskrepanzen, insbesondere auch die Verhaltensmodulation und die Selbstkontrolle betreffend, bestünden nach allen vorliegenden Informationen jedoch bezüglich der gesehenen Defizite relevante Unterschiede zwischen Situationen im Rahmen einer medizinisch-institutionellen Vorstellung (Begutachtung, Vorstellungen als Patient, Umgang mit Institutionen etc.) und Situationen, wie sie zum Beispiel ausserhalb von offiziellen Gesprächen stationär in der Rehaklinik C.\_\_\_\_ oder auch aktuell bezüglich der administrativen Abläufe (Blutentnahme etc.) in interpersonellen Kontakten sichtbar würden. Belastbare Beschreibungen der realen Alltagsaktivitäten lägen nicht vor. Die « settingbezogenen » Unterschiede seien

medizinisch-psychiatrisch in diesem Umfang nicht zu erklären und wiesen auf nicht krankheitswertige, dysphorisch-klagsame und auch manipulative Anteile hin bei mittlerweile chronifizierter Ein nahme einer Opferrolle. Diese Überlagerungen führten auch dazu, dass sich das typische klinische Bild einer psychischen Störung syndromal

nicht einstelle. Hierdurch werde die versicherungsmedizinisch wichtige Beurteilung der Leistungs fähigkeit beziehungsweise Arbeitsfähigkeit deutlich erschwert. In einer Annäherung sei davon auszugehen, dass eine leichtgradige Einschränkung der Leistungs fähigkeit des Beschwerdeführers über die gestellten Diagnosen medizinisch begründet werden könne und ausgewiesen sei. Eine darüber - hinausgehende mittelgradige oder gar schwergradige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen könne auch in Anbetracht der vorliegenden unsicheren Informations- und Befundlage nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest gestellt, wenn auch nicht gänzlich ausgeschlossen werden (S. 41 unten f.).

In einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit ergebe sich auf grund der krankheitswerten funktionellen Einschränkungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 25 %. Grundsätzlich sollten aufgrund der gesehe nen somatoformen Störung auch aus psychiatrischen Gründen schwere körper liche Tätigkeiten, insbesondere bei der somatischen Vorgeschichte, vermieden werden. Bei der Annahme einer Wochenstundenzahl von 40 sei eine tägliche Arbeit von 6 Stunden möglich (S. 47 oben) .

Im Verlauf könne konstatiert werden, dass es seit Dezember 2015 zu einer Zunahme an Verhaltensauffälligkeiten gekommen sei, die bereits nach den damaligen Echtzeitunterlagen in abgeschwächter Form im Jahr 2015 zu erkennen gewesen seien. Entsprechend sei es zu einer Zunahme der dysphorischen, gereiz ten Grundhaltung gekommen mit den auch vom behandelnden Psychiater beschriebenen punktuell fast wahnhaft anmutenden Schuldzuweisungen. Bislang könne dies Veränderung aber nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung mit Krankheitswert zugeordnet werden (S. 47 Mitte lit . b). 4.16

Med. pract .

R. \_\_\_ nahm am 4. April 2023 Stellung zum Gerichtsgutachten (Urk. 37/1) und führte an, der psychopathologische Befund sei nicht vollständig erfasst worden (S. 1 Mitte) und sei fehlerhaft (S. 2 oben). Die Persönlichkeit des Beschwerdeführers sei nicht vollständig, sondern recht diffus beschrieben worden (S. 2 oben). Es fehlten testpsychologische Zusatzuntersuchungen. Im Minimum hätte die depressive Symptomatik abgeklärt werden müssen. Auch die Vorgut achter hätten dies unterlassen (S. 2 Mitte). Es hätte ein Test bezüglich Depressio nen und Persönlichkeitsstörungen durchgeführt werden müssen (S. 3 oben). Ein Medikamenteneinfluss bezüglich Verhalten bestehe seines Erachtens nicht (S. 3 Mitte). Die Gretchenfrag e laute ohnehin, ob ein somatisches Gebrechen vorliege oder nicht, denn eine somatoforme Schmerzstörung sollte nur bei anhaltendem, schwerem Schmerz ohne körperliche Ursache gestellt werden. Ob eine körperliche Ursache für die Schmerzen des Beschwerdeführers vorliege, wisse man nicht, wobei seit der Operation ständig über dieselben Schmerzen in etwa derselben Intensität am genau gleichen Ort geklagt werde, was eine somatische Ursache suggeriere (S. 3 unten). Das Verhalten des Beschwerdeführers möge widersprüch lich sein, was jedoch einzig und allein durch die intermittierenden und wohl unerträglichen Schmerzen bedingt sei (S. 4

oben). 5. 5.1

Im Zeitpunkt der mit Verfügung vom 22. Dezember 2015 (Urk. 7/134) zugeprochenen bis Ende Januar 2015 befristeten Rente lagen beim Beschwerdeführer schmerzhafte Bewegungseinschränkungen der Lendenwirbelsäule nach zweimaliger Diskushernien-Operation L5/S1 rechts und einer Diskektomie mit Prothesenimplantation L5/S1 vor. Das Gericht kam damals zusammengefasst zum Schluss (Urk. 7/169), RAD-Ärztin med. pract. D. \_\_\_ habe plausibel dargelegt, dass der Beschwerdeführer zwar an einer schmerzhaften Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Lendenwirbelsäule leide, aber keine Hinweise auf radiikuläre Symptome bestünden. Auch den übrigen Arztberichten lasse sich nicht entnehmen, dass die Beschwerden - jedenfalls im vom Beschwerdeführer geklagten Ausmass - auf eine objektivierbare Pathologie zurückzuführen seien. Ein MRI vom Oktober 2015 habe denn auch keine Hinweise auf eine direkte Nervenwurzelkompression ergeben (E. 4.3).

Gestützt auf die Einschätzung der RAD-Ärztin erachtete das Gericht als erstellt, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Rentenaufhebung in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig war (vgl. E. 4.5) und schützte die Rentenaufhebung bei einem unter 40 % liegenden Invaliditätsgrad (vgl. E. 5.4). 5.2

Im August 2016 stürzte der Beschwerdeführer eine Treppe hinunter und klagt seither über verschlimmerte Rückenschmerzen, über Knie- und Handgelenkschmerzen sowie eine Blasenfunktionsstörung. Im Gutachten der B. \_\_\_ AG (E. 4.6) wurde in somatischer Hinsicht ein lumbovertebrales und ein zervikales Schmerzsyndrom, Knieschmerzen beidseits sowie eine Pollakisurie und eine diskrete Inkontinenz beziehungsweise Nachträufeln genannt. Neurologisch (E. 4.6.2) liessen sich keine objektivierbaren Ausfälle finden und betreffend ein in den Akten beschriebenes Sulcus - ulnaris - Syndrom links machte der Beschwerdeführer keine Beschwerden geltend und konnte keine korrelierende Klinik festgestellt werden. In der orthopädischen Untersuchung fiel eine intensive Darstellung der Beschwerden auf, und der Beschwerdeführer zeigte wechselnde Einschränkungen, die sich später wieder auflösten (E. 4.6.4). Internistisch wurde von einem die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden vermehrten Harndrang (bis zu 40 - mal pro Tag) ausgegangen (E. 4.6.5). In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachterin und Gutachter der B. \_\_\_ AG fest (E. 4.6.6), es lägen zwar Beeinträchtigungen der Wirbelsäule vor, bei den geklagten Symptomen handle es sich aber grösstenteils um Schmerzen und Sensibilitätsstörungen, die klinisch nicht objektiviert werden könnten.

Nach der Begutachtung durch die Ärztin und Ärzte der B. \_\_\_ AG wurde der Beschwerdeführer am linken Handgelenk operiert (vgl. E. 4.7), wobei er nach der Operation weiterhin starke Schmerzen beklagte. Intraoperativ konnten zwei kleinflächige Knorpelläsionen gefunden werden, die jedoch in keinem Verhältnis zur geltend gemachten Schmerzintensität und Einschränkung standen. Aufgrund seiner Schmerzen wurde der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik C. \_\_\_

behandelt. Dem Austrittsbericht (E. 4.12) kann nicht entnommen werden, dass sich in somatischer Hinsicht seit der Begutachtung in der B. \_\_\_ AG relevante objektivierbare Veränderungen am somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ergeben hätten. Insbesondere wurden bezüglich des linken Handgelenks ergänzende handchirurgische Untersuchungen durchgeführt, welche keine Ursache für die ausgeprägte Schmerzsymptomatik lieferte (S. 3). Unabhängig davon, dass die Ärzte der Rehaklinik C. \_\_\_ zur Feststellung der Arbeitsfähigkeit eine Begutachtung empfahlen, und die Beschwerdegegnerin angestossen durch Dr. med. AC. \_\_\_, Facharzt für orthopädische

Chirurgie, RAD (vgl. Feststellungsblatt, Urk. 7/289 S. 13) eine weitere Begutachtung bei der AA. \_\_\_ AG in Auftrag gab (vgl. E. 4.13), ist nicht ersichtlich, zu welchen neuen Erkenntnissen bezüglich des somatischen Gesundheitsschadens diese hätte führen sollen. Der Stellungnahme von Dr. AC. \_\_\_ ist denn auch keine medizinische Würdigung zu entnehmen und dementsprechend ist auch nicht nachvollziehbar, was er sich von einem neuen Gutachten versprach.

Damit kann als Zwischenfazit festgehalten werden, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt des Verfügungslasses vom 9. November 2021 in somatischer Hinsicht dahingehend ausgewiesen verändert hat, als er über eine Pollakisurie mit einer Miktionsfrequenz von bis zu 40

mal pro Tag klagt, was durch die vermehrt notwendigen Toilettengänge zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit von 20 % führt. Der Gesundheitszustand hat sich in somatischer Hinsicht insofern verändert, als der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Beschwerden am Bewegungsapparat, die bereits Ende Januar 2015 zu einer Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % geführt hatten, nunmehr nur noch zu 80 % in leidensangepasster Tätigkeit arbeitsfähig ist. 5.3.5.3.1

Eine lege artis festgestellte psychische Erkrankung lag im Zeitpunkt der befristeten Rentenzusprache nicht vor, obwohl die geklagten Beschwerden schon damals nicht vollständig durch objektivierbare Befunde erklärt werden konnten. Mittlerweile nahm der Beschwerdeführer eine psychiatrische Behandlung auf und sowohl der behandelnde Psychiater (E. 4.9) als auch der Gutachter der B. \_\_\_ AG

(E. 4.6.3)

sowie der Gerichtsgutachter (E. 4.15) nannten psychiatrische Diagnosen, welche eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben, wobei sowohl die gestellten Diagnosen divergieren als auch die verbliebene Arbeitsfähigkeit unterschiedlich beurteilt wurde. Die Begutachtung durch die Ärztin der AA. \_\_\_ AG (E. 4.13.4) wurde ohne vollständig erhobene Angaben beendet, da der Beschwerdeführer während der Untersuchung eine sich immer steigende Aggressivität zeigte (S. 13 oben). Ihre Erkenntnisse sind daher nicht verwertbar. 5.3.2

Nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung weicht das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Obergutachtung für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; Urteil des Bundesgerichts 8C\_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4). 5.3.3

G stützt auf die von ihm eingeholte Stellungnahme seines behandelnden Psychiaters (vgl. E. 4.16)

machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 36), es bestünden zumindest begründete Anhaltspunkte dafür, dass die vom Gutachter beschriebene unsichere Informations- und Befundlage durch ergänzende Abklärungen sowohl bezüglich des somatischen Befundes als auch hinsichtlich des psychischen Befundes namhaft verbessert werden könne, weshalb eine Vervollständigung der psychischen Befundaufnahme sowie des somatischen Befunds notwendig sei, gestützt auf welche der Gerichtsgutachter den Grad der Einschränkungen der Leistungsfähigkeit neu einzuschätzen habe. Dies sei zweifellos notwendig, weil eine verlässliche Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit die Kenntnis des Gesundheitsschadens als auch dessen Schweregrads voraussetze. Hinzu komme, dass gerade die Berichte des behandelnden Psychiaters bewiesen, dass ergänzende fachärztliche Abklärungen zu einer anderen Beurteilung des Gesundheitszustandes führten (S. 4 f. Ziff. 1.4). Überdies sei der Gerichtsgutachter aufzufordern, das Zumutbarkeitsprofil aus psychiatrischer Sicht möglichst detailliert zu beschreiben (S. 6 Mitte). Er halte daran fest, dass keine Aggravation im Sinne der einschlägigen höchstrichterlichen Rechtsprechung nachgewiesen sei (S. 7 Ziff. 5). 5.3.

Wie bereits dargelegt (vgl. vorstehende E. 5.2), wurde der Beschwerdeführer abschliessend somatisch untersucht, und sind die von ihm geklagten Beschwerden zumindest nicht im geltend gemachten Ausmass objektivierbar und führten die Behandlungen zu keinem Beschwerderückgang. Insofern liegt med. pract. R. \_\_\_ (E. 4.16) mit seiner Annahme, es sei unklar, ob eine körperliche Ursache für die Schmerzen des Beschwerdeführers vorliege, falsch. Nicht zutreffend ist ausserdem, dass der Beschwerdeführer ständig über dieselben Schmerzen in etwa derselben Intensität am genau gleichen Ort klagt, gab er doch gegenüber dem orthopädischen Gutachter der B. \_\_\_ AG (E. 4.6.4) Schmerzen praktisch am ganzen Körper an (S. 35 unten).

Dementsprechend geht auch seine Kritik, Prof. Z. \_\_\_ habe in unsachlicher Weise die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt, ohne zu wissen, ob ein schwerer Schmerz ohne körperliche Ursache vorliege, fehl.

Insoweit med. pract. R. \_\_\_ vorbrachte, es könnten entweder Achse-I-Störungen (z.B. Depression) oder Achse-II-Störungen (z.B. Persönlichkeitsstörungen) diagnostiziert werden, aber nicht beides zusammen, hat Prof. Z. \_\_\_

(E. 4.15) lediglich eine Achse-I-Störung, nämlich eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, diagnostiziert. Daneben ging er von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit unreifen und narzisstischen Anteilen, einer sogenannten Z-Diagnose, welche gemäss der Rechtsprechung von vornherein keine invalidisierende Diagnose darstellt, aus. Zwar diskutierte er differenzialdiagnostisch das Vorliegen einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Achse II), wobei er sich auf den Standpunkt stellte, dass beim Beschwerdeführer charakteristische und offensichtlich auch dauerhafte innere Erfahrungs- und Verhaltensmuster vorlägen, die deutlich von erwarteten und akzeptierten Normen abweichen, es aber nicht gelinge, den Nachweis einer Abweichung aus der Kindheit/Adoleszenz heraus zu finden, weshalb er das auffällige Ausdrucksverhalten wesentlich den Persönlichkeitsmerkmalen und eben nicht einer Persönlichkeitsstörung zuschrieb.

Zum psychopathologischen Befund führte med. pract.

R. \_\_\_

an, es fehle im Gerichtsgutachten von Prof. Z.\_\_\_\_ eine Beschreibung über Lebensfreude/Freudlosigkeit, Interesse/resp. Interessensverlust, Hinweise auf Insuffizienz- oder Schuldgefühle oder eben nicht, sowie über die Qualität des Schlafes (S. 1). Hierzu ist vorab festzuhalten, dass für Prof. Z.\_\_\_\_ die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode nicht nachvollziehbar und es für ihn offensichtlich war, dass der Beschwerdeführer kein durchgehend depressives Ausdrucksverhalten zeige (S. 39 unten). Weiter wies er darauf hin, dass differenzierte Auskünfte bezüglich der subjektiv für den Beschwerdeführer zentralen Themata kaum erhältlich gewesen seien (S. 19 oben) und die psychiatrische Befunderhebung in Anbetracht des hoch auffälligen Verhaltens mit grosser Appellationsstendenz, einer massiven Verbitterung und einem überzogen wirkenden Ausdrucksverhalten deutlich erschwert sei (S. 41 unten). Auffälliges Verhalten, welches keiner klar definierbaren psychisch-syndromalen Störung zugeordnet werden konnte, berichtete bereits

Dr. T.\_\_\_\_ (E. 4.12) und selbst med. pract .

R.\_\_\_\_ räumte ein widersprüchliches Verhalten des Beschwerdeführers, welches er indessen nicht weiter umschrieb, ein (E. 4.16). Angesichts des Verhaltens des Beschwerdeführers kann dem Gerichtsgutachter wohl kaum zum Vorwurf gemacht werden, er habe den Psychostatus nicht vollständig erhoben. Vielmehr gelang es ihm in seiner Beurteilung, das widersprüchliche und appellative Verhalten vom psychiatrischen Leiden von Krankheitswert abzugrenzen und eine psychiatrische Diagnose zu stellen. Von weiteren Abklärungen im Sinne der beantragten Vervollständigung der psychischen Befundaufnahme sind denn auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

Schliesslich kann Prof. Z.\_\_\_\_

auch nicht entgegengehalten werden, dass er auf Testverfahren verzichtet hat, ist doch die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung entscheidend. Den Testverfahren kommt im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung höchstens eine ergänzende Funktion zu (Urteile des Bundesgerichts 9C\_362/2020 vom 21.

Oktober 2020 E.

### **E. 3**

Anzufügen bleibt, dass das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 6. August 2019 im Prozess UV.2018.00055 die Leistungseinstellung durch den Unfallversicherer per 1. August 2017 als rechtens beurteilte. Das Urteil erwuchs unanfechtbar in Rechtskraft. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.4**

, 8C\_465/2019 vom 12.

November 2019 E.

5 und 9C\_728/2018 vom 21.

März 2019 E.

3.3) . 5.5

Insgesamt vermögen die Einwände des Beschwerdeführers das Gerichtsgutachten nicht zu entkräften. Allerdings ist auch in psychiatrischer Hinsicht von einer Verschlechterung des

Gesundheitszustandes auszugehen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist gestützt auf das Gerichtsgutachten keine

einen Rentenanspruch ausschliessende Aggravation ausgewiesen. Zu prüfen bleibt nunmehr, wie sich die diagnostizierte undifferenzierte Somatisierungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt, namentlich, ob die gutachterliche attestierte Arbeitsunfähigkeit den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens (vgl. E. 1.5) genügt. 5.6 5.6.1

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). 5.6.2

Zu den diagnoserelevanten Befunden hielt Prof. Z.\_\_\_\_ fest, es könne aktuell lediglich eine leichtgradige psychiatrische Störung validiert werden (S. 51

unten). Eingliederungsbemühungen hat der Beschwerdeführer nicht gezeigt, so dass sich diesbezüglich Angaben über Erfolg oder Resistenz erübrigen. Die seit September 2019 statt findende niederfrequente, psychiatrische Behandlung hat offensichtlich keine Früchte getragen und ist gemäss Prof. Z.\_\_\_\_ nicht geeignet, eine eigentliche Veränderung zu erzielen, und könne den Beschwerdeführer allenfalls unterstützend stabilisieren (S. 48). Aufgrund der rigiden, wenig modulierbaren Grundhaltung des Beschwerdeführers stellte der Gerichtsgutachter eine schlechte Prognose, wobei diese jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung mit Krankheitswert zuzuordnen sei (S. 49 Mitte). Komorbiditäten sind in den degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule sowie der Pollakisurie zu sehen, wobei - wie bereits dargelegt (E. 5.1) - die objektivierbaren Befunde die Beschwerden zumindest nicht vollständig erklären. Zu den persönlichen Ressourcen führte Prof. Z.\_\_\_\_ aus, nach den stationären Aufenthalten, aber auch nach den aktuell durchgeführten Explorationen könne von einer insgesamt guten Kontakt- und Gruppenfähigkeit ausgegangen werden. So habe sich der Beschwerdeführer in den stationären Aufenthalten bei guten Kontakten zu Mitpatienten unauffällig einfügen können und habe auch in der aktuellen Exploration bei nicht belastenden Themen gut kontaktfähig imponiert, auch vereinzelt humorvolle Bemerkungen einstreuen und durchaus auch gewinnend agieren können. Privat beschreibe er einen massiven sozialen Rückzug, der mit dem möglichen Interaktionsverhalten im Rahmen der Begutachtung kontrastiere. Die privaten Beziehungen seien explorativ nicht zugänglich gewesen, er sei von einer Freundin, zu der offensichtlich schon langjährig eine Beziehung bestehe, zur Begutachtung gefahren worden. Einschränkungen in der Mobilität und in der Selbstpflege könnten nicht gesehen werden, der Beschwerdeführer sei mit dem Automobil, könne öffentliche Verkehrsmittel

benutzen und imponiere auch in keiner Weise körperlich vernachlässigt, wirke ausgesprochen gepflegt mit einem modischen Haarschnitt und sorgfältig gekürzten Bart haaren (S. 44 Mitte). Zur Konsistenz ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer selber gemäss Gutachten überzeugt ist, nicht mehr arbeiten zu können (S. 14 oben), sein Tagesablauf ist gemäss seinen Angaben von Unlust geprägt (vgl. S. 15 f.).

In Würdigung des Gerichtsgutachtens hat sich Prof. Z.\_\_\_\_ eingehend mit den Standardindikatoren auseinander gesetzt. Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil - soweit es erhoben werden konnte - mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, und hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektiver Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit Überwiegen der Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen ist. 5. 7

Insoweit der Beschwerdeführer monierte, aus dem Gutachten gehe nicht hervor, welches Tätigkeitsprofil ihm noch zugemutet werden könne, ist ihm entgegenzuhalten, dass Prof. Z.\_\_\_\_

lediglich leichtgradige Einschränkungen im Rahmen des neurotischen Erlebens und der hiermit verbundenen Ressourcen verbrauchenden Grunderregung und Anpassung als gegeben erachtete. Spezielle Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit in psychiatrischer Hinsicht wurden nicht beschrieben, vielmehr wurde bezüglich Art der Tätigkeit auf die somatoforme Störung und insbesondere die somatische Vorgeschichte verwiesen, woraus zu schliessen ist, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht für jede körperlich angepasste Tätigkeit (vgl. vorstehende E. 5.2) gilt.

Es trifft hingegen zu, dass Prof. Z.\_\_\_\_, da er sich nur zu allfälligen Einschränkungen in psychiatrischer Hinsicht zu äussern hatte, nicht dargetan hat, ob die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit zu der Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht zu addieren sei. Nachdem er allerdings dargelegt hat, dass dem Beschwerdeführer eine tägliche Arbeitstätigkeit von 6 Stunden (bei einer Wochenzahl von 40 Stunden, somit einem Pensum von 75 %

entsprechend; vgl. E. 4.15) zumutbar ist, ist er folglich in der Lage, dieses Pensum auch mit den notwendigen Pausen aufgrund vermehrter Toilettengänge, welche von der Gutachterin und den Gutachtern der B.\_\_\_\_ AG mit einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % bemessen wurde, problemlos zu erreichen. Eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt sich daher nicht. 5.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 143 V 295 E. 4.1.3, 129 V 222 E. 4.1 und E. 4.2, 128 V 174). Der potenzielle Rentenbeginn nach der Neuanmeldung im Januar 2017 fällt unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs entsteht, auf Juli 2017. Es hat somit ein Einkommensvergleich für das Jahr 2017 zu erfolgen.

### **E. 6.2**

Das Gericht ging im Urteil vom 20. Oktober 2016 (Urk. 7/169) vom zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielten Einkommen bei der AD. AG von Fr. 61'160. aus, und errechnete unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung ein Valideneinkommen von Fr. 62'081.

im Jahr 2014 (E. 5.1). Es ist kein Grund ersichtlich, hiervon abzuweichen, war der Beschwerdeführer doch vor Eintritt des Gesundheitsschadens während mindestens vier Jahren als Chauffeur für die AD. AG tätig (vgl. Urk. 7/2/1) und verlor er die Stelle aus gesundheitlichen Gründen (vgl. Urk. 7/20). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2'220 Punkten im Jahr 2014 und 2'249 Punkten im Jahr 2017 (Bundesamt für Statistik BFS, Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne, Tabelle T39) ergibt dies ein Valideneinkommen im Jahr 2017 von Fr. 62'892. . 6. 3

Das durchschnittliche monatliche Einkommen für Männer im untersten Kompetenzniveau betrug im Jahr 2016 Fr. 5'340. (LSE 2016 TA1\_tirage\_skill\_level), mithin Fr. 64'080.-- jährlich. Unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden (BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen) und der Nominallohnentwicklung von 2'239 Punkten im Jahr 2016 und 2'249 Punkten im Jahr 2017 (BFS, Tabelle T39) errechnet sich ein hypothetisches Jahreseinkommen von Fr. 67'102. . Bezogen auf ein 75 %iges Arbeitspensum resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 50'327. . . Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 62'892. resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 12'565. beziehungsweise ein Invaliditätsgrad von gerundet (BGE 130 V 121)

20

%. Damit besteht kein Rentenanspruch.

Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und mit dem geleisteten Kostenvorschuss (Urk. 12) zu verrechnen. 7.2

Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen, können die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden. Dies ist unter anderem der Fall, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 mit Hinweisen). 7.3

Die Beschwerdegegnerin fällt ihren Entscheid gestützt auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. AB.\_\_\_\_ (E. 4.14), nachdem die psychiatrische Teilbegutachtung durch die Fachärztin der AA.\_\_\_\_ AG (E. 4.13)

aufgrund eines gereizten, verbal aggressiven bis bedrohlichen Verhaltens des Beschwerdeführers abgebrochen worden war und schloss auf Aggravation, was einen Ausschlussgrund darstelle. Es ist offensichtlich, dass sich der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. W.\_\_\_\_

(E. 4.13.4) verweigerte, sich inadäquat verhielt und schon früher durch appellatorisches Verhalten auffiel. Unter diesen Umständen wäre die Beschwerdegegnerin indessen gehalten gewesen, ihn unter Hinweis auf seine Mitwirkungspflichten und die Konsequenzen bei deren Verletzung erneut zu verpflichten, sich einer abermaligen psychiatrischen Untersuchung zu unterziehen (vgl. das Urteil des Sozialversicherungsgericht s

IV.2015.00689 vom 3. April 2017 E. 7.3, bestätigt mit Urteil des Bundesgerichts 8C\_400/2017 vom 29. August 2017). Indem sie hierauf verzichtet hat und von einer Aggravation als Ausschlussgrund ausgegangen ist, hat sie ihre Untersuchungspflicht verletzt, weshalb sie dem Gericht die Kosten des Gerichtsgutachtens im Betrag von insgesamt Fr. 11'787.05 (Urk. 39) zu erstatten hat. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und nach Eintritt der Rechtskraft mit der geleisteten Kautions verrechnet. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Gericht die Kosten des Gutachtens im Betrag von Fr. 11'787.05 zu erstatten. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur. André Largier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 39 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Tiefenbacher

### **E. 8**

Nach dem Dargelegten ist davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers dahingehend verschlechtert hat, dass er zusätzlich zu den bereits bekannten somatischen Gesundheitsschäden an einer Pollakisurie sowie in psychiatrischer Hinsicht an einer undifferenzierten Schmerzstörung leidet. Dies führt dazu, dass er in einer körperlich leichten Tätigkeit nurmehr zu 75 % arbeitsfähig ist. 6.

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