

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00134 vom 25. November 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-11-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00134

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00134 du 25 novembre 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00134 del 25 novembre 2022

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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

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).

E. 1.3

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.

E. 1.4

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

E. 1.5

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

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs.

E. 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 erheblich en Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass das psychiatrische Gutachten wenig plausibel sei und nicht klar auf die entsprechenden Diagnosen sowie die damit verbundenen Einschränkungen respektive Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abgestellt werden könne. Aus psychiatrischer und

neuropsychologischer Sicht lasse sich deshalb kein Gesundheitsschaden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Entsprechend sei einzig auf die somatischen Beschwerden abzustellen, wobei sich seit der letzten Begutachtung im Jahr 2014 keine Veränderung ergeben habe und der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei. Gestützt auf den Einkommensvergleich resultiere ein Invaliditätsgrad von 25 %, weshalb kein Anspruch auf Rentenleistungen bestehe (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Kritik der Beschwerdegegnerin am psychiatrischen Z.____-Teilgutachten sei unbegründet. Als Hauptdiagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stehe ganz klar die depressive Störung im Vordergrund, wobei die diesbezüglichen Diagnosekriterien einlässlich dargelegt worden seien. Einleuchtend seien die Ausführungen zum auffälligen Verhalten des Beschwerdeführers im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung, wobei ein solches insbesondere bei depressiven Erkrankungen wegen der fehlenden krankheitsbedingten Motivation eines Exploranden nicht unüblich sei. Aus der Unverwertbarkeit der neuropsychologischen Testung könne indes nicht ohne Weiteres auf Aggravation in den übrigen Fachgebieten – insbesondere

der Psychiatrie – geschlossen werden. Entscheidend sei vielmehr, dass bei der psychiatrischen Begutachtung keine Inkonsistenzen vorliegen hätten. Im Weiteren sei auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu verweisen, worin die Bescheinigung einer psychisch bedingten vollen Arbeitsunfähigkeit vom neuropsychologischen Gutachter mitgetragen worden sei (S. 7 f. Ziff. 8). Der Beschwerdeführer hielt weiter fest, dass für den Fall, dass das hiesige Gericht nicht auf das Z.____-Gutachten abstelle, die Sache zur Durchführung einer ergänzenden psychiatrischen Abklärung und zum Neuentscheid an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei (S. 8 Ziff. 9). 3.

Zwischen den Parteien ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer unter somatischen Gesichtspunkten in seiner bisherigen Tätigkeit arbeitsunfähig und in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen ist (Urk. 2 S. 2). Dies steht im Einklang mit dem –

vom Beschwerdeführer nicht beanstandeten - rheumatologischen Z.____-Teilgutachten von Dr. med. A.____, FMH Rheumatologie, vom 3. Juni 2021 (Urk. 6/303), welcher als einzige Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei geringgradigen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) stellte. Dr. A.____ statuierte in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und verneinte im Übrigen eine Veränderung des somatischen Gesundheitszustands seit mindestens Dezember 2013 (S. 11 f., S. 14 f.).

Im Rahmen der in Frage stehenden Neuanmeldung vom 12. September 2017 (Urk. 6/253) wurde einzig eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands geltend gemacht (vgl. Urk. 6/253; Urk. 6/266/3-9 S. 4 f. Ziff. 6, S. 6 Ziff. 7), wobei im vorliegenden Verfahren die somatische Situation seitens des Beschwerdeführers zu keinem Zeitpunkt thematisiert wurde und aufgrund der Aktenlage kein Anlass zu diesbezüglichen Weiterungen besteht. Strittig und zu prüfen ist vielmehr, ob sich der psychische Gesundheitszustand anspruchrelevant verschlechtert hat. Während die Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht (Urk. 2 S. 2), liegt

gemäss dem Beschwerdeführer keine Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 1 S. 8 Ziff. 9). 4. 4.1

4.1.1

Die Z.____ -Gutachter Dr. med. B.____, FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. C.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. A.____ stellten unter Mitunterzeichnung des neuropsychologischen Zusatzgutachters

lic. phil. D.____

am 17. Juni 2021 folgende interdisziplinäre Diagnosen (Urk. 6/299 S. 10 f. und S. 16): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - rezidivierende depressive Störung mittelgradig bis schwergradig mit fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10

F33.1/2/3) - soziale Phobien (ICD-10 F40.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts bei geringgradigen degenerativen Veränderungen der LWS - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Adipositas - ausgeprägte Zeichen einer Schmerzfehlerverarbeitung mit 5/5 positiven Waddell-Zeichen, 15/18 positiven Fibromyalgie-Druckpunkten, 2/3 positiven Kontrollpunkten, pseudoneurologischen Ausfällen, Gegenintentionen und Selbstlimitierungen, nicht einem rheumatologischen Krankheitsbild entsprechend - muskuläre Dysbalance am Schultergürtel beidseits - Spreizfüsse - klinisch beginnende Grosszehengrundgelenksarthrose beidseits

Unter dem Titel Konsistenzprüfung führten die Z.____ -Experten aus, der aktuelle Zustand korreliere weitgehend mit den subjektiven Angaben und den Angaben in den Unterlagen und es könnten keine Hinweise auf Inkonsistenzen gefunden werden. Die Authentizität der neuropsychologischen Befunde sei vorliegend nicht gegeben. Entsprechend den Befunden, insbesondere den pseudoneurologischen Ausfällen, lägen deutliche Inkonsistenzen vor, die nicht in der rheumatologischen Beurteilung berücksichtigt worden seien (S. 13).

Im Weiteren hielten die Gutachter fest, dass aufgrund der psychischen Problematik seit Februar 2017 in jeglicher Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsunfähigkeit vorliege (S. 14).

4. 1. 2

Dr. C.____

nante in seinem undatierten psychiatrischen Gutachten

(Explorationsdatum 27. Mai 2021, Urk. 6/302) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22): - rezidivierende depressive Störung mittelgradig bis schwergradig mit fraglichen psychotischen Symptomen (ICD-10

F33.1/2/3) - soziale Phobien (ICD-10 F40.1) - Agoraphobie (ICD-10 F40.0) - Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)

Der psychiatrische Experte führte aus, dass aufgrund der vorliegenden Angaben angenommen werden könne, dass die Stimmung des Beschwerdeführers weitgehend gedrückt sei, was sich auch in der Untersuchung zeige. Es bestünden ein weitgehender Interessenverlust, eine Einschränkung der Freudefähigkeit, eine Ermüdbarkeit sowie eine Antriebsverminderung, weshalb die Kardinalkriterien einer depressiven Störung weitgehend erfüllt seien. Dabei bestehe ein eher schwankender Verlauf, indem sich die affektive Störung teilweise bessere. Eine dauerhaft schwergradige Einschränkung bestehe

nicht, da der Zustand mit Behandlungsmassnahmen gebessert werden könne und der Beschwerdeführer auch in der Exploration wechselhaft und nicht durchwegs in schwer depressivem Zustand imponiert habe. Es sei von einer etwa mittelschweren bis allenfalls zeitweilig schweren depressiven Störung auszugehen, da der Beschwerdeführer grosse Mühe habe, seinen Alltag zu strukturieren, Aufgaben wahrzunehmen, er die Unterstützung durch die Umgebung benötige und auch wiederholt hospitalisiert habe werden müssen. Eine depressive Entwicklung sei erstmals im Jahr 2004 aufgeführt worden, wobei sich diesbezüglich 2010 und 2013 keine Erwähnung gefunden habe.

Anlässlich der Begutachtung durch die E. ___ AG [Ende 2013/Anfangs 2014]

sei eine Angst und depressive Störung gemischt diagnostiziert worden, weshalb damals von keiner schwergradigen Störung ausgegangen werden könne. Eine mittelschwere Störung sei durch das Rehasentrum F. ___ im Mai 2016 bestätigt worden und seither sei es nicht mehr zu einer Remission der affektiven Störung gekommen. Entsprechend könne die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung bestätigt werden, wobei sich mittlerweile ein jahrelanger Verlauf ohne zwischenzeitliche Remission seit mindestens 2016 abzeichne, so dass von einer Chronifizierung auszugehen sei, wobei es zu Schwankungen mit mittelschweren bis schwer depressiven Zuständen komme (S. 19 f.).

Im Weiteren zeige sich ein durchwegs ängstliches und unsicheres Verhalten, wobei bestimmte Situationen

– insbesondere der Kontakt mit Menschen / in Gruppen sowie einkaufen gehen

– angstausslösend seien, weshalb sozialphobische und agoraphobische Ängste bestünden. Aufgrund der Angaben des Beschwerdeführers handle es sich um spezifische Ängste, welche durch die affektive Symptomatik verstärkt würden, wobei kein komplettes Meideverhalten bestehe, gelinge es doch dem Beschwerdeführer, einkaufen zu gehen (S. 21).

Es bestehe zudem eine Körperschmerzproblematik. Es hätten einige somatische objektivierbare Befunde erhoben werden können, wobei eine Überlagerung durch den psychischen Zustand anzunehmen sei, so dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gerecht fertigt sei (S. 21).

Der psychiatrische Gutachter hielt weiter fest, der aktuelle Zustand korreliere weitgehend mit den subjektiven Angaben und den Angaben in den Unterlagen und es hätten keine Hinweise auf Inkonsistenzen gefunden werden können (S. 24).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit führte der Experte aus, der Beschwerdeführer sei aufgrund der Ängste und depressiven Störung in keiner Weise belastbar und unfähig, Verantwortung zu übernehmen. Er könne Aufgaben nicht strukturieren, sei verlangsamt und müsse beaufsichtigt werden, es sei mit Ausfällen zu rechnen und er sei nicht mehr in der Lage, sich adäquat im zwischenmenschlichen Bereich zu verhalten. Entsprechend sei davon auszugehen, dass in der freien Wirtschaft keine verwertbare Leistung mehr möglich sei. Betreffend Verlauf ging der Gutachter von einer

100%igen Arbeitsunfähigkeit ab Februar 2017 aus, da während der damaligen stationären Behandlung eine schwere depressive Episode angenommen worden und es seither zu keiner dauerhaften Besserung mehr gekommen sei (S. 24

f.). 4.1.3

Neuropsychologe lic. phil. D.____ verneinte in seinem Teilgutachten vom 11. Juni 2021 (Urk. 6/301) das Vorliegen einer neuropsychologischen Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11). Formal bestehe zwar eine schwere neuropsychologische Störung mit breitgestreuten attentionalen exekutiven und amnestischen Funktionsdefiziten. Angesichts der nicht gewährleisteten Validität der erhobenen Befunde könne indes keine belastbare Beurteilung vorgenommen und so auch keine neuropsychologische Diagnose gestellt werden (S. 11).

Der neuropsychologische Experte führte weiter aus, es seien zwei Leistungsvalidierungsverfahren durchgeführt und weitere verdeckte Indizes hinsichtlich der Leistungsbereitschaft erhoben worden. Beide Verfahren hätten deutlich und mehrfach auffällige Resultate ergeben, welche die Leistungs-/Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers in Frage stellten respektive einzelne Werte aufgewiesen hätten, welche klar unter der Zufallstrefferquote lägen und eine Simulation nahelegen würden. Auch bei den verdeckten Indizes hätten sich deutliche Hinweise auf eine Aggravation/Simulation gezeigt. Ebenso habe der Beschwerdeführer klinisch wiederholt ein selbstlimitierendes Leistungsverhalten präsentiert und auf der neuropsychologischen Befundebene seien Inkonsistenzen und Widersprüche feststellbar gewesen (vgl. auch S. 6). Entsprechend sei im vorliegenden Fall bezüglich der kognitiven Funktionalität von einer erheblichen Aggravation/Simulation auszugehen (S. 11). 4.1.4

In seiner Stellungnahme vom 18. August 2021 zu den Rückfragen der Beschwerdegegnerin vom 14. Juli 2021 (Urk. 6/304) verwies Dr. C.____

bezüglich der Herleitung der psychiatrischen Diagnosen im Wesentlichen auf seine Ausführungen im Teilgutachten. Betreffend Aggravation führte er aus, dass sich diesbezüglich in der neuropsychologischen Exploration deutliche Hinweise gezeigt hätten, weshalb die Abklärung nicht verwertbar sei. Das entsprechende Verhalten des Beschwerdeführers lasse sich indessen im Wesentlichen nachvollziehen. Es begründe sich durch die depressive Störung und die einfache Persönlichkeitsstruktur, wobei der Beschwerdeführer keine geeigneten Bewältigungsstrategien aufweise, um mit seiner Störung einen adäquaten Umfang zu finden. Dies drücke er dann in seinem Verhalten entsprechend aus, wodurch die Auffälligkeiten während der neuropsychologischen Abklärung hätten vorgefunden werden können, wobei aufgrund des psychiatrischen Befunds keine Inkonsistenzen hätten gefunden werden können, da dieses Verhalten nachvollziehbar sei (S. 2 f.). 4.2 4.2.1

In ihrer Stellungnahme vom 24. September 2021 (Urk. 6/321/10-11) führte die Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. F.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, aus, das psychiatrische Z.____-Teilgutachten sei in seiner Schlussfolgerung wenig plausibel, da insbesondere die offensichtliche Aggravation bei der neuropsychologischen Begutachtung nicht adäquat berücksichtigt worden sei.

Aufgrund der Antworten des psychiatrischen Z.____-Experten vom 18. August 2021 (vgl. E. 4.1.4)

seien zudem die gutachterlich gestellten Diagnosen nicht besser nachvollziehbar. Entsprechende Herleitungen gemäss den ICD-10-Kriterien seien nicht durchgeführt worden, auch nicht auf entsprechende Anfrage hin. Beispielsweise könnten die drei erfüllten Kardinalkriterien allein keine mittelgradige oder schwere depressive Symptomatik gemäss den ICD-10-Kriterien begründen.

Die in der neuropsychologischen Abklärung deutlich gezeigten Hinweise auf eine Aggravation seien in dem Sinne interpretiert worden, dass die Resultate als nicht verwertbar beurteilt worden seien. Dies sei richtig, allerdings hätte der psychiatrische Gutachter hinterfragen müssen, inwieweit der Beschwerdeführer seine Beschwerden auch während der psychiatrischen Exploration aggraviert habe, was ersterer nicht getan habe. Der Experte habe das auffällige Verhalten des Beschwerdeführers als nachvollziehbar beurteilt, wobei indes eine depressive Störung und/oder einfache Persönlichkeitsstruktur keine Aggravation begründen könne.

Aus RAD-Sicht könne deshalb nicht klar auf die Diagnosen, Einschränkungen und die Angaben betreffend Arbeitsunfähigkeit abgestellt werden. 4.2.2

Am 20. Oktober 2021 berichtete die zuständige Kundenberaterin der Beschwerdegegnerin über die gleichentags durchgeführte Ressourcensprechstunde (Urk. 6/321/11) und hielt insbesondere Folgendes fest: RAD-Ärztin F.____

könne aufgrund der Aggravation nicht auf die Diagnosen respektive das Gutachten abstellen. Es sei problematisch, dass der psychiatrische Z.____-Experte die Aggravation mit dem Krankheitsbild erkläre, was zwar nicht passe, aber ein «Pferdefuss» sein könne, wenn damit argumentiert werden sollte, dass die psychischen Beschwerden wegen der Aggravation nicht zu berücksichtigen seien. Aus ihrer Sicht werde ein neues Gutachten nichts bringen, da sie befürchte, der Beschwerdeführer werde wiederum aggravierern. Im Weiteren seien die psychischen Befunde fraglich, wobei diese auf den anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers beruhten. Die psychiatrischen Diagnosen seien sodann nicht nach Kriterien hergeleitet. Zusammenfassend sei deshalb ein invalidisierender Gesundheitsschaden psychisch und neuropsychologisch nicht ausgewiesen, weshalb einzig auf die somatische Beurteilung abzustellen sei. 5. 5.1

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung, die eindeutig über die blossе unbewusste Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht, ohne dass das betreffende Verhalten auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen wäre, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 5.2

Gestützt auf das Z.____-Teilgutachten des Neuropsychologen lic. phil. D.____ ist unbestritten ausgewiesen, dass die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten schweren neuropsychologischen Störungen auf das aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers zurückzuführen waren (Urk. 6/301 S. 7 ff.). Im Weiteren berichtete auch der rheumatologische Z.____-Gutachter

– insbesondere unter Hinweis auf pseudoneurologische Ausfälle – von deutlichen Inkonsistenzen (Urk. 6/303 S. 13). Der psychiatrische Z.____-Experte wies demgegenüber darauf hin, dass der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers weitgehend mit den subjektiven Angaben und den Angaben in den Unterlagen korreliere und keine Hinweise auf Inkonsistenzen vorlägen (Urk. 6/302 S. 24). Mit der vom Neuropsychologen lic. phil. D.____ festgestellten Aggravation setzte sich der psychiatrische Gutachter in seiner Expertise nicht auseinander.

Ebenso wenig wurde in der interdisziplinären Beurteilung vom 17. Juni 2021 (Urk. 6/299) die festgestellten Inkonsistenzen und die Aggravation diskutiert, sondern es wurden im

Rahmen der Konsistenzprüfung lediglich die entsprechenden von den einzelnen Z.____ - Experten in ihren Teilgutachten gemachten Angaben kommentarlos übernommen und unter Hinweis auf die psychiatrische Problematik von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgegangen (S. 13 f.).

Laut den Qualitätsrichtlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie vom 16. Juni 2016 (SGPP; publiziert in SZS 2016 S. 435 ff.) sind aber neuropsychologische Befunde als Zusatzbefunde in die durch den Gutachter zu erfolgende ärztliche Gesamtbeurteilung und versicherungs-psychiatrische Würdigung einzubeziehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_624/2017 vom 6. Februar 2018 E. 9.1) , was im Rahmen der Z.____ -Begutachtung offensichtlich nicht geschah. 5.3

Soweit Dr. C.____ in seiner Stellungnahme vom 18. August 2021 (Urk. 6/306) auf entsprechende Rückfrage der Beschwerdeführerin (Urk. 6/304)

zur

vom neuropsychologischen Experten festgestellten Aggravation Stellung nahm, sind seine Ausführungen jedenfalls nicht vollends nachvollziehbar und es kann gestützt darauf nicht abschliessend beurteilt werden, ob beim Beschwerdeführer von einer anspruchsausschliessenden Aggravation auszugehen oder sein Verhalten – wie von Dr. C.____ vertreten - auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen ist, deren Auswirkungen gegebenenfalls im Umfang der Aggravation zu bereinigen wären

(vgl. E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_383/2020 vom 22. März 2021 E. 3.2.3). Dr. C.____ begründete das aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers

mit dessen einfachen Persönlichkeitsstruktur und der depressiven Störung . Diesbezüglich ist zu berücksichtigen, dass der Experte beim Beschwerdeführer das Vorliegen von auffälligen Persönlichkeitszügen respektive einer Persönlichkeitsstörung explizit ausschloss und zudem darauf hinwies, dass die Persönlichkeitsstruktur nicht adäquat beurteilt werden könne, so lange sich der Beschwerdeführer in einem depressiven Zustand befinde

(Urk. 6/302 S. 20, S. 23). Im Weiteren ist darauf hinzuweisen , dass beim Beschwerdeführer betreffend die depressive Störung gemäss psychiatrischem

Gutachten keine dauerhaft schwergradige Einschränkung besteht, der Zustand mit geeigneten Behandlungsmassnahmen gebessert werden kann und – abgesehen von allenfalls zeitweiligen Akzentuierungen –

von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen ist (S. 19).

Dr. C.____ verneinte zudem lediglich in pauschaler Weise das Fehlen von Bewältigungsstrategien und legte insbesondere nicht dar, wie sich diese Unfähigkeit beim Beschwerdeführer konkret ausgestaltet.

Des Weiteren sind die vom psychiatrischen Gutachter gestellten Diagnosen nicht vollends nachvollziehbar. Im Zusammenhang mit den diagnostizierten agora-

und sozialphobischen Ängsten wird lediglich in pauschaler Weise angegeben, beim Beschwerdeführer bestünden bestimmte angstauslösende Situationen, insbesondere im

Kontakt mit Menschen respektive Gruppen (Urk. 6/302 S. 20 f.). Durch welche konkreten Situationen beim Beschwerdeführer welche Ängste ausgelöst werden, geht aus der Expertise nicht hervor (vgl. auch Urk. 6/166 S. 19). Betreffend die rezidivierende mittel- bis schwergradige depressive Störung (Urk. 6/302 S. 22) beanstandete die Beschwerdegegnerin zu Recht die fehlende Herleitung der Diagnose gemäss ICD-10 (Urk. 6/321/10).

Der Experte erachtete

bei der

Diagnoseherleitung (Urk. 6/302 S. 15 ff.)

zwar die «Kardinalkriterien» respektive Grundsymptome für eine depressive Störung (depressive Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude und Antriebsmangel sowie erhöhte Ermüdbarkeit)

als erfüllt, prüfte aber

die zusätzlichen zur Beurteilung des Schweregrads der

depressiven

Episode erforderlichen Symptome

nicht (vgl. Dilling H./ Mombour W./Schmidt M.H. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F] Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 173 f.). Insofern geht der Einwand des Beschwerdeführers, im psychiatrischen Gutachten seien die Diagnosekriterien für eine mittel- bis schwergradige depressive Episode aufgeführt worden (Urk. 1 S. 7), ins Leere. Es trifft zwar zu, dass in der Expertise auf die vom Beschwerdeführer angegebenen Konzentrationsschwierigkeiten, Schuldgefühle oder das Gedankenkreisen und mithin auf einzelne zusätzlich erforderliche Symptome hingewiesen wurde (Urk. 6/302 S. 7 ff., S. 13 ff.), es obliegt indes dem Experten – und nicht dem Leser oder der Leserin eines Gutachtens –

die von ihm gestellte Diagnose respektive deren Schweregrad klar und nachvollziehbar herzuleiten.

Schliesslich ist auch die von Dr. C.____ in sämtlichen Tätigkeiten attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht vollends schlüssig, nachdem er insbesondere

bezüglich der depressiven Störung

nicht von einer dauerhaften schwergradigen Einschränkung ausging (Urk. 6/302 S. 19).

Dem Beschwerdeführer ist zwar insoweit beizupflichten, als dass aus der Unverwertbarkeit des neuropsychologischen Gutachtens nicht automatisch auf eine Aggravation in der psychiatrischen Exploration geschlossen werden kann (Urk. 1 S. 7). Dies ändert aber nichts daran, dass sich Dr. C.____ mit der vom neuropsychologischen Gutachter festgestellten Aggravation in rechtsgenügender Weise hätte auseinandersetzen müssen, zumal auch der rheumatologische Experte von deutlichen Inkonsistenzen ausging (Urk. 6/303 S. 13) und bereits im E.____ - Gutachten vom 5. März 2014 seitens des psychiatrischen Experten von zahlreichen Inkonsistenzen und Inkongruenzen die Rede war (Urk. 6/166 S. 18 f., vgl. auch Urk. 6/302 S. 16). Der Hinweis des Beschwerdeführers auf die interdisziplinäre Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit (Urk. 1 S. 7)

vermag daran nichts zu ändern, da in der Konsensbeurteilung keine (nachvollziehbare) Auseinandersetzung mit der – immerhin von zwei Gutachtern – festgestellten Aggravation und den deutlichen Inkonsistenzen erfolgte (Urk. 6/299 S. 13). 5.4

Nach dem Gesagten erfüllt das psychiatrische Z. ___ -Teilgutachten nicht

die praxismässigen Kriterien an den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens (BGE 125 V 351 E. 3a; 122 V 157 E. 1c; vgl. auch E. 1.7). Ein beweismässiges psychiatrisches Gutachten lag entsprechend bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung nicht vor. Angesichts der nicht abschliessend geklärten Frage nach der Bedeutung der Aggravation sowie im Lichte der übrigen Aktenlage, so auch der Beurteilungen der behandelnden psychiatrischen und psychologischen Fachpersonen und der von ihnen gestellten Diagnosen (vgl. unter anderem: Urk. 6/280/4, 6/280/7, 6/280/9), entbehrt

der Schluss der Beschwerdegegnerin, ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers sei nicht ausgewiesen, mithin auch nicht mittels weiterer Beweisvorkehrungen erstellbar, aber jeder Grundlage. Dass angesichts einer zu befürchtenden neuerlichen Aggravation auch ein nächstes Gutachten keinen Beweis für einen psychischen Gesundheitsschaden erbringen könne (Urk. 6/321/11), ist reine Spekulation. Entsprechend ist die Verfügung vom 11. Februar 2022 (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese ergänzende psychiatrische Aufklärungen veranlasse und über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu befinde.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

Hinzuweisen ist abschliessend lediglich darauf, dass das neu einzuholende psychiatrische Gutachten den rechtsprechungsmässigen Kriterien gemäss BGE 141 V 281 entsprechen muss. Insbesondere müssen allfällige symptomatische Fähigkeitsstörungen umschrieben werden und es muss eine Auseinandersetzung mit den praxismässigen massgeblichen Standardindikatoren erfolgen, damit von Seiten der Rechtsanwendung die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (auch quantitativ) nachvollzogen werden kann. Dem Beschwerdeführer kommt dabei eine Mitwirkungspflicht zu, in dem er in der Begutachtungssituation ausführlich über die erfragten Randbedingungen wie Alltagsgestaltung und Therapien informieren muss. Eine allenfalls fehlende Kooperationsbereitschaft wäre ihm als Verletzung dieser Pflicht zur Mitwirkung in der medizinischen Begutachtung (Art. 43 Abs. 2 und 3 ATSG) anzulasten und eine allenfalls daraus resultierende Beweislosigkeit wirkte sich im Sinne der materiellen Beweislast zu seinem Nachteil aus (etwa: BGE 145 V 361 E. 3.2.2 i.F. mit Hinweisen). 6.

E. 6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen).

Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen 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). 1.

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens – nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2) – sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzu erlegen.

E. 6.2

Dem Verfahrensausgang entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen.

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Es ist dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung dieser Grundsätze eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 7

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.

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