

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01096 vom 5. April 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-04-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01096

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01096 du 5 avril 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01096 del 5 aprile 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

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, herabgesetzt oder aufgehoben (Art.

E. 1.4

Gemäss höchstichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur

Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E.

2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.).

E. 1.5

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unter unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E.

5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

E. 1.6

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).

E. 1.7

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 08.2018 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2018 (Urk. 2) zusammengefasst, dass sich gemäss ärztlichem Gutachten der MEDAS

B.____ vom 3. März 2017 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2011 nur leicht verschlechtert habe. Diese Verschlechterung habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Dementsprechend erhöhe sich der Invaliditätsgrad dadurch nicht. Nach dem Einwand des Beschwerdeführers habe man weitere medizinische Unterlagen eingeholt und auch diese würden keine Veränderung in der medizinischen Beurteilung ergeben. Einzig könne das Belastbarkeitsprofil folgendermassen ergänzt werden: Zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre (S. 2). 2.2

Dagegen wendet der Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 20. Dezember 2018 (Urk. 1) im Wesentlichen ein, die Beschwerdegegnerin habe mit Vorbescheid vom 29. August 2017 mitgeteilt, sie beabsichtige das Leistungsbegehren gestützt auf das Gutachten vom 3. März 2017 erneut abzuweisen. Zwischenzeitlich habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers jedoch weiter verschlechtert und er habe sich vom 12. September bis zum 25. Oktober 2017 in stationäre psychiatrische Behandlung begeben.

Die entsprechenden Untersuchungen in der MEDAS B.____ hätten zudem bereits im November/Dezember 2016 stattgefunden, womit die bis März 2017 eingetretenen Veränderungen bzw. Verschlechterungen des Gesundheitszustandes nicht hätten berücksichtigt werden können.

Zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung hätten die Untersuchungen sogar teilweise mehr als zwei Jahre zurückgelegen, weshalb nur schon aus diesem Grund nicht darauf abgestellt werden könne. Und selbst der RAD - Arzt sei offensichtlich zum Schluss gekommen, dass sich das Gutachten der MEDAS B.____ nur auf den Zeitraum bis November/Dezember 2016 beziehe und daher lediglich höchstens bis zu dieser Zeit aussagekräftig sei (S. 7). Seit der Begutachtung vom November/Dezember 2016 habe sich eine Verschlechterung des physischen und psychischen Gesundheitszustands eingestellt. So sei unter anderem die Diagnose einer chronisch zunehmenden Verschlechterung im Rahmen eines Postpoliosyndroms mit zunehmend auch den typischerweise bekannten non-motorischen Symptomen (gemäss Diagnoseliste), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2) sowie eine mittelgradig kognitive Störung gestellt worden (S. 10). Es sei unbestritten, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Maschinenführer und Mitarbeiter in der Schokoladenfabrik ab 2011 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Hingegen bestehe auch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit. Dem Beschwerdeführer sei somit eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Abklärung, insbesondere auch der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit an die Beschwerdegegnerin zurück zu weisen (S. 13). 2.3

Strittig ist vorliegend der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Dabei ist zunächst zu prüfen, ob sich die aktuellen gesundheitlichen Verhältnisse verschlechtert haben. Vergleichszeitpunkt für eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bildet die mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 10. Juli 2017 (Urk. 8/238) geschützte rentenaufhebende Verfügung vom 29. Dezember 2014 (Urk. 8/166). Die

IV-Stelle ging in der Verfügung vom 29. Dezember 2014 gestützt auf das A.____-Gutachten vom 19. August 2014 (Urk. 8/140/2-27) davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei, im Rahmen des Einkommensvergleichs ein Invaliditätsgrad von unter 40 % resultiere und daher kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 8/166 S. 2). Das hiesige Gericht stützte mit Urteil vom 10. Juli 2017 diese Ansicht und hielt dazu fest, dem Beschwerdeführer sei in Anlehnung an das A.____-Gutachten eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar (Urk. 8/238 S. 19). 3.

E. 3

1. Dezember 2012 angestellt; sein letzter effektiver Arbeitstag war der 10. Juli 2011 (vgl. Urk. 8/93). Am 11. November 2011 meldete er sich unter Hinweis auf gesundheitliche Probleme (Rücken, linkes Bein, linker Arm, Migräne) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufliche Integration/Rente) an (Urk. 8/5). Mit Verfügung vom 19. Juni 2012 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 8/45). Die dagegen gerichtete Beschwerde vom 13. August 2012 (Urk. 8/55/3-11) wies das hiesige Gericht mit Entscheid IV.2012.00784 vom 6. November 2012 (Urk. 8/72) ab mit der Begründung, dass im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung die Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) noch am Laufen gewesen sei, womit noch kein Rentenanspruch habe entstehen können – und dies ungeachtet dessen, ob die umstrittene, aber zufolge Nichtablaufs der Wartezeit nicht zu untersuchende Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zutreffend beurteilt worden sei. Im Weiteren wies das Gericht darauf hin, dass es dem Versicherten unbenommen bleibe, wieder an die IV-Stelle zu gelangen, um nach Ablauf der Wartezeit die Frage eines allfälligen Rentenanspruchs neu prüfen zu lassen.

E. 3.1

Die leistungsabweisende angefochtene neue Verfügung vom 22. November 2018 (Urk. 2) basiert auf den folgenden medizinischen Unterlagen:

E. 3.2

Im eingeholten interdisziplinären Gutachten der MEDAS B.____

vom 3. März 2017 (Urk. (8/232/1-83, mit den AF's, welche den Gutachtern vorliegen) stellte n

Dr.

med. C.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie FMH, beide zertifizierte medizinische Gutachter SIM -, Dr.

med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH und

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie, folgende Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (S. 25): - Folgen einer Poliomyelitis im Kindesalter auch im Sinne eines Postpolio syndroms mit vorrangiger Beteiligung des linken Beines mit Parese und Muskelatrophie des linken Beines distal betont auch mit Beinlängen differenz und Hohlfusskomponente - Beginnende OSG-Arthrose rechts und Tendinopathie der Peroneus

brevis Sehne - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom ohne radikuläre Reizsymptomatik

Zudem führen sie folgende Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit auf (S. 25) :

- Zervikalgien ohne radiologisches Korrelat - Knieschmerzen links ohne radiologisches Korrelat - Hüftschmerzen beidseits ohne radiologisches Korrelat - Leichtes Restless - Legs - Syndrom - Beginnende distal betonte Polyneuropathie bei bekanntem Diabetes mellitus Typ II - Episodische Migräne mit Aura - Diabetes mellitus Typ 2b, medikamentös therapiert - Arterielle Hypertonie, vor allem diastolisch ausgeprägt, medikamentös therapiert - Allergische Rhinitis, aktuell unter Desensibilisierungstherapie (anamnestisch) - Benigne Prostatahypertrophie (anamnestisch) - Leichte depressive Episode F32.0 - Sonstige Reaktion auf schwere Belastung F43.8

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, aufgrund des Status nach Polio myelitis mit entsprechender Atrophie und Kraftminderung des linken Beines seien Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen nicht geeignet. Idealerweise seien eher überwiegend sitzende, wechselbelastende Tätigkeiten sinnvoll. Körperlich überanstrengende Tätigkeiten seien zu vermeiden. Das Heben und Tragen von schweren Lasten über 15 kg sei beidseits nicht mehr zumutbar, wie auch Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und monotoner Rumpfhaltung sowie rein gehende und rein stehende Arbeiten. Das Begehen von Leitern und Gerüsten sowie Gehen auf unebenem Boden, wie auch Arbeiten in kauender und kniender Haltung seien nicht mehr zumutbar. Eine reizdichte Umgebung (hohe Lichtintensität, Lärm und Geruchsbelastung) seien bei der Migräne ebenfalls eher ungeeignet (S. 25 f.).

Die Arbeitsfähigkeit betrage in der angestammten Tätigkeit als Linienführer in einer Schokoladenfabrik 0 % , in einer Verweistätigkeit 100 % vollschichtig im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils (S. 26).

Retrospektiv betrachtet bestehe die Arbeitsunfähigkeit beim Beschwerdeführer seit 2011 und sei überwiegend organisch bedingt. Hier eine Entscheidung zu treffen, ob und in welchem Grad psychische Faktoren eine Rolle spielen, sei retrospektiv nicht möglich. Lediglich für die stationäre Behandlung vom 13. Januar bis zum 12. Februar 2015 sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auszugehen. Für die Zeit danach bestehe aus psychiatrischer Sicht möglicherweise noch für einen Monat eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, danach wieder volle Arbeitsfähigkeit. Entgegen der G.____ könne eine eigenständige, zur Arbeitsunfähigkeit führende psychische Erkrankung heute nur schwer ausgemacht werden. Die möglicherweise auch in der Vergangenheit stattgefundenen schweren depressiven Episoden seien immer auch in Verbindung mit den organischen Einschränkungen des Beschwerdeführers gestanden. Es müsse aber auch auf die mindestens aktuell feststellbaren Befundinkonsistenzen hin gewiesen werden, welche sie als aggravatorisches Verhalten bewerten, was die Angaben der scheinbaren kognitiven Störung betreffe, wäre [diese] schon als nicht authentische Symptompräsentation zu werten (S. 26).

Die Gutachter berücksichtigten überdies gemäss BGE 141 V 281 bei der Gutachterstellung die Standardindikatoren (siehe S. 26-29).

E. 3.3

Dr. med. H.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, von der G.____ hielt in ihrem Arztbericht vom 5. Dezember 2017 (Urk. 8/253/3-8) folgende Diagnosen mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 2) : - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2) - Postpoliosyndrom bei Status nach Poliomyelitis im 5. Lebensjahr mit: - Schleichender zunehmender Kräfteinbusse linksseitig seit 2005 - Schmerzen und rascher Ermüdung links bet. mit Generalisierungstendenz - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom - Diabetes mellitus Typ 2 - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Migräne

Betreffend Behandlung erwähnte Dr. H. ___ den Erstkontakt in ihrer Institution im Oktober 2012 und die seit November 2012 regelmässige psychiatrische Behandlung durch sie (S. 2). Zudem gab sie an, dass vom 13. Januar bis 12.

Februar 2015 sowie vom 12. September bis 25. Oktober 2017 Hospitalisationen in der G. ___ stattgefunden hätten (S. 3).

Aktuell habe der Beschwerdeführer täglich starke Schmerzen im Bereich des linken Armes, des linken Beines, im Rücken und in beiden Hüften sowie ein Lähmungsgefühl der Beine mit Kribbelparästhesien. Der Beschwerdeführer zeige ein depressives Zustandsbild mit massiven Konzentrationsschwierigkeiten, reduziertem Antrieb, negativen Gedanken, Grübeln, eingeschränktem Affekt und einem Gefühl von « Schwere im Kopf ». Intermittierend habe er Suizidgedanken, zum Teil auch mit konkreten Handlungsabsichten (Kauf von Mäusegift), Isolation,

zudem Schlafstörungen. Körperlicherseits bestünden im Rahmen des Postpoliosyndroms massive Einschränkungen beim Gehen mit Einknicken der Kniegelenke trotz Orthese und Gehstöcken, mit Gangunsicherheit und starkem Schwanken im Stehen und auch weiterhin noch wiederholten Stürzen in der letzten Zeit (S. 3).

Seit Oktober 2012 bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinenführer. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine deutlich verminderte psychische und physische Belastbarkeit, welche sich nicht nur in Anforderungssituationen, sondern auch bei allen üblichen Alltagsaktivitäten zeige.

Deshalb zeige sich auch in behinderungsangepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 f.).

E. 3.4

Lic. phil. I. ___ , Fachleiterin der Neuropsychologie der G. ___ , hielt in ihrem neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 6. Februar 2018 (Urk. 8/269) als Diagnose eine mittelgradige kognitive Störung, ätiologisch-pathogenetisch

wahrscheinlich multifaktoriell bedingt im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung (F33.2), des Postpoliosyndroms, der Schmerzproblematik sowie des Schlafapnoe-Syndroms fest (S. 4).

Weiter beschrieb Lic. phil. I. ___ , im Rahmen der Untersuchung hätten sich beim Beschwerdeführer deutliche Defizite in den Bereichen Aufmerksamkeit (Aufmerksamkeitsaktivierung, geteilte Aufmerksamkeit) und Exekutivfunktionen (verbale Ideenproduktion, Interferenzkontrolle) objektivieren lassen. Die selektive Aufmerksamkeit sowie die visuell-räumlichen Funktionen seien leicht eingeschränkt gewesen. Bei den Lern-

und Gedächtnisfunktionen habe sich die verbale Lern- und Abrufleistung als leicht beeinträchtigt erwiesen, das verbale Wiedererkennen sei deutlich reduziert gewesen. Die

figurale Abrufleistung habe sich als unauffällig erwiesen. Im klinischen Eindruck sei der Beschwerdeführer deutlich verlangsamt mit reduzierter Belastbarkeit gewesen. Er habe jedoch einen sorgfältigen und genauen Arbeitsstil gezeigt und sich sichtbar Mühe gegeben. Auch die Symptomvalidierungsverfahren hätten auf eine intakte Anstrengungsbereitschaft hingewiesen. Im Gesamtbild sei beim Beschwerdeführer eine mittelgradige kognitive Störung zu objektivieren. Ätiologisch-pathogenetisch sei diese am ehesten multifaktoriell zu interpretieren. Aufgrund der anamnestischen Angaben über einen zeitlichen Zusammenhang der kognitiven Defizite mit dem Beginn der Depression (ICD-10: F33.2) sei eine affektive Ursache als am wahrscheinlichsten anzunehmen. Zusätzlich erklärungswert besäßen das Postpoliosyndrom sowie das chronische Schmerzsyndrom. Des Weiteren liege beim Beschwerdeführer ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom vor, was ebenfalls einen relevanten Einfluss auf die kognitiven Fähigkeiten haben könne. Trotz Behandlung mit der Sauerstoffmaske werde die Schlafqualität nach wie vor als eingeschränkt erlebt (S. 4).

Bei einer mittelgradigen kognitiven Störung sei die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen in der Regel deutlich eingeschränkt. Es könnten nur noch einfachere Arbeiten ausgeführt werden. Die Person falle in ihrem sozialen Umfeld auch deutlich auf (S. 5).

E. 3.5.1

In seiner Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 (Urk. 8/284 S. 4) hielt Dr. med.

J.____, Facharzt für Chirurgie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst fest, dass das Gutachten der MEDAS B.____ sich auf den Zeitraum bis November/Dezember 2016 beziehe und damit die Zeit bis dann objektiv abdecke. Daher werde empfohlen, bis zu diesem Zeitpunkt auf das Gutachten abzustellen.

Nach Erhalt der Abweisung des Rentengesuchs habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers augenscheinlich nicht nur psychiatrisch, sondern auch im Hinblick auf die chronische Polio-Erkrankung bei gleichbleibenden Diagnosen verschlechtert. Die psychiatrische Diagnose der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode (F33.2), sei schon bei gleicher Ausgangssituation durch Erhalt eines Negativbescheides der IV im Jahre 2015 aufgetreten und habe damals bei adäquater stationärer Behandlung überwunden werden können. Nun werde eine massive Verschlechterung geltend gemacht, welche auf folgenden versicherungsmedizinisch-theoretischen Gründen nicht übernommen werden könne: - Wenn tatsächlich eine derart bedrohliche, andauernde Verschlechterung eingetreten wäre mit drohender Suizidalität, wäre es bei adäquater Einschätzung des Gesundheitszustandes zu einem längeren stationären Aufenthalt und einer Umstellung der Pharmakotherapie gekommen. - Hätte auch nach der Entlassung am 25. Oktober 2017 weiterhin ein psychiatrisch massiv verschlechterter Gesundheitszustand bestanden, würde die aktuelle Behandlung am 17. November 2017 nicht nur aus einer niederfrequenten und den Beschwerden angepassten regelmässigen sozial psychiatrischen Behandlung bestehen. Da die ambulante Behandlung jedoch nur mit einer niederfrequenten Behandlung angesetzt worden sei, bestehe mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht eine massive Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustandes und es könne davon ausgegangen werden, dass es sich nicht um eine schwere depressive Episode gehandelt habe, sondern allenfalls um eine leichte bis mittelschwere, die als überwindbar und

überwiegend wahrscheinlich überwunden anzusehen sei. - Es sei für die verantwortlichen und behandelnden Psychiater der G.____ vertretbar, die stationäre Behandlung für eine ambulante Augen-OP zu unterbrechen. Im Übrigen solle bedacht werden, dass der Beschwerdeführer mit dem seit Kindheit bestehenden Gesundheitsschaden 1986 in die Schweiz eingereist sei.

Dr. J.____ empfahl daher, an der im MEDAS-Gutachten festgestellten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit festzuhalten.

E. 3.5.2

In einer weiteren Stellungnahme vom 26. April 2018 (S. 6) hielt Dr. J.____ fest, dass – neben den nachträglich eingeholten medizinischen Unterlagen (MRI Bericht, Myelographie; S. 5) – auch der neuste Arztbericht einer neuropsychologischen Untersuchung vom 6. August 2018 im grossen und ganzen keine Veränderung in der medizinischen Beurteilung ergebe. Einzig das Belastungsprofil in der weiterhin als gültig empfohlenen Stellungnahme des RAD vom 10. März 2017 könne folgendermassen ergänzt werden:

Zeitlich flexible Tätigkeiten ohne permanenten Zeit- und Termindruck, bei nur geringem Publikumsverkehr, ohne besondere Anforderungen an das Umstellungs- und Anpassungsvermögen in einer wohlwollenden und konfliktarmen Arbeitsatmosphäre.

E. 3.6

Die im K.____ tätigen Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Dr. med. M.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. N.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie, med. pract. P.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. phil. Q.____, klinischer Psychologe, hielten in ihrem Bericht vom 23. Oktober 2018 (Urk. 8/282) folgende Diagnosen fest (S. 1 f.): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10: F33.2) - Status nach fünf Suizidversuchen (X68, X61) - Postpoliosyndrom - Status nach Poliomyelitis 1973 - Leichte Kaliberreduktion des zervikothorakalen

Myelons rechts als mögliches Korrelat einer Kaliberreduktion der Vorderhörner im Rahmen des Status nach Poliomyelitis, ansonsten unauffällige Strukturen des Myelons. Chondrose des Bandscheibensegmentes L1/2. Nur geringe degenerative Veränderungen zervikal, thorakal und lumbal mit Osteochondrosen und lumbal auch Spondylarthrosen, aber ohne Kompromittierung neuraler Strukturen bei geringer Enge der Recessus laterales auf Höhe LWK4/5 beidseits eher etwas links betont - Beinlängenverkürzung linksseitig, Muskelhypotrophie - Polytopisches Schmerzsyndrom - Schmerzen Körperhälfte links - Kopfschmerzen - Brennsensationen Oberarme beidseits - Teilparesen Fuss links - Schulterschmerzen links - Geringe Reizung bzw. diskrete Bursitis subacromialis / subdeltoidea. Geringe Auffaserung der bursalseitigen

Supraspinatussehne. Ansonsten unauffällig - Beckenschmerzen beidseits - Grenzwertige bis leichte Coxa

profunda beidseits, Adipositas - Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Fehlbelastung - Keine Befundänderung im Vergleich zum 6. November 2017 mit geringen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit v.a.

Spondylose LWK1/2 und diskreten flachen medialen Diskusprotrusionen L W K1/2, LWK2/3 - Knieschmerzen links - Unauffällig - Fusschmerzen beidseits - Links: Hohlfuss Fehlstellung. Fettige Infiltration und Atrophie der plantaren Fussmuskulatur. Narbig verändertes Ligamentum fibulo talare

anterius . Rechts: Tiefe r Muskelbauch des Mus c ulus

peroneus

brevis mit leichter Tendinopathie der Peroneus

brevis -Sehne - Rechts: Talus zentriert. Os trigonum , [k] leine Tibianase . Keine fortgeschrittene Degeneration. Links: Bekannte Deformität bei Postpoliosyndrom - Schapapnoe-Syndrom - CPAP-Therapie - Adipositas per magna (E66.0) - Restless-legs Syndrom und PLMS - Tinnitus aurium (H93.0) - Diabetes mellitus Typ II - Migräne, intermittierend als ophthalmische Migräne auftretend - Status nach Augenoperation rechts 2017 - Benigne Prostatahypertrophie - BPH Grad I mit irritativer und obstruktiver Komponente - Allergische Rhinitis

Zudem gaben sie an, die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Beruf als Maschinenbediener (Linienführer in Schokoladenfabrik) betrage 100 % . Auf grund der schweren depressiven Störung sei der Beschwerdeführer auch in einer leichten, angepassten Tätigkeit als 100 % arbeitsunfähig einzustufen (S. 11). 4. 4.1

Das eingeholte interdisziplinäre MEDAS - Gutachten vom 3. März 2017 (vgl.

E. 3.2) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange grundsätzlich umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie gelangten zum begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer mit den angegebenen Beschwerden und gestellten Diagnosen in einer Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Nachvollziehbar erscheint auch das beschriebene Fähigkeitsprofil, wonach für den Beschwerdeführer aufgrund des Status nach Poliomyelitis mit entsprechender Atrophie und Kraftminderung des linken Beines Tätigkeiten mit langem Stehen und Gehen sowie körperlich anstrengende Tätigkeiten nicht geeignet sind. So wird auch das Heben und Tragen von schweren Lasten über 15

kg nicht empfohlen, wie auch Arbeiten mit monotoner Kopfhaltung und monotoner Rumpfhaltung sowie rein gehende und rein stehende Arbeiten. Das Begehen von Leitern und Gerüsten sowie Gehen auf unebenem Boden, wie auch Arbeiten in kauender und kniender Haltung werden ebenfalls als nicht mehr zumutbar erachtet. Aufgrund der Migräne sind reizdichte Umgebungen ebenfalls ungeeignet. Hinsichtlich der Entwicklung des Gesundheitszustands gaben die Gutachter zudem schlüssig an, weshalb dieser internistisch und neurologisch seit 2011 konstant geblieben sei. So ist es aus psychiatrischer Sicht zwar Anfangs 2015

zu einer Hospitalisation gekommen, anlässlich der Untersuchung haben jedoch keine psychiatrischen Diagnosen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit objektiviert werden können. Ausserdem wiesen sie auf die erheblichen Befundinkonsistenzen hin, welche gewichtige Zweifel am Vorliegen einer versicherungspsychiatrisch relevanten Diagnose in der Vergangenheit begründen. Das Gutachten entspricht folglich bis zum

Untersuchungszeitpunkt im November/Dezember 2016 den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1.7 hiervor). 4.2

4.2.1

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde unter anderem

vor, dass sich seit der Begutachtung im November/Dezember 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands eingestellt habe und der veränderte Gesundheitszustand im Rahmen des Gutachtens nicht berücksichtigt werden könne. Auf das Gutachten könne aus diesem Grund nur bis November/Dezember 2016 abgestellt werden.

Hierzu ist anzumerken, dass sich der Beschwerdeführer gemäss Arztbericht der G.____

(vgl. E. 3.3 hiervor) vom 12. September bis zum 25. Oktober 2017 in eine stationäre Therapie in der Klinik begeben hatte. Im Rahmen des stationären Aufenthaltes wurde unter anderem festgehalten, der Beschwerdeführer zeige ein depressives Zustandsbild mit massiven Konzentrationsschwierigkeiten, reduziertem Antrieb, negativen Gedanken, Grübeln und eingeschränktem Affekt. Er habe zudem ein Gefühl von Schwere im Kopf. Intermittierend habe er Suizidgedanken, zum Teil auch mit konkreten Handlungsabsichten (Kauf von Mäusegift), Isolation und Schlafstörungen. Als psychiatrische Diagnose wurde eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2), festgestellt. Zum Gutachtenszeitpunkt wurde aus psychiatrischer Sicht hingegen lediglich die Diagnose einer leichten depressiven Episode (F32.0) gestellt und dieser keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zugesprochen (Urk. 8/232/53/83).

Der Beschwerdeführer verweist sodann auf den neuropsychologischen Untersuchungsbericht vom 6. Februar 2018 (vgl. E. 3.4) der G.____ sowie den Arztbericht des K.____ (vgl. E. 3.6), aus welcher seiner Ansicht nach ebenfalls eine Verschlechterung des Gesundheitszustands hervorgeht. Anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung wurde

als Diagnose eine mittelgradige kognitive Störung, ätiologisch-pathogenetisch wahrscheinlich multifaktoriell bedingt (F33.2), festgehalten. Das K.____ hielt in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (F33.2), fest. 4.2.2

Die Rechtsprechung hat keinen absolut geltenden Grenzwert festgelegt für die Frage, ab wann ein Gutachten zu lange zurückliegt, um eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darzustellen. Dies ist vielmehr jeweils unter Einbezug der konkreten Umstände zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts

vom 21. August 2019 8C_143/2019 und 4. November 2016 8C_125/2016, E. 4.3.4).

Vorliegend kamen zum Gesundheitszustand, wie er in dem als Entscheidungsgrundlage dienenden interdisziplinären MEDAS - Gutachten festgehalten wurde, wesentliche gesundheitliche Aspekte hinzu, welche die Beschwerdegegnerin ungenügend berücksichtigte. In Würdigung der zusätzlichen Arztberichte zu den verschiedenen Leiden kam sie in ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 22. November 2018 (Urk. 2) zum Ergebnis, dass daraus keine wichtigen neuen Aspekte oder Hinweise für eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands im Nachgang zum interdisziplinären Gutachten vom 3.

März 2017 zu entnehmen seien.

Diese Würdigung vermag jedoch nicht zu überzeugen. Wie der Beschwerdeführer zutreffend geltend macht, ist selbst RAD-Arzt Dr. J. ___ davon ausgegangen, dass das MEDAS-Gutachten nur den Zeitraum bis November/Dezember 2016 abdeckt und deshalb nur bis zu diesem Zeitpunkt darauf abzustellen ist (E. 3.5.1 hiervor). Seine weiteren in der Stellungnahme vom 15. Dezember 2017 gemachten Vorbringen sind demgegenüber nicht zu hören, da es sich lediglich um von ihm gezogene versicherungsmedizinisch-theoretische Schlussfolgerungen aus dem stattgehabten Vorgehen der den Beschwerdeführer behandelnden psychiatrischen Fachärzte geht. Sie sind nicht rechtsgenügend nachvollziehbar, umso mehr als es sich dabei um eine für Dr. J. ___ als Facharzt für Chirurgie offensichtlich fachfremde medizinische Disziplin handelt. Aus diesem (letzteren) Grund kann auch nicht auf seine Stellungnahme zu den weiteren eingereichten medizinischen Berichten abgestellt werden (siehe E. 3.5.2). Es besteht nach dem Gesagten somit Klärungsbedarf für die behauptete Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers (vgl. E. 3.2 hiervor),

da auf das interdisziplinäre MEDAS Gutachten vom 3. März 2017 zur Beantwortung der massgeblichen Frage einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nur bis November/Dezember 2016 abgestellt werden kann. Bei dieser Ausgangslage kann auch nicht auf die Verfügung abgestellt werden, da diese offensichtlich auf überholten medizinischen Grundlagen beruht und somit der Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2017 ungeklärt geblieben ist. 4.3

Zu klären bleibt weiter, ob diesbezüglich bzw. zur Frage der Verschlechterung des Gesundheitszustandes auf die vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichte abgestellt werden kann.

4.3.1

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]). 4.3.2

Da es sich bei der zur Diskussion stehenden Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers insbesondere um eine solche aus dem psychiatrischen Kreis handelt,

müsste ein Beweisverfahren anhand des für psychische Leiden eingeführten Indikatorenkatalogs durchgeführt werden. Das Bundesgericht hat mit BGE 143 V 418 vom 30. November 2017 erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind, wozu insbesondere auch depressive Erkrankungen zählen. Gestützt auf diese bundesgerichtliche Rechtsprechung ist das strukturierte Beweisverfahren daher auch auf den vorliegenden Fall anwendbar.

Die Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshin derer äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Resourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zu mindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es dar an, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Weder in den Arztberichten der G.____ (vgl. E. 3.3 und E. 3.4 hier vor) noch im Bericht zur interdisziplinären Schmerzbehandlung des K.____ (E. 3.6 hiervor) lassen sich ausreichende Anmerkungen zu den bestimmten Indikatoren finden, womit ein schlüssiger und widerspruchsfreier Nachweis fehlt.

4.4

Nach dem Gesagten bestehen Hinweise darauf, dass der Beschwerdeführer in seiner Leistungsfähigkeit seit der Begutachtung im November/Dezember 2016 noch weiter eingeschränkt ist. Im welchem Umfang allfällig funktionelle Auswirkungen ab 1. Januar 2017 zu berücksichtigen sind, ist aber insbesondere mangels rechtsgenügender Auseinandersetzung mit den nach dem interdisziplinären MEDAS - Gutachten vom 3. März 2017 (vgl. E. 3.2 hiervor) eingegangenen Arztberichten nicht abschliessend festzustellen. Es ist daher unabdingbar, eine aktuelle medizinische Abklärung für den hier interessierenden Zeitraum vorzunehmen, welche sich auch zu den psychischen Einschränkungen äussert und die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Einklang mit der geltenden Rechtslage nach Massgabe der im Regelfall heranzuziehenden Standardindikatoren ermöglicht. 4.5

Die Sache ist demzufolge zur Vornahme ergänzender medizinischer Abklärungen gemäss vorstehender Erwägungen und anschliessende m Neuentscheid über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2017 unter teilweiser Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2018 (Urk. 2) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzes über das

Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt. Gestützt auf das eingereichte Formular zur Abklärung prozessualen Bedürftigkeit (Urk. 10) und der weiteren Unterlagen (Urk. 11/1-23)

ist insbesondere die Bedürftigkeit ausgewiesen. 6. 6 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und die Gerichtskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. Die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung gilt rechtsprechungsgemäss für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 141 V 281 E. 11.1, 137 V 210 E. 7.1, 137 V 57 E. 2.2).

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind entsprechend dessen Ausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Damit wird das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung gegenstandslos. 6 . 2

Ausgangsgemäss steht dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer gestützt auf Art. 61 lit . g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) eine Prozessentschädigung zu. Nachdem der Rechtsvertreter keine Honorarnote eingereicht hat, wird die Entschädigung vom Gericht nach Ermessen (vgl. dazu Urk. 13 S. 2) und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Entsprechend ist ihm eine Prozessentschädigung von Fr. 3 ' 000 .-- (inkl. Barauslagen und MWS t) auszurichten. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. November 2018 insoweit aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2017 neu verfüge.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, eine Prozessentschädigung von Fr. 3 ' 000 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub
Babic

E. 6

).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/144 ff.) verfügte die IV-Stelle am 29. Dezember 2014 die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 8/166).

E. 9

bis 11). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Februar 2019 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Februar 2019 (Urk. 13) zur Kenntnis gebracht wurde. Die mit Schreiben vom 16. Juli 2019 (Urk.

E. 14

) und 20. Februar 2020 (Urk.

E. 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).

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 mit Hinweisen).

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