

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00628 vom 23. Mai 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00628](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00628)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00628 du 23 mai 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00628 del 23 maggio 2023

## Erwägungen

### E. 1.1

X.\_\_\_\_, geboren 1962, arbeitete seit dem 15. Mai 2000 in einem 80%-Pensum als Sozialberater der Y.\_\_\_\_ (Fragebogen für den Arbeitgeber der Y.\_\_\_\_ vom 13. Juni 2003, Urk. 7 /8), und übte seit dem 1. März 1999 eine ähnliche Tätigkeit zu 20 % bei der Z.\_\_\_\_ GmbH aus (Fragebogen für den Arbeitgeber der Z.\_\_\_\_ GmbH vom 6. Februar 2004, Urk. 7 /18). Am 18. April 2002 wurde er in einen Autounfall verwickelt (seitliche Streifkollision bei Überholvorgang; Polizeirapport vom 4. September 2002, Urk. 7 /85 / 8 ff.; Gutachten Dipl.-Ing. A.\_\_\_\_ und Dipl.-Ing. B.\_\_\_\_ vom 19. August 2004, Urk. 7 /85 / 20 ff.). Nach gescheiterten Arbeitsversuchen verlor der Versicherte seine beiden Arbeitsstellen per Ende 2002 bzw. per Ende April 2003 (Kündigung Y.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2003, Urk. 7 /8 /

### E. 1.3

Am 4. März 2019 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf ein HWS-Distorsionsstrauma, Schmerzsyndrom sowie eine schwere rezidivierende agitierte Depression und langjährige Schlafstörungen seit dem Unfall im Jahr 2002 erneut zum Leistungsbezug an (Urk.

### E. 6

f.; Urk.

### E. 7

/208). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie vorbeschrieben ab (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte am 2. Dezember 2022 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen nach IVG, namentlich eine Invalidenrente, zu gewähren. Eventualiter sei der Beschwerdeführer medizinisch durch das Gericht begutachten zu lassen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2023 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-211 und Urk. 8-9), worüber der Beschwerdeführer am 20. Februar 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 10). Der Beschwerdeführer nahm am 6. März 2023 erneut Stellung (Urk.

### E. 11

), was der Beschwerdegegnerin am 8. März 2023 mitgeteilt wurde (Urk.

### E. 12

).

3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung dafür, dass es beim Beschwerdeführer vorübergehend zu einer Verschlechterung gekommen sei, mittlerweile allerdings wieder eine Verbesserung eingetreten sei. Eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit sei damit nicht zu begründen. Eine invalidisierende Erkrankung liege nicht vor. Da die Gutachter auf Rückfrage an gegeben hätten, dass nach nochmaliger interdisziplinärer Besprechung die gestellte Diagnose einer funktionellen (dissoziativen) kognitiven Störung dahin gehend relativiert werden müsse, dass angesichts der neuropsychologischen Befunde gewisse Vorbehalte an der postulierten Diagnose nicht definitiv aus geräumt werden könnten, könne man sich nicht auf die medizinische Abklärung stützen. Gemäss Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) liege weiterhin kein psychisches Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vor ( Urk. 2).

Der Beschwerdeführer brachte demgegenüber im Wesentlichen vor, dass auf das neuropsychologisch-psychiatrische Gutachten abzustellen sei und eine Arbeits unfähigkeit von 50 % überwiegend wahrscheinlich sei. PD Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, habe im psychiatrischen Teilgutachten keine Inkonsistenzen fest gestellt und gehe von keinen wesentlichen Diskrepanzen aus. Er verweise auch auf die mangelnde Ver trautheit mit dem in der klinischen Praxis eher selten anzutreffenden Störungs bild, welches oft zu Fehlinterpretationen führe. Dissoziative Symptome träten des Weiteren fluktuierend auf und es sei seines Erachtens von einer authentischen Beschwerdeschilderung auszugehen. Im neuropsychologischen Teilgutachten würden eindeutige Anzeichen für Aggravation ausgeschlossen und es seien so wohl bewusstseinsnahe als auch bewusstseinsferne Mechanismen der Aggravation im Rahmen einer psychiatrischen Störung vermutet worden. F ür eine abschliessende Diskussion sei auf das psychiatrische Hauptgutachten ver wiesen worden. Dr. D.\_\_\_\_ habe in der Folge konstatiert, dass nicht genau fest gelegt werden könne, in welchem Umfange die kognitiven Minderleistungen auf eine dissoziative Ursache und auf Aggravation zurückzuführen sei en , ent sprechend sei von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Die Konversionsstörung bestehe gemäss Gutachten seit mehreren Jahren. Zusammen fassend liege keine anspruchsausschliessende Aggravation vor - womit d eren An nahme

durch die Beschwerdegegnerin ohne weitere Rückfragen eine Verletzung der Untersuchungspflicht darstell e . Eventualiter sei dem Gutachter entsprechend Gelegenheit zu geben, sein Gutachten zu ergänzen oder zu erläutern. Der Gesund heitsschaden sei zusammenfassend gestützt auf das eingeholte Gutachten über wiegend wahrscheinlich erstellt und es sei der Invaliditätsgrad anhand eines Prozentvergleichs zu tätigen. Des Weiteren fehle es an einer Auseinandersetzung mit der von der Beschwerdegegnerin selbst postulierten vorübergehenden Ver schlechterung und einer allfälligen befristeten Rente. Entsprechend resultiere nach Ablauf des Wartejahres aufgrund der Berichte des behandelnden Psychiaters eine ganze Rente ab dem 1. März 2020 und ab dem 1. Juni 2022 eine halbe Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % ( Urk. 1).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. Februar 2023 ergänzte die Beschwerdegegnerin , dass gestützt auf die Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ und die RAD-Ärztin Dr. med. E.\_\_\_\_ ,

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, eine Konversionsstörung nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Die pragmatisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 50 % könne nicht als schlüssig erkannt werden. Des Weiteren liege eine leichte neuropsychologische Störung vor, welche den Leitlinien folgend lediglich zu einer 10-30%igen Arbeitsunfähigkeit führen würde - notabene ohne den nachgewiesenen Aggravationsanteil. Da dieser sich nicht genau beziffern lasse, liege Beweislosigkeit vor, was vom Beschwerdeführer zu tragen sei. Des Weiteren sei am Nachweis der Aggravation festzuhalten (Urk.

6).

Der Beschwerdeführer nahm am 6. März 2023 erneut Stellung und führte aus, dass nicht von einer Beweislosigkeit auszugehen sei. Die Annahme einer Beweislosigkeit sei erst möglich, wenn es sich als unmöglich erweise, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich habe, der Wirklichkeit zu entsprechen. Die Gutachter hätten die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit unter angemessener Berücksichtigung der festgestellten Hinweise auf Aggravation abgegeben. Allfällige offene Fragen wären über eine Ergänzung oder mündliche Erläuterung zu klären gewesen. Trotz der auffälligen Testergebnisse in der neuropsychologischen Untersuchung sei von einem invalidisierenden Gesundheitsschaden ausgegangen worden, womit ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt vorliege. Des Weiteren seien die Inkonsistenzen krankheitsimmanent bzw. mit der dissoziativen Störung vereinbar und die Diagnose sei nicht verworfen worden (Urk. 11).

2.

2.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da 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, KS 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. 2.2

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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht ( Urteil des Bundes gerichts 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). 2.3

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.4

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.5

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 m.w.H.). 2.6

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2). 3.

Im bidisziplinären Gutachten

werden die bis zur Begutachtung der Beschwerde führender aktenkundigen medizinischen Berichte zusammengefasst (Urk. 7/195/3 ff.), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden. Soweit erforderlich, wird in den nachfolgenden Erwägungen aber darauf Bezug genommen. 3.1

3.1.1

Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte aus psychiatrischer Sicht eine Konversionsstörung (Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen) mit gemischtem Erscheinungsbild (DSM-5 F44.7) bzw. sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörung, ICD-10 F44.8), sofern eine neurologische oder sonstige körperliche Ursache für diese Symptome ausgeschlossen werden könne (Urk. 7/195/120).

In Bezug auf die Beurteilung seit Juli 2018 führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, dass er gestützt auf den Vergleich der geklagten Symptome, Verhaltensbeobachtungen und Befunde des Austrittsberichts des stationären Aufenthaltes von 2018 mit der aktuellen Situation davon ausgehe, dass sich das derzeitige psychiatrische Zustandsbild, insbesondere die mit der Konversionsstörung in Verbindung stehenden kognitiven Symptome, verschlechtert habe. Etwas fraglich scheint die Tatsache, dass im damaligen Austrittsbericht ausser den Entscheidungsschwierigkeiten keine der in der aktuellen Begutachtung beschriebenen kognitiven Probleme festgehalten worden sei. Dies könne einerseits durch eine unvollständige Befunderhebung und Fokussierung auf die

affektiven Symptome erklärt werden, andererseits dadurch, dass die heute vorliegenden subjektiv stark

einschränkenden kognitiven Probleme damals noch nicht in demselben Ausmass bestanden hätten.

Gemäss Eigenangaben seien die Konzentrationsprobleme seit dem Unfall unverändert. Im Jahr 2018 sei der Beschwerdeführer sehr

depressiv gewesen und habe sich überlegt, sich von dieser Welt zu verabschieden. Solche Gedanken seien

heute nicht mehr da. Laut Ehefrau sei sein Zustand im Vergleich zu 2007 nicht grundlegend anders.

Anfangen habe es vor allem mit kognitiven Problemen, Reizempfindlichkeit bezogen auf hohe Töne, Stocken

im Sprechen und häufige Wortfindungsstörungen. Es gebe wenige gute Momente, aber grundsätzlich habe er

Probleme mit der Sprache und dem Konzentrieren. Insbesondere die Wortfindungsstörung zeige sich verstärkt, wenn er

sich konzentrieren müsse oder wenn es ein wichtiges Gespräch sei. In all den Jahren habe es

viele Schwankungen im Befinden gegeben. Es gebe manchmal kurze gute Phasen (von ca. einer Stunde Dauer),

dann gehe es ihm wieder schlechter.

Gemäss Akten habe nach medikamentöser Einstellung und EKT (Elektrokonvulsionstherapie) zeitweise eine

leichte Besserung der depressiven Symptomatik im Sinne einer Teilresponse verzeichnet werden können. Ein im

Jahre 2020 begonnenes Aufbautraining habe kurze Zeit später aufgrund instabilen gesundheitlichen Zustands

wieder abgebrochen werden müssen. Der ambulante Psychiater habe in einem Arztbericht von 2021 eine

Arbeitsunfähigkeit von 100

% bei schlechter Prognose gestellt, sowohl im ersten wie auch im zweiten Arbeitsmarkt, und habe die Diagnose therapieresistente agitierte Depression mit schwerer Episode bei rezidivierender depressiver

Störung, gemischte affektive Episode bei bipolarer affektiver Störung gestellt. Er habe über eine erneute

Ver schlechterung seit Herbst 2020 nach zeitweiser Besserung unter EKT berichtet. In Bezug auf die kognitiven

Einschränkungen sei angesichts der psychopathologischen Befunderhebungen seit Beginn der Therapie bis jetzt

eher eine Verschlechterung zu vermuten (zeitweise bedingt durch die EKT). So beschreibe der behandelnde

Psychiater zu Beginn der Behandlung leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen, keine Hinweise

auf Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen und formal geordnetes etwas beschleunigtes Denken. In der

aktuellen Befunderhebung beschrieb er Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, formal leicht

verlangsamtes Denken und Denkblockaden.

Die Akten

sowie die Eigen- und Fremdangaben deuten demnach auf einen wechselhaften Verlauf der

depressiven Symptomatik seit 2018 hin. Die kognitiven Störungen scheinen seit Jahren zu bestehen, sich

tendenziell jedoch seit 2018 eher verschlechtert zu haben. Die

dissoziativ bedingten

kognitiven Defizite hätten die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers im 2020 durchgeführten Aufbau training limitiert. Die Begründung des Beschwerdeführers, dass er bei den Arbeiten, sei es am PC oder den handwerklichen Tätigkeiten, infolge seiner Denk- und

Aufmerksamkeitsstörungen zu langsam gewesen sei, stimmt überein mit den dokumentierten Beobachtungen.

Gemäss Angaben des Beschwerdeführers und seiner Ehefrau habe er sich sehr bemüht, die geforderten Leistungen

zu erbringen. Dies widerspiegeln auch die im Abschlussbericht dokumentierte Aussage, dass der Beschwerdeführer sich

motiviert, einsatzfreudig und flexibel gezeigt habe (Urk. 7/195/124 ff.).

Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. D. \_\_\_ aus (Urk. 7/195/128 f.), dass der Beschwerdeführer sehr zurückgezogen lebe

und neben seiner Frau und dem gemeinsamen Sohn, seiner

Schwägerin und einem Freund keine weiteren regelmässigen sozialen Kontakte

habe. Er gehe ab und an mit dem

Fahrrad einkaufen, helfe seinem Sohn eher selten bei den Hausaufgaben. Auch kleine Aufgaben im Haushalt

fielen ihm schwer, sodass er sie manchmal gar nicht, manchmal nicht richtig erledigt bekomme.

Von den derzeit vorliegenden Symptomen seien es in erster Linie die mutmasslichen kognitiven Defizite, welche

die Leistungsfähigkeit im Alltag beeinträchtigen. Die zusätzlichen fluktuierend auftretenden willkürlichen motorischen

und sensorischen Defizite seien nicht ausgeprägt genug vorhanden, um die Alltagsfunktionalität

relevant zu beeinträchtigen. Dies widerspiegeln sich sowohl in den vom Beschwerdeführer und seiner Ehefrau

geschilderten Einschränkungen im Alltag

wie auch den Erfahrungen im Aufbautraining von 2020.

In der psychiatrischen Untersuchung wirkten die geschilderten und beobachteten schweren kognitiven

Einschränkungen plausibel und authentisch auch angesichts der Erfahrungen im viermonatigen Aufbautraining von

2020, wo der Beschwerdeführer zwar eine Präsenzzeit von vier Stunden pro Tag stabil habe aufrechterhalten können, jedoch in

seinem Arbeitstempo derart eingeschränkt gewesen sei, dass eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt als

unrealistisch erachtet werden sei,

sodass von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Allerdings habe die neuropsychologische Untersuchung Hinweise für übertriebene oder simulierte psychische

Dysfunktionen ergeben. Da die Neuropsychologie über verlässlichere Methoden zur Objektivierung und

Quantifizierung kognitiver Defizite und der Leistungsvalidierung verfügt als die Psychiatrie, könnten diese

Vorbehalte trotz authentisch wirkender Symptome in der psychiatrischen Untersuchung nicht einfach ignoriert

werden. Aus diesen Gründen können nicht mit genügender Sicherheit postuliert werden, dass die kognitiven Defizite

tatsächlich in einem Ausmass vorliegen, wie der Beschwerdeführer sie präsentiert und sie sich auch in der

psychiatrischen Untersuchung beobachten liessen. Andererseits könnten gemäss neuropsychologischer Beurteilung

weniger ausgeprägte neuropsychologische Beeinträchtigungen aufgrund der Aggravation von Minderleistungen

zwar weder belegt, jedoch auch nicht ausgeschlossen werden. Eine genauere Abgrenzung, welcher Anteil der

kognitiven Minderleistungen eine dissoziative Ursache habe und welcher Anteil Folge einer Aggravation sei, sei weder neuropsychologisch noch psychiatrisch möglich.

Damit können die Arbeitsfähigkeit nur

pragmatisch eingeschätzt werden unter Berücksichtigung der psychiatrischen und neuropsychologischen

Beurteilung. Auf der Basis einer solchen pragmatischen Einschätzung gehe er von einer ca. 50%igen

Arbeitsunfähigkeit aus. Allerdings sei einzuräumen, dass diese Einschätzung ein breites Unsicherheitsintervall in

beide Richtungen habe.

Vom August bis November 2018 habe sich der Beschwerdeführer infolge einer erneuten schweren depressiven Episode

in stationärer Behandlung befunden. In der Folge sei von dem ambulanten Behandler aufgrund therapieresistenter

anhaltender schwerer Depression eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezogen auf den ersten Arbeitsmarkt

attestiert worden. Ein im August 2020 begonnenes Arbeitstraining habe infolge Verschlechterung des

gesundheitlichen Zustands auf Ende Dezember 2020 abgebrochen werden müssen. In einem Abschlussbericht der

Integrationsmassnahme sei von einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 20

% bezogen auf den ersten

Arbeitsmarkt ausgegangen worden. Insgesamt scheine die Symptomatik, insbesondere die kognitiven Störungen, in den

letzten Jahren in mehr oder weniger gleichem Ausmass zu bestehen, sich tendenziell jedoch eher verschlechtert

zu haben, weshalb von einer substantiellen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit dem Unfall 2002

auszugehen sei. Da die neuropsychologischen Ergebnisse jedoch Zweifel an dem tatsächlichen Ausmass der

präzisierten kognitiven Beschwerden erweckten, könne eine verlässliche retrospektive Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit nicht gemacht werden. Einzig in den Phasen einer schweren depressiven Symptomatik könne davon ausgegangen werden, dass keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe.

Da das Ausmass der die Arbeitsfähigkeit limitierenden kognitiven Defizite nicht verlässlich beurteilt werden könne und die Arbeitsfähigkeit somit lediglich pragmatisch eingeschätzt werden könne, könnten auch keine verlässlichen Angaben dazu gemacht werden, ob die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit höher liege. Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei auch retrospektiv als substantiell eingeschränkt zu beurteilen, eine genauere Quantifizierung sei allerdings nicht möglich. 3. 1. 2

Die neuropsychologischen Teilgutachter lic. phil. F.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, und Prof. Dr. rer. nat. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie, führten aus (Urk. 7/196/25 f.), dass im Vordergrund der neuropsychologischen Befunde unspezifische, mittelschwere bis deutliche

Minderleistungen in einzelnen Test attentionaler, mnestischer und exekutiver Funktionen sowie

Verhaltensauffälligkeiten (erhöhte Tagesmüdigkeit, Kopfschmerzen, massiv verlangsamte Reaktionen,

somatische Beschwerden) stünden. Unter Einbezug der Leistungsvalidierung könnten die erhobenen

Minderleistungen nicht als valide Schätzung der Einschränkung des kognitiven Leistungsvermögens des Beschwerdeführers interpretiert werden.

Es sei anzunehmen, dass subjektive psychische und somatische Beschwerden und motivationale

Zielkonflikte eine zeitstabile niveaugerechte Leistungserbringung einschränkten. Als psychiatrische Diagnose sei mehrfach eine dissoziative Störung vergeben worden. Ob diese das Leistungsverhalten

des Beschwerdeführers hinreichend zu begründen vermöge,

sei fachpsychiatrisch zu beurteilen.

Insgesamt ergebe sich kein Anhalt auf schwerwiegende kognitive, sensorische und psychomotorische

Beeinträchtigungen. Leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen könnten aufgrund der Aggravation

von Minderleistungen je doch weder belegt noch ausgeschlossen werden. Das allgemeine kognitive Leistungsvermögen sei als durchschnittlich anzusehen, was sich auch

mehrheitlich in der Kommunikation und Interaktion in der mehrstündigen Untersuchung bestätigt habe.

Bei Fehlen von Hinweisen auf eine zerebrale Läsion mit umfassendem Erklärungswert seien ausschliessend

psychische Faktoren (z.B. psychisch reaktive Maladaptation, dissoziative Störung) mit minderndem Einfluss auf die verlässliche Erbringung bestimmter kognitiver Leistungen des Beschwerdeführers anzunehmen. Für eine abschliessende Beurteilung verweisen sie auf das psychiatrische

Hauptgutachten.

Eine neuropsychologische Diagnose liege nicht vor. Das Unvermögen des Beschwerdeführers, stabil niveaugerechte durchschnittliche kognitive Leistungen bei einem durchschnittlichen Schätzer der Intelligenz (Allgemeiner Fähigkeitsindex) zu erbringen, sei neuropsychologisch nicht zu erklären. Als möglich oder nach Slick wahrscheinlich gelte Aggravation,

wobei unklar sei, wie bewusstseinsnah diese leistungslimitierenden Handlungen gewesen seien. Die prolongierten

Latenzen von mehr als einer Sekunde sprächen für eine bewusste Handlungskontrolle.

Ob aber die bewusste leistungslimitierende Handlungskontrolle wiederum selbst Ausdruck einer metakognitiven

Pathologie im Sinne einer funktionell-kognitiven Störung sei, müsste in Zusammenschau der gesamten psychopathologischen Befunde fachpsychiatrisch beurteilt werden.

Funktionell-kognitive

Störungen und Aggravation würden sich nicht ausschließen, würden in der Literatur aber als selten

referiert. Neuropsychologisch zu beschreibende Einschränkungen kognitiver Leistungsfähigkeit seien nicht nachweisbar, aber ein erraticus leistungslimitierendes Verhalten.

Dieses sei mit bekannten

hirnorganisch bedingten Dysfunktionen nicht in Einklang zu bringen, könne aber Ausdruck bestehender

Psychopathologie, aber auch von bewusstseinsnaher Aggravation sein.

Aufgrund der wahrscheinlichen Aggravation kognitiver Minderleistungen könnten sie keine neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vornehmen. 3.2

Auf Rückfrage der Beschwerdeführerin ergänzte n

Dr. D.\_\_\_\_

und Prof. G.\_\_\_\_

in ihrer gemeinsamen Stellungnahme vom 23. Juli 2022 (Urk. 7/201/2), dass von den vorliegenden Symptomen einzig die kognitiven Defizite das Potenzial einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hätten. Erschwerend für eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei, dass die Authentizität der kognitiven Beschwerden in der neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchung anders beurteilt worden sei. So fänden sich sowohl in den neuropsychologischen Testergebnissen wie auch den Verhaltensbeobachtungen in der neuropsychologischen Untersuchung Hinweise auf Aggravation. In der psychiatrischen Untersuchung sei dies hingegen nicht der Fall gewesen. Für diese Diskrepanz gebe es mehrere Erklärungsmöglichkeiten: 1. Entweder sei die neuropsychologische oder psychiatrische Interpretation des Verhaltens als Aggravation bzw. Nicht-Aggravation während der Untersuchung nicht korrekt 2. Der Beschwerdeführer habe sich in der neuropsychologischen Untersuchung anders verhalten als in der psychiatrischen Untersuchung; d.h. es lägen tatsächliche kognitive Defizite vor, doch habe der Beschwerdeführer diese in der neuropsychologischen Untersuchung aggravierend präsentiert 3. Eine Aggravation liege vor; dieses liesse sich jedoch nur mit den sensitiveren neuropsychologischen Methoden zur Leistungsvalidierung verlässlich entdecken. Tatsächlich bezögen sich vier der fünf positiven Kriterien im neuropsychologischen Ansatz zur Beurteilung einer Aggravation auf die Resultate der Leistungsvalidierungstests. Mit anderen Worten, die neuropsychologische Beurteilung, dass eine Aggravation vorliege, basiere in erster Linie auf den Ergebnissen der Leistungsvalidierung und nicht der Verhaltensbeobachtung während der Untersuchung.

Da alle beteiligten Gutachter Erfahrungen mit dissoziativen Störungen hätten, erachteten sie die erste Erklärungsmöglichkeit als eher unwahrscheinlich und favorisierten Erklärungsmöglichkeit 2. Da die Abgrenzung zwischen authentischen und aggravierten

Anteilen der kognitiven Defizite weder neuro psychologisch noch psychiatrisch möglich sei, sei im Sinne eines pragmatischen Ansatzes die Arbeitsfähigkeit auf 50 % eingeschätzt worden. Andererseits könnte die Auffassung vertreten werden, dass die Neuropsychologie im Gegensatz zur Psychiatrie über wissenschaftlich validierte Methoden zur Beurteilung der Authentizität kognitiver Beschwerden und den durch diese verursachten Leistungseinschränkungen verfüge und deren Beurteilung somit mehr Beweiswert zu komme (Erklärungsmöglichkeit 3). Diese Argumentation habe insofern eine Berechtigung, da sich die beim Beschwerdeführer postulierte dissoziative Störung in erster Linie auf kognitive Defizite beziehe, welche erst in jüngerer Zeit als eigenständige Diagnoseentität vorgeschlagen worden seien. Eine solche Diagnose sollte jedoch durch das neuropsychologische Leistungsprofil gestützt werden, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei.

Zusammenfassend lasse sich nicht mit Bestimmtheit sagen, welche der obigen Erklärungsmöglichkeiten nun effektiv zutreffe. Nach nochmaliger inter disziplinärer Besprechung müsse die im Gutachten gestellte Diagnose einer funktionellen (dissoziativen) kognitiven Störung dahingehend relativiert werden, dass angesichts der neuropsychologischen Befunde gewisse Vorbehalte an der postulierten Diagnose nicht ausgeräumt werden könnten. 4.

#### 4.1

Das Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2022 samt neuropsychologischem Teilgutachten vom 9. Mai 2022 ( Urk. 7 /195-196) sowie die gemeinsame ergänzende Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ und Prof . G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2022 ( Urk. 7 /201) erfüllen sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl . E. 2.5).

Sie beruhen auf fachärztlichen Untersuchungen durch die Gutachter ( Urk. 7 /195/ 95 ff. ; Urk. 7 /196/14 ff .) und wurde n in Kenntnis der relevanten Vorakten ( Urk. 7 /195/ 5 ff. ; Urk. 7 /196/3 ff.) abgegeben. Sie würdigen die vorhandenen Arztberichte sorgfältig , insbesondere die Berichte des behandelnden Psychiaters (vgl. Urk. 7 /195/123) . Sie berücksichtigen die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzen sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und das Gutachten ist grundsätzlich beweiskräftig. 4.2

#### 4.2.1

Dr. D.\_\_\_\_ legte die Herleitung der Konversionsstörung gemäss DSM-5 bzw. einer sonstigen dissoziativen Störung (ICD-10 F44.8) ausführlich dar und hielt fest , dass nicht davon auszugehen sei, dass eine körperliche Ursache für die Symptome vorliege ( Urk. 7 /195/120 f.) , da die frühere neurologische Untersuchung unauffällig gewesen sei und die dissoziative Symptomatik seit Jahren bestehe . In ihrer Stellungnahme vom 23. Juli 2022 ergänzten Dr. D.\_\_\_\_ und Prof . G.\_\_\_\_ , dass der Zusammenhang zwischen einem traumatisierenden Ereignis oder unlösbaren Konflikt und der Entstehung einer dissoziativen Störung nicht mehr dem aktuellen Forschungsstand entspreche, dies werde nur noch als zugehöriges Merkmal zur Diagnosesicherung erwähnt ( Urk. 7 /201).

Allerdings müsse die im Gutachten gestellte Diagnose einer funktionellen (dissoziativen) kognitiven Störung relativiert werden, da angesichts der neuropsychologischen Befunde gewisse Vorbehalte an der postulierten Diagnose nicht definitiv ausgeräumt werden könnten.

Die RAD-Ärztin Dr. E.\_\_\_\_ hielt am 26. Juli 2022 - nach Eingang der ergänzenden Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ und Prof. G.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2022 (Urk. 7/201) - dagegen, dass kein psychiatrisches Leiden mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, da es unwahrscheinlich sei, aus blauem Himmel eine Konversionsstörung zu entwickeln, und da zu Beginn keine dokumentiert gewesen sei, sei schwer nachzuvollziehen, was sich denn habe ausdehnen können. Des Weiteren beschreibe der neuropsychologische Gutachter bewusst seinsnahe und bewusstseinsferne Mechanismen der Aggravation, wobei die bewusstseinsfernen Mechanismen aufgrund des Fehlens eines psychiatrischen Leidens nicht nachvollzogen werden könnten (Urk. 7/209/5 f.). 4.2.2

Dr. D.\_\_\_\_ verneinte im Gutachtenszeitpunkt des Weiteren eine Major Depression gemäss DSM-5, welche einer depressiven Episode gemäss ICD-10 entspricht, aufgrund der fehlenden Diagnosekriterien und hielt fest, dass subjektiv die kognitiven Einschränkungen klar im Vordergrund stünden, welche allenfalls die affektiven Symptome kaschieren könnten (Urk. 7/195/120 f.). Dies blieb seitens der Parteien unbestritten und ist aufgrund der Akten nachvollziehbar. 4.2.3

Es kann offen bleiben, ob und allenfalls welche Diagnose exakt zu stellen wäre, da für die Beurteilung des Vorliegens einer rechtlich relevanten Invalidität nicht die Diagnosen, sondern die funktionellen Auswirkungen eines allfällig beeinträchtigten Gesundheitszustandes massgebend sind, soweit sie mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt sind. 4.3

#### 4.3.1

Der erstinstanzliche Sozialversicherungsprozess ist zwar vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 61 lit. c ATSG), wonach das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen hat. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht uneingeschränkt; er findet sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien (BGE 125 V 193 E. 2, 122 V 157 E. 1a, vgl. BGE 130 I 180 E. 3.2). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). 4.3.2

Gestützt auf das Gutachten sowie insbesondere die ergänzende Stellungnahme von Dr. D.\_\_\_\_ und Prof. G.\_\_\_\_

ist nicht mit der notwendigen überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers funktionelle Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit zeitigt. So ging zwar Dr. D.\_\_\_\_ von authentischen Beschwerden aus und begründete dies aus psychiatrischer Sicht ausführlich und nachvollziehbar (vgl. hierzu insbesondere Urk. 7/195/117 ff. sowie Urk. 7/201/2), allerdings relativierte er dies selbst dahingehend, dass aufgrund der auffälligen Symptomvalidierungsverfahren in der neuropsychologischen Untersuchung eine Aggravation nicht ausgeschlossen werden könne (vgl. Urk. 7/201). Am ehesten sei davon auszu gehen, dass der Beschwerdeführer sich in der psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchung anders verhalten habe und

tatsächliche kognitive Defizite vorlägen, diese allerdings in der neuropsychologischen Untersuchung aggravierend vorgetragen worden seien ( Urk. 7 /201).

Prof . G.\_\_\_\_ und lic. phil. F.\_\_\_\_ hielten diesbezüglich in ihrem Teilgutachten fest, dass die Beschwerdevalidierung Aggravation als wahrscheinlich erscheinen liess . Insgesamt ergebe sich kein Anhalt auf schwerwiegende kognitive, sensorische und psychomotorische Beeinträchtigungen. Leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen könnten aufgrund der Aggravation von Minderleistungen je doch weder belegt noch ausgeschlossen werden ( Urk. 7 /196/30).

Damit sind - wie dies auch seitens der Gutachter festgehalten wurde - funktionelle Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in Höhe von 50 % zwar möglich, aber nicht überwiegend wahrscheinlich. Dies wird besonders deutlich in den Ausführungen von Dr. D.\_\_\_\_ , worin er darlegt, dass er auf der Basis einer pragmatischen Einschätzung von einer ca. 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehe, wobei einzuräumen sei , dass diese Einschätzung ein breites Unsicherheitsintervall in beide Richtungen habe ( Urk. 7 /195/129) . Damit ging er selbst von einer möglicherweise invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit aus, erachtete diese aber nicht als mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt . 4.3.3

Selbst davon ausgehend, dass leichte neuropsychologische Beeinträchtigungen vorliegen könnten - was allerdings nicht überwiegend wahrscheinlich festzu stellen ist aufgrund der auffälligen Symptomvalidierungsverfahren - ,

ist nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass diese funktionelle Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer rentenrelevanten Höhe nach sich ziehen würden. 4.4

Der Beschwerdeführer meldete sich am 4. März 2019 erneut zum Leistungsbezug an, womit der früheste Rentenbeginn September 2019 wäre. Die Begutachtung fand im Februar 2022 und Mai 2022 statt ( Urk. 7 /195/5). Zu klären bleibt entsprechend die Arbeitsfähigkeit ab frühestem Rentenbeginn bis zur Begutachtung. 4.4.1

Gemäss Dr. D.\_\_\_\_ lässt sich die Arbeitsfähigkeit aufgrund der neuropsychologischen Testergebnisse retrospektiv nicht mehr zuverlässig einschätzen und es könne einzig in den Phasen einer schweren depressiven Symptomatik davon ausgegangen werden, dass keine Arbeitsfähigkeit bestanden habe ( Urk. 7 /195/129).

Der behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, notierte in seinem Bericht vom 14. Februar 2021 über den Verlauf ab Juli 2018 bzw. Behandlungsbeginn bei ihm, dass die EKT-Sitzungen vom 5. Juni bis 3. Juli 2019 (und die darauffolgenden Erhaltungssitzungen bis zum 29. Juli 2020) eine temporäre spürbare Besserung der Depression im Sinne einer Teilresponse gezeigt habe. Der Beschwerdeführer habe daneben deutliche Nebenwirkungen, d.h. ausgeprägte kognitive Störungen gehabt, welche sich im Verlauf wieder gebessert hätten. Die depressive Symptomatik habe sich im Verlauf wieder verschlechtert. Das im Dezember 2020 abgebrochene Belastbarkeitstraining bei der C.\_\_\_\_ habe seine Stimmung zusätzlich wieder verschlechtert und aktuell bestehe eine depressive Symptomatik schwergradigen Ausmasses ( Urk. 7 /166/4). Dr. H.\_\_\_\_ attestierte eine durchgehende volle Arbeitsunfähigkeit seit dem 6. Juli 2018 bis zum 14. Februar 2021 ( Urk. 7 /166/2).

Dr. D.\_\_\_\_ holte einen Verlaufsbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2022 sowie einen Bericht der I.\_\_\_\_ zur Elektrokonvulsionstherapie ein ( Urk. 7 /195/89ff. und Urk. 7 /195/92 ff.). Vergleicht man den darin erhobenen psychopathologischen Befund vom 21. Februar

2022 ( Urk. 7 /195/91) mit dem vom 1 2. Januar 2021 ( Urk. 7 /166/5), so sind diese im Wesentlichen gleich , wobei eine Verschlechterung im Vergleich zu den psychopathologischen Befunden vom 4. Juli und 9. September 2019 auszumachen ist (vgl. Urk. 7 /166/5) . Dr. D.\_\_\_\_ verneinte allerdings schlüssig nachvollziehbar und seitens der Parteien unbestritten eine entsprechende Major Depression im Gutachtenszeitpunkt (vgl. E. 4.2; Urk. 7 /195/122). 4.4.2

Damit ist nicht überwiegend wahrscheinlich, dass im rentenrelevanten Zeitraum ab September 2019 vorübergehend eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende schwere Depression bzw. schwere depressive Episode bestanden hat. 4. 5

Von weiteren Abklärungen, insbesondere einer Erläuterung oder Ergänzung des Gutachtens wie vom Beschwerdeführer gefordert, sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten

ist . 5.

Zusammenfassend lässt sich eine anspruchrelevante Invalidität für den renten relevanten Zeitraum nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit feststellen, weshalb der Beschwerdeführer die Folgen der Beweislosigkeit

zu tragen hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_29/2020 vom 16. März 2020 E. 3.2.4 sowie BGE 142 V 106 E. 4.4). Demnach ist auch nicht überwiegend wahrscheinlich erstellt, dass sich seit der letzten materiellen Beurteilung mit Verfügung vom 2 6. Mai 2014 (Urk. 7 / 109 ) eine anspruchsbegründende Änderung der tatsächlichen Verhältnisse ergeben hat .

Die Beschwerdegegnerin hat den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden 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 zu gestellt. 3.

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

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

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

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

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