

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00549 vom 31. Oktober 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00549](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00549)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00549 du 31 octobre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00549 del 31 ottobre 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen 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 jedoch eine anspruchsrelevante Veränderung und ein allfälliger Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 zu prüfen sind, 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**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder

aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung 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 Revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1.

## **E. 2**

Der Versicherte erhob am 10. Oktober 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 8. September 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventuell seien weitere Abklärungen durchzuführen. Namentlich sei durch das Gericht ein Ergänzungsgutachten eines auf ME/CFS spezialisierten Facharztes einzuholen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-3). Mit der Beschwerde reichte er den Einwand vom 23. Mai 2022 (Urk. 3/6 = Urk. 9/315/ 1-10) und weitere Akten (Urk. 3/3-5) ein.

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2023 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 6. Januar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, aus somatischer Sicht sei eine dauerhafte gesundheitliche Veränderung nach dem im März 2017 gestellten Zusatzgesuch aufgrund einer Verletzung der rechten Schulter nicht ausgewiesen (S. 1 f.).

Die von den behandelnden Ärzten gestellten psychiatrischen Diagnosen beruhten lediglich auf den Schilderungen des Beschwerdeführers und den subjektiv als sehr stark empfundenen Beeinträchtigungen. Der Schweregrad der depressiven Symptomatik sei gemäss dem erhobenen Befund oder dem Verlauf

der Beschwerden nicht nachvollziehbar. Weiter gebe es keine Hinweise, wie es zur Diagnose einer sozialen Phobie gekommen sei. Der von den Ärzten der Klinik C.\_\_\_\_

wiedergegebene

Befund erfülle die Kriterien für eine schwere Depression nicht. Die Diagnosen seien sodann nicht nachvollziehbar hergeleitet oder nicht klar formuliert worden. Der Austrittsbericht der Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_

enthalte Beobachtungen, die im Widerspruch zu der diagnostizierten schweren Depression stünden (S. 2 oben). Die psychischen Einschränkungen seien aus rechtlicher Sicht mittels strukturiertem Beweisverfahren zu prüfen. Im Vergleich zwischen dem

Gutachten des Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2014 und jenem

des Zentrums B.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2021 seien keine erheblich veränderten Befunde festzustellen. Insgesamt sei von einer anderen Beurteilung desselben Sachverhaltes auszugehen (S. 2 unten).

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_ hätten ihn für sämtliche Tätigkeiten als zu 100

% arbeitsunfähig beurteilt. Trotz der eindeutigen medizinischen Beurteilung habe die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf eine Invalidenrente mit der Begründung

verneint, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei

(Urk. 1 S. 4 Ziff. 2-3). Der Beschwerdeführer sei nach langer Krankheitsgeschichte und zahlreichen somatischen und psychiatrischen Diagnosen krankheitsbedingt dauernd zu 100

% arbeitsunfähig. Die Invaliditätsbeurteilung habe sich daran zu orientieren (S. 4 f. Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin beziehe sich einzig und allein auf die gutachterliche Ausführung, wonach die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes psychiatrisch nicht mit Sicherheit beantwortet werden könne (S. 5 oben). Diese Einschätzung

genüge selbstverständlich nicht für eine rechtsgenügende Abklärung nach Art. 43 ATSG (S. 5 Mitte). Der Hinweis der Gutachter auf eine irgendwann eingetretene Relevanz des Gesundheitszustandes auf der Funktions ebene lasse jedoch

erahnen, dass die Grunderkrankung zwar seit längerem angelegt sei, sich diese aber erst in neuester Zeit im Sinne einer funktionellen Einschränkung und entsprechend einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auswirkt habe. Die Gutachter bejahten damit im Prinzip eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenverfügung (S. 6 Ziff. 4 oben). Eine Verschlechterung spiegle sich auch in den gutachterlichen Feststellungen und namentlich in den gestellten Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeit (S. 6 Ziff. 4 Mitte). Bei Zweifeln wäre ein Vergleich des Sachverhaltes zum jetzigen Verfügungszeitpunkt mit jenem zum Zeitpunkt der ursprünglichen, ablehnenden Rentenverfügung vorzunehmen gewesen. Der Vergleich hätte auch an die Gutachtensstelle delegiert werden können, da die Gutachter die Frage nur oberflächlich beantwortet hätten (S. 6 Ziff. 5 unten).

Gemäss den Akten seien zahlreiche Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken erfolgt, vorab nach dem ersten Rentenentscheid (S. 6 f. Ziff. 5). In mehreren Berichten sei

zumindest der Verdacht auf ein Chronic - Fatigue -Syndrom gestellt worden (S. 7 f. Ziff. 6). Nach dem Bericht der Ärzte des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ vom 11. Februar 2020 seien die Kriterien für das Chronic Fatigue-Syndrom sowie für eine myalgische

Enzephalomyelitis hinreichend erfüllt . Die ablehnende Haltung der Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_ zu dieser Diagnose sei nicht gerechtfertigt (S. 8 Ziff. 8). Der Vorwurf der Inkonsistenz erscheine vor diesem Hintergrund als nicht gerechtfertigt (S. 9 Ziff. 9).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. März 2016 , welche im Wesentlichen auf den Feststellungen des Zentrums Z.\_\_\_\_ -Gutachtens vom 17. Juli 2014 fusste, massgeblich verändert hat und ob neu ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Kardiologie, führte im Bericht vom 17. Februar 2012 (Urk. 3/4) a us , die Anamnese sei bezüglich Herzkrankheiten

bland (S. 1 Mitte). Im Vordergrund stehe ein Erschöpfungssyndrom mit diversen wahrscheinlich psychosomatischen Beschwerden. Daneben sei es im November 2011 zu einer offenbar massiven Entgleisung einer vorbestehenden arteriellen Hypertonie mit einer linksventrikulären Hypertrophie und einer Niereninsuffizienz gekommen . Die Befunde hätten sich unter Therapie deutlich gebessert (S. 3). 3.2

Am 17. Juli 2014 erstatteten die Ärzte des Zentrums Z.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Psychiatrie, Rheumatologie, Neurologie; Urk.

### **E. 4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Recht sprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) . Dabei braucht es sich nicht u m eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit . f IVV auf dem W eg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bun desgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 201 3 E. 3.1.2). 2.

### **E. 4.1**

Dr. med. G.\_\_\_\_ , P rivatp raxis für Kardiologie und Innere Medizin, nannte im Schreiben vom 19. September 2016 (Urk. 3/5) als Diagnosen

ein Chronic -Fatigue-Syndrom (CFS) , einen Verdacht auf eine Instabilität der HWS, einen Vitamin-D-Mangel und Lebensmittelunverträglichkeiten. Eine Zöliakie, eine Nebenniereninsuffizienz, Nitrostress sowie eine Reaktivierung eines Epstein-Barr-Virus (EBV) seien ausgeschlossen worden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er den

Alltag überhaupt nicht mehr alleine bewältigen

könne . Er wolle unter anderem abklären, ob eine chronische Infektion

vorliege (S. 1 Mitte). Das Hauptproblem liege vermutlich in einer instabilen HWS beziehungsweise in einer Blockade des Kopfgelenks. Dies lasse sich durch eine dynamisch funktionelle Magnetresonanztomographie (MRT) der Wirbelsäule nachweisen , der Beschwerdeführer könne sich aber auch direkt an einen Atlas-Therapeuten wenden, der die Fehlstellung korrigieren könne. Dadurch würden sich die anderen Beschwerden automatisch verbessern (S. 1 unten).

#### **E. 4.2**

Die Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ berichteten am 11. Juli 2018 (Urk. 9/199/ 2-8) über die stationäre psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers in der Klinik vom 28. Mai bis 4. Juli 2018 (S. 1 oben). Die Ärzte nannten als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2), eine generalisierte Angststörung mit sozialer Phobie (ICD-10 F41.1), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Somatisierungsstörung (ICD-10 45.0), eine somatoforme autonome Funktionsstörung: unteres Verdauungssystem (ICD-10 45.32), Probleme in Verbindung mit Berufstätigkeit und Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.5) und Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73 , S. 1 Mitte ).

Der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er 2011 ein Stresssyndrom mit Hypertonie entwickelt habe, was er lange nicht realisiert und das in der Folge zu multiplen Organschädigungen geführt habe . Ein Ruhepuls von 130 sei normal gewesen . Anschliessend habe er einen psycho -physischen Zusammenbruch erlebt ( S. 3 oben). Es sei zu Kränkungen durch Gutachten gekommen. Eine Erwerbs unfähigkeit sei ihm nicht bestätigt worden (S. 3 unten). Der Patient pendle zwischen einem Wohnsitz in München und der neu aufgebauten beruflichen Identität in der Schweiz. Nach der Trennung von seiner Freundin fehle ihm jedes soziale Netz (S. 5 unten).

#### **E. 4.3**

Die Ärzte der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik, Universitätsspital E.\_\_\_\_ , führten im Bericht vom 11. Februar 2020 (Urk. 9/314/18-22) zum psychischen Status aus, der Beschwerdeführer sei teils müde und schliesse die Augen oder es bestehe eine lange Antwortlatenz. Die Konzentrations- und Gedächtnisstörung sei in der Untersuchungssituation eruierbar . Formalgedanklich sei er leicht gehemmt und es bestünden Ängste vor einer zunehmenden Erschöpfung und einer Untauglichkeit im Alltag (S. 2 oben). Der Beschwerdeführer habe bezüglich der Tätigkeit als Executive Producer in der Filmbranche über eine hohe Arbeitsintensität berichtet , wobei es zu mehreren Konflikten und Problemen mit Auftraggebern gekommen sei. Nach einer emotionalen Kränkung und einem anschliessenden Stimmungstief habe er eine ständige Erschöpfung und ein Unwohlsein nach jeglicher Anstrengung bemerkt. Nach der Rückkehr in die Schweiz

nach Auslandsreisen sei es zu sieben bis acht stationären Klinikaufenthalten gekommen ohne eine erkennbare, nachhaltige Besserung der Symptomatik . Der Beschwerdeführer beklage ein Unverständnis über seine Erschöpfung (S. 4 oben).

Die Ärzte des Universitätsspitals E.\_\_\_\_ stellten folgende Diagnosen (S. 1 unten): - chronisches Müdigkeitssyndrom ( Chronic

fatigue Syndrom, Differential diagnose: Neurasthenie, ICD-10 F48.0) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode - schädlicher Gebrauch/Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen und Opiaten im Zusammenhang mit verschiedenen psychiatrischen Diagnosen 4. 4

Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ berichteten am 23. März 2020 (Urk. 9/314/59-64) über den sechsten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Klinik vom 5. November 2019 bis 15. Februar 2020 (S. 1). Sie stellten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2) - chronisches Müdigkeitssyndrom - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - soziale Phobie (ICD-10 F40.1) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst, ICD-10 F41 ) - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 F61; Differentialdiagnose: Persönlichkeitsstörung Cluster B ) - Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen und Opiaten im Zusammenhang mit diversen Diagnosen (ICD-10 F13.2) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom

Als weitere Diagnosen nannten die Ärzte eine benigne essentielle Hypertonie, eine chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 , und eine Femurkopfnekrose rechts (S. 1). 4. 5

Dr. med. H.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeinmedizin, führte im ärztlichen Attest vom 5. Oktober 2020 (Urk. 9/314 /26 = Urk. 9/273) aus, der Beschwerdeführer befinde sich bei ihr ( in München) in hausärztlicher Behandlung . Es bestehe eine multiple Grunderkrankung . Im Vordergrund stehe ein

Chronic -Fatigue-Syndrom. Der Patient sei nunmehr mit einem Pflegegrad ausgestattet. Er sei auf die Versorgung mittels eines Pflegedienstes angewiesen. Des Weiteren bestehe eine Hüftkopfarthrose höheren Grades, die zeitnah eine Operation notwendig mache. Eine Begutachtung an zwei aufeinanderfolgenden Tagen sei aufgrund des Chronic -Fatigue-Syndroms und der multiplen weiteren Grunderkrankungen nicht tolerierbar. Es sei eine Begutachtung unter stationären Bedingungen zu empfehlen. Der Beschwerdeführer bedürfe nach jeder Anstrengung dringender Ruhe und es bestehe eine verlängerte Erholungsphase. Dies sei eines der Hauptkriterien der Erkrankung. 4. 6

4. 6 .1

Das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ wurde am 13. Oktober 2021 (Urk. 9/293) erstattet. Die fachärztlichen Untersuchungen erfolgten am 15., 16. Juni und am 25. August 2021 durch Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und für Neurologie, Dr. med. J.\_\_\_\_ , Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungs - apparatuses, Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, und Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (S. 3 Ziff. 2 und S. 11).

Dr. I.\_\_\_\_ führte im psychiatrischen Teilgutachten (S. 25-40) aus, der Beschwerdeführer gehe von einer Myalgischen

Enzephalomyelitis (ME) und einem Chronic Fatigue-Syndrom aus. Seine körperlichen Erkrankungen stünden deutlich mehr im Vordergrund als die Depression, deren Existenz er eingesehen habe. Ein Jahr nach seiner Einreise in die Schweiz 2011 sei es zur ersten stationären psychiatrischen Behandlung gekommen, nachdem er einen Zusammenbruch

erlitten habe

(S. 26 Ziff. 3.2). Der Beschwerdeführer leide unter einer extremen Erschöpfung. Er sei bereits bei einfachen körperlichen Beschäftigungen erschöpft (S. 27 oben). Tagsüber bestünden oft Schmerzen in allen Knochen und Muskeln. Weiter bestünden ein Muskelkater, Versteifungen an den Beinen und über den ganzen Körper, ein Schwindelgefühl, Übelkeit, Herzrasen, ein Tinnitus, Kopfschmerzen, starke Grippesymptome etc. Er lebe isoliert und zurückgezogen (S. 27 Mitte). 2017 sei er in Asien in einer Art Heim gewesen (S. 29 Mitte).

Beim Erstkontakt habe sich der Beschwerdeführer

zugewandt und situations adäquat gezeigt. Beim Aufruf zur Exploration sei er dem Untersucher langsam, mühsam, kleinschrittig und etwas unsicher ins Untersuchungszimmer gefolgt (S. 30 Ziff. 4.3). Der Beschwerdeführer spreche klagsam, langsam, mit kraftloser, wenig modulierter Stimme. Die Sprachfrequenz sei unauffällig. Formalgedanklich sei er träge, wenn auch nicht depressiv gehemmt oder gar gesperrt (S. 31 oben). Die Willenskraft sei durchaus strukturiert und zielgerichtet. Der Beschwerdeführer könne Entscheidungen fällen und diese argumentativ auch vertreten. Die Psychomotorik sei etwas reduziert und verlangsamt. Beim Sprechen schliesse er oft die Augen. Es zeige sich eine motorische Unruhe (S. 31 unten). Das Drogenscreening (Blut) sei für Amphetamine, Benzodiazepine und Cannabis positiv ausgefallen. Benzodiazepine seien durch die Einnahme des Z-Hypnotikums nicht erklärbar

(S. 32 oben). 4. 6. 2

In den letzten Jahren bestünden wechselhafte diagnostische Einschätzungen. Am ehesten scheine eine komplexe somatoforme Erkrankung geeignet, um das bunte Krankheitsbild abzubilden. Letztlich bestünden seit vielen Jahren körperliche Symptome, die mit der anerkannten Nomenklatur nicht zu erfassen seien (S. 33 Ziff. 6 oben). Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei relevant, dass eindeutig krankheitswertige Beeinträchtigungen vorlägen, die auch zu Funktionsstörungen auf der privaten und beruflichen Ebene führten, und zwar in einem erheblichen Ausmass. Die psychomentele Ausdauer und Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei erheblich reduziert und die Stresswahrnehmung erhöht. Bereits einfache Aufgaben des Alltags würden als Stressoren wahrgenommen. Die Stresstoleranz sei vermindert. Die regelmässige Einnahme eines opiothaltigen Schmerzmittels sei aus psychiatrischer Sicht kritisch zu bewerten. Bei fehlender strenger Indikation könne dies langfristig zu kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen führen. Der psychiatrische Gutachter nannte als Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit eine komplexe somatoforme Störung (ICD-10 F45.8). Als Diagnose ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit nannte er einen schädlichen Gebrauch eines Opioids (ICD-10 F11.1, S. 33 Ziff. 6 unten). Es bestünden diverse körperliche Erkrankungen. Aktuell halte sich der Beschwerdeführer in München auf, wo er eine Ärztin gefunden habe. Für seinen Unterstützungsbedarf im Alltag habe er sich eine Begleiterin organisiert, zu der fraglich auch eine Partnerschaft bestehe (S. 34 Ziff. 7.1). Seit 2012 sei es zu diversen Spitalaufenthalten gekommen mit einer Dauer von bis zu drei Monaten. Eine psychiatrische/psycho-therapeutische Behandlung finde ebenso wie eine antidepressive Medikation nicht statt. Der Beschwerdeführer verfolge eher ein somatisches Erklärungsmodell

(S. 34 Ziff. 7.2).

Es bestünden Diskrepanzen. So sei bei der Annahme einer schweren Depression keine entsprechende fachärztliche Behandlung in Anspruch genommen worden. Weiter scheine der Beschwerdeführer zum Kochen deutlich besser in der Lage zu sein, als für seine sonstigen Aktivitäten im Alltag. Die Annahme einer Partnerschaft durch die Alltagsbegleiterin setze sodann bestimmte emotionale und körperliche Fähigkeiten und Aktivitäten voraus. Im Jahr 2017 sei er für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach Asien geflogen. Die Diskrepanzen stellten das grundsätzliche Vorliegen einer schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung aber nicht in Frage (S. 34 f. Ziff. 7.3). Eine Auseinandersetzung mit den anderen Diagnosen der letzten Jahre erscheine müßig. Manche seien vor dem Hintergrund der beruflichen Sozialisation des Beschwerdeführers nicht nachvollziehbar (zum Beispiel soziale Phobie). Andere wie eine Persönlichkeitsakzentuierung seien aus versicherungsmedizinischer Sicht irrelevant (S. 35 oben).

Es liege eine Reduktion der psychomentalen Ausdauer, der Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit insgesamt vor. Weiter bestünden eine nach unten verschobene Wahrnehmungsschwelle für Stressoren, eine verminderte Stresstoleranz und ein akzentuiertes Insuffizienzgefühl.

(S. 35 Ziff. 7.4). Sämtliche Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen seien mehr oder minder beeinträchtigt. Der Beschwerdeführer sei nur bedingt in der Lage, die Willenskräfte zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Weiter liege ein erheblicher Rückzug aus sozialen Bereichen vor. Ein unmittelbares soziales Umfeld gebe es nicht (S. 36 oben). Der Beschwerdeführer sei seit 2012 psychisch schwer krank. Es sei zu mehreren psychiatrischen Spitalaufenthalten gekommen. Aus gutachterlicher Sicht erscheine es schwierig, zu einer sicheren diagnostischen Zuordnung zu gelangen. Die mannigfaltigen Beeinträchtigungen bewegten sich auf der kognitiven, psychischen und der Verhaltensebene im somatoformen Bereich. Aus versicherungsmedizinischer Sicht erscheine es ausreichend, von einer komplexen somatoformen Störung auszugehen (S. 36 unten). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der letzten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0%. Diese Einschätzung gelte sicher seit dem 3. März 2016. In Anbetracht der globalen Einschränkungen und des sehr niedrigen Funktionsniveaus im Alltag könne kein Leistungsprofil definiert werden, das die Annahme einer Arbeitsfähigkeit erlaube (S. 37 Ziff. 8 Mitte).

#### 4.6.3

Aus orthopädischer Sicht bestehe für die bisherige Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 53 Ziff. 8 unten). In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne Hocken oder Bücken bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 100% (S. 54 Mitte). Der Beschwerdeführer habe sich am 8. September 2017 einen Abriss des Tuberculum majus der rechten Schulter zugezogen. Im MRI der rechten Hüfte vom 20. Dezember 2019 sei eine Femurkopfnekrose mit leichtgradiger subchondraler Fraktur in den kranialen und ventralen Anteilen des Femurkopfes festgestellt worden. Im September 2020 sei eine aseptische Hüftkopfnekrose rechts Stadium Steinberg IV diagnostiziert worden (S. 55 Ziff. 1).

Aus internistischer Sicht bestehe für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Retrospektiv liege aus internistischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vor (S. 64 f. Ziff. 8). Aus neurologischer Sicht bestehe für die bisherige

und eine angepasste Tätigkeit seit jeher eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 75 Ziff. 8). 4. 6  
.4

Die Gutachter gaben zur interdisziplinären Gesamtbeurteilung (S. 1-11) an, seit 2012 sei es zu diversen, zum Teil mehrmonatigen psychiatrischen Spitalaufenthalten gekommen. Im Wesentlichen seien immer wieder eine schwere depressive Episode bei einer rezidivierenden depressiven Störung, eine soziale Phobie und die Abhängigkeit von Benzodiazepinen und Opiaten diagnostiziert worden. Eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung habe nicht stattgefunden (S. 5 Ziff. 4.1 oben).

Es falle schwer, die mannigfaltigen Beeinträchtigungen auf der kognitiven, psychischen und der Verhaltensebene zu einem oder mehreren psychiatrischen Symptomen zusammenzufassen. Das Problem zeige sich auch in der wechselhaften diagnostischen Einschätzung in den letzten Jahren. Auffällig seien unter anderem eine Vernachlässigung des Äusseren, erhebliche formale Denkstörungen, ein vermindertes Selbstwertgefühl, eine gedankliche Einengung auf bestimmte Diagnosen, eine verminderte geistige Flexibilität und ein erhebliches Insuffizienzgefühl. Am ehesten sei eine komplexe somatoforme Erkrankung geeignet, um das bunte Krankheitsbild abzubilden (S. 5 Ziff. 4.1 Mitte).

Die Gutachter nannten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe somatoforme Störung (S. 6 Ziff. 4.2 oben). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 6 Ziff. 4.2): - schädlicher Gebrauch eines Opioids (ICD-10 F11.1) - gelegentliche belastungsabhängige Zervikobrachialgie beidseits ohne radikuläre Reizung - geringe Atrophie der rechten Ober- und Unterarmmuskulatur rechts bei Status nach konservativ behandeltem Abriss des Tuberculum majus - aseptische Hüftkopfnekrose rechts, Stadium Steinberg IV mit ventraler Kalottenabflachung rechts (Erstdiagnose Dezember 2019) - Coxa

salta rechts - hypertensive Herzerkrankung - hypertensive Nierenerkrankung mit Niereninsuffizienz Stadium III - kleine axiale Hiatushernie - Übergewicht - Zustand nach Ulcera ventriculi - Zustand nach Kolonresection bei Divertikulitis

In Anlehnung an das Mini-ICF-APP seien die Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit schwer beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer fühle sich in der Selbstwahrnehmung schwach. Die Selbstbehauptungsfähigkeit und die Gruppenfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Es bestehe ein sozialer Rückzug. Die Planung und Strukturierung von Aufgaben sei schwer eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei auf die Hilfe Dritter angewiesen. Die Durchhaltefähigkeit sei ebenfalls schwer beeinträchtigt (S. 7 Ziff. 4.3 oben). Brauchbare intrapersonelle Ressourcen seien zurzeit nicht vorhanden. Positiv hervorzuheben sei die Unterstützung durch eine Alltagsbegleiterin, insbesondere wenn sie

tatsächlich eine Beziehung entwickelt haben sollte (S. 7 Ziff. 4.5). Der Beschwerdeführer sei nur bedingt in der Lage, die Willenskraft zu mobilisieren, um allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden. Weiter liege ein erheblicher Rückzug vor. Ein unmittelbares soziales Umfeld gebe es nicht (S. 8 Ziff. 4.5).

Die angegebenen orthopädischen Beschwerden seien nur zu einem geringen Teil nachvollziehbar. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der massiv eingeschränkt vorgeführten Beweglichkeit der HWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) und der spontan freien Beweglichkeit beim selbständigen Ein- und Bekleiden. Diskrepanz sei auch die von

Inaktivität geprägte Schilderung des Tagesablaufes zur normal entwickelten Muskulatur (S. 8 Ziff. 4.6 unten). Gesamthaft bestehe in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Die Einschätzung gelte sicherlich seit dem 3. März 2016 (S. 9 Ziff. 4.7-4.9).

Die Gutachter antworteten auf die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes seit dem Entscheid vom 3. März 2016. Sie gaben an, von psychiatrischer Seite könne die Frage nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Das klinische Bild sei in den letzten Jahren sehr unübersichtlich gewesen. Die Entwicklung der psychiatrischen Problematik liege sicher vor dem Jahr 2016. Seit wann diese auch auf der Funktionsebene und somit versicherungsmedizinisch relevant und anhaltend zu Beeinträchtigungen führe, könne retrospektiv nicht punktuell terminiert werden (S. 9 Ziff. 1 unten). Von somatischer Seite sei es 2017 zum Abriss der Tuberculum majus der rechten Schulter gekommen. Im Dezember 2019 sei die Diagnose einer Femurkopfnekrose gestellt worden. Im September 2020 sei eine aseptische

Hüftkopfnekrose rechts Stadium IV diagnostiziert worden (S. 10 oben). 4. 7

Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, regionaler ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 20. Oktober 2021 (Urk. 9/296 S. 4 ff.) Stellung zum Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_. Sie führte aus, von orthopädischer Seite seien körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Hocken oder Bücken möglich. Internistisch und neurologisch bestünden keine Einschränkungen. Gemäss dem Gutachten bestehe in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit mindestens seit dem 3. März 2016 und weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (S. 4 unten). Eine psychiatrische /psychotherapeutische Behandlung und eine psychiatrische Medikation fänden nicht statt. Die Behandlung der somatoformen Störung sei indiziert. Dies würde im langfristigen Verlauf allenfalls eine Verbesserung bringen. Die analgetische Therapie mit Opiaten sei aus orthopädischer Sicht nicht indiziert. Diese sollte zügig abgesetzt werden. Das Medikament führte im Gegenteil zur Herabsetzung der Schmerzschwelle. Die Einnahme eines opiathaltigen Schmerzmittels sei auch aus psychiatrischer Sicht kritisch zu werten, da es langfristig zu kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen führen könne (S. 5 oben). Diskrepanzen bestünden darin, dass trotz der Annahme einer schweren Depression keine fachärztliche Behandlung in Anspruch genommen werde, zum Kochen sei er deutlich besser in der Lage als zu sonstigen Alltagsaktivitäten, die Annahme einer Partnerschaft durch die Alltagsbegleiterin setze emotionale und körperliche Fähigkeiten voraus, 2017 sei er in der Lage gewesen, nach Asien zu fliegen. Im Blut seien Amphetamine, Benzodiazepine und Cannabis positiv getestet worden. Der Beschwerdeführer gebe an, keine illegalen Drogen zu nehmen, eine Erklärung durch die verordnete Medikation ergebe sich nicht. Diskrepanz sei der Nachweis von Oxycodon innerhalb des Referenzbereichs. In der orthopädischen Untersuchung seien die demonstrierte massiv eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule diskrepanz zur uneingeschränkten Beweglichkeit beim selbstständigen Ent- und Bekleiden sowie weitere vorgegebene Bewegungseinschränkungen in der Untersuchung, ebenso die von Inaktivität geprägte Schilderung des Tagesablaufes zur normal entwickelten Muskulatur. In der neurologischen Untersuchung habe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Angabe normalen Oberflächenempfindens und andererseits der Angabe einer Schmerzunempfindlichkeit bestanden (S. 5 unten). Auf das Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ könne abgestellt werden (S. 6 oben). 4. 8

Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ berichteten am 20. April 2022 (Urk. 9/314/7-9) über die siebte stationäre Behandlung g des Beschwerdeführers vom 29. März bis 14. April 2022. 5. 5.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 5.2

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 Krank heit

ist jedoch nicht ohne W eiteres 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, 1 43 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

## **E. 9**

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 5. 3

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

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

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_ 580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 5. 4

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

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 6.1

Die

Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. März 2016 beruht

im

Wesentlichen auf dem Gutachten

des Zentrums Z.\_\_\_\_ vom 17. Juli 2014. Die Gutachter nannten als somatische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ein leichtes Panvertebralsyndrom. Aus psychiatrischer Sicht diagnostizierten sie eine leichte depressive Episode, eine Somatisierungsstörung und eine Störung durch multiplen Substanzgebrauch (Benzodiazepine, Opioidanalgetika, Alkohol). Nach Einschätzung durch die

Z.\_\_\_\_ - Gutachter wirkten sich die psychiatrischen

und die weiteren somatischen Diagnosen nicht auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten und in einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit aus. Die Gutachter attestierten für diese Tätigkeiten eine volle Arbeitsfähigkeit (vorstehend E. 3.2).

Seit 2012 sind mehrere Aufenthalte des Beschwerdeführers in psychiatrischen Kliniken dokumentiert. Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ nannten im Austrittsbericht vom 23. März 2020 als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ein chronisches Müdigkeitssyndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine soziale Phobie, eine Panikstörung, eine Persönlichkeitsakzentuierung, ein Abhängigkeitssyndrom von Benzodiazepinen und Opiaten und Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (vorstehend E. 4.4). Die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_ nannten

dagegen im Gutachten vom 13. Oktober 2021 als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine komplexe somatoforme Störung. Daneben stellten sie mehrere somatische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter attestierten aufgrund der psychiatrischen Erkrankung für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (E. 4.6.4). 6.2

Das Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_

beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen des Beschwerdeführers und erweist sich für die streitigen Belange als umfassend. Die Gutachter berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und die gutachterliche Einschätzung erfolgte in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den massgeblichen Vorakten.

Gemäss den Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ ist

die

Diagnose einer komplexen somatoformen Erkrankung am besten geeignet, um das bekannte bunte Krankheitsbild abzubilden. Weiter bestehen seit Jahren körperliche Symptome, die mit der anerkannten Nomenklatur nicht zu erfassen sind. Der psychiatrische Gutachter wies sodann auf Diskrepanzen im Verhalten des Beschwerdeführers hin, wobei er eine schwerwiegende psychiatrische Erkrankung nicht in Frage stellte

(E. 4.6.2 und 4.6.4).

Das Gutachten vermag grundsätzlich

auch hinsichtlich der medizinischen Beurteilung und der Schlussfolgerungen der Gutachter zu überzeugen. Es ermöglicht

zudem die

Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens. Entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4 f.) bleibt dabei aus rechtlicher Sicht ein Abweichen von der aus psychiatrischer Sicht

attestierten Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten vorbehalten (vorstehend E. 5.3).

Die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_

konnten die Frage nach einer Veränderung des Gesundheitszustandes seit März 2016

zwar nicht mit Sicherheit beantworten. Sie gaben jedoch an, dass die Entwicklung der psychiatrischen Problematik jedenfalls vor dem Jahr 2016 erfolgte

und seit dem 3. März 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % besteht (E. 4.6.4). Diese r

Einschätzung ist im Rahmen der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen, was im Hinblick auf eine ausreichende Abklärung des Sachverhalts

von Amtes wegen genügt (Urk. 1 S. 5 Mitte). Das Gutachten erfüllt nach dem Gesagten die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens. Auf die beantragten (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 3 oben) weiteren medizinischen Abklärungen

ist daher in antizipierter Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 144 V 361 E. 6.5).

6.3

Insoweit vom Gutachten abweichende Arztberichte vorliegen, ist Folgendes festzustellen:

Der Bericht der Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ vom 23. März 2020 enthält keine weiterführenden Angaben zu den

Diagnosen einer sozialen Phobie und einer Panikstörung . Diese beziehungsweise der Schweregrad der gestellten Diagnosen können namentlich

anhand der im Bericht wiedergegebenen

Befunde nicht nachvollzogen werden ( E. 4.4; vgl. Urk. 7/314/61-62 ). Dies gilt auch für den Bericht der Ärzte der Klinik D.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2018 (E. 4.2) .

Im Bericht der Ärzte des Universitätsspitals E.\_\_\_\_

vom 11. Februar 2020

finden sich diese Diagnosen demgegenüber nicht

(E. 4.3) . Die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_

konnten eine soziale Phobie, eine Panikstörung , ein chronisches Müdigkeitssyndrom und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode,

ebenfalls nicht bestätigen (vorstehend E. 4.6.4). Gutachter Dr. I.\_\_\_\_

hielt sodann explizit fest , dass eine soziale Phobie vor dem Hintergrund der beruflichen Sozialisation des Beschwerdeführers

nicht nachvollzogen werden kann (E. 4.6.2). In den Berichten der behandelnden Ärzte fehlen zudem Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers.

Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen sodann in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte - beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) - mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt ein Streitfall einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

Auf die genannten Berichte kann daher nicht abgestellt werden und sie vermögen keine Zweifel am Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ zu erwecken. Nachfolgend ist daher von der Beurteilung durch die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_ auszugehen. 6.4

Die aus gutachterlicher Sicht attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % ist sodann mittels der bei psychischen Erkrankungen beachtlichen Standardindikatoren zu prüfen (vorstehend E. 5.2-5.3).

Die Gutachter des Zentrums B.\_\_\_\_

stellten von psychiatrischer Seite die Diagnose einer komplexen somatoformen Störung , die sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt . Die noch im Juli 2014 im

Z.\_\_\_\_ -Gutachten diagnostizierte leichte depressive Episode (E. 3.2

hiervor)

lag zum Zeitpunkt der Begutachtung im Zentrum B.\_\_\_\_ nicht mehr vor .

Bezüglich einer

rezidivierenden depressiven Störung ist daher verglichen mit März 2016 eher von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes

auszugehen . Aus dem Mini-ICF-APP

ergeben sich eine schwere Beeinträchtigung der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, eine mittelgradige Einschränkung der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, eine schwere Beeinträchtigung der Selbstbehauptungs- und der Gruppenfähigkeit und eine schwere Einschränkung bei der Planung und Strukturierung von Aufgaben. Aufgrund dessen und der im Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ wiedergegebenen Befunde ergibt sich eine leicht e

bis höchstens mittelschwere Ausprägung der diagnose relevanten Befunde . Im Sinne einer Komorbidität besteht

zudem ein schädlicher Gebrauch eines Opioids (E. 4.6.4).

Zum Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz ist zu sagen, dass trotz mehrfacher Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken bislang keine psychiatrische-psychotherapeutische Behandlung erfolgte. Vielmehr verfolgt der Beschwerdeführer ein somatisches Erklärungsmodell, wobei die von ihm zugrunde gelegte Diagnose ( Myalgische

Enzephalomyelitis ) nicht anerkannt ist . Aus gutachterlicher Sicht ist auch die diagnostizierte somatoforme Störung prinzipiell behandelbar, wobei im Vordergrund ebenfalls eine psychotherapeutische Behandlung steht und die Fixierung des Beschwerdeführers auf ein nicht anerkanntes organisches Erklärungsmodell ungünstig erscheint (Urk. 9/293 S. 34 Ziff. 7.1-7.2 , S. 38 Ziff. 8 Mitte ). Eine indizierte medikamentöse Behandlung fand trotz der wiederholt gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode ebenfalls nicht statt. Dagegen wird die regelmässige Einnahme eines opiathaltigen Schmerzmittels von den Gutachtern kritisch beurteilt. Die Behandlungsmöglichkeiten wurden daher trotz der subjektiv als schwer beklagten gesundheitlichen Beeinträchtigungen unzureichend ausgeschöpft . Der Komplex «Gesundheits schädigung» erweist sich damit gesamthaft als leicht bis höchstens mittelschwer ausgeprägt.

Hinsichtlich der Persönlichkeit des Beschwerdeführers

wies der psychiatrische Gutachter unter anderem auf eine reduzierte psychomentale Ausdauer und Belastbarkeit und eine verminderte Stresstoleranz hin. Der Beschwerdeführer ist weiter nur bedingt in der Lage, allfällige Hindernisse bei der Bewältigung von Aufgaben zu überwinden (vorstehend E. 4.6.2). Für die Bewältigung seiner Schwierigkeiten kann er daher nur

bedingt auf persönliche Ressourcen zurück greifen. Dr. I.\_\_\_\_

gab weiter einen sozialen Rückzug des Beschwerdeführers an , wobei er den sozialen Abstieg als gewichtigen psychosozialen Belastungsfaktor wertet . Dem steht jedoch entgegen, dass sich der Beschwerdeführer gemäss Dr. I.\_\_\_\_

eine Alltagsbegleiterin organisieren konnte, zu der mutmasslich auch eine Partnerschaft besteht , was eine gewisse Beziehungsfähigkeit voraussetzt

(E. 4.6.2) .

Bei der Prüfung der Kategorie «Konsistenz» ist erneut auf die im psychiatrischen Teilgutachten geschilderten Diskrepanzen im Verhalten des Beschwerdeführers einzugehen. Im Vordergrund steht dabei der Umstand, dass der Beschwerdeführer bislang keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen wollte und keine adäquate medikamentöse Behandlung stattfindet, was entgegen seiner Darstellung gegen einen erheblichen Leidensdruck spricht. Im Blut sind Amphetamine, Benzodiazepine und Cannabis positiv getestet worden. Der Beschwerdeführer gab an, keine illegalen Drogen zu nehmen, eine Erklärung durch die verordnete Medikation ergab sich nicht. In der orthopädischen Untersuchung war die demonstrierte massiv eingeschränkte Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule diskrepant zur uneingeschränkten Beweglichkeit beim selbstständigen Ent- und Bekleiden, ebenso die von Inaktivität geprägte Schilderung des Tagesablaufes zur normal entwickelten Muskulatur. In der neurologischen Untersuchung bestand eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen der Angabe normalen Oberflächenempfindens und andererseits der Angabe einer Schmerzempfindlichkeit (vgl. E. 4.7).

Weiter fehlt es an einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbereichen. So ist er

beim Hobby Kochen

deutlich weniger eingeschränkt als in anderen Lebensbereichen (E. 4.6.2) .

Die Prüfung der verschiedenen Indikatoren ergibt damit, dass – auch wenn ein Leidensdruck des Beschwerdeführers besteht – diese nicht in ausgeprägtem Umfang als gegeben erachtet werden können. Die gutachterliche Schlussfolgerung, die Somatisierungsstörung schliesse jegliche Arbeitsfähigkeit aus, lässt sich damit weder mit der Kategorie «funktioneller Schweregrad» noch mit der Kategorie «Konsistenz» vereinbaren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist damit nicht zulässig (vorstehend E. 5.3). 6.5

Im Hinblick auf die Frage nach der Veränderung des Gesundheitszustandes gaben die Gutachter des Zentrums B. \_\_\_ an, dass sie dies nicht mit Sicherheit beantworten können, erklärten aber, dass die Entwicklung der psychiatrischen Problematik sicher vor dem Jahr 2016 erfolgte

und die von ihnen attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit sicherlich seit dem 3. März 2016 bestanden hat (vorstehend E. 4.6.4 ; Urk. 9/293 S. 37 f. Ziff. 8 ). Damit fehlt es an Anhaltspunkten dafür, dass es seit März 2016 zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen wäre. Für diese Auslegung

spricht auch, dass erste stationäre Behandlungen in psychiatrischen Kliniken bereits ab 2012 und damit vor dem

3. März 2016 stattfanden (E. 4.6.2) . Die Darstellung des Beschwerdeführers, wonach die Grunderkrankung zwar seit längerem angelegt gewesen sei, sich aber erst in neuester Zeit im Sinne einer funktionellen Einschränkung und einer Verschlechterung ausgewirkt habe (Urk. 1 S. 6 oben), ist nicht belegt und widerspricht der gutachterlichen Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit .

Soweit die Gutachter eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten – welche allerdings einer Indikatorenprüfung nicht standhält (E. 6.4) – ist im Übrigen von einer anderen Beurteilung

des gleichen Sachverhalts auszugehen.

Mit Blick auf die von den Gutachtern des Zentrums B.\_\_\_\_ gestellten somatischen und psychiatrischen Diagnosen und die erhobenen Befunde vermag der Hinweis des Beschwerdeführers auf eine Erhöhung des Pflegegrades nach deutschem Recht (Urk. 1 S. 6 Ziff. 5) eine gesundheitliche Verschlechterung ebenfalls nicht zu nachzuweisen. Gemäss dem Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ sind die seit vielen Jahren bestehenden körperlichen Symptome mit der anerkannten Nomenklatur nicht zu erfassen, während

es sich bei der vom Beschwerdeführer als Erklärung herangezogenen Diagnose einer ME nicht um eine anerkannte Diagnose handelt (E. 4.6.2).

Damit sind auch keine Aussagen zur Pflegebedürftigkeit des Beschwerdeführers möglich. Aus psychiatrischer Sicht hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit der Beurteilung im Z.\_\_\_\_-Gutachten daher nicht massgeblich verändert.

Der Beschwerdeführer zog sich von somatischer Seite im September 2017 einen Abriss des Tuberculum majus der rechten Schulter zu. Im Dezember 2019 wurde eine Femurkopfnekrose mit leichtgradiger subchondraler Fraktur in den kranialen und ventralen Anteilen des Femurkopfes festgestellt (E. 4.6.3). Gemäss dem Gutachten des Zentrums B.\_\_\_\_ wirken sich die somatischen Diagnosen jedoch nicht auf die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich angepassten Tätigkeit aus. Auch aus somatischer Sicht besteht daher verglichen mit März 2016 keine massgebliche gesundheitliche Verschlechterung.

6.6

Zusammenfassend ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus somatischer und psychiatrischer Sicht verglichen mit dem Zeitpunkt der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 3. März 2016 nicht massgeblich verändert hat. Nach Prüfung der Standardindikatoren ist für die angestammte und eine angepasste Tätigkeit von einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen.

Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch damit zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung vom 8. September 2022 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Silvan Meier Rhein - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber  
Grieder-MartensBrugger

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