

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00475 vom 16. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00475

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00475 du 16 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00475 del 16 marzo 2023

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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1). 1. 4

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, 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 unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je 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 8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3 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 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3, je mit Hinweisen). 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. 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). 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. 6

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. 1. 7

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

Geht es um psychische Erkrankungen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7) sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1). 2.

E. 2

). Gestützt auf die medizinischen und erwerblichen Abklärungen und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/1 39, Urk. 7/14 1) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Mai 2013 den Anspruch des Versicherten auf eine Rente (Urk. 7/14

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte den Leistungsanspruch im Wesentlichen mit der Begründung (Urk. 2), gemäss der Aktenlage ergäben sich keine neuen nachvollziehbaren Befunde, womit weiterhin nicht von einer langandauernden die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei. In einer optimal angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 80%. Als Hilfsarbeiter sei es dem Beschwerdeführer möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen, womit weder ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen noch auf eine Rente bestehe (S. 2 oben). Die mit dem Einwand eingereichten medizinischen Unterlagen belegten keine neuen unberücksichtigten Tatsachen (S. 2 unten).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), auf den RAD-Bericht könne, da näher ausgeführte Zweifel an seiner Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestünden, nicht abgestellt werden (S. 5 f.). Auch das Gutachten der Y.____ AG sei aus näher dargelegten Gründen nicht verwertbar (S. 6 f.) . Mindestens seit der letzten Begutachtung aus dem Jahr 2017 sei auf die echtzeitlichen Beurteilungen und die vollständige Arbeitsunfähigkeit abzustellen, was zu einem Anspruch auf eine ganze Rente zu führen habe (S. 7 Ziff. 18).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers derart verschlechtert hat, dass er Anspruch auf eine (ganze) Rente hat. Die letztmalige materielle Rentenprüfung fand mit der vom Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 5. August 2014 (Urk. 7/ 153) bestätigten Verfügung vom 24. Mai 2013 (Urk. 7/

E. 6

). Die dagegen gerichtete Beschwerde vom 27. Juni 2013 wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 5. August 2014 im Prozess Nr. IV.2013.00603 ab (Urk. 7/153). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 6.1

Der Beschwerdeführer war ausschliesslich als Hilfsarbeiter tätig, wobei seine Erwerbsbiographie einen wechselhaften Verlauf mit tiefen Einkommen zeigt (vgl. Urk. 7/335) . Anhand der Akten ist nicht eruierbar , aus welchen Gründen die häufigen Stellenwechsel und Phasen der Arbeitslosigkeit erfolgten , die jedenfalls nicht allein der gesundheitlichen Situation geschuldet waren . Es ist daher sowohl für die Festsetzung des Validen- als auch des Invalideneinkommens auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen.

E. 6.2

Sind Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad nämlich dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn, der höchstens 25 % betragen darf (BGE 135 V 297 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_759/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.2.2).

Ein Grund, einen Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen , wurde nicht geltend gemacht und ist auch nicht ersichtlich . Der Invaliditätsgrad entspricht damit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit und demnach 20 % . Dies begründet keinen Rentenanspruch, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

E. 7

). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/169-170) trat die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Januar 2016 auf das Leistungsbegehren nicht ein (Urk. 7/173). Diese Verfügung hob das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 22. Juni 2016 im Prozess Nr. IV.2016.000265 auf und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese die Neuanmeldung vom 6. August 2015 materiell prüfe (Urk. 7/176).

In der Folge holte die IV-Stelle neben medizinischen Berichten der behandelnden Ärzte das polydisziplinäre Gutachten der Y.____ AG vom 1. November 2017 ein (Urk. 7/216) und

unterbreitete den Gutachtern am 16. November 2017 Ergänzungsfragen (Urk. 7/220) , die am 23. November 2017 beantwortet wurden (Urk. 7/221) . Mit Vorbescheid vom 27. März 2018 teilte

die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie gedenke, sein Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/226), wogegen dieser am 24. April 2018 Einwände erhob (Urk. 7/227; Einwandbegründung vom 4. Juni 2018, U rk. 7/231; Einwandergänzung vom

11. Juli 2018, Urk. 7/237). Die IV-Stelle ersuchte die

Y.____ AG am 11. Dezember 2018 um Stellungnahme (Urk. 7/257), welche diese am 25. Januar 2019 einreichte (Urk. 7/275).

Nachdem bei der IV-Stelle weitere medizinische Berichte eingegangen waren, erteilte diese

der Y.____ AG am 3. Juni 2020 den Auftrag für ein Verlaufsgutachten (Urk. 7/301), welches am 8. April 2021 erstattet wurde (Urk. 7/332).

Nachdem die IV-Stelle mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) Rücksprache genommen hatte (vgl. Feststellungsblatt vom 29. März 2022, Urk. 7/347, S.

E. 7.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800. festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung indes einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

E. 7.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin machte mit Honorarnote vom 27. Januar 2023 einen Aufwand von 6.3 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 52.92 geltend (Urk. 12), was angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung des gerichtlichen - üblichen Ansatzes von Fr. 220.--, ist sie mit aufgerundet Fr. 1'550. inklusive Mehrwertsteuer (MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Insoweit die Rechtsvertreterin Zahlungen an Dritte von Fr. 40. geltend macht, so sind diese weder spezifiziert noch belegt, weshalb sie nicht entschädigt werden. Das Gericht erkennt :
1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2 .

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3 .

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie C. Elms, Zug, wird mit Fr. 1'550 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie C. Elms -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für

Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 12

ff.) , stellte sie mit Vorbescheid vom 29. März 2022 dem Versicherten wiederum in Aussicht, sein Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/ 3 49). Dagegen erhob die Stadt Z.____ am 29. April 2022 in eigenem und im Namen des Versicherten Einwände (Urk. 7/352 = Urk. 7/353). Am 16. Mai 2022 erhob der Versicherte durch seine Rechtsvertreterin Einwände (Urk. 7/362). Nach erneuter Rücksprache mit dem RAD (Feststellungsblatt vom 13. Juli 2022, Urk. 7/365 S. 3 f.) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 13. Juli 2022 ab (Urk. 7/366 = Urk. 2). 2.

Gegen die Verfügung vom 13. Juli 2022 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 9. September 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die IV-Stelle sei zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine Invalidenrente ab Anspruchsbeginn zuzusprechen (S. 2 Ziff. 2), eventuell sei die IV-Stelle anzuweisen, eine verwaltungsexterne medizinische Begutachtung durchzuführen und hernach erneut über den Versicherungsanspruch zu entscheiden (S. 2 Ziff. 3). Mit Beschwerdeantwort vom 11. Oktober 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Am 25. Oktober 2022 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwältin Stephanie C. Elms als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 14

6) ihren Abschluss.

Die Verhältnisse zu jenem Zeitpunkt sind demnach als Vergleichsbasis heranzuziehen. 3.

Das Sozialversicherungsgericht stützte sich bei der Überprüfung der Verfügung vom 24. Mai 2013 (Urk. 7/146) auf das polydisziplinäre Gutachten des A.____ vom 20. März 2012 (Urk. 7/124/2-35). Darin wurde als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein anamnestisch chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik bei einem Status nach mehreren Distorsionstraumen der HWS ohne erkennbare strukturelle Alteration und anamnestisch Begleitsymptomatik mit Schwindelbeschwerden und Konzentrationsstörungen gestellt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) aufgeführt

(S.

3 0 Ziff. 5) .

Aus orthopädisch-neurologischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis mittel schwere Tätigkeiten, bei denen eine Hebe- und Tragelimit von 15 kg nur ausnahmsweise überschritten werde und keine lang dauernden Zwangshaltungen des Nackens oder repetitive Überkopfbewegungen der Arme vorkämen, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Mit Rücksicht auf die anamnesticen Beschwerdeangaben könne für Tätigkeiten mit darüber hin ausgehendem Belastungsprofil eine volle Arbeitsunfähigkeit postuliert werden, wenngleich sich diese durch objektivierbare Befunde am Bewegungsapparat nicht zwingend begründen lasse . Aus psychiatrischer Sicht könne einzig die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden, die ohne relevante Begleitdiagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Keine Diagnosen mit Krankheitswert liessen sich aus internistischer Sicht erheben. Zusammenfassend bestehe aus interdisziplinärer Sicht eine 100% ige Arbeitsfähigkeit in näher umschriebenen leidensangepassten Tätigkeiten (S.

3 1 f.) . 4. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den nachfolgenden medizinischen Berichten. 4.2

4. 2 .1

Am 1. November 2017 erstatteten Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie, Dr. med. C.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. D.____ , Facharzt für Neurologie, E.____ , Neuropsychologin DAS SVNP, Psychologin MSc , und med. pract . F.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der Y.____ AG ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 7/ 216/ 2-146). Im Hauptgutachten (Urk. 7/216/2-85) stellten sie folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 72 Ziff. 4.4): - Status nach Hyperextensionstrauma HWS (8/1999) - Überdehnungs-Trauma der HWS (8/2000) - zervikozepales Syndrom - Unkovertebralarthrose C4/5 rechts - HWS-Distorsionstrauma nach Auffahrkollision (11/2003) - HWS-Distorsion links (4/2009) - HWS-Distorsion Grad III (11/2010) - lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - breitbasigem

Bandscheibenbulging L4/L5 linksbetont - Osteochondrose C5/6 - klinisch: dringender Verdacht auf Innenmeniskusschaden des linken Kniegelenkes - anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.40 - leichte depressive Episode, ICD-10 F32.0

Ferner nannten sie eine Hyperlipidämie sowie eine Abgangsstenose Aorta (A.) carotis interna links, 50 %, welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (S. 73 oben). 4. 2 .2

Dr. B.____

(Urk. 7/216/53-66) hielt fest, der Beschwerdeführer klagte über permanente Nackenschmerzen und Schmerzen im Rückenbereich, die bis in das rechte Bein ausstrahlten. In der Nacht seien die Beschwerden am schlimmsten. Er berichtete weiterhin über Einschlaf- und Durchschlafstörungen mit mehrmaligem Aufwachen . Weiterhin klagte er über eine traurige Grundstimmung. Er habe das Vertrauen in das Leben verloren und erkläre, dass er öfters an den Tod denke. Er erkenne den Sinn im Leben nicht mehr. Ausserdem klagte er über Kopfschmerzen (S. 64

Ziff. 2.5.2). Auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft nicht mehr arbeitsfähig. In einer näher bezeichneten leichten wechselbelastenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 60 % arbeitsfähig (S. 64 Ziff. 2.5.7). 4. 2 .3

Dr. C.____

(Urk. 7/216/99-106) führte aus , aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage ergäben sich im allgemein-internistischen Fachgebiet keine funktionseinschränkende Diagnosen (S. 8 Ziff. 2.5). 4. 2 .4

Dr. D.____ berichtete (Urk. 7/216/107-1 1 6), es fänden sich keine neurologischen Auffälligkeiten. Beklagt werde eine Gefühlsminderung für alle Qualitäten auf der linken Körperseite bis zur Mittellinie, die nicht organisch wirke. Insbesondere fänden sich keine Zeichen von Seiten der Nervenwurzeln (S. 9 Ziff. 2.5.3). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 2.5.8). 4. 2 .5

Laut Neuropsychologin E.____ (Urk. 7/216/117-121) hätten die Beschwerdevalidierungsverfahren derart niedrige Ergebnisse gezeigt, dass der Beschwerdeführer nach mathematischer Berechnung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit gezielt daneben geantwortet habe. Das heisse, es könne nachgewiesen werden, dass er falsche Antworten gezielt und bewusst gegeben habe , um Gedächtnisstörungen vorzutäuschen.

Im Verhalten zeige sich der Beschwerdeführer psychisch stark belastet und drücke sein Schmerz- und Leidensverhalten deutlich in der Körpersprache und den sozial-kommunikativen Kompetenzen (Blickkontakt, Mimik, Gestik) aus. Die Mitarbeit bei den Tests sei nicht gegeben. E infachste Instruktionen würden nicht verstanden , und sehr niederschwellige Aufgaben könnten in mehreren Übungsdurchgängen nicht bewältigt werden. Der Beschwerdeführer zeige ein niedriges Durchhaltevermögen. Nach einer Stunde habe er eine Pause gebraucht und nach 2 Stunden habe die Untersuchung abgebrochen werden müssen (S. 4 Mitte).

Trotz der beklagten Schmerzen und dem dargestellten Beschwerdebild mit deutlichen kognitiven Auffälligkeiten sei es dem Beschwerdeführer gelungen, selbständig mit dem Zug vom Wohnort zum Untersuchungsort anzureisen und insbesondere die Praxis zu finden. Imponierend hierzu sei, dass er nach der ersten Pause das Untersuchungszimmer nicht mehr gefunden habe (S. 4 unten).

In der Gesamtschau aller verfügbaren Informationen sei mit hoher Sicherheit (wohl eher: Wahrscheinlichkeit) eine Verdeutlichungstendenz der Beschwerden festzustellen, d.h. eine vorgetäuschte Verstärkung von Gesundheitsstörungen, die wenigstens zu einem wesentlichen Teil der Reflexion und der Steuerung durch den Beschwerdeführer zugänglich sei. Insbesondere seien die ermittelten Ergebnisse

nur bei einem Menschen mit einem kompletten amnestischen Syndrom, einer fortgeschrittenen schweren Demenz oder anderen schwersten kognitiven Störungen zu erhalten, woran der Beschwerdeführer nicht leide , was anhand der Aktenlage belegt werden könne. Ob eine kognitive Störung dennoch vorhanden sei, könne aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers nicht beurteilt werden (S. 5 oben). 4. 2 .6

Psychiater F.____ (Urk. 7/216/122-145) kam zum Schluss, dass eine psychische Störung feststellbar sei, obwohl in den Akten von Aggravation die Rede sei, und sich sowohl in der neuropsychologischen Untersuchung als auch bei der psychiatrischen Exploration zumindest zum Teil Zweifel an der Darstellung des Beschwerdeführers ergäben. Vor dem Hintergrund der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben und des psychischen Befundes bestünden durchaus eine Diagnose aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum und eine wohl als komorbide aufzufassende depressive Störung. Die depressive Störung zeichne sich auch testpsychiatrisch ab. Allerdings müsse vor dem Hintergrund der vom Beschwerdeführer gemachten Angaben, die zum Grossteil doch diffus und unscharf geblieben seien, angenommen werden, dass die Einschränkungen nicht so gravierend und die Auswirkungen nicht so schwerwiegend wie angegeben erlebt würden (S. 21 Ziff. 2.4). Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten mit einer integralen Reduktion von 20 % zu verrichten (S. 24 Ziff. 2.9). 4. 2 .7

Aus interdisziplinärer Sicht - es wurde darauf hingewiesen, dass aus psychiatrischer Sicht eine 40%ige Einschränkung vorliege - ergebe sich in der angestammten Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Dabei gelte das im orthopädisch-unfallchirurgischen Teilgutachten geäußerte Fähigkeitsprofil (Urk. 7/216/2-146 S. 82 Ziff. 5.7.1). 4. 2 .8

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin hielt Dr. B.____ am 23. November 2017 (Urk. 7/221) fest, es sei bei der Bescheinigung der Arbeitsfähigkeit ein Fehler unterlaufen. In psychiatrischer Hinsicht bestehe in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung von 20 %. Aus interdisziplinärer Sicht bestehe - bei einer aus orthopädischer Sicht bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 40 % - eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % (S. 2 Ziff. 5.7.1). 4. 2 .9

In der ergänzenden Stellungnahme vom 25. Januar 2019 (Urk. 7/275) führte Dr. B.____ aus, in der durchgeführten orthopädisch-chirurgischen Exploration sei ein deutliches Bewegungsdefizit im Bereich der HWS dokumentiert worden. Radiologisch hätten sich eine Unkovertebralarthrose im Segment C4/5 (Bericht vom 10.9.2001; richtig: 7.9.2001; vgl. Urk. 7/9/92-97) und eine anguläre Hypomobilität im Segment C3/4 (Funktionsaufnahmen der HWS vom 30.9.2002; vgl. Urk. 7/20/7-11 S. 5 S. 2 oben) gefunden. Eine freie Beweglichkeit im Bereich der HWS habe nicht festgestellt werden können.

Bezüglich Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit könne eine Differenzierung erfolgen: Als ungelerner Arbeiter in angepasster Tätigkeit sei eine Lagertätigkeit mit Heben und Bewegen von Gewichten und Lasten vorstellbar. Bei dieser Tätigkeit sei aber auch ein permanentes Gehen, Stehen und weniger eine sitzende Tätigkeit impliziert. Auch die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei bei einer solchen Tätigkeit gefordert. Aus diesen Gründen sei eine Arbeitsfähigkeit von 60 % angemessen. Bei einer angepassten Tätigkeit in überwiegend sitzender Position, in einem ergonomisch angepassten Stuhl, ohne funktionellen Anspruch an die Halswirbelsäule und ohne überwiegende statische Belastung des Achsenskeletts hinsichtlich der Lendenwirbelsäule könne die Arbeitsfähigkeit auf 80 bis 90 % gesteigert werden. Dieser Arbeitsplatz könnte einem Computerarbeitsplatz in einer Büroumgebung (temperierte Umgebung) entsprechen (S. 2). 4.3

Vom 12. bis 27. September 2017 hielt sich der Beschwerdeführer stationär im Sanatorium G.____ auf. Im Austrittsbericht vom 30. Oktober 2017 (Urk. 7/218) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome ,

genannt (S. 1). Der Beschwerdeführer sei stark auf seine Schmerzen und die Medikation fokussiert gewesen, allerdings habe er an der psychopharmakologischen Medikation keine Veränderung gewünscht, was die Behandlung erschwert habe (S. 2 oben). Er sei ausgetreten, nachdem sein Vater einen cerebrovaskulären Infarkt gehabt habe, um diesen zu besuchen (S. 2 Mitte). 4. 4 4.4.1

Vom 30. Oktober bis 20. Dezember 2018 weilte der Beschwerdeführer stationär in der psychiatrischen Klinik H.____ . Im Austrittsbericht vom 13. Februar 2019 (Urk. 7/299/19-24) wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2) , und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert (S. 1). Nach einer zirka vierwöchigen kombinierten medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung habe der Beschwerdeführer über eine leichte Zustandsverbesserung berichtet, insbesondere der Stimmung sowie des Schlafs, habe aber einen weiterhin bestehenden hohen Leidensdruck angegeben (S. 4 Mitte). 4.4.2

Vom 6. Februar bis 7. Mai 2019 war der Beschwerdeführer erneut in der H.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 1. Juli 2019 (Urk. 7/299/12-18 ; vgl. auch Bericht vom 17. April 2019, Urk. 7/279) wurde anstelle der depressiven Störung eine schizoaffektive Störung mit somatischen und psychischen Faktoren (F. 25.1) genannt und der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) geäußert (S. 1). Die geplante Elektrokonvulsionstherapie (EKT) habe nach wenigen Sitzungen wegen nicht zu ertragenden verstärkten Schmerzen abgebrochen werden müssen (S. 5 oben). Nach Abnahme der depressiven Symptomatik sei es dem Beschwerdeführer gelungen, häufiger an den Therapien teilzunehmen, wobei es im Gruppensetting immer wieder zu psychotischem Erleben und in diesem Zusammenhang zu starken Ängsten gekommen sei (S. 6 Mitte). 4.4.3

Vom 13. September bis 29. Oktober 2019 wurde der Beschwerdeführer wiederum stationär in der H.____ behandelt. Im Austrittsbericht vom 13. November 2019 (Urk. 7/299/5-9) wurden die im Bericht vom 1. Juli 2019 gestellten Diagnosen wiederholt, der Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung indessen nicht mehr geäußert (S. 1). Der Beschwerdeführer sei auf Zuweisung der Behandlerin aufgrund depressiver Dekompensation eingetreten (S. 1 unten). Im Rahmen des stationären Aufenthalts hätten geringe Fortschritte erzielt werden können (S. 4). 4.5 4.5.1

Vom 1. bis 15. November 2019 hielt sich der Beschwerdeführer in der integrierten Psychiatrie I.____ , Akutpsychiatrie, auf. Laut Austrittsbericht vom 2. Dezember 2019 (Urk. 7/299/2 und 4) habe sich sein psychisches Befinden im Verlauf der Krisenintervention stabilisiert (S. 2 Mitte) . Auf psychiatrischem Fachgebiet wurde eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (F25.1) , sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diagnostiziert (S. 1). 4. 5 .2

Laut Schreiben der I.____ , Spezial und Ambulant-Psychiatrie für Erwachsene , vom 27. Februar 2020 (Urk. 7/300) bestehe seit Jahren ein gleichbleibend schwaches

psychiatrisches Zustandsbild, geprägt von starken Ängsten, Antriebslosigkeit, Selbstwertproblematik und intermittierenden Suizidäußerungen. Den Gesamtverlauf der Erkrankung betrachtend, leide der Beschwerdeführer bezogen auf den Längsverlauf der Erkrankung an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (F61.0) mit im Vordergrund stehenden narzisstischen sowie abhängigen und ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsanteilen (S. 1 Mitte). 4.5.3

Im Kurzbericht der I.____, Spezial und Ambulant-Psychiatrie für Erwachsene, vom 10. Juni 2021 (Urk. 7/337/1-2) wurde dargelegt, dass die Diagnose der Persönlichkeitsstörung mit im Fokus stehenden narzisstischen Anteilen (F60.8) neu und im Hinblick auf die Längsschnittbetrachtung des Falles gesichert sei (S. 1 unten). 4. 6

Laut Bericht des Schmerzambulatoriums am J.____ vom 4. März 2021 (Urk. 7/330/2 und 4) sind die Therapieoptionen erschöpft und die Behandlung werde abgeschlossen (S. 2 oben). 4. 7

Am 13. Dezember 2019 (Urk. 7/294/5-7) berichtete Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, dass das schon seit längerem bestehende generalisierte Schmerzsyndrom sich weiter verschlechtert habe, indem vor allem die Schmerzintensität zugenommen habe. Die Schwerpunkte lägen im zervikalen und lumbalen Bereich, es bestünden aber auch Schmerzen entlang der Brustwirbelsäule (BWS). Im Status hätten sich keine grundlegenden Änderungen ergeben, es bestehe eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS mit ausgedehnten Druckdolenzen. Die neurologischen Befunde seien unauffällig (S. 2 unten). Eine Arbeitstätigkeit sei nach wie vor undenkbar, in einer leidensangepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 20-30 % (S. 3 oben). 4. 8

Das MRI der HWS (nativ) vom 9. Juli 2020 ergab laut Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Radiologie, vom gleichen Tag (Urk. 7/317) geringe degenerative Veränderungen der HWS mit angedeuteter Diskusvorwölbung und Unkarthrosen C4-7 sowie eine Einengung der Nervenwurzel C5 beidseits durch Unkarthrosen auf Niveau C4/5. 4. 9 4. 9 .1

Im polydisziplinären Verlaufsgutachten der Y.____ AG vom 8. April 2021 (Urk. 7/332), erstellt durch die gleichen Experten wie das frühere (vgl. E. 4.2.1), wurden die im Gutachten vom 1. November 2017 gestellten Diagnosen (vgl. E. 4.2.1) in der Konsensbeurteilung wiederholt. Neu wurden als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Status nach Schädelkontusion am 14. August 2000, eine akzentuierte Persönlichkeit, am ehesten dependent, ängstlich vermeidend, narzisstisch mit wohl auch emotional instabilen Anteilen (Z73.1) sowie eine Refluxkrankheit genannt (Urk. 7/332/1-24 S. 13 Ziff. 4.2.1 f.). 4. 9 .2

Dr. B.____ (Urk. 7/332/154-188) hielt fest, es fänden sich keine motorischen (grob- und feinmotorische Bewegungen) Einschränkungen. Durch das Auftreten von relevanten Schmerzzuständen im Bereich des Nackens bestehe eine Einschränkung bezüglich der Gewichtslasten auf 5 kg pro Seite. In den Körperpositionen (sitzend, stehend, wechselbelastend) fänden sich keine Einschränkungen, indessen seien Arbeiten in Zwangshaltungen ausgeschlossen. Kälte, Feuchtigkeit und Nässe verschlimmerten die Beschwerden (S. 24 unten). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar (S. 28 Ziff. 8.1.3). Die maximale Präsenz einer näher beschriebenen angepassten Tätigkeit betrage 8 Stunden pro Tag (S. 29 Ziff. 8.2.2), wobei eine Leistungsminderung aufgrund eines höheren Pausenbedarfs von 20 % vorliege (S. 30 Ziff. 8.2.3). Insgesamt sei in einer

behinderungsangepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen (S. 30 Ziff. 8.2.4). 4. 9 .3

Dr. C.____ führte aus (Urk. 7/332/115-134), aus allgemein-internistischer Sicht lägen keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen vor (S. 14 Ziff. 6.1), und es ergebe sich auch keine Einschränkung in der Leistung und hinsichtlich des zeitlichen Arbeitspensums (S. 17 Ziff. 8.1.1- 8.1.2). 4. 9 .4

Dr. D.____ (Urk. 7/332/135-153) stellte fest, objektivierbare neurologische Ausfälle seien in der langjährigen Krankengeschichte nie dokumentiert worden und fehlten auch aktuell. Auch bei der letzten neurologischen Untersuchung beim behandelnden Neurologen hätten sich wiederum keine Auffälligkeiten im neurologischen Status gezeigt und auch der EEG-Befund sei normal gewesen. Aktuell habe der Beschwerdeführer zunächst Gefühlsminderungen auf der gesamten linken Körperseite und schliesslich nur am linken Arm ohne radikulären oder sonstigen neurologischen Bezug geklagt. Objektive Symptome wie etwa Kraftminderung, Reflexdifferenzen, Muskelatrophien oder Faszikulationen fänden sich nicht. Unabhängig von der Natur dieser Gefühlsminderung gehe von dieser keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor (S. 15 Ziff. 7.1). 4. 9 .5

Neuropsychologin E.____ (Urk. 7/189-224) hielt fest, bei nicht vorhandenen Hinweisen einer neurodegenerativen oder entzündlichen Erkrankung, eines Apoplex, Schädelhirntraumas oder eines hypotoxischen oder toxischen Ereignisses sei en der dargestellte Ausprägungsgrad und die kognitive Beschwerdedarstellung nicht nachvollziehbar. Die erhobenen Befunde seien inkonsistent mit der Tatsache, dass der Beschwerdeführer alleine in einer 2-Zimmerwohnung lebe, sein Medikamentenmanagement eigenständig führe und alleine mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zum Untersuchungsort reise. Aufgrund dieser Inkonsistenzen und der fehlenden Plausibilitäten sei die Gültigkeit sowohl der geltend gemachten kognitiven Beschwerden als auch der erhaltenen Befunde als eingeschränkt zu beurteilen. Die Ergebnisse der Beschwerdevalidierung seien ebenfalls hochauffällig ausgefallen, so dass kein valides Testprofil ermittelt werden könne (S. 30 Ziff. 7.3.1). 4. 9 .6

Psychiater

F.____ (Urk. 7/332/225-287) berichtete, bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung habe sich ein Explorand vorgestellt, der, wie bereits im Vorgutachten, über eine ausgeprägte körperliche Symptomatik geklagt habe, die abschliessend einer endgültigen, wirklich begründenden somatischen Verursachung entbehrte. Als weiter fortbestehend könne die Erkrankung aus dem somatoformen Diagnosespektrum, namentlich die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, gestellt werden, welche auch im jüngsten Bericht der H.____

(vgl. E. 4.4.3) gestellt worden sei. Die im Bericht der H.____ gestellte Diagnose der schizoaffektiven Störung, gegenwärtig depressiv (F23.1), bleibe zu diskutieren (S. 33 Ziff. 6.3). Es liessen sich aktuell Phänomene wie Derealisation, Depersonalisierung, eine Ambivalenz, Lustlosigkeit, Minderung von Freude, sozialer Rückzug, eine Insomnie (wobei hier die fehlende Schlafhygiene zu beachten sei), ein Libidoverlust und eine völlig fehlende Tagesstruktur feststellen. Es imponiere am ehesten eine depressive Symptomatik, in welcher auch Derealisations - und Depersonalisierungsphänomene , Anklänge an inhaltlichen Denkstörungen und einfachen Eigenbeziehungen sowie eventuell mögliche Trugwahrnehmungen aufzugehen schienen. Sogar die beklagte Schmerzsymptomatik

könnte in der Diagnose einer Depression aufgehen im Sinne eines Sprungs ins Körperliche mit somatischer Innervation einer somatisierten Depression (S. 35 unten f.). Es müsse festgestellt werden, dass sich Inkonsistenzen, etwa vor dem Hintergrund der neuropsychologischen Untersuchung, aber auch des zu hinterfragenden Tagesverlaufs, des Tagesprofils, der Wirkungslosigkeit sämtlicher Therapiemassnahmen, der Kosovoreise vor einem Jahr sowie einen Personenwagen lenken zu können, vorlägen. Auch im aktuellen Auftreten, der Beziehungsgestaltung, der Kontaktaufnahme und des Gebarens hätten sich Inkonsistenzen ergeben. Trotzdem erscheine aktuell eine dysthyme, depressive Symptomatik zu bestehen, die auch einschränkend sei (S. 37 oben). Es sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch nicht endgültig erloschen sei. Allerdings dürfte der Beschwerdeführer aktuell keinem Arbeitgeber zumutbar sei. Es sollte bei einer teilstationären tagesklinischen Behandlung versucht werden, dem Beschwerdeführer wieder zu einer Tagesstruktur zu verhelfen und hernach über etwa 12 Monate, beginnend mit einem geringen Pensum von 10 bis 20 % eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zur Verfügung gestellt werden. Hernach sollte ein Transfer in den ersten Arbeitsmarkt versucht werden, wo der Beschwerdeführer mindestens ein 80%iges Pensum erreichen könne (S. 42 Ziff. 8.1.1). 4. 9 .7

Aus interdisziplinärer Sicht (Urk. 7/332/1-24) attestierten die Gutachter dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % in einer angepassten Tätigkeit, entsprechend dem im orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten aufgeführten Tätigkeitsprofil. Allerdings fanden sie, sei der Beschwerdeführer aktuell keinem Arbeitgeber mehr zumutbar (S. 16 Ziff. 4.7). 4. 10

Am 23. April 2021 nahm Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), zum Gutachten Stellung (Feststellungsblatt vom 29. März 2022, Urk. 7/347): Medizinisch-theoretisch könne aufgrund der somatischen und psychiatrischen Funktionsprofile eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter und eine solche von 20 % in angepasster Tätigkeit festgestellt werden. Das entspreche der Arbeitsfähigkeit, die (nach Rückfrage beim orthopädischen Gutachter; vgl. E. 4.2.9) bereits im Vorgutachten festgestellt worden sei. Während psychischer Dekompensationen und stationärer Behandlung seien zwischenzeitlich vorübergehend eine höhere Arbeitsunfähigkeit aufgetreten. Im psychiatrischen Teilgutachten werde festgestellt, dass der Beschwerdeführer keinem Arbeitgeber zumutbar sei. Deshalb seien eine tagesklinische psychiatrische Behandlung zur Tagesstrukturierung und eine stufenweise Eingliederung im geschützten Rahmen über 12 Monate empfohlen worden. Aufgrund des klar nachgewiesenen Aggravationsverhaltens und der subjektiven Überzeugung des Beschwerdeführers, schwer behindert zu sein, was durch die Behandler und die Rechtsvertretung unterstützt werde, sei am Nutzen solcher Massnahmen stark zu zweifeln. Der Aspekt «Zumutbarkeit für die Arbeitgebenden» habe keine medizinische Relevanz (S. 17 unten). 4. 1 1

Vom 8. August bis 22. September 2021 war der Beschwerdeführer in der Klinik N.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 9. November 2021 (Urk. 7/341) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei stabilisiert in vorbestehende Verhältnisse entlassen worden. Es habe eine leichte Reduktion der Schmerz- und Depressionssymptomatik und zugleich eine leichte Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit verzeichnet werden können (S. 3 oben). 4. 1 2

Das MRI der HWS, BWS, LWS, des Sakrums sowie des Iliosakralgelenks

(ISG) nativ und kontrastverstärkt ergab gemäss Bericht von PD Dr. med. O.____, Facharzt für Radiologie, vom 14. Mai 2021 (Urk. 7/337/3) Synovitiden der Facettengelenke Th3-5 rechts und geringer Th5-8 links ohne sonstige entzündliche Veränderungen der HWS und BWS, keine Diskopathie zervikal oder thorakal, eine leichte bis mässige Foraminalstenose C5/6 rechts aufgrund einer Unkarthrose, wobei die restlichen Foramina der HWS und der BWS nicht wesentlich eng seien, keine Myelopathie, eine leichte bis mässig aktive ISG-Arthritis rechts, keine entzündliche oder postentzündliche Veränderung des linken ISG und keine entzündliche Veränderungen der LWS, flache Protrusionen L4/S1 rezessal in Kontakt zu den L5/S1-Nervenwurzeln sowie eine leichte bis mässige Spinalkanalstenose L3-5 ohne wesentliche Foraminalstenosen lumbal. 4. 1 3

Dr. med. P.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, diagnostizierte aus seinem Fachbereich im Bericht vom 15. November 2021 (Urk. 7/359) eine traumatische Blockade des Kopfgelenkes seit 1999 mit ausgeweiteter myofaszialer panvertebraler Schmerzsymptomatik und globaler Haltungsinsuffizienz mit Überlastung der passiven Haltestrukturen der Wirbelsäule (S. 1 Mitte). Es liege eine nicht behandelte atlantoaxiale Blockade vor, die sich über die Jahre ausgeweitet habe. Es fehle die konventionelle Bildgebung der HWS und des Kopfgelenks, welche sofort zur Diagnose geführt hätte (S. 2). 4. 1 4

Dr. Q.____ berichtete am 27. November 2021 (Urk. 7/361), der Beschwerdeführer leide bei einem generalisierten Schmerzsyndrom an verstärkten links-thorakalen Schmerzen, wobei sich die Situation seit Mitte des Jahres generell verschlechtert habe (S. 1 unten). Die deutliche Verschlechterung, die durch die vermehrt aufgetretenen links-thorakalen Schmerzen verursacht werde, stehe im Zusammenhang mit dem generellen Schmerzsyndrom. Neurologisch sei der Befund unverändert geblieben (S. 2 oben). 4. 1 5

Gemäss Bericht vom 1. Dezember 2021 (Urk. 7/345/ 8 -10) fand im J.____, Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie, eine Untersuchung bei Verdacht auf Larynxneoplasie statt, welche bei unauffälliger, gut einsehbarer Glottis und Hypopharynx keinen klinischen Hinweis auf eine pathologische Raumforderung ergab (S. 2). 4. 1 6

Dr. K.____ berichtete am 27. Januar 2022 (Urk. 7/344), seit November 2021 habe sich die Situation generell verschlechtert (S. 1). Es ergäben sich grundsätzlich keine neuen Gesichtspunkte. Die vom Beschwerdeführer subjektiv empfundene Verschlechterung mit vor allem Zunahme der Rückenschmerzen bei unveränderten Schwerpunkten cervical und lumbal habe sich nicht objektivieren lassen (S. 2 Mitte). 4.1 7

Am 30. März 2022 fand in der Orthopädie Klinik R.____ eine Untersuchung der Kniegelenke statt (Bericht vom 4. April 2022, Urk. 7/360/1-3), nachdem der Beschwerdeführer kurz zuvor wegen Kniebeschwerden bei Dr. Q.____ (vgl. Urk. 7/ 345/3-4) und in der Knie-Sprechstunde der Universitätsklinik Balgrist (vgl. Urk. 7/345/5-6) vorstellig gewesen war. Die leichte Gonarthrose und auch die posterolaterale

Tibiaimpressionenfraktur sollte konservativ behandelt werden. Aufgrund der übrigen Diagnosen sei eine Operation nicht indiziert, zumal nur eine geringe Arthrose im Bereich des medialen Gelenkspalts radiologisch sichtbar sei und das Knie noch eine gute Funktion aufweise (S. 2 unten). 4. 1 8

Am 30. Mai 2022 nahm Dr. M.____ (vgl. E. 4. 10) zu den neu eingegangenen Berichten Stellung (Feststellungsblatt vom 13. Juli 2022, Urk. 7/365): Aus somatischer Sicht liege neu eine Bone - bruise -Situation am lateralen Tibiakopf ohne Dislokation vor. Der Zustand sei durch Entlastung konservativ behandelbar und wirke sich nicht dauerhaft auf die Arbeitsunfähigkeit aus. Eine beginnende Gonarthrose sei gemäss orthopädischen Berichten nur gering ausgeprägt und werde im Belastungsprofil ausreichend mitberücksichtigt. Neurologisch habe sich die Verschlechterung nicht objektivieren lassen und die zervikalen Beschwerden seien seit vielen Jahren bekannt und seien im Gutachten dargestellt und gewürdigt worden. Sofern die Behandlung der festgestellten atlanto -okzipitalen Blockade erfolgreich sei, könne allenfalls mit einer Verbesserung des Zustandes gerechnet werden (S. 3 unten f.). 4.

E. 19

Dipl. med. S.____ , Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt in seiner Stellungnahme fest (Urk. 7/365), aus versicherungspsychiatrischer Sicht seien keine neuen medizinischen Sachverhalte vorgelegt worden . Es könne deshalb weiterhin an der gutachterlichen Stellungnahme festgehalten werden (S. 4 Mitte). 5.

5.1

In somatischer Hinsicht ging das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 5. August 2014 (Urk. 7/ 153) davon aus, dass gestützt auf das A.____ -Gutachten davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer bei Vorliegen eines anamnestisch chronischen zervikozephalen Schmerzsyndroms ohne radikuläre Symptomatik bei einem Status nach mehreren Distorsionstraumen der HWS ohne erkennbare strukturelle Alteration und anamnestisch er Begleitsymptomatik mit Schwindelbeschwerden und Konzentrationsstörungen in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt ist , da diese Einschätzungen durch keine anderen medizinischen Beurteilungen in begründeter Weise in Zweifel gezogen werden . Auch im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 24. August 2010 im Verfahren Nr. UV.2009.00043 ist betreffend die Unfallfolgen festgehalten worden, dass die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden organisch und namentlich bildgebend nicht nachweisbar sind (E. 4.3). 5.2

Was die aktuellen somatischen Beschwerden betrifft, nannten die

Y.____ -Gutachter eine Unkovertebralarthrose C4/5, ein breitbasiges

Bandscheibenbulging L4/5 und eine Osteochondrose C5/6 (E. 4. 2 .1) , welche im A .____ -Gutachten (vgl. E. 3) keine explizite Erwähnung fanden. Allerdings stellte der orthopädische Gutachter (E. 4. 2 .1 und E. 4.9.2) fest, dass sich die geklagten Beschwerden verglichen mit denjenigen anlässlich der A .____ -Begutachtung nicht verändert hätten und sich keine motorischen (grob- und feinmotorische Bewegungen) Einschränkungen manifestierten. Tatsächlich waren die Unkovertebralarthrose C4/5 und die Osteochondrose C5/6 im Zeitpunkt der A .____ Begutachtung bereits bekannt (vgl. etwa Bericht des J.____ , Neurologische Klinik, vom 7. September 2001, Urk. 7/9/92-96 S. 4 und Austrittsbericht der Klinik T.____ vom 15. Oktober 2002, Urk. 7/20/7-11 S. 2 Mitte) und fanden in der gutachterlichen Beurteilung des A .____

ihren Niederschlag .

Der neurologische Gutachter (E. 4.2.4 und E. 4.9.4) hielt sodann fest, dass objektivierbare neurologische Ausfälle

fehlten und solche auch in der langjährigen Krankengeschichte nie dokumentiert worden seien. Auch internistisch konnten keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen gefunden werden (E. 4.2.3 und E. 4.9.3).

Die durch das MRI der Wirbelsäule vom 14. Mai 2021 (E. 4.1.2) erhobenen Befunde vermögen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht zu untermauern: Einerseits lassen bildgebend nachgewiesene pathologische Befunde in der Regel für sich allein nicht den Schluss auf eine Arbeitsunfähigkeit zu respektive es besteht keine Korrelation zwischen ärztlich gestellten Diagnosen (auch bei somatisch dominierten Leiden) und Arbeitsfähigkeit (BGE 140 V 193 E).

3.1). Andererseits berichteten die behandelnden Neurologen, Dr. Q. (E. 4.1.4) und Dr. K. (E. 4.1.6), zeitlich nach den bildgebenden Untersuchungen, dass sich zwar der Zustand des Beschwerdeführers generell verschlechtert habe, die Zunahme der Rückenschmerzen sich indessen nicht habe objektivieren lassen und der neurologische Befund unverändert geblieben sei. Dr.

Q. sah denn auch die Verschlechterung im Zusammenhang mit dem generellen Schmerzsyndrom.

Auch aus der medizinischen Einschätzung Dr. P. (E. 4.1.3), wonach eine nicht behandelte atlantoaxiale Blockade seit 1999 vorliege, kann nicht auf eine Verschlechterung geschlossen werden. Entgegen seiner Behauptung wurden konventionelle Röntgenbilder bereits

durch den Unfallversicherer im Oktober 2000 angeordnet, die eine Subluxation minimalen Grades von C2 im Gelenk zwischen C1/C2 nach links zeigten (Urk. 7/9/168). Die dazugehörige klinische chirurgische Untersuchung ergab im Nacken-Schulter-Bereich nur leichte Muskelverspannungen bei praktisch freier Beweglichkeit der HWS und der Schultergelenke und bei freiem Spiel der Kopfgelenke (Urk. 7/9/169-170). Worauf Dr. P. seine Erkenntnisse stützte, dass für die zervikozephalen Beschwerden eine organische Erklärung vorliegen soll, hat er in seinem Bericht nicht dargelegt. Jedenfalls aber lagen auch ihm offenbar keine konventionellen Röntgenbilder vor und verneinte auch er das Vorliegen einer radikulären Kompromittierung.

Was die neu diagnostizierte leichte Gonarthrose und die posterolaterale Tibiaimppressionsfraktur

links betrifft, ist darin keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erkennen, hielten doch die Ärzte der Orthopädie Klinik R. (E. 4.1.7) fest, dass radiologisch nur eine geringe Arthrose sichtbar sei und das Knie noch eine gute Funktion aufweise.

Insgesamt liegt in somatischer Hinsicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor. Indem Dr. B. dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit

beziehungsweise 40 % attestiert hat, liegt darin eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts vor, die revisionsrechtlich unbeachtlich ist. Aus diesem Grund ist auch unerheblich, dass Dr. B.____ in seiner ersten Einschätzung die 40%ige Einschränkung auf eine 20%ige korrigiert hat. Weiterhin ist mit den A.____ Gutachtern somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht eingeschränkt ist (vgl. E. 3). 5. 3

Das Sozialversicherungsgericht ging im Urteil vom 5. August 2014 (Urk. 7/153) im Weiteren davon aus, dass in psychiatrischer Hinsicht den A.____ -Gutachtern

zu folgen sei, wonach der Beschwerdeführer lediglich an einer somatoformen Schmerzstörung (F.45.4) leide (E. 4.7), und beurteilte diese nach der damals geltenden « Überwindbarkeitpraxis » als nicht invalidisierend (E. 4.9). Mit Urteil vom 22. Juni 2016 (Urk. 7/176) kam das Sozialversicherungsgericht sodann gestützt auf die Austrittsberichte der Rheaklinik U.____ vom 11. Juni 2014 (Urk. 7/16 0 /11-19), des Sanatoriums G.____ vom 18. Dezember 2014 (Urk. 7/16 0 /3-7) sowie der I.____ vom 9. September 2015 (Urk. 7/16 4), worin von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1; E. 3.2) beziehungsweise gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2; E. 3.3 und E. 3.5),

sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.42; E. 3.5)

die Rede war, zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht relevant verschlechtert haben könnte (E. 4.5).

Der psychiatrische Teilgutachter der Y.____ (E. 4.2.6 und 4.9.6) stellte

eine psychiatrische Erkrankung fest, die zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % führt. Angesichts der neuropsychologischen Untersuchung, die keine validen Testergebnisse ergab (vgl. E. 4.2.5 und 4.9.5), aber auch aufgrund seiner eigenen Untersuchung zweifelte med. pract. F.____ zumindest zum Teil an der Darstellung des Beschwerdeführers. Vor diesem Hintergrund und mittels des erhobenen psychopathologischen Befundes stellte er die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) und einer leichten depressiven Episode (F32.0) und im Verlauf einer akzentuierten Persönlichkeit (Z73.1). Mithin gelang es ihm, trotz der nichtverwertbaren neuropsychologischen Tests anhand seiner eigenen Untersuchungen die Arbeitsfähigkeit zu beurteilen.

Sowohl dem Psychiater F.____ als auch der Neuropsychologin E.____

war bekannt, welche Medikamente der Beschwerdeführer einnimmt, und es wurde im Gutachten ausdrücklich auf seine Medikamentencompliance hingewiesen. Auch bei fehlender Diskussion allfälliger negativer Auswirkungen der Medikamente auf die neuropsychologischen Testergebnisse und das Verhalten des Beschwerdeführers

(vgl. Urk. 1 S. 7 Ziff. 20), kann ausgeschlossen werden, dass die verschriebenen Medikamente zu einer derart veränderten Persönlichkeit des Beschwerdeführers führen, die dem gezeigten Verhalten

eines Menschen mit einem kompletten amnestischen Syndrom, einer fortgeschrittenen schweren Demenz oder sonstigen schwersten kognitiven Störung gleicht, äusserten doch die behandelnden Ärzte nie einen Zusammenhang zwischen dem Verhalten und den

eingenommenen Medikamenten und wurde von ihnen nie eine derart starke Einschränkung der geistigen Fähigkeiten beschrieben, wie sie der Beschwerdeführer anlässlich der neuropsychologischen Testung zeigte. Die Verschreibung von Medikamenten mit derartigen Nebenwirkungen wäre zudem auch fachpsychiatrisch kaum vertretbar und ist daher unwahrscheinlich.

Insoweit in den Berichten der Behandler andere als in den Gutachten genannte Diagnosen gestellt wurden, ist festzuhalten, dass nicht die Diagnose massgebend ist, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen). Dennoch ist nicht nachvollziehbar, dass im Bericht der H.____

vom 17. April 2019 (E. 4.4. 2) erstmals eine schizoaffektive Störung mit somatischen und psychischen Faktoren (F23.1) genannt wurde, welche anamnestisch seit 1999 bestehen soll . Der Beschwerdeführer wurde in der Vergangenheit mehrmals psychiatrisch und unter Beizug eines Dolmetschers exploriert , ohne dass er über psychotische Symptome berichtet hatte. Aber auch laut den Ärzten der H.____ wurde psychotisches Erleben nicht spontan berichtet, sondern erst mittels gezielter diagnostischer Nachfragen im Laufe der stationären Behandlung. Nachdem im späteren Bericht der H.____

vom 13. November 2019 (E. 4.4.3) und auch in den nachfolgenden Berichten der I.____ (E. 4.5.1 -4.5.3) kein psychotisches Erleben mehr erwähnt worden ist, liegt der Verdacht nahe, dass der Beschwerdeführer während des stationären Aufenthalts vom 6. Februar bis 7. Mai 2019 auch gegenüber den behandelnden Ärzten ein verdeutlichendes Verhalten zeigte.

Den Austrittsberichten der psychiatrischen Kliniken (E. 4.3-4 und E. 4.5.1) ist zu entnehmen, dass

der Klinikaustritt

jeweils

bei einem verbesserten beziehungsweise stabilisierten Gesundheitszustand erfolgte.

Die Schwere der Symptomatik unterlag demnach Schwankungen, womit aus den vorübergehenden psychiatrisch- stationären Aufenthalten allein nicht auf eine dauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden kann.

So ist denn auch nachvollziehbar, dass der psychiatrische Teilgutachter in beiden Gutachten auch unter Berücksichtigung der festgestellten Verdeutlichungstendenz nur leicht einschränkende Befunde erhob , die in psychiatrischer Hinsicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % zur Folge haben. 5. 4

Schliesslich setzte sich Psychiater F.____

(E. 4. 2 .6 und E. 4.9.6) eingehend mit den Standardindikatoren (vgl. E. 1.7) auseinander. Seine Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil 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 objektivierter Grundlage erfolgt. Insbesondere unterschied er klar zwischen dem psychiatrischen Leiden mit Krankheitswert, bestehend in einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) und einer leichten depressiven Episode (F32.0), und dem verdeutlichenden Verhalten sowie den nicht verwertbaren neuropsychologischen Testergebnissen und wies darauf hin, dass die Einschränkungen vor dem Hintergrund der gemachten, teilweise diffusen Angaben nicht so gravierend und die Auswirkungen nicht so schwerwiegend wie angegeben erlebt würden. 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 überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen, weshalb auf das Gutachten abzustellen und in psychiatrischer Hinsicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % auszugehen ist. 5. 5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der A. ____ -Begutachtung in psychiatrischer Hinsicht verschlechtert hat, so dass dieser in Anbetracht der bereits bestehenden somatischen Einschränkungen (vgl. E. 5.2) in einer körperlich angepassten Tätigkeit nur noch zu 80 % arbeitsfähig ist. Insoweit der Beschwerdeführer monierte, die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass er keinem Arbeitgeber mehr zumutbar sei, weshalb die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit widersprüchlich sei und eine Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 80 % lediglich über einen einjährigen vorgängigen Aufbau im geschützten Rahmen möglich sei (Urk. 1 S. 6 Ziff. 17), ist dem entgegenzuhalten, dass es im invalidenversicherungsrechtlichen Kontext um die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit geht und nicht um die tatsächliche Verwertbarkeit.

Dass der Beschwerdeführer einem Arbeitgeber aus gutachterlicher Sicht nicht mehr zugemutet werden kann, hat denn auch nichts mit dem objektiv erhobenen Gesundheitszustand, sondern mit der subjektiv motivierten Überzeugung des Beschwerdeführers, nicht mehr arbeitsfähig zu sein, zu tun. 5. 6

Insgesamt vermochte der Beschwerdeführer keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Y. ____ -Gutachten vom 1. November 2017 und 8. August 2021 aufzuzeigen (vgl. BGE 147 V 79 E. 8.1). Damit fällt auch die Argumentation des Beschwerdeführers, der RAD habe für die Beurteilung des Leistungsanspruchs auf eine nicht rechtsgenügende medizinische Grundlage abgestellt (Urk. 1 S. 5 f.), in sich zusammen. Schliesslich sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten Resultate zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (BGE 144 V 361 E. 6.5) . 6.

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