

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00559 vom 5. Juni 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-06-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00559](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00559)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00559 du 5 juin 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00559 del 5 giugno 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

4. Juni 2019 verneinte die IV-Stelle einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 11/279 = Urk. 2).

#### **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**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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.

#### **E. 1.3**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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.

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 hier nach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 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. 1.5**

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich 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 Revisions rechtlichen 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).

#### **E. 1.6**

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

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.7**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere

Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.8**

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.

### **E. 2**

) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 13 ).

Mit Eingaben vom 18. Oktober 2019 (Urk. 14), vom 1. November 2019 (Urk. 19), vom 15. November 2019 (Urk. 21), vom 7. Februar 2020 (Urk. 24), vom 14. Februar 2020 (Urk. 27), vom 28. Februar 2020 (Urk. 30), vom 3. April 2020 (Urk. 35) und vom 16. April 2020 (Urk. 38) reichte der Beschwerdeführer diverse Arztberichte (Urk. 15/1-2, Urk. 20/1-2, Urk. 22, Urk. 25, Urk. 28, Urk. 31, Urk. 37/1-2) zu den Akten, welche der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnis gebracht wurden (Urk. 23, Urk. 26, Urk. 29, Urk. 32, Urk. 36, Urk. 39). Mit Eingabe vom 19. März 2020 (Urk. 33) nahm die Beschwerdegegnerin Stellung zu den Eingaben des Beschwerdeführers. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 24. März 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 34). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, laut medizinischer Beurteilung lägen von somatischer Seite weiterhin keine neuen, objektiven klinischen Befunde vor, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten. Zudem könne weder eine schwere depressive Symptomatik noch eine Panikstörung plausibel nach vollzogen werden. Gemäss den erfolgten Abklärungen seien keine relevanten Veränderungen/Verschlechterungen des Gesundheitszustandes festzustellen (S.

1).

### **E. 2.2**

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer beschwerdeweise (Urk. 1) ein, sowohl Dr. Z. \_\_\_ als auch Dr. A. \_\_\_ hätten im März 2019 ein chronisches und weitgehend therapieresistentes zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom mit radikulären Reizerscheinungen, eine posttraumatische Trigemini neuropathie links mit Schädigung des Nervus Trigemini sowie eine residuelle

Facialisparese links diagnostiziert und ihm eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 6). Zusammenfassend lasse sich mit den gestellten Diagnosen sowie dem aktuellen MRI

eine in der Zwischenzeit massive Verschlechterung begründen (S. 8). Auch aus psychiatrischer Sicht sei von einer massiven Verschlechterung auszugehen (S. 11 f.). In der Zwischenzeit dürfte eine Chronifizierung des psychischen Beschwerdebildes vorliegen (S. 15). Die Angaben der Spezialisten zur Arbeitsfähigkeit erschienen plausibel und sein psychischer Zustand werde konsistent schlecht beschrieben, obschon er sowohl Schmerzmedikamente als auch Psychopharmaka zu sich nehme. Gesamthaft gingen die Schmerzspezialisten von einer vollen Arbeitsunfähigkeit sowohl im angestammten aber auch in einem angepassten Bereich aus (S. 15 f.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der - mit Gerichtsurteil vom 31. Januar 2018 im Verfahren IV.2017.01236 bestätigten - anspruchsverneinenden Verfügung vom 30. Oktober 2017 eine relevante Veränderung eingetreten ist und ihm infolgedessen ein Anspruch auf eine Rente zusteht. 3.

#### **3.1**

Im Zeitpunkt der mit Urteil vom 31. Januar 2018 (Urk.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

#### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ).

#### **E. 6.2**

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin hat von der ihr eingeräumten Möglichkeit, eine Honorarnote einzureichen (vgl. Urk. 13) , keinen Gebrauch gemacht , weshalb ihr Aufwand nach Ermessen festzulegen ist . Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des gerichtlichen Ansatzes von Fr. 220.-- zuzüglich Mehrwertsteuer ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'900.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer, Zürich, wird mit Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4

GSV Ger hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Fiona Carol Forrer -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesge-  
setzes 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, zuzu-  
stellen.

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 Mosimann Schüpbach

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente,  
bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem  
Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem  
Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 11**

/216) und nannte folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8  
Ziff. 8): - generalisiertes Schmerzsyndrom mit Betonung der

Schulternackenregion und des linken Armes ohne Hinweise auf Nervenschädigungen oder  
Inaktivitätsatrophien - leichte Fehlstatik der

Wirbelsäule mit beginnenden Degenerationen der Wirbelsäule - Senkfüsse

Sie führte aus, dass der Beschwerdeführer bei leichtem Beklopfen der Schädelkappe über  
Schmerzen im Bereich des seitlichen Halses, des Nackens und der Schultern klagte. Das  
Betasten der Dornfortsätze, der Hinterhauptlinie und der paravertebralen Strukturen der  
Halswirbelsäule führe nach seiner Angabe zu Schmerzen bis in das Gesäss, in die Ohren  
und in die Schulterregion. Bei Prüfung der Halswirbelsäulen (HWS) - Beweglichkeit  
schreie er. Die Beweglichkeit der HWS sei bei massivem muskulärem Gegenspannen nicht  
konklusiv prüfbar. Die Spontanbeweglichkeit liege deutlich über dem Bewegungsausmass  
in der Untersuchungssituation. Bei der Untersuchung bestünden keine vegetativen  
Anzeichen von Schmerz (S. 4 oben).

Bezüglich der Brustwirbelsäule (BWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) führte sie aus,  
dass eine etwas vermehrte Kyphoseschwingung der BWS und eine leicht abgeschwächte  
Lendenlordose bestünden. Die Wirbelsäule sei im Lot. Eine konklusive Prüfung der  
Beweglichkeit der Brust- und Lendenwirbelsäule sei nicht möglich. Die diffusen  
Schmerzen in allen Abschnitten der

Wirbelsäule bei Betasten der Dornfortsätze oder der paravertebralen Muskulatur seien bei Ablenkung nicht reproduzierbar. Es zeigt sich keine vegetativen Reaktionen als Hinweis auf Schmerzen. Exklusiv werde der Dornfortsatz Th9 als massiv schmerzhaft mit Schreien und Ausweichen bei Betasten demonstriert. Diese Reaktion sei unter Ablenkung nicht reproduzierbar. Die gezeigten Bewegungsausmaße lägen deutlich unter denen der spontanen Beweglichkeit (S.

4 unten).

Das Betasten der Clavicula führe links zu einer generalisierten Schmerzangabe über dem gesamten Verlauf der Clavicula, rechts würden Schmerzen des lateralen Drittels geklagt. Das Betasten des AC-Gelenkes löse nach Angabe des Beschwerdeführers Dysästhesien des 4. und 5. Fingers rechts aus. Auf der linken Seite führe das Betasten des AC-Gelenkes zu Schmerzen im gesamten linken Arm und Ohr. Weiter würden durch das Betasten des AC-Gelenkes Dysästhesien aller Finger links ausgelöst. An beiden Schultern bestünde eine diffuse Druckschmerzhaftigkeit über allen anatomischen Strukturen. Die Beweglichkeit der Schultergelenke sei mit aktivem Gegenspannen nur eingeschränkt prüfbar (S.

5 oben). Es bestünden ausgeprägte Gebrauchsspuren an allen Fingerkuppen der rechten Hand sowie links ausgeprägte Gebrauchsspuren der Fingerkuppen am ersten bis vierten Finger. Hinweise auf Muskelatrophien der Hände seien keine feststellbar (S. 6 oben). Es bestehe ein flüssiges Gangbild ohne Hilfsmittel. Beim Prüfen der Hüftgelenkbeweglichkeit und der Kniegelenkbeweglichkeit mache der Beschwerdeführer eine Angabe von starken Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule. Bei kräftigem Gegenspannen sei eine konklusive Bewegungsprüfung nicht möglich. Verwertbare und reproduzierbare Bewegungsausmaße seien nicht zu ermitteln (S. 6 Mitte).

Bei der

segmentalen Untersuchung der groben Kraft sei keine Reduktion der Kraft in den Kennmuskeln der oberen und der unteren Extremitäten beidseits aufgefunden, allerdings bei eingeschränkter Beurteilbarkeit aufgrund mangelnder Compliance. Die geklagten Sensibilitätsstörungen seien diffus gewesen und hätten keinem Dermatome und keiner peripheren Nervenstruktur zugeordnet werden können (S. 8 oben).

Wie schon im Gutachten der MEDAS Y.\_\_\_\_ 2012 hätten sich bei der Untersuchung keine objektiven Hinweise auf dauerhafte Funktionsminderungen im Bereich des Bewegungsapparates gefunden. Die im Gutachten beschriebene leichte Fehlstatik der Wirbelsäule bestünde weiterhin.

Weiterhin finden sich keine Hinweise auf ein radikuläres Geschehen. Wie schon zum Gutachtenzeitpunkt seien die geklagten Schmerzen nicht durch objektive Befunde zu stützen. Die gezeigten Schmerzreaktionen seien inkonsistent und bei Ablenkung nicht reproduzierbar. Vegetative Reaktionen, die auf Schmerzen schließen lassen würden, hätten nicht beobachtet werden können. Die von Dr. D.\_\_\_\_

im August 2015 attestierte Verschlechterung des Gesundheitszustands mit Zunahme der Schmerzen habe nicht nachvollzogen werden können. Auch der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_ stelle fest, dass sich der Gesundheitszustand chronifiziert habe und eine Besserung nicht zu erwarten sei. Im Rahmen der RAD-Untersuchung seien die Serumspiegel von Paracetamol, Escitalopram und Pregabalin (Lyrica) bestimmt worden. Während Paracetamol in wirksamer Konzentration nachweisbar gewesen sei, habe Lyrica nicht

nachgewiesen werden können . Das schliesse eine Einnahme am Vorabend nicht unbedingt aus. Da auch Escitalopram in wirksamer Konzentration nachgewiesen worden sei, könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seine Medikation wie angegeben eingenommen habe . Hinweise auf eine beeinträchtigende Schwindelsymptomatik hätten sich ebenfalls nicht gefunden . Positionswechsel wie Aufstehen aus Sitzen und Liegen, das Drehen im Stand, Richtungswechsel beim Gehen, Zehen-, Fersen- und Einbeinstand sowie das Treppab- und Treppaufgehen hätten keine sichtbare Gang- oder Standunsicherheit verursacht (S. 8) .

Der Neurologe Dr. A.\_\_\_\_ schreibe im September 2015, dass sich im Vergleich zur Voruntersuchung vom April 2014 grundsätzlich keine Änderung ergeben habe . Neurologisch hätten sich die bekannten und diffus verteilten Hypästhesien an den linken Extremitäten gefunden , ohne erkennbares segmentäres Muster hätten sich keine konkreten Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel ergeben . Auch die Berichte des Spitals G.\_\_\_\_ von Juni 20

#### **E. 16**

und Juli 2016

würden keine Hinweise auf eine dauerhafte Veränderung des Gesundheitszustands gegenüber Mai 2015 enthalten . Aus medizinisch-somatischer Sicht könne weiterhin auf das Gutachten der MEDAS Y.\_\_\_\_ von November 2012 abgestellt werden (S. 9) .

Bei dem fast 57-jährigen ehemaligen Mitarbeiter Gastronomie/Bäckerei sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 11. Juli 20

#### **E. 17**

kein somatischer Gesundheitsschaden ausweisen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige . Für körperlich leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit (100 %). Der Gesundheitszustand habe sich seit Mai 2015 nicht wesentlich verändert (S. 9) . 3.12

Dr. med. K.\_\_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, berichtete am 4. August 2017 über die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. Juli 2017 (Urk. 11/217) und führte aus, dass sich während der psychiatrischen Untersuchung keine Anzeichen von Schmerzen und keine Positionswechsel gezeigt hätten . Die Kontaktaufnahme sei problemlos gelungen , der Beschwerdeführer sei insgesamt freundlich und offen, aber auch klagsam gewesen . Bei bestimmten Themen oder wiederholten Fragen habe er dysphorisch, gereizt bis wütend reagiert , habe sich aber sofort wieder auf ein neues Thema einstellen können (S. 3 unten) .

Insgesamt hätten sich keine fassbaren Hinweise auf echte Aufmerksamkeits-, Konzentrations-, Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen ergeben . Der Beschwerdeführer sei während der ganzen drei Stunden und 45 Minuten aufmerksam und konzentriert gewesen . Das Gedächtnis sei unauffällig gewesen (S. 4 Mitte) .

Insgesamt sei das Denken während des Gesprächs formal eingengt gewesen , vor allem auf die Streichung der IV-Rente und die daraus resultierenden finanziellen Probleme. Weitere Auffälligkeiten hätten nicht bestanden (S. 4 unten).

Im Affekt sei der Beschwerdeführer

euthym und die Schwingungsfähigkeit sei uneingeschränkt gewesen.

Der Beschwerdeführer habe eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt. So habe er frustriert, dysphorisch und gereizt, zuweilen wütend, dann aber auch witzig und aufgestellt sein können. Während der Untersuchung habe der Beschwerdeführer im Antrieb nicht eingeschränkt gewirkt. Während der gesamten psychiatrischen Untersuchung und dem orthopädischen Gespräch sei der Beschwerdeführer - bis auf das etwa drei malige Gesichtszucken und etwa sechs malige Rülpsen - ohne psychomotorische Auffälligkeiten oder Anzeichen von Schmerzen auf seinem Stuhl gesessen. Der Beschwerdeführer habe sich extrem krankheitseinsichtig gezeigt, was etwas unglaublich gewirkt habe. Im Gespräch hätten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgefährdung ergeben. Der Beschwerdeführer

habe gegen Schluss der Untersuchung, völlig zusammenhangslos erwähnt, dass er auch schon daran gedacht habe, nicht mehr leben zu wollen.

Genauere Angaben über wann

/

wie oft

/

mit welchen Mitteln habe er aber nicht machen können (S. 5 oben).

Bezüglich Selbstwahrnehmung führte sie aus, dass sich der Beschwerdeführer viel zu krank sehe, um arbeiten zu können. Im Verlauf habe er dann aber gemeint, dass,

wenn die Schulter-/Nackenbeschwerden nicht wären, er doch etwas arbeiten könnte (S. 5 unten).

Freude könne er vor allem an und mit der jüngeren Tochter empfinden.

Aufgrund verschiedenster Inkonsistenzen könne

eine Aggravation bei sekundärem Krankheitsgewinn nicht ausgeschlossen werden. Es gebe Hinweise auf Selbstlimitierung (S. 6 oben).

In der aktuellen Untersuchung habe keine depressive Symptomatik erkannt werden können. Der Beschwerdeführer habe eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt. Die Schwingungsfähigkeit sei uneingeschränkt. Insgesamt sei der psychopathologische Befund in der aktuellen Untersuchung unauffällig gewesen. Immer wieder seien anhaltende Persönlichkeitsänderungen diagnostiziert worden, problematisch allerdings sei der jeweilige Grund dieser angeblichen Änderung. Im Bericht der C.\_\_\_\_ von April 2015 heisse es nach Extrembelastung (F62.0), weiter hinten im Bericht werde angegeben, bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) und nach komplexer Traumatisierung (Gesichtsschädeltrauma, Traumatisierung im sozialen und beruflichen Bereich; F62.88). Im Bericht des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes vom Februar 2017 heisse es « nach komplexer Kriegstraumatisierung », obwohl der Beschwerdeführer nie im Krieg gewesen sei. Grundsätzlich aber seien die Kriterien für eine andauernde Persönlichkeitsänderung, welcher Genese auch immer, nicht erfüllt: Eine solche Störung sei gekennzeichnet durch eine hochgradige Abhängigkeit sowie Anspruchs- und Erwartungshaltung gegenüber a

nderen (der Beschwerdeführer verlange klar eine IV-Rente), eine Überzeugung, durch die Krankheit verändert oder stigmatisiert worden zu sein (beim Beschwerdeführer besteht die Überzeugung, seit dem Unfall völlig arbeitsunfähig zu sein). Dies führt zu einer Unfähigkeit, enge und vertrauensvolle persönliche Beziehungen aufzunehmen und beizubehalten, sowie zu sozialer Isolation (der vom Beschwerdeführer beschriebene soziale Rückzug beruht nach seinen Angaben darauf, dass sich die früheren Kollegen seit seinem Unfall im 2001 von ihm zurückgezogen hätten). Ferner fanden sich Passivität, verminderte Interessen (weiterhin interessiert sich der Beschwerdeführer für Politik und Fussball) und Vernachlässigung von Freizeitbeschäftigungen (die Hobbies (Fussball spielen, Fitness) habe der Beschwerdeführer, gemäss seinen eigenen Aussagen, wegen der Schmerzen nicht mehr durchführen können), ständige Beschwerden über das Kranksein (der Beschwerdeführer habe sich aktuell vorrangig über die Ungerechtigkeit beschwert, dass ihm die IV-Rente gestrichen worden sei), oft verbunden mit hypochondrischen Klagen und kränkelndem Verhalten, dysphorische oder labile Stimmung (hier vor allem im Zusammenhang mit der empfundenen

Ungerechtigkeit, dass ihm die IV-Rente gestrichen worden sei), die nicht auf dem Vorliegen einer gegenwärtigen psychischen Störung oder einer vorausgegangenen psychischen Störung mit affektiven Residualsymptomen beruht. Schließlich bestünden seit längerer Zeit Probleme in der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit (diese Probleme bestünden im sozialen Bereich nicht, im beruflichen Bereich vor allem aufgrund der Selbstlimitierung; S. 6 f.).

Eine andauernde Persönlichkeitsänderung aufgrund chronischer Schmerzen sei nicht wirklich nachvollziehbar. Eine Persönlichkeitsänderung nach Kriegstraumata sei absolut nicht nachvollziehbar, auch nicht nach einem Gesichtsschädelt trauma 2001, hier würde am ehesten noch eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) diagnostiziert werden können, allerdings seien die Kriterien dafür nicht erfüllt. Traumatisierungen im sozialen und beruflichen Bereich seien kein Eingangskriterium für die Diagnose einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung (S. 7 oben).

Weiter sei im psychiatrischen Kurzbericht der Klinik

B.\_\_\_\_

vom September 2014 die Diagnose einer posttraumatischen

Ticstörung (F95.9) gestellt worden, die nicht nachvollzogen werden könne, da eine solche nicht existiere. Eine Tic-Störung müsse immer vor

dem 18. Lebensjahr begonnen haben. Zudem seien während der gesamten drei Stunden und 45 Minuten dauernde Untersuchung etwa 3 « Zuckungen » aufgetreten.

Aufgrund der Schmerzen, für die es kein somatisches Korrelat gebe, müsse die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung diskutiert werden: Die Schmerzstörung besteht seit zirka 2001 und weise eine Chronifizierung auf. Ein psychodynamischer Zusammenhang der Schmerzen mit für den Beschwerdeführer (sonst) nicht lösbaren emotionalen/psychosozialen Belastungsfaktoren könne jedoch nicht erkannt werden. Zudem würden die Schmerzen zwar vom Beschwerdeführer als extrem beschrieben, jedoch benenne er als Hauptbelastung seine psychosoziale Situation, insbesondere die Streichung der IV-Rente. In diesem Sinne könne diese Diagnose nicht gestellt werden.

Insgesamt sprache die mangelnde Behandlungsmotivation gegen einen hohen Leidensdruck.

Der Beschwerdeführer habe sich seit 2003 erst wieder bei einem Psychiater gemeldet, nachdem die IV-Rente gestrichen worden sei. Bisher hätte keine Therapie geholfen, es sei jeweils sogar schlechter gegangen. Da der letzte Behandler ihn für hafterstehungsfähig gehalten habe, habe er sogar vier Monate im Gefängnis verbringen müssen. Jetzt habe er den Psychiater gewechselt.

Aufgrund der als unauffällig geschilderten Kinder- und Jugendzeit könne keine Diagnose einer Persönlichkeitsstörung gestellt werden. Beim vom Beschwerdeführer angegebene n Stimmenhören müsse von fraglich authentischen akustischen Halluzinationen ausgegangen werden, da nicht über kommentierende, beleidigende, befehlende oder dialogisierende Stimmen berichtet worden sei. Auch bei den Angaben über Schatten in der Wohnung, stelle sich die Frage nach authentischen optischen Halluzinationen.

Erhebliche Diskrepanzen hätten erkannt werden können: Insgesamt seien die Beschwerden diffus, in unterschiedlichem Kontext unterschiedlich und wenig nachvollziehbar beschrieben worden (S. 7).

Befragt über die psychischen Einschränkungen, habe der Beschwerdeführer nur auf die Berichte verwiesen, dort stehe, worunter er leide. Eine Symptomatik habe er nicht klar angeben können. Immer wieder habe er die schwierige psychosoziale Situation beklagt (S. 8 oben).

Das Verhalten habe nicht den geschilderten Beschwerden entsprochen, so habe der Beschwerdeführer fast vier Stunden gut konzentriert bei der Befragung mitmachen können. Er habe keinerlei schmerzbedingte Einschränkungen oder Positionswechsel gezeigt. Bei der körperlichen Untersuchung hingegen habe er praktisch bei jedem Untersuchungsschritt Schmerzen angegeben. Auf dem Untersuchungstisch liegend habe er Schwindel angegeben, auch beim Aufstehen. Danach habe er aber trotzdem den Zehen-, Fersen- und Einbeinstand problemlos durchführen können. Auf die Frage der Art des Schwindels habe er diesen nicht präzisieren können. Einmal sei es ein Schwankschwindel, dann wieder ein Drehschwindel gewesen. Insgesamt sprache einiges gegen eine Schwindelsymptomatik. Insgesamt - mit Ausnahmen der Inkonsistenzen - hätten die Angaben der Beschwerden in etwa denjenigen im MEDAS-Gutachten 2012 entsprochen. Damals seien keine psychiatrischen Diagnosen mit oder ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden, was auch der aktuellen Beurteilung entspreche (S. 8 unten).

Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine Einschränkungen, die nach einer Aufbauphase die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnten. Aus psychiatrischer Sicht entspreche das Belastungsprofil der bisherigen Tätigkeit (S. 9). 4. 4.1

Seit dem Urteil vom 31. Januar 2018 (Urk. 11/241) sind folgende medizinische Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 6. März 2018 (Urk. 11/255/6-8) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - chronische und weitgehend therapieresistente Zervikalgie und Lumbalgie mit radikulären Reizerscheinungen in den linken Extremitäten, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel - posttraumatische Trigeminusneuropathie links bei Status nach Low-out-Fraktur links am 12. Juni 2001 mit Schädigung des Nervus

trigeminus links - residuelle

Facialisparese links bei Status nach Schnittverletzung im Wangenbereich im Dezember 1998

Er führte aus, seit der letzten Untersuchung von September 2015 sei der weitere Verlauf unverändert geblieben, mit ständigen Nacken- und Kopfschmerzen sowie lumbalen Schmerzen. Der Beschwerdeführer habe immer wieder physikalische Behandlungen bekommen, welche teilweise zu einer leichten Besserung geführt hätten (S. 1).

Im Vergleich zu den Voruntersuchungen, zuletzt im September 2015, ergäben sich grundsätzlich keine Änderungen. Im Neurostatus sei lediglich die Oberflächensensibilität an den linken Extremitäten leicht reduziert, die übrigen Befunde seien an den Extremitäten unauffällig, so dass sich auch diesmal keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel ergäben. Unverändert sei auch die Augenmotorik mit Doppelsehen, hauptsächlich bei Blickwendung nach links und nach oben. Die Trigeminusneuropathie sei unverändert geblieben, mit deutlicher Hypästhesie im Gesicht links (S. 2). Die gesundheitlichen Einschränkungen seien in ihrer Summe von erheblichem Ausmass und liessen keine Erwerbstätigkeit mehr zu. Allenfalls sei in einem leidensangepassten Bereich eine Arbeitsfähigkeit von maximal 20-30 % möglich (S. 3).

4.3

Dr. med. Z. \_\_\_, Facharzt für Chirurgie und orthopädische Traumatologie, berichtete am 19. März 2018 (Urk. 11/255/4-5) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches und weitgehend therapieresistentes zervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (PVS) mit radikulären Reizerscheinungen in den linken Extremitäten, ohne Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel - posttraumatische Trigeminusneuropathie links bei Status nach Low-out-Fraktur links am 12. Juni 2001 mit Schädigung des Nervus

trigeminus links - residuelle

Facialisparese links bei Status nach Schnittverletzung im Wangenbereich im Dezember 1998 - posttraumatische Belastungsstörungen - depressive Entwicklung

Er führte aus, der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einem zervikal und lumbal betonten PVS. Die Abklärungsuntersuchungen mit bildgebenden Verfahren hätten den Befund von degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) sowie der Lendenwirbelsäule (LWS) ergeben. Diese degenerativen Veränderungen seien mit den Beschwerden vereinbar. Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht bestehe aktuell keine Operationsindikation bei fehlenden signifikanten fokalen Defiziten. Der Verlauf sei unverändert mit ständigen Nacken- und Kopfschmerzen sowie lumbalen Schmerzen (S. 1).

Die gesundheitlichen Einschränkungen beim Beschwerdeführer seien in ihrer Summe von erheblichem Ausmass. Aufgrund der komplexen Problematik mit vor allem auch belastungsabhängigen Beschwerden sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit permanent arbeitsunfähig. Beim Beschwerdeführer bestehe eine verminderte Belastbarkeit des Achsenorgans. Für alle Tätigkeiten mit schwerem Heben oder Tragen von Lasten sowie in wirbelsäulenbelastenden Tätigkeiten und in Zwangshaltung, für langandauerndes reines Stehen insbesondere in vorübergeneigter Körperhaltung, für alle Tätigkeiten mit repetitiven Rumpf- oder HWS-rotierenden Stereotypen sowie Arbeiten überwiegend im Überkopfbereich, seien für den Beschwerdeführer auf Grund der

medizinischen Diagnosen nicht geeignet. Zumutbar erschienen körperlich leichte Tätigkeiten in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen, insbesondere ohne Heben von schweren Lasten. In einer solchen der Behinderung angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht höchstens 30 % arbeitsfähig (S. 2). 4.4

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 25. September 2018 (Urk. 11/255/3) und führte aus, der Beschwerdeführer stehe in seiner langjährigen hausärztlichen Betreuung. Die gesundheitliche Situation habe sich in letzter Zeit verschlechtert. Im Vordergrund stünden einerseits die psychiatrischen Probleme (Depressivität, posttraumatische Belastungsstörung), andererseits die somatischen Probleme mit einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik. 4.5

Med. pract. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 26. Oktober 2018 (Urk. 11/255/1-2) und nannte folgende Diagnosen (S. 2): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - schwere Episode einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2) - Panikstörung (ICD-10 F41.0)

Er führte aus, der Beschwerdeführer habe starke Störungen der Konzentration und des Antriebs. Am Morgen liege er ein bis zwei Stunden im Bett, bevor er aufzustehen vermöge. Die Psychomotorik sei ebenfalls deutlich und die Mnestic global mittelgradig eingeschränkt. Der Beschwerdeführer wirke sichtbar verlangsamt. Der Gedankengang sei ebenfalls verlangsamt. Es sei ein gewisser paranoider Gedankeninhalt wahrnehmbar. Es bestehe eine generalisierte Anhedonie. Der Beschwerdeführer habe keinerlei Hobbies und keine Tagesstruktur. Er sei sozial stark zurückgezogen und habe aktuell kaum Kontakt zu seinen Kindern. Er leide unter einer allgemeinen Angstsymptomatik und habe täglich eine bis zwei Panikattacken. Täglich leide er unter den für das Psychotrauma typischen Flashbacks. Der Beschwerdeführer leide an ständigen Schlafstörungen (S. 1).

Der Beschwerdeführer leide offensichtlich seit Jahren an einem Psychotrauma, begleitet durch Angst und Depressionen. Aufgrund einer aktuellen Zustandsverschlechterung im Sommer 2018 habe er sich im September 2018 wiederum für eine Behandlung gemeldet. Psychiatrisch gesehen sei er bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Primär würden die depressive und Angstsymptomatik nach Richtlinien der kognitiven Verhaltenstherapie behandelt. Ein psychotherapeutischer Zugang sei trotz der Motivation des Beschwerdeführers aufgrund der chronifizierten Situation und der Schwere der Symptomatik voraussichtlich schwer zu erreichen. Er habe über die Jahre verschiedentlich Antidepressiva eingenommen (S. 2).

4.6

Die Ärzte des Zentrums M.\_\_\_\_ berichteten am 14. Januar 2019 (Urk. 11/268) über die Konsultationen des Beschwerdeführers vom 12. Dezember 2017 sowie 10. November 2018. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Status nach Suizidversuch 2009 und 2010 - Adipositas per magna - chronische Zervikalgie und Lumbalgie mit radikulären Reizerscheinungen in den linken Extremitäten - Status nach traumatisch bedingter Blow-out-Fraktur links am 12. Juni 2001 mit Schädigung des Nervus

trigeminus links - residuelle periphere Facialisparese links bei Status nach Schnittverletzung im Wangenbereich links im Dezember 1998

Sie führten aus, der Beschwerdeführer beklage seit einem Überfall im Jahre 2001 unter Schmerzen im gesamten Rückenbereich und den linken Extremitäten, depressiver Stimmung, Antriebslosigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsproblemen, Vergesslichkeit, Schuldgefühlen, Gefühlen der Wertlosigkeit und Appetitmangel zu leiden. Zudem bestünden wiederkehrende Intrusionen, erhöhte Schreckhaftigkeit und Vermeidung des Überfallortes (S. 2). Die Störung habe Krankheitswert. Es bestehe seit dem 12. Juni 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Die interdisziplinäre Schmerzbehandlung im M.\_\_\_\_ erscheine als die sinnvollste Behandlung (S. 4). 4.7

Prof. Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, O.\_\_\_\_, berichtete am 28. März 2019 (Urk. 11/276/1) und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit Radikulopathie L5 rechts bei schwerer Segmentdegeneration L4/5 mit Spondyloarthrose und paramedianer Diskushernie und Kompression rezessal L4/5 - langstreckige Segmentdegeneration mit foraminale Stenosen C3/4, C4/5 und C5/6 - posttraumatische Trigemineusneuropathie links bei Status nach Blow-out-Fraktur links am 12. Juni 2001 mit Schädigung des Nervus

trigeminus links - residuelle

Facialisparese links bei Status nach Schnittverletzung 1998 Wange links

Er führte aus, es gebe keine neue klinische Befunderhebung. In der MRI-Untersuchung zeigten sich oben genannte Befunde bei schwerer Degeneration L4/5 und auch langstreckiger zervikaler Degeneration mit foraminale Stenosen. Aufgrund der fortgeschrittenen Degeneration werde, da die Schmerzmittel nur kurzzeitig helfen würden, eine aufrichtende Spondylodese L4/5 mit Dekompression empfohlen. Zusätzlich müsse mittel- bis langfristig überlegt werden, ob eine Spondylodese C3/4, C4/5 und C5/6 durchgeführt werden müsste mit auch entsprechende Dekompressionen.

Am 23. Mai 2019 berichtete Prof. N.\_\_\_\_ über die gleichentags durchgeführte Facettengelenksinfiltration beidseits L4/5. Der Beschwerdeführer gebe an, dass die Schmerzen von etwa 6 Schmerzpunkten auf 3 gesunken seien (Urk. 8/3).

Am 24. Juni 2019 führte Prof. N.\_\_\_\_ aus (Urk. 8/2), gemäss Beschwerdeführer sei durch die Infiltration und vor allem weniger Irritation ins Bein

doch eine Schmerzverbesserung vorhanden. Aktuell bei klarer Regredienz der Symptomatik sei keine operative Intervention sinnvoll. 4.8

Die Ärzte des M.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.6) berichteten am 27. Juni 2019 (Urk. 3/5) über den Verlauf und führten aus, es bestehe seit 2001 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 3). Aus somatischer Sicht bestehe nach Konsens-Beurteilung eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Schilderungen seien objektiv, es bestünden keine Hinweise auf Aggravation oder Simulation (S. 11). 4.9

Dr. J.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) berichtete am 20. August 2019 (Urk. 8/1) und führte aus, im Vordergrund stünden sicher die depressive Störung und die Angsterkrankung. Trotz regelmässiger psychotherapeutischer/psychiatrischer Behandlungen (ambulant, stationär und teilstationär) und adäquater Psychopharmakotherapie und psychosozialen

Unterstützungsmassnahmen habe sich die Situation kontinuierlich verschlechtert. Dazu hätten sicher von somatischer Seite her die progredienten und schwierig zu behandelnden Schmerzen beigetragen. Ein weiterer Grund dürfte auch die psychosoziale Situation sein. Aus seiner haus ärztlichen Sicht sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig. Es sei auch nicht damit zu rechnen, dass der Beschwerdeführer wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden könne (S. 2).

4.10

Med. pract . L.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.5) berichtete am 1. Oktober 2019 ( Urk. 15/2) und führte aus, der Beschwerdeführer leide an einem Psychotrauma, begleitet von Angst und Depressionen. Aufgrund einer aktuellen Zustandsverschlechterung im Sommer habe er sich im September 2018 wieder für eine Behandlung gemeldet und werde seither in regelmässigen Abständen gesehen. Psychiatrisch gesehen sei er weiterhin bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Gegenüber den Beurteilungen in den letzten Jahren sei somit eine deutliche Zustandsverschlechterung wahrnehmbar. Gegenüber dem Bericht der C.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2015 sei zu erwähnen, dass nun die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt werden müsse. Zudem sei explizit auf die Chronifizierung hingewiesen. Der Zustand des Beschwerdeführers sei nie phasenweise besser oder aufgehellter oder angetriebener (S. 2).

4.11

Prof. N.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.7) berichtete am 30. Oktober 2019 ( Urk. 22) und führte aus, der Beschwerdeführer komme zur Besprechung, nachdem die Fazettenge lenksinfiltration L4/5 kurzzeitig ein Effekt gebracht habe, nun aber wieder deutliche Schmerzen bestünden. Es bestehe eine relative Indikation zur Dekompression, aber auch Spondylodese bei Osteochondrose und deutlicher Spondylarthrose. Da das Segment L5/S1 aber auch schon deutlich degeneriert sei und hier das Risiko bestehe für eine Progression, werde die dorsale mikroinvasive Spondylodese L4-S1 von rechts und zusätzlicher Over-the-top-Dekompression links empfohlen. Der Beschwerdeführer sei einverstanden. 4.12

Dr. J.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) berichtete am 6. Dezember 2019 ( Urk. 25) und nannte folgende Diagnosen: - (entgleister) Diabetes mellitus Typ II - Arterielle Hypertonie - Aggravierung der bekannten COPD bei 40 Zigaretten/Tag - BMI von 35kg/m<sup>2</sup>

Er sei der Ansicht, dass bei diesen neuen intermedizinschen Problemen die Durchführung einer elektiven Operation nicht zu vertreten sei. Die Behandlung oben genannter Diagnosen stehe jetzt sicher im Vordergrund. Der Beschwerdeführer sei entsprechend informiert und damit einverstanden. 4.13

Die Ärzte des M.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.6) berichteten am 10. Februar 2020 ( Urk. 28) und führten aus, die ersten Anzeichen einer Depression und Traumatisierung gingen auf das Jahr 2010 zurück, wo der Beschwerdeführer eine psychiatrische Behandlung aufgesucht habe. Sie, der Hausarzt sowie med. pract . L.\_\_\_\_ hätten seit 2019 mindestens eine mittelgradige Depression sowie eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Der Zustand habe sich demnach verschlechtert (S. 3). Die antidepressive Medikation mit 40mg Paroxetin sei wegen der

beschriebenen Symptomatik eingesetzt worden, allerdings bis heute ohne genügenden Erfolg (S. 4). Insgesamt sei der Beschwerdeführer objektiv und im Alltag durch die Symptomatik der Depression und der posttraumatischen Belastungsstörung zunehmend eingeschränkt. Er sei seit 2001 aufgrund der Schmerzen im gesamten Rückenbereich und der linken Extremitäten infolge eines Überfalls zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5). 4.14

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 18. Februar 2020 (Urk. 31), nannte als Diagnose eine schwere depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.2) und führte aus, die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis des Beschwerdeführers seien gestört. Er sei verlangsamt und teils gehemmt. Im Affekt sei er gedrückt, traurig, freudlos und hoffnungslos. Der Antrieb sei stark gehemmt. Es bestehe ein ausgeprägter sozialer Rückzug (S. 1).

Beim Beschwerdeführer sei von stark ausgeprägten neuropsychologischen Beeinträchtigungen im Bereich der Alertness und der Gedächtnisfunktionen auszugehen. Die Exekutive habe sich ebenfalls als deutlich eingeschränkt erwiesen. Hinweise auf eine hirnorganische Beeinträchtigung hätten sich nicht gefunden. Die festgestellten neuropsychologischen Defizite entsprächen dem klinischen Bild einer psychiatrischen Erkrankung im Sinne einer behandlungsrelevanten Depression. Unter Berücksichtigung aller Facetten der Persönlichkeit und der erstellten Diagnose sei der Beschwerdeführer zum aktuellen Zeitpunkt als 100 % arbeitsunfähig einzustufen (S. 3). Für eine angepasste Tätigkeit sei der Beschwerdeführer per 1. April 2020 zu 20-30 % arbeitsfähig (S. 4). 4.15

Dr. J.\_\_\_\_

(vorstehend E. 4.4) berichtete am 7. April 2020 (Urk. 37/1) und führte aus, die Blutzuckerwerte hätten in der Zwischenzeit deutlich verbessert werden können. Hinweise auf Spätkomplikationen gebe es bisher nicht. Auch die arterielle Hypertonie werde nun medikamentös behandelt. Bei der kardiologischen Abklärung habe sich im Februar 2020 neu eine bisher asymptomatische koronare Herzkrankheit gefunden, was auch konservativ/medikamentös behandelt werden müsse.

Mit Zeugnis vom 9. April 2020 (Urk. 37/2) attestierte Dr. J.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 5. Februar 2019 bis auf weiteres. 5. 5.1

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom Januar 2018 im Verfahren IV.2017.01236 (Urk. 11/241) - welches die letzte materielle Überprüfung des Rentenanpruchs darstellt - wurde die angefochtene Verfügung vom 30. Oktober 2017 (Urk. 11/237) geschützt. Gestützt auf die Beurteilungen der RAD-Ärztinnen med. pract. I.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.11) und Dr. K.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.12) wurde davon ausgegangen, dass zwar immer noch eine subjektiv schmerzhaftes Bewegungs- und Belastungseinschränkung bestand, Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit würden jedoch keine festgestellt. Die gezeigten Schmerzreaktionen wurden als inkonsistent und bei Ablenkung nicht reproduzierbar befunden, womit die geklagten Beschwerden nicht durch objektive Befunde gestützt wurden. Hinweise für ein radikuläres Geschehen fanden sich zudem nicht. Aus somatischer Sicht wurde seitens des RAD ein Belastungsprofil dargelegt, wonach der Beschwerdeführer nach wie vor für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig ist.

Aus psychiatrischer Sicht wurde keine psychiatrische Diagnose gestellt. In der Untersuchung fanden sich keine Hinweise auf echte Aufmerksamkeits-, Konzentrations-,

Gedächtnis- oder Auffassungsstörungen . Auch eine depressive Symptomatik konnte nicht erkannt werden , zumal der Beschwerdeführer eine grosse emotionale Spannbreite gezeigt hat und die Schwingungsfähigkeit uneingeschränkt gewesen ist . Die RAD-Ärztin führte nachvollziehbar aus, dass die Kriterien für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung - egal welcher Genese - nicht erfüllt sind . Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung konnte nicht gestellt werden. Ein psychodynamischer Zusammenhang der Schmerzen mit für den Beschwerdeführer nicht lösbaren emotionalen/psychosozialen Belastungsfaktoren

war nicht zu erkennen. Es bestanden

keine Einschränkungen, die nach einer Aufbauphase die Arbeitsfähigkeit hätten beeinflussen können .

Zusammenfassend war im Vergleich zur medizinischen Sachlage im Jahr 2013

nicht von einer wesentlichen Verschlechterung auszu gehen ; der Beschwerdeführer war nach wie vor in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. 5.2

Aus somatischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten auf keine wesentliche Veränderung schliessen. Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung erfolgten Abklärungen wurden keine neuen objektiven klinischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären. So stehen nach wie vor die zervikale und lumbale Schmerzproblematik, die seit 2001 bestehende Trigemineusneuropathie sowie die residuelle

Facialisparese links nach einer Schnittverletzung im Jahre 1998 im Vordergrund. Dr. A. \_\_\_\_ ging ausdrücklich davon aus, dass der weitere Verlauf seit der letzten Untersuchung im September 2015 unverändert geblieben sei. Es ergäben sich im Vergleich zu den Voruntersuchungen grundsätzlich keine Änderungen. Lediglich im Neurostatus sei die Oberflächensensibilität an den linken Extremitäten leicht reduziert, die übrigen Befunde seien unauffällig. So wurden von ihm denn auch diesmal keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen, lumbalen oder sakralen Wurzel gefunden (vgl. vorstehend E. 4.2). Auch Dr. Z. \_\_\_\_ hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einem zervikal und lumbal betonten PVS leide und der Verlauf unverändert sei mit ständigen Nacken- und Kopfschmerzen sowie lumbalen Schmerzen. Bei fehlenden signifikanten fokalen Defiziten erachtete er eine Operationsindikation als nicht gegeben (vgl. vorstehend E. 4.3). Prof. N. \_\_\_\_ nannte ebenfalls die bereits bekannten Diagnosen und führte aus, es gebe keine neue klinische Befunderhebung (vgl. vorstehend E. 4.7) . Auch den Berichten des M. \_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.6 und E. 4.13) kann nichts Gegenteiliges entnommen werden. So attestieren die Ärzte des M. \_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine bereits seit 2001 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit . In den Berichten des M. \_\_\_\_ wird jedoch keine ausführlich begründete und auf entsprechende Befunde gestützte Beurteilung der Einschränkung abgegeben , weshalb darauf nicht abgestellt werden kann.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Vergleich zur medizinischen Sachlage im Jahr 2018 aus somatischer Sicht

nicht von einer wesentlichen Verschlechterung auszu gehen ist; der Beschwerdeführer ist nach wie vor in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Daran ändern auch die erst nach Verfügungserlass (14. Juni 2019, Urk. 2) verfassten Berichte des Hausarztes Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.12 und E. 4.15) mit neuen Diagnosen nichts, zumal für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend ist, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Aufgrund dessen, dass der Diabetes mellitus Typ II, die arterielle Hypertonie sowie eine koronare Herzerkrankung erst rund ein halbes Jahr beziehungsweise zehn Monate nach Verfügungserlass diagnostiziert wurden, sind die Berichte nicht geeignet, eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im vorliegenden Verfahren zu begründen. Dem Bericht von April 2020 (vorstehend E. 4.15) von Dr. J.\_\_\_\_ kann denn sodann entnommen werden, dass die Blutzuckerwerte in der Zwischenzeit deutlich hätten verbessert werden können und es keine Hinweise auf Spätkomplikationen gebe. Zudem werde auch die arterielle Hypertonie nun medikamentös behandelt. Die gestützt auf die genannten Diagnosen attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit erscheint nach dem Gesagten nicht ohne weiteres nachvollziehbar.

Überdies stehen die neu geltend gemachten Tatsachen nicht hinreichend klar fest, weshalb eine Berücksichtigung in vorliegendem Verfahren von vornherein nicht möglich ist. Eine allfällige diesbezügliche Verschlechterung wäre vielmehr im Rahmen einer Neuankündigung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen. 5.3

Bezüglich des aktuellen psychiatrischen Gesundheitszustandes diagnostizieren med. pract. L.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.5 und E. 4.10), der Hausarzt Dr. J.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.4), die Ärzte des M.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.13) sowie Dr. P.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.14) im Wesentlichen eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwere depressive Episode und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Diese erweist sich als nicht nachvollziehbar. Einerseits kann auf die Berichte des Hausarztes Dr. J.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden, weil es ihm an der notwendigen fachärztlichen Qualifikation fehlt.

Andererseits lässt sich den Berichten des behandelnden Psychiaters med. pract. L.\_\_\_\_, wonach es im Sommer 2018 zu einer Zustandsverschlechterung gekommen sei, nicht entnehmen, was zu dieser Verschlechterung geführt haben soll und wie sich diese genau äussert. Die im Psychostatus angegebenen Störungen der Konzentration und des Antriebs werden nicht näher erläutert und es wird denn auch nicht ausgeführt, wie sich diese haben feststellen lassen. Bereits anlässlich der RAD-Untersuchung im Juli 2017 (vgl. vorstehend E. 3.12) wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer gedanklich auf Belastendes eingeeengt sei. Med. pract. L.\_\_\_\_ machte denn auch keine näheren Angaben zu den von ihm erwähnten typischen Flashbacks. So geht aus seinen Berichten nicht hervor, wie sich diese äussern, auf was sich diese beziehen beziehungsweise wie sich das Verhalten des Beschwerdeführers diesbezüglich zeigt. Anlässlich der RAD-Untersuchung im Jahre 2017 lagen keinerlei Anzeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung vor, weshalb die Diagnose vorliegend nicht nachvollziehbar erscheint. Auch die Diagnose einer schweren depressiven Episode kann nicht nachvollzogen werden. So stützen sich die beschriebenen Befunde fast ausschliesslich auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers, welche jedoch

nicht zu berücksichtigen sind. Den Berichten fehlt es an einer hinreichenden Befunderhebung und Diagnostik, um die daraus abgeleitete vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der diagnostizierten depressiven Störung nachvollziehen zu können. Ferner wird nicht dargelegt, weshalb auch eine Tätigkeit unter Berücksichtigung eines zumutbaren Belastungsprofils gänzlich unzumutbar sein soll.

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist des Weiteren 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).

Bezüglich des Berichts von Dr. P. \_\_\_ vom 18. Februar 2020 (vorstehend E. 4.14), wonach dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit per April 2020 zu 20-30 % zumutbar sei, bleibt ebenfalls darauf hinzuweisen, dass dieser rund acht Monate nach Verfügungserlass ergangen und somit im vorliegenden Verfahren nicht massgebend ist.

Zusammenfassend ist auch aus psychiatrischer Sicht seit der letztmaligen Rentenprüfung keine Verschlechterung des Gesundheitszustands im Sinne von Art. 17 ATSG eingetreten.  
5.4

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor in einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht ohne weiteres kein Rentenanspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_786/2013 vom 14. Januar 2014 E. 4.2), weshalb auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden kann.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Januar 2018 weder zu einer wesentlichen Veränderung der gestellten Diagnosen noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen, womit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann

(vgl. BGE 141 V 281).

Der angefochtene Entscheid ist somit rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.  
6.

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