

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00001 vom 16. März 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00001](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00001)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00001 du 16 mars 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00001 del 16 marzo 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1965, war seit 2004 in einem Altersheim im Bereich technische Dienste und Hauswirtschaft tätig ( Urk. 6/10 Ziff. 5.4). Daneben war er auch stunden weise im Hausdienst beim Schulamt der Stadt Y.\_\_\_\_ tätig ( Urk. 6/8; Urk. 6/16/2 +3 ). Am 29. Juli 2019 meldete er sich wegen psychischen Beschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte erwerbliche und medizinische Abklärungen und sprach dem Versicherten am 20. November 2019 Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Aufbautrainings zu (Urk.

6/28). Per 31. März 2020 verlor der Versicherte seine Anstellung im Altersheim ( Urk. 6/34/2). Am 16. Juli 2020 gewährte die IV-Stelle dem Versicherten Arbeitsvermittlung ( Urk. 6/49), welche erfolgreich in einer Anstellung ab 1.

September 2020 im Z.\_\_\_\_

in einem Pensum von zunächst 70 % und ab 1. Januar 2021 von 80 %

als Mitarbeiter Ökonomie mündete (vgl. Arbeitsvertrag vom 7. September 2020; Urk. 6/57 ; Urk. 6/62 ; Urk.

6/85/2 Ziff. 2.2 ). Zusätzlich war der Versicherte weiterhin im Hausdienst beim Schulamt der Stadt Y.\_\_\_\_ tätig , ab 1. Januar 2021 in einem Pensum von 22 % ( Urk. 6/63). Mit Mitteilung vom 30. Dezember 2020 wurde die Arbeitsvermittlung mit Hinweis auf die rentenaus schliessende Eingliederung als abgeschlossen erklärt ( Urk. 6/59).

#### **E. 1.1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangs Bestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022 ).

### **E. 1.1.2**

Meldet sich jemand bei der IV an und findet eine Stelle, bei der er rentenaus schliessend eingliedert ist, und meldet er sich nach Verlust dieser Stelle wieder an, so ist dies nicht eine erneute Anmeldung im Sinne von Art. 87 Abs.

### **E. 1.2**

Am 22. Januar 2021 wurde die IV-Stelle darüber informiert, dass der Versicherte p er 30. April 2021 die Anstellung im Z.\_\_\_\_ verliere ( Urk. 6/65 ,

Urk.

6/70, Urk. 6/73, Urk. 6/83 ). Der neue Krankentaggeldversicherer meldete den Versicherten am 14. Juli 2021 bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk.

6/73). Die IV-Stelle tätigte erneut erwerbliche und medizinische Abklärungen und zog die Akten des Taggeldversicherers bei ( Urk. 6/78, Urk. 6/80, Urk. 6/94/1-112). Mit Mitteilung vom 13. Juli 2022 ( Urk. 6/98) hielt sie fest, es seien keine Eingliederungsmassnahmen möglich. Mit Vorbescheid vom 5. August 2022 ( Urk. 6/101) stellte die IV-Stelle die Verneinung eines Rentenanspruchs in Aussicht, wogegen der Versicherte am

### **E. 1.3**

Erwerbsunfähigkeit ist gemäss Art.

### **E. 1.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

### **E. 1.5**

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, 13

### **E. 1.6**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V

351 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts 9C\_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1 ).

### **E. 1.7**

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung spricht der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag eines Krankentaggeldversicherers - und somit nicht im Verfahren nach Art. 44 ATSG (vgl. dazu BGE 141 V 330 E. 3.2; 137 V 210 E.

3.4.2.9) - erstellt wurde, nicht gegen dessen Beweiskraft für die Beurteilung des Rentenanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung. Indessen sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind - wie bei versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen - ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Einem "Fremdgutachten" kommt somit nicht von vornherein die selbe Beweiskraft zu wie einer gerichtlich oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Expertise unabhängiger Sachverständiger (Urteile des Bundesgerichts 9C\_280/2020 vom 12. August 2020 E. 2.2, 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5; 8C\_230/2019 vom 2. Juli 2019 E. 3.2; je mit zahlreichen Hinweisen) . 2.

### **E. 2**

Am 30. Dezember 2022 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. November 2022 ( Urk. 2) und beantragte deren Aufhebung, die Zusprechung einer Invalidenrente, die Anordnung eines neurologischen/neuropsychologischen Gerichtsgutachtens ,

eventualiter die Rückweisung der Sache zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin (Urk.

1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 24. Januar 2023 (Urk. 5) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wovon der Beschwerdeführer am 25. Januar 2023 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung (Urk. 2) wie folgt: Es seien medizinische Unterlagen bei den Behandlern und der Krankentaggeldversicherung eingeholt und dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vorgelegt worden. Eine längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht gegeben. Seit dem 1. Januar 2021 sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Mitarbeiter Reinigung unter Fortführung der Nebentätigkeit im Hausdienst zu 80 % zumutbar (S. 1). Es sei weiter eine aktive Mitwirkung bei der Begutachtung erforderlich. Zudem liege keine versicherte Gesundheitseinschränkung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruhe. Das von der Krankentaggeldversicherung veranlasste Gutachten sei unabhängig und unparteiisch durchgeführt worden. Neue medizinische Unterlagen lägen nicht vor (S. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) hielt die Beschwerdegegnerin fest, es treffe zu, dass erst nach einem Mahn- und Bedenkzeitverfahren sanktioniert beziehungsweise aufgrund der Akten entschieden werden dürfe, weshalb dies vorliegend nicht als Begründung für eine Leistungsverweigerung dienen könne (S. 1 f.). An der angefochtenen Verfügung sei jedoch im Ergebnis festzuhalten. Denn praxismässig spreche der Umstand, dass ein Gutachten im Auftrag des Krankentaggeldversicherers erstellt wurde, nicht gegen dessen Beweiskraft im Invalidenversicherungsverfahren. Auch der Umstand, dass die behandelnden Ärzte die Arbeitsfähigkeit unterschiedlich einschätzten, spreche nicht dagegen, ebenso wenig wie die Einschätzung der Neuropsychologin, die die Ergebnisse als nicht valide beurteilt habe. Ein psychiatrisches und neurologisches Substrat habe im Rahmen der Begutachtung nicht festgestellt werden können. Im Übrigen sei die RAD-Neurologin zur Beurteilung eines psychiatrisch/neuropsychologischen Gutachtens hinreichend befähigt (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte zusammengefasst geltend (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe ihren Entscheid einzig auf das von der Krankentaggeldversicherung veranlasste bidisziplinäre Gutachten abgestützt. Darin werde entgegen der Beurteilung der behandelnden Ärzte und trotz stationärer Aufenthalte von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Ob eine kognitive Störung gegeben sei, hätten die Gutachterin und der Gutachter nicht valide zu beurteilen vermocht, weshalb die Abklärung unvollständig sei (S. 3 f. Ziff. 2). Weiter komme diesem Gutachten lediglich der Beweiswert eines Parteigutachtens im Kontext der privaten Krankentaggeldleistungen zu, weshalb die Beschwerdegegnerin sämtliche entsprechenden Verfahrensrechte, namentlich Einigungsverfahren, Wahl des Gutachters, Frage der Notwendigkeit der Begutachtung an sich und Möglichkeit von Ergänzungsfragen, missachtet habe. Auf das Gutachten könne deshalb nicht abgestellt werden, ebenso wenig wie auf die Beurteilung durch die RAD-Neurologin (S. 4 Ziff. 3-5, S. 5 Ziff. 6). Als Grund für die unzureichende Abklärung der kognitiven Beeinträchtigung werde eine Aggravation genannt. Mit anderen Worten werde ihm eine Verletzung der Mitwirkungspflicht vorgeworfen. Damit wäre vor der Leistungsverneinung jedoch zuerst das Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen

gewesen (S. 5 f. Ziff.

8).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 3.

### **E. 3**

IVV, sondern ist gleich wie eine erstmalige Anmeldung zu behandeln (Urteil des Bundesgerichts 8C\_876/2017 vom 15. Mai 2018 E. 4.1). 1. 2

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Mit dem Abschluss des unbefristeten Vertrages mit dem Z.\_\_\_\_ waren die Eingliederungs massnahmen (Arbeitsvermittlung) beendet und der Beschwerdeführer war renten ausschliessend eingegliedert. Nach dem Verlust dieser Stelle fand bald darauf eine erneute Anmeldung am 14. Juli 2021

durch den bevollmächtigten Krankentag geldversicherer statt ( Urk. 6/73, Urk. 6/74) . Da ein Rentenanspruch

frühestens sechs Monate nach der Anmeldung entstehen kann ( Art. 29 Abs. 1 IVG) , sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

### **E. 3.1**

Dr. med. A.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitender Arzt am B.\_\_\_\_ , stellte mit Abschlussbericht vom 9. Juni 2021 über die Kognitionsabklärung des Beschwerdeführers ( Urk. 6/75/3-7) folgende Diagnosen (S. 1): - leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) - Differentialdiagnostisch (DD) im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung - DD vorbestehend und bei bekannter Sprachbarriere und niedriger Schulbildung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode (ICD-10 F33.2) Klinisch fanden sich deutliche Hinweise auf eine Störung der Mnestic , Konzentration und Aufmerksamkeit (S. 2 unten). Insgesamt wiesen die aktuellen Testbefunde auf leicht bis mittelgradig ausgeprägte kognitive Funktions einschränkungen in Teilbereichen des mnesticen Bereichs hin. Diese zeigten sich ausschliesslich im mnesticen Bereich und liessen sich im Rahmen der vor bestehenden psychiatrischen Symptomatik gut einordnen. Aktuell fanden sich aufgrund der Testbefunde keine eindeutigen Hinweise auf eine zusätzliche (degenerative) Erkrankung , auch wenn sich eine solche nicht ausschliessen lasse (S. 4 unten f. ). Anamnese, klinische Befunde, das neuropsychologische Profil sowie die zerebrale Bildgebung ( cMRT ) sprächen in der Gesamtschau für eine leichte kognitive Störung. Hierfür sprächen auch die noch erhaltenen Alltagsfähigkeiten (S. 5).

### **E. 3.2**

Dr. med. C.\_\_\_\_ , die den Beschwerdeführer behandelnde Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, B.\_\_\_\_ , führte mit Schreiben vom 1. Oktober 2021 ( Urk. 6/75/1-2) aus, die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert und es sei nun von einer fortbestehenden mit teil- bis langfristigen gesundheitlichen Einschränkung auszugehen. Er sei seit Mai 2021 krankgeschrieben, aktuell zu 100 % . Dr. C.\_\_\_\_ verwies auf die durch Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen und hielt fest, es bedürfe aktuell der medikamentösen Optimierung und Stabilisierung des Zustandsbildes, was jedoch durch die dominierende kognitive Beeinträchtigung erschwert werde. Diese werde test psychologisch

zwar als leicht beschrieben, klinisch zeigten sich jedoch vor allem bei der Merkfähigkeit massive Beeinträchtigungen. So könne der Beschwerdeführer beispielsweise keine Termine wahrnehmen, ohne dass er vorher daran erinnert werde. Auch sei die Alltagsfähigkeit zwar erhalten, jedoch beschränke sich diese auf den Erhalt leichter und routinierter Aufgaben wie Wäsche waschen oder Staubsaugen. Die Erledigung komplexerer Aufgaben wie Rechnungen zahlen oder Anrufe entgegennehmen sei eingeschränkt (S. 1).

### **E. 3.3**

Mit einem weiteren Bericht vom 13. Oktober 2021 (Urk. 6/78/1-6) hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer sei wöchentlich in Behandlung. Ab 23. Januar 2021 bis Ende Mai 2021 habe arbeitsplatzbezogen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden, seither eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, nicht mehr arbeitsplatzbezogen (Ziff. 1.2-1.3). Die Diagnose sei unverändert (vgl. Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei grundsätzlich motiviert bezüglich eines Wiedereinstiegs, überschätze jedoch seine Möglichkeiten und aktuellen Fähigkeiten. Im Rahmen des weiterhin vorhandenen depressiven Beschwerdebildes und der fraglich damit einhergehenden kognitiven Defizite sei eine Wiedereingliederung zum aktuellen Zeitpunkt nicht realistisch. Auch lägen eine bekannte Sprachbarriere wie auch eine niedrige Schulbildung vor (Ziff. 3.5). 3. 4

In ihrem am 19. April 2022 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung zuhanden der Krankentaggeldversicherung erstatteten neuropsychologischen Teilgutachten (Urk. 6/94/97- 112) kam Dr. phil. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, zum Schluss, dass die kognitive Testuntersuchung formal gesehen, somit ohne Berücksichtigung der Performanzvalidierung und rein anhand des kognitiven Testprofils beurteilt, eine insgesamt schwere kognitive Störung mit Einschränkungen von attentionalen, exekutiven, mnestischen sowie visuo-konstruktiven Teilfunktionen erbracht habe. Bei einer schweren kognitiven Störung wäre die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers im Alltag und unter sämtlichen beruflichen Anforderungen stark eingeschränkt, er würde in seinem sozialen Umfeld stark auffallen, wäre vollständig arbeitsunfähig und eine Tätigkeit wäre nur noch in einer geschützten Stätte möglich. Er wäre hochfrequent auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Die umfassende Performanzvalidierung habe gewichtige Auffälligkeiten gezeigt. Die unabhängig eingestreuerten entsprechen den Tests hätten mehrheitlich hoch auffällige Resultate geliefert und sprächen für eine unzureichende Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers während der neuropsychologischen Abklärung. Darüber hinaus hätten sich auch mehrere, mitunter gewichtige Inkonsistenzen und Diskrepanzen zwischen den einzelnen Testresultaten und dem beobachtbaren spontanen Verhalten des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung - unter anderem keine Hinweise auf derart ausgeprägte mnestische Probleme im Anamnesegespräch wie es gemäss formaler Testung zu erwarten wäre, unauffällige Orientierung in der Praxis - einerseits und der Alltagsfunktionalität - unter anderem unfallfreies Lenken seines Autos für kurze Strecken - andererseits ergeben. Es sei zusammenfassend von einer mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Aggravation von kognitiven Defiziten auszugehen. Die ausserhalb der Performanzvalidierungstests mess- und beobachtbaren Diskrepanzen und Inkonsistenzen würden den Aggravationsverdacht zusätzlich untermauern. Bei Vorliegen einer Aggravation von kognitiven Beschwerden seien sowohl die Glaubhaftigkeit der angegebenen kognitiven Beschwerden wie auch die Plausibilität der diagnostisch festgestellten kognitiven Leistungseinbussen in Frage gestellt. Solche hoch auffälligen

Ergebnisse liessen sich nicht durch das Vorliegen einer nichtorganischen oder organischen psychischen Störung und auch nicht durch allfällige unerwünschte Nebenwirkungen erklären. Insbesondere seien die Performanzvalidierungstests so gestaltet, dass sie sogar von Personen mit fortgeschrittener Demenz mit durchaus genügenden Leistungen gelöst werden könnten (S. 11 f.).

Das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze somit kaum Aussagekraft. Ob überhaupt eine kognitive Störung, und wenn ja, in welchem Ausmass, bestehe, könne nicht valide erschlossen werden. Es könne nicht ausgeschlossen werden und sei sogar naheliegend, dass beim Beschwerdeführer effektiv kognitive Einschränkungen vorlägen, überwiegend wahrscheinlich jedoch nicht in dem in der aktuellen Untersuchung präsentierten Mass. Weder die Schulbildung von 10 Jahren noch die Fremdsprachlichkeit könnten das schwere kognitive Ausfallprofil erklären. Da in den vormaligen Testungen keine Symptomvalidierungen durchgeführt worden seien, könne zur Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers in den Voruntersuchungen keine Aussage getroffen werden. Somit sei deren Validität in Frage zu stellen (S. 12). 3. 5

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, stellte in seinem am 25. April 2022 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung zuhause der Krankentaggeldversicherung erstatteten psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 6/94/1-90) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Eine aktenkundig rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig remittiert und habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 55 Ziff. 5).

Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, im objektiven psychopathologischen Befund hätten beim Benennen von Daten und Zeiträumen leichte Defizite festgestellt werden können. Der formale Gedankengang sei leicht eingeschränkt ein- und umstellungsfähig gewesen, in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört. Darüber hinaus hätten keine psychopathologischen Auffälligkeiten bestanden. Insgesamt habe der Beschwerdeführer nicht schmerzgequält gewirkt. Im Rahmen der Untersuchung hätten sich keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und Helligkeit gezeigt. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Im Hinblick auf die Konzentration sei der Beschwerdeführer während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei erhalten und es seien keine krankheitswertigen inhaltlichen Denkstörungen feststellbar gewesen, ebenso keine strukturellen Ich-Störungen. Der Beschwerdeführer habe während der Exploration eine breite Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt. Im Hinblick auf den Affekt habe eine unauffällige, ausgeglichene Stimmungslage festgestellt werden können und der Beschwerdeführer sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Gegenwärtig lägen weder eine Insuffizienz oder eine Labilität der Affekte noch ein kreisendes Denken oder Grübeln vor; der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien ungestört. Spontanität und Eigeninitiative seien erhalten. Die soziale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Anhand der Untersuchung ergäben sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad. Weiterweise die Exploration des Tagesprofils nicht auf ein reduziertes Alltagsniveau hin. Bei den Haushaltarbeiten fühle sich der Beschwerdeführer nicht eingeschränkt (S. 63 unten f.).

Der Beschwerdeführer mache im Rahmen der Untersuchung ausgeprägte kognitive Defizite als ursächlich für die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit geltend. Diese hätten klinisch nicht objektiviert werden können. Gemäss den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung sei von einer mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Aggravation von kognitiven Defiziten auszugehen (S. 65). Die geltend gemachten ausgeprägten kognitiven Defizite könnten weder objektiviert noch einer psychiatrischen Störung zugeordnet werden (S. 68). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht in geklagtem Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, zwischen den massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage, zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, inklusive Autofahren, sowie zwischen dem erkennbaren Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung (S. 69 f.). Zusammenfassend stehe die Präsentation einer erheblichen Behinderung nicht in Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund, sei klinisch untypisch und daher nicht plausibel. Die kritische Würdigung der vorliegenden Befunde ergebe ein in sich un schlüssiges, inkonsistentes Bild, weshalb nicht nur von einer Symptomausweitung, sondern von einer ausgeprägten Aggravation auszugehen sei (S. 70). Berufliche Massnahmen seien aufgrund der ausgeprägten Selbstlimitierung sowie Aggravation nicht indiziert und auch nicht erfolversprechend (S. 73). Die Aussage des Beschwerdeführers, wonach er überhaupt nicht arbeiten könne, stelle angesichts des klinischen Bildes eine Behauptung dar, die sich mit dem im Rahmen der Exploration erhobenen unauffälligen psychopathologischen Befund nicht begründen lasse (S. 77 unten). Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Ein spezielles Ressourcenprofil für eine optimal angepasste Tätigkeit müsse nicht definiert werden, da die zuletzt ausgeübte Tätigkeit am besten angepasst gewesen sei. Auch in anderen optimal angepassten Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei vollem Rendement (S. 78 unten f.). Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergab sich auch aus der bidisziplinären Konsensbeurteilung (vgl. S. 88). 3. 6

Dr. A.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 29. April 2022 nach einer Kontrolle am gleichen Tag (Urk. 6/94/ 1-3) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.2): - leichte kognitive Störung, DD im Rahmen der psychischen Erkrankung, DD vorbestehend und bei bekannter Sprachbarriere und niedriger Schulbildung - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33) Der Beschwerdeführer präsentiere sich derzeit in einem stationären psychischen Zustand. Er beklage weiterhin erhebliche kognitive Defizite, welche neuropsychologisch gemäss dem Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_

noch nicht die Kriterien einer Demenz erfüllten. Aufgrund der mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden Aggravation von kognitiven Beschwerden sei von der neuropsychologischen Beurteilung keine Stellungnahme zu Funktions- und Arbeitsfähigkeit möglich gewesen, zumindest nicht anhand des ermittelten Testprofils. Gemäss psychiatrischer Begutachtung bestehe in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 1 f. Ziff. 1.3). Die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung des Beschwerdeführers habe eine deutliche Besserung der depressiven

Symptomatik gebracht. Der Beschwerdeführer beklage zwar weiterhin kognitive Defizite, die jedoch neuropsychologisch nicht abschliessend hätten bewertet werden können. Der Beschwerdeführer könne aus Sicht des Referenten mindestens 2 Stunden täglich arbeiten (S. 3 Ziff. 4.2). 4. 4.1

Zunächst ist festzuhalten, dass das zuhanden der Taggeldversicherung erstattete bidisziplinäre Gutachten im Rahmen eines privatrechtlichen Versicherungsverhältnisses eingeholt wurde, weshalb die im Invalidenversicherungsrecht gelten den Parteirechte nicht in gleichem Umfang zur Anwendung gelangen. Des Weiteren war die Beschwerdegegnerin berechtigt, das Gutachten beizuziehen und darauf abzustellen. Denn Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage.

Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2011 vom 5. Juli 2011 E. 3.2). 4.2

Das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. phil. D.\_\_\_\_ vermag den Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. vorstehend E. 1.6) vollumfänglich zu genügen. Die Gutachterin und der Gutachter nahmen eine sorgfältige und umfassende Abklärung vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers ergab die neuropsychologische Untersuchung mit hinreichender Deutlichkeit, dass sich die vorgebrachten Beschwerden nicht objektivieren liessen. Vielmehr

zeigten sich erhebliche Inkonsistenzen. So stellte Dr. phil. D.\_\_\_\_ deutliche Diskrepanzen zwischen den einzelnen Testresultaten und dem beobachtbaren spontanen Verhalten des Beschwerdeführers in der neuropsychologischen Untersuchung fest; unter anderem bestanden keine Hinweise auf derart ausgeprägte mnestiche Probleme im Anamnesegespräch, wie es gemäss formaler Testung zu erwarten wäre, ebenso war eine unauffällige Orientierung in der Praxis möglich und die Alltagsfunktionalität bestand in grossem Masse, ebenso war unter anderem unfallfreies Lenken seines Autos für kurze Strecken möglich. Bei einer tatsächlich in diesem Umfang ausgewiesenen schweren kognitiven Störung wäre gemäss Dr. D.\_\_\_\_

die Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers im Alltag und unter sämtlichen beruflichen Anforderungen stark eingeschränkt, er würde in seinem sozialen Umfeld stark auffallen, wäre vollständig arbeitsunfähig und eine Tätigkeit wäre nur noch in einer geschützten Stätte möglich. Er wäre hochfrequent auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Solche gravierenden Beeinträchtigungen liessen sich jedoch nicht nachweisen und zeigten sich auch nicht in den Akten.

Die sich aus der Testung ergebenden Inkonsistenzen liessen sich auch nicht mit einer psychiatrischen Diagnose erklären, denn

Dr. E.\_\_\_\_ vermochte bei seiner Untersuchung keine psychiatrische Erkrankung festzustellen, er schloss darauf, dass die depressive Episode remittiert war. Er leitete sorgfältig begründet her, dass der Beschwerdeführer aggraviert, da die geltend gemachten

ausgeprägten kognitiven Defizite weder objektiviert noch einer psychiatrischen Störung zugeordnet werden konnten.

So war der Befund unauffällig und es bestanden erhebliche Diskrepanzen, was sich insbesondere und schlüssig aus dem Gegensatz von geltend gemachter schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem weitgehend intakten psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, inklusive Autofahren, sowie zwischen dem erkennbaren Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Testung

zeigt. Dr. E.\_\_\_\_ zeigte schlüssig und wider spruchsfrei auf, dass die Präsentation einer erheblichen Behinderung nicht in Einklang mit der Verhaltensbeobachtung und dem klinischen Befund steht, klinisch untypisch und daher nicht plausibel ist. Die kritische Würdigung der vorliegenden Befunde ergab ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild. Aus bidisziplinärer Sicht besteht deshalb insgesamt eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten. Dem ist zu folgen. 4.3 4.3.1

An diesem Ergebnis vermögen die Berichte der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Im Unterschied zum bidisziplinären Gutachten wurden darin - dem therapeutischen Auftrag entsprechend - keine Symptomvalidierungen durchgeführt und die Beurteilung erfolgte weitgehend gestützt auf die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers

(vgl. insbesondere den Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 in E. 3.2, worin offenbar die Angaben des Beschwerdeführers weitgehend unkritisch übernommen wurden). Dr. A.\_\_\_\_ wies aber immer hin bereits im Juni 2021 darauf hin, dass die Anamnese, die klinischen Befunde, das neuropsychologische Profil sowie die zerebrale Bildgebung in der Gesamtschau für eine leichte kognitive Störung sprechen, wie auch die noch erhaltenen Alltagsfähigkeiten (vgl. vorstehend E. 3.1). Diese aus seiner Sicht leichte kognitive Störung liess sich dann aber bei genauerer Prüfung nicht erhärten. Die seitens der behandelnden Ärzte attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit und unabhängig vom einstmaligen Arbeitsplatz ist – wie Dr. E.\_\_\_\_ in Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Ärzte ausführt (Urk. 6/94 S. 76) - nicht nachvollziehbar, zumal die Ärzte ausserhalb der erwähnten dominanten, geklagten kognitiven Einschränkungen, die – wie gezeigt – nicht schlüssig objektiviert werden konnten, keine Symptome aufzeigten, die diese erhebliche Einschränkung begründen würde. Ebenso ist Dr. E.\_\_\_\_ darin zu folgen, dass selbst im Fall einer leichten kognitiven Einschränkung, wie sie seitens der behandelnden Ärzte erwogen wurde, keine höhergradige Arbeitsunfähigkeit plausibel wäre.

#### 4.3.2

Auch Dr. A.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 29. April 2022 und nach eigener Untersuchung keine vorhandenen depressiven Symptome, übernahm somit die Diagnose von Dr. E.\_\_\_\_. Er legte einzig dar, dass der Beschwerdeführer anhaltend über die kognitiven Defizite klagt, und er erachtete deshalb aufgrund der subjektiven Beschwerdensymptomatik (kognitive Einschränkungen) und der potentiellen Gefahr der Entwicklung einer Demenz die Prognosen als schlecht (Urk. 6/94/2).

Hinsichtlich dieser im Raum stehenden Demenzdiagnose ist allerdings festzustellen, dass das in der F.\_\_\_\_-Klinik eingeforderte MRT vom 22. April 2021 keine erheblich auffallenden Befunde und keine entsprechende Diagnose ergeben hatte (Urk. 6/75/5). Offenbar liess der Beschwerdeführer nach Erstellung des Gutachtens eine Liquorpunktion

für die weitere Diagnostik vornehmen (Urk. 6/102), wie die Hausärztin am 25. August 2022 berichtete. Trotz der Aufforderung durch die IV-Stelle wurden die Resultate dieser Abklärung nicht eingereicht (Urk. 6/104), auch im Beschwerdeverfahren gingen die Berichte nicht ein, weshalb nicht davon auszugehen ist, dass eine Demenzdiagnose, die die geltend gemachten erheblichen kognitiven Einschränkungen erklären könnte, erhärtet ist.

Das Gutachten erweist sich somit als schlüssig und für die vorliegende Frage als überzeugend; es sind keine auch nur geringen Zweifel gegen seine Beweiskraft vorhanden, weshalb sich keine weiteren Abklärungen aufdrängen. 4.4

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten 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 einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

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

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). 4.5

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Vorliegend wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt, weshalb bereits aus diesem Grund kein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen ist. Steht wie vorliegend zudem fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober 2019 E. 6.1 und 9C\_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.2). 4.6

Zusammenfassend ist fest zuhalten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten wie auch in angepassten Tätigkeiten voll arbeitsfähig ist. Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht ohne weiteres kein Rentenanspruch

( Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2013 vom 14. Januar

20

#### **E. 7**

ATSG 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 ausgleichenen Arbeitsmarkt (Abs. 1). 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. 9**

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

#### **E. 14**

E. 4.2).

Die angefochtene Verfügung ist rechtmässig. Dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde. 5.

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 600.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

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

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

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