

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00674 vom 8. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00674

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00674 du 8 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00674 del 8 aprile 2021

Erwägungen

E. 1

, Urk. 7/12/22-23 und Urk. 7/12/ 89- 90). Nach weiteren spezialärztlichen Untersuchungen und kreisärztlichen Beurteilungen (vgl. das Unfalldossier in Urk. 7/12/1-99 und Urk. 7/64 /1-162) erliess die Suva als zuständiger Unfallversicherer

die Verfügung vom 10. November 2006 und stellte ihre Leistungen mangels Unfallkausalität der noch vorhandenen Beschwerden per Ende November 2006 ein (Urk. 7/12/42-44) . Mit Einspracheentscheid vom 15. Mai 2007 bestätigte sie diese Verfügung (Urk. 7/12/3-12) .

E. 1.1

X.____, geboren 1978, arbeitete ab Ende Juli 2005 vollzeitlich als Gastronomiemitarbeiter bei der Y.____, als er sich am 18. Februar 2006 beim Reinigen eines Grills eine Laugenverätzung am linken Handrücken zuzog (Schadenmeldung UVG vom 22. Februar 2006, Urk. 7/12/99 ; Arztzeugnis UVG der dermatologischen Klinik des Universitätsspitals Z.____ vom 11. April 2006, Urk. 7/12/95-96). Ein paar Tage später traten zusätzlich eine Schwäche und Gefühlsstörungen in der linken Hand und im linken Arm auf, die von den Ärzten der neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z.____

als funktioneller Natur ohne organischen Hintergrund interpretiert wurden

(Berichte von Ende Februar und Anfang März 2006, Urk. 7/12/9

E. 1.2

Am 30. März 2007 hatte sich X.____ auch bei der Invalidenversicherung angemeldet (Urk. 7/1).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte neben den Angaben der Arbeitgeberin, die per Ende Mai 2007 die Kündigung des Arbeitsverhältnisses mit dem Versicherten ausgesprochen hatte (Urk. 7/11), die Angaben der behandelnden Ärzte ein (Bericht der neurologischen Klinik des Universitätsspitals Z.____ vom 26. April 2007, Urk. 7/10; Bericht von Dr. med. A.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 2. Mai 2007, Urk. 7/9; Bericht von Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 26. Mai 2007, Urk. 7/13 /1 -6 mit den Beilagen in Urk. 7/13 /7-28) und zog die Akten der Suva bei (Urk. 7/12/1-99) . Anschliessend liess sie durch die MEDAS C.____ eine polydisziplinäre Begutachtung durchführen (Gesamtgutachten von Dr. med. D.____ und Dr. med.

E.____, Spezialarzt für Rheumatologie, vom 10. Januar 2008 mit dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. F.____, Spezialärztin für Neurologie, und dem psychiatrischen

Teilgutachten von Dr.

med. G.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Urk. 7/25) und verneinte daraufhin mit den Verfügungen vom 28. und vom 29. Mai 2008 sowie vom 30. Juni 2008 die Ansprüche des Versicherten auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen (Urk. 7/40, Urk. 7/41 und Urk. 7/45; Feststellungsblatt in Urk. 7/32). Die Verfügungen blieben unangefochten.

Demgegenüber hatte X.____ den Einspracheentscheid der Suva vom 15. Mai

2007 an das Sozialversicherungsgericht weitergezogen (Prozess Nr.

UV.2007.00291), und dieses bestätigte den Entscheid nach Beizug der Akten der Invalidenversicherung mit Urteil vom 27. Oktober 2008 (Urk. 7/64/2-15). Das Urteil erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 1.3

Am 30. November 2010 rutschte der Versicherte, der im Mai 2010 (vgl. Urk. 7/66/1) eine Vollzeitstelle beim Unternehmen H.____ als Pizzakurier aufgenommen hatte, auf der Strasse aus und verstauchte sich das rechte Bein (Bagefallunfall-Meldung UVG vom 9. Dezember 2010, Urk. 7/53/38). Die Suva übernahm die Behandlungskosten und erbrachte bis zum 26. Dezember 2010 Taggelder für die Folgen des Ereignisses, lehnte es jedoch mit Schreiben vom

E. 1.4.1

Ab dem 1. August 2013 arbeitete X.____, dessen Arbeitsverhältnis mit dem Unternehmen H.____ per Ende Februar 2011 aufgelöst worden war (vgl. Urk. 7/66/1), für das Restaurant L.____ wiederum als Pizzakurier. Am 27. Dezember 2013 stürzte er beim Ausliefern der Ware auf einer Treppe und zog sich dabei Kontusionen und Distorsionen im Bereich des rechten Fusses zu (Schadenmeldung UVG an die Basler Versicherung AG [Basler] vom 21. Januar 2014, Urk. 7/86/2; Arztzeugnis UVG von Dr. I.____ vom 27. Januar

2014, Urk. 7/86/3). Die Verletzungen wurden zunächst im Stadtspital M.____

konservativ behandelt (Bericht

vom 30. Dezember 2013, Urk. 7/86/5-6); anschliessend wurde der Versicherte wegen persistierender Beschwerden der Klinik N.____ zugezogen, wo er von April bis Juli 2014 untersucht und erneut konservativ behandelt wurde (vgl. die Berichte der N.____,

auch zu Behandlungen im Jahr 2009 wegen einer Kontusion der Kleinzehle rechts, im Unfalldossier der Basler, Urk. 7/86/1-49).

E. 1.4.2

Am 6. August 2014 meldete sich X.____ unter Hinweis auf die Fussverletzung von Ende Dezember 2013 ein weiteres Mal bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/78). Die IV-Stelle zog die Unfallakten zu diesem Ereignis bei (Urk. 7/86/1-49) und führte mit dem Versicherten am 3. September 2014 ein Gespräch zur beruflichen Standortbestimmung (Urk. 7/81). Das Aushilfs-Arbeitsverhältnis mit dem Restaurant L.____ war mittlerweile per Ende Mai 2014 beendet worden (vgl. Urk. 7/81/2).

Kurz nach dem Berufsberatungsgespräch wurde der Versicherte am 7. September 2014 wegen einer subakut aufgetretenen Hemiparese des linken Armes und des linken Beines im

Stadtspital M.____ hospitalisiert, wo der Verdacht auf Multiple Sklerose geäußert wurde (Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z.____

über die konsiliarische Notfalluntersuchung vom 7. September 2014, Urk. 7/150/7-9; provisorischer Kurzaustrittsbericht des Stadtspitals M.____

vom 16. September 2014 samt dem Bericht über ein psychiatrisches Konsilium vom 11. September 2014, Urk. 7/97).

E. 1.4.3

Die IV-Stelle holte vorab den Bericht der Klinik N.____ vom 30. September 2014 über die Behandlung der Fussbeschwerden ein (Urk. 7/111) und nahm in der Folge die Berichte über die Weiterbehandlung im Zusammenhang mit der neurologischen Erkrankung zu den Akten, neben den erwähnten Berichten insbesondere den Austrittsbericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z.____ vom 30. September 2014 zur stationären Behandlung in der zweiten Hälfte des September 2014 (Urk. 7/150/10-15), den Bericht der Rehaklinik O.____ vom 21. Oktober 2014 zum dreiwöchigen Aufenthalt des Versicherten im Oktober 2014 (Urk. 7/114), die Berichte der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z.____

vom 8. Januar, vom 18. und vom 27. Februar sowie vom 25. März 2015 (Urk. 7/150/16-19, Urk. 7/150/20-23, Urk. 7/150/25-26 und Urk. 7/150/27-31) und den Bericht der Klinik für Neuroradiologie des Universitätsspitals Z.____ vom 27. Januar

2015 über eine Magnetresonanztomographie des Gehirns (Urk. 7/1

E. 1.4.4

Am 25. Mai 2016 erstellte die AA.____ im Auftrag der IV-Stelle ein Gutachten unter der Verantwortung von Prof. Dr. med. AB.____, Spezialarzt für Neurologie (Dr. med. AC.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. AD.____, Spezialarzt für Neurologie; Dr. med. AE.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Mag. rer. nat. AF.____, Neuropsychologie; Urk. 7/224).

Mit Vorbescheid vom 27. Juni 2016 eröffnete die IV-Stelle dem Versicherten, dass sie einen Rentenanspruch aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 0% erneut zu verneinen gedünke (Urk. 7/233; Einkommensvergleich und Feststellungsblatt in Urk. 7/230 und Urk. 7/231). Der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, liess mit den Eingaben vom 8. Juli und vom 13. September 2016 Einwendungen erheben (Urk. 7/234 und Urk. 7/244) und liess zum Gutachten der AA.____

die Stellungnahmen des Zentrums P.____ vom 8. September, des Zentrums S.____ vom 12. September und von Dr. I.____ vom 13. September 2016 beibringen (Urk. 7/241-243). Zudem liess er einen Bericht des Kontinenzentrums

der J.____ vom 23. August 2016 (Urk. 7/248), den provisorischen Austrittsbericht des Stadtspitals M.____ vom 6. Januar 2017 über eine dreitägige Hospitalisation (Urk. 7/255; vgl. auch den definitiven Austrittsbericht in Urk. 7/274/12-16) und einen Bericht von Dr. T.____

vom 16. Januar 2017 (Urk. 7/258) nachreichen. Des Weiteren beantwortete das Zentrum S.____ am 17. Januar 2017 zum einen die Fragen der IV-Stelle (Urk. 7/259) und verfasste zum andern nochmals eine Stellungnahme zum Gutachten der AA.____ (Urk. 7/261),

welche der Versicherte mit Eingabe vom 23. Januar 2017 einreichen liess (Urk. 7/262). Schliesslich gelangte die IV-Stelle in den Besitz eines Berichts von Dr. T. ___ vom 27. Februar 2017 zu einer erneuten Konsultation (Urk. 7/264), holte den Bericht des Zentrums P. ___ vom Juni 2017 (Eingang) einschliesslich verschiedener Kontroll- und Untersuchungsberichte von Januar bis März 2017 ein (Urk. 7/274) und erhielt den weiteren Bericht des Zentrums P. ___ vom 16. Oktober 2017 (Urk. 7/283).

Im Januar 2018 war der Versicherte sodann erneut während einiger Tage im Stadtspital M. ___ hospitalisiert (provisorischer Austrittsbericht vom 23. Januar 2018, Urk. 7/284/1-4), und Ende 2017/Anfang 2018 erfolgten wiederum Abklärungen im

Kontinenzzentrum

der J. ___ (Urk. 7/284/5-6 und Urk. 7/286).

E. 1.4.5

Nachdem die IV-Stelle zunächst vorgesehen hatte, eine Stellungnahme der AA. ___ zu den aktuellen medizinischen Berichten einzuholen (Schreiben an die AA. ___ vom 14. August 2017, Urk. 7/27

E. 1.4.6

Mit Verfügung vom 2. September 2019 entschied die IV-Stelle schliesslich im Sinne ihres Vorbescheids vom 27. Juni 2016 und verneinte den Anspruch des Versicherten auf eine Invalidenrente (Urk. 2 = Urk. 7/338; Feststellungsblatt in Urk. 7/337). 2.

Gegen die Verfügung vom 2. September 2019 liess X. ___ durch Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler mit Eingabe vom 25. September 2019 Beschwerde erheben (Urk. 1) und beantragen, die Verfügung sei aufzuheben, ihm sei eine Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen und zunächst sei vom Sozialversicherungsgericht ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten über den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit anzuordnen. In prozessualer Hinsicht liess er um die unentgeltliche Prozessführung und um Bestellung seines Rechtsvertreters zum unentgeltlichen Rechtsbeistand ersuchen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 1. November 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

6). Mit Verfügung vom 7. November 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zur Kenntnis gebracht, und gleichzeitig wurde sein Gesuch um die unentgeltliche Prozessführung und die unentgeltliche Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, bewilligt (Urk. 8).

In der Folge liess der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 10. Januar 2020 (Urk. 9) einen Bericht des Zentrums S. ___ vom 14. Dezember 2019 und den provisorischen Austrittsbericht des Stadtspitals M. ___ vom 3. Januar 2020 über eine weitere kurze Hospitalisation dieses Monats einreichen (Urk. 10/1 und Urk. 10/2). Die IV-Stelle verzichtete mit Schreiben vom 27. Januar 2020 darauf, dazu Stellung zu nehmen (Urk. 13). Ferner liess der Beschwerdeführer dem Gericht mit Eingabe vom 23. März 2020 (Urk. 15) den Austrittsbericht des Reha zentrums

AN. ___ vom 21. März 2020 zu einem Rehabilitationsaufenthalt von Ende Februar bis Ende März 2020 und den Bericht vom 27. Februar 2020 über eine neuropsychologische Untersuchung während dieses Aufenthalts zukommen (Urk. 16/1 und Urk. 16/2). Des Weiteren folgten mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 8. April 2020 (Urk. 18) der

Austrittsbericht Psychosomatik des Reha zentrums

AN. ___ vom 27. März 2020 (Urk. 19) und mit Eingabe vom 16. April 2020 (Urk. 22) der Bericht des Kontinenzentrums der

J. ___ vom 7. April 2020 (Urk. 21). Die IV-Stelle verzichtete mit den Eingaben vom 21. April und vom 5. Mai 2020 auf eine Stellungnahme zu diesen neu eingereichten Unterlagen (Urk. 24 und Urk. 25).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revision 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt der allgemeine übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zugrunde zu legen sind, die gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 2. September 2019 ergangen. Da ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der IV Revision 6a begonnen hat - zur Diskussion steht die gesundheitliche Entwicklung, seit der Beschwerdeführer im Februar 2006 eine Verletzung im Bereich der linken Hand erlitt - und die Rentenverfügung eine Dauerleistung betrifft, ist entsprechend der dargelegten intertemporalrechtlichen Regelung für die Zeit bis Ende 2011 auf die damals gültig gewesenen Bestimmungen und für die Zeit ab Anfang 2012 auf die neuen Normen der IV Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV Revision: BGE 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E.

1).

Die im Folgenden wiedergegebenen Gesetzesbestimmungen sind in dessen von der Revision 6a nicht tangiert worden, und soweit diese Revision keine substantiellen Änderungen gegenüber der früheren Rechtslage gebracht hat, ist die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). 2.

E. 2

3. Mai 2011 unter Verneinung der Unfallkausalität ab, auch die Kosten für eine Operation vom 17. Dezember 2010 (Extensions-Osteotomie und plantare Kondyloktomie

des rechten Fusses; Operationsbericht in Urk. 7/53/32-33) zu übernehmen (Urk. 7/53/1-2).

Der Versicherte akzeptierte diesen Entscheid der Suva, meldete sich jedoch am 29. Mai 2011 erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 7/50). Nach einem

Berufsberatungsgespräch mit dem Versicherten (Urk. 7/59) holte die IV-Stelle

den Bericht des Hausarztes

Dr. med. I. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 23. August 2011 ein (Urk. 7/61/1-4) und erfuhr dabei von den Diagnosen einer gestörten Nüchtern glukose und einer Hypertriglyceridämie (Bericht der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und klinische Ernährung des Universitätsspitals Z. ___ vom 22. Oktober 2009, Urk. 7/61/5-6) und einer

vermuteten Meniskusläsion des rechten Knies, die anlässlich einer Magnetresonanztomographie vom 27. April

2011 festgestellt worden war (Bericht der Klinik J.____ in Urk. 7/61/7-8). Zur Meniskusläsion holte sie daraufhin den Bericht von Dr. med. K.____, Spezialarzt für Chirurgie, vom 2. September 2011 ein (Urk. 7/63/1-6, einschliesslich der Berichte vom 7. Juni und vom 19. August 2011, Urk. 7/63/12-1

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 2.2.1

Im Hinblick auf das Erfordernis in Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG hatte das Bundesgericht die Arbeitsunfähigkeit bei bestimmten Leiden seit dem Jahr 2004 nach besonderen Grundsätzen beurteilt. Es hatte diese Leiden unter dem Begriff der pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zusammengefasst und festgestellt, es seien dies Störungen, die sich hinsichtlich ihrer invalidisierenden Wirkung einer objektiven Beurteilung weitgehend entzögen, weil sie in erster Linie auf den Angaben der Patienten basierten (BGE 139 V 547 E. 5.9 mit Hinweis auf BGE 130 V 352). Das Bundesgericht war weiter zum Schluss gelangt, dass solche Störungen keinen direkten Nachweis einer anspruchsbegründenden Arbeitsunfähigkeit erlaubten und der Nachweis daher indirekt, gestützt auf Indizien, zu erbringen sei, wobei bei Beweislosigkeit vermutet werde, dass sich der geklagte Gesundheitsschaden nicht invalidisierend auswirke (BGE 139 V 547 E. 7.2 und E. 8.1). Für diesen Nachweis hatte das Bundesgericht in Anlehnung an eine bestimmte medizinische Lehrmeinung (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 mit Hinweis auf Klaus Foerster, Begutachtung und Erwerbsfähigkeit bei Patienten mit psychogenen Störungen, SZS 1996 S. 486 ff.) besondere Kriterien aufgestellt, die in gewisser Ausprägung und Zahl erfüllt sein mussten (BGE 137 V 64 E. 4.1).

Das Bundesgericht hatte den Kriterien normativen Charakter zugeschrieben und dazu festgehalten, der ursprüngliche Katalog fachpsychologischer Prognosekriterien habe sich zu einem rechtlichen Anforderungsprofil verselbständigt (vgl. BGE 139 V 547 E. 3.2.3 und E. 7.2).

E. 2.2.2

Im Grundsatzurteil vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) hat das Bundesgericht entschieden, an der bisherigen Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage nicht länger festzuhalten und die sogenannte Überwindbarkeitsvermutung aufzugeben. Stattdessen hat das Bundesgericht unter Aufstellung von Standardindikatoren ein neues Prüfungsraster entwickelt, anhand dessen die Auswirkungen solcher Beschwerdebilder zu ermitteln sind. Es präsentiert sich wie folgt (BGE 141 V 281 E. 4.1.3 und E. 6): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» - Komplex «Gesundheitsschädigung» - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex «Sozialer Kontext» - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leiden

druck.

Das Bundesgericht schreibt dem neuen Raster wiederum normativen Charakter zu, weist jedoch darauf hin, dass es die Aufgabe der medizinischen Fachpersonen sei, innerhalb der einschlägigen Indikatoren das Leistungsvermögen einzuschätzen (vgl. BGE 141 V 281 E. 5.1 und E. 5.2). Des Weiteren müssen die funktionellen Einschränkungen nach wie vor mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein - nunmehr anhand der neuen Standardindikatoren -, und es ist die versicherte Person, welche die Beweislast dafür trägt (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

E. 2.2.3

In einem weiteren Schritt hat das Bundesgericht in zwei Urteilen vom 30. November 2017 die Anwendbarkeit der Standardindikatoren auf grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen ausgedehnt, indem es für alle diese Erkrankungen das strukturierte Beweisverfahren, wie es ursprünglich für die somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbare Leiden entwickelt worden war, als massgebend erklärt hat (BGE 143 V 418 E. 7, 143 V 409 E. 4.4 und E. 4.5). Damit hat das Bundesgericht insbesondere seine bisherige Rechtsprechung zu den depressiven Störungen geändert und nicht länger daran festgehalten, dass rezidivierende oder episodische Depressionen leicht- bis mittelgradiger Natur einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht kommen, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (vgl. die Zusammenfassung der bisherigen Rechtsprechung in BGE 143 V 409 E. 4.1).

E. 2.3.1

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 % oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sogenanntes Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sogenanntes Valideneinkommen).

E. 2.3.2

Der Rentenanspruch entsteht nach Art. 28 Abs. 1 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig war (lit. b), sofern sie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ist (lit. c). Zusätzlich kann der Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der ab dem 1. Januar 2008 gültigen Fassung) nicht vor Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung entstehen.

Während für die Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) und den Invaliditätsgrad (Art.

E. 2.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt rechtsprechungsgemäss jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen).

Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach der Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen ; vgl. dazu auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_300/2020 vom 2. Dezember 2020 E. 2.6.2). Als zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob sich der Invaliditätsgrad im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG erheblich geändert hat, gilt die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Anspruchsprüfung mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung

eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (vgl. BGE 133 V 108 E. 5 mit Hinweisen).

Die Grundsätze zur Rentenrevision gelten rechtsprechungsgemäss auch dort, wo sich eine versicherte Person, deren Rentenanspruch verneint worden ist, bei der Invalidenversicherung erneut zum Rentenbezug anmeldet. Auch dort ist zu prüfen, ob seit dem Erlass des rentenabweisenden Entscheids eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist (vgl. BGE 130 V 71 E.

E. 2.5

Für die Beurteilung von Rechtsfragen, denen medizinische Sachverhalte zugrunde liegen, ist das Gericht auf Angaben und Unterlagen von medizinischen Fachpersonen, namentlich von Ärztinnen und Ärzten, angewiesen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist nach höchstgerichtlicher Praxis entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten oder der Expertin begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a). 3.

Strittig und zu prüfen ist, ob und bejahendenfalls ab welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer aufgrund seiner Anmeldung vom 6. August 2014 (Urk. 7/78) Anspruch auf eine Invalidenrente hat, wobei der Anspruch gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens ab Februar 2015 gegeben sein kann. 4. 4.1

Vor der Anmeldung vom 6. August 2014 hatte die Beschwerdegegnerin den Rentenanspruch ein erstes Mal mit der Verfügung vom 28. Mai beziehungsweise vom 30. Juni 2008 (Urk. 7/40 und Urk. 7/45) und ein weiteres Mal mit der Verfügung vom 20. März 2012 (Urk. 7/73) verneint. Beide Verfügungen waren unangetastet in Rechtskraft erwachsen. Bei der Anmeldung vom 6. August 2014 handelt es sich somit um eine neue Anmeldung nach rechtskräftiger Verneinung des Rentenanspruchs, und als erste

Voraussetzung für eine neue Prüfung muss eine erhebliche Sachverhaltsänderung nachgewiesen sein.

Vor dem Erlass der Verfügung vom 28. Mai beziehungsweise vom 30. Juni 2008 liess die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer zusätzlich zur Einholung von Informationen der behandelnden Ärzte und zum Beizug der Akten der Suva durch die MEDAS C.____ begutachten und befragte ausserdem die damalige Arbeitgeberin. Im Vorfeld zum Erlass der Verfügung vom 20. März 2012 sodann zog die IV-Stelle wiederum die Akten der Suva zum neuen Ereignis vom November 2010 bei, holte die Angaben des aktuellen Arbeitgebers ein und dokumentierte sich ausführlich zu den Untersuchungen und Behandlungen der Beeinträchtigungen im Bereich der unteren rechten Extremität, die nunmehr im Vordergrund standen. Beide Verfügungen kommen demnach als Vergleichsbasis für die Frage nach einer Veränderung im Sinne der dargelegten Rechtsprechung in Betracht. Es ist somit die neuere Verfügung vom 20. März 2012, seit deren Erlass sich der Sachverhalt rechtserheblich verändert haben muss. 4.2

Eine solche Veränderung ist gegeben angesichts dessen, dass sich der Beschwerdeführer nicht nur im Dezember 2013 bei einem erneuten Unfall am rechten Fuss verletzt hatte, sondern Anfang September 2014 zum ersten Mal mit der Verdachtsdiagnose einer Multiplen Sklerose konfrontiert wurde.

Zwar hatte der Beschwerdeführer bereits ab dem Jahr 2006 an Sensibilitätsstörungen im Bereich der linken Körperhälfte, namentlich der linken Hand und dem linken Arm gelitten, ohne dass bis zur Notfalluntersuchung vom 7. September 2014 eine Magnetresonanztomographie des Gehirns erfolgt wäre. Selbst wenn jedoch die Sensibilitätsstörungen bereits zu einem früheren Zeitpunkt Ausdruck einer damals noch nicht erkannten Multiplen Sklerose gewesen sein sollten und die Anfang September 2014 erstmals festgestellten demyelinisierenden Läsionen (vgl. Urk. 7/150/7-9) somit schon früher vorhanden gewesen wären, so muss von einer Verschlimmerung des neurologischen Leidens seit dem Erlass der Verfügung vom 20. März 2012 ausgegangen werden.

Wohl erachtete nämlich die Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z.____ im Austrittsbericht vom 30. September 2014 wiederum die psychiatrische Diagnose einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung (F44.6 der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, ICD-10) als im Vordergrund stehend (Urk. 7/150/10+14+15), wie sie bereits im Gutachten der MEDAS C.____ vom Januar 2008 gestellt worden war (Urk. 7/25/16). Die medizinischen Angaben zum weiteren Verlauf lassen jedoch das gleichzeitige Vorhandensein einer neurologischen Erkrankung progredienten und somit sich verschlimmernden Charakters als wahrscheinlich erscheinen. Es ist hierbei darauf hinzuweisen, dass die Magnetresonanztomographie vom 27. Januar 2015 im Vergleich zu den Voraufnahmen von September 2014 gewisse neue Befunde zeigte, welche die Klinik für Neuroradiologie des Universitätsspitals Z.____

als vereinbar mit einer chronisch demyelinisierenden Erkrankung beurteilte (Urk. 7/150/32-33), und dass das Zentrum P.____ in den Berichten vom Juli 2015 zwar ebenfalls eine funktionelle Überlagerung der neurologischen Problematik vermutete (Urk. 7/134/3 und Urk. 7/136/2), dass es jedoch im späteren Bericht vom 19.

Februar 2016 (Urk. 7/211) die Diagnose einer schubförmigen Multiplen Sklerose

unter Erwähnung der einzelnen Schübe ausdrücklich bestätigte und auf die neuen radiologischen Veränderungen hinwies, die das Stadtspital M.____ im Januar 2016 festgestellt hatte (vgl. Urk. 7/168). Dementsprechend stellten auch die Gutachter des AG.____ im Oktober 2018 die Diagnose einer Multiplen Sklerose (Urk. 7/321/10), nachdem die Gutachter der AA.____ im Mai 2016 zwar gewisse Zweifel an dieser Diagnose geäussert, sich letztlich aber doch den behandelnden medizinischen Fachpersonen angeschlossen hatten (Urk. 7/224/84+89+90). 4.3

Ist demnach mit dem Manifestwerden der Multiplen Sklerose im September 2014 und der nachfolgenden Entwicklung dieser Krankheit eine potentiell rentenrelevante gesundheitliche Veränderung nachgewiesen, so hat die Beschwerde gegen die Frage nach dem Rentenanspruch des Beschwerdeführers richtigerweise unter dem Aspekt der weiteren Voraussetzungen geprüft. 5.

E. 3

und Urk. 7/63/19; vgl. auch den Bericht von Dr. K.____ zur Untersuchung des rechten Fusses vom 18. Februar 2011, Urk. 7/63/9). Des Weiteren zog die IV-Stelle die Unfallakten bei (Urk. 7/53/1-42 und Urk. 7/64/1-162), beschaffte die Angaben des Arbeitgebers vom 4. Oktober 2011 (Urk. 7/66) und liess schliesslich durch die Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Z.____, wo im Oktober 2011 eine Arthroskopie des rechten Knies durchgeführt worden war, den Bericht vom 20. Dezember 2011 verfassen (Urk. 7/67, einschliesslich des Vorberichts vom 28. November 2011). Mit Verfügung vom 20. März 2012 verneinte die IV-Stelle den Anspruch von X.____ auf eine Invalidenrente erneut (Urk. 7/73; Feststellungsblatt in Urk. 7/70); die Verfügung blieb wiederum unangefochten.

E. 3.1

und 3.2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.4).

Des Weiteren ist auch im Falle einer Neuanschuldung die Frist nach Art. 29 Abs. 1 IVG abzuwarten, bevor der Rentenanspruch entsteht (BGE 142 V 547 E. 3; vgl. auch Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen BSV über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH], Rz 2030).

E. 3.4

). Hinzu kommt, dass Dr. AJ.____ mit seiner in Deutschland erworbenen Qualifikation gestützt auf Art. 35 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) für die Ausübung seiner Tätigkeit in der Schweiz keiner Bewilligung bedurfte, sondern lediglich eine Meldung vorzunehmen hatte.

Im Folgenden ist daher die Aussagekraft beider Gutachten in Anwendung der dargelegten Beweiswürdigungsgrundsätze zu prüfen, und es sind auch die Berichte der behandelnden medizinischen Fachpersonen einzubeziehen. 6. 6.1

Der Beschwerdeführer meldete sich Anfang August 2014 bei der Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf die Fussverletzung neu an, die er im Dezember 2013 erlitten hatte (Urk. 7/78) und die Gegenstand von Behandlungen in der Klinik N.____ war (Urk. 7/86/1-49 und Urk. 7/111); die Diagnose der Multiplen Sklerose, die erst Anfang September 2014 zur Sprache gelangte, stand damals noch nicht zur Diskussion. Ferner fanden nachfolgend neben den Abklärungen und Behandlungen im Zusammenhang mit der Multiplen Sklerose Arztkonsultationen wegen Rückenbeschwerden und Beschwerden in den Gelenken statt (ärztliche Berichte vom Februar und vom März 2016, Urk. 7/204, Urk. 7/216 und Urk.

7/219/3). Der Beschwerdeführer vermisste daher im Gutachten der AA. ___ zu Recht eine fachärztliche Beurteilung zu den Befunden im Bereich des Bewegungsapparates (Urk. 7/244/2-3). Das Gutachten des AG. ___ trug diesem Mangel mit der Fachbegutachtung durch Dr. AI. ___

Rechnung. Vorab ist auf die Feststellungen dieses Spezialarztes der Orthopädischen Chirurgie einzugehen, nachdem

Beschwerden rheumatologischer/orthopädischer Natur, herrührend vom rechten Fuss und vom rechten Knie, bereits Anlass für die Anmeldung vom Mai 2011 gewesen waren. 6. 2 Was den rechten Fuss betrifft, so gab der Beschwerdeführer gegenüber Dr. AI. ___ eine Druckdolenz im Bereich der Narbe der Operation vom Dezember 2010 an, beide Füsse erwiesen sich jedoch als gut beweglich (Urk. 7/321/45+47). Dement sprechend attestierte Dr. AI. ___ dem Beschwerdeführer von Seiten des rechten Fusses keine namhaften Einschränkungen (Urk. 7/321/46) und nahm hierfür ein leuchtend Bezug auf den Bericht der Klinik N. ___ vom 30. September 2014 (Urk. 7/321/48), worin die Klinik die Beschwerden nach dem Hyperextensions trauma vom Dezember 2013 als konservativ behandelbar erachtet und lediglich für den Fall einer erneuten Operation eine Arbeitsunfähigkeit postuliert hatte (Urk. 7/111/1-2).

Des Weiteren stellte Dr. AI. ___ gleichermassen eine unauffällige Beweglichkeit der beiden Knie fest, befand das rechte, von der Arthroskopie vom Oktober 2011 betroffen gewesene Knie (vgl. Urk. 7/67) als frei von Krepitationen, nahm die Angabe des Beschwerdeführers zur Kenntnis, seit dem damaligen Eingriff gehe es diesbezüglich eigentlich gut, und beurteilte die aktuell geschilderte leichte Druckdolenz als Folge eines Treppensturzes, der sich unmittelbar vor der aktuellen Untersuchung ereignet hatte (Urk. 7/321/42+45). Es leuchtet daher ein, dass Dr. AI. ___ auch keine ins Gewicht fallenden Einschränkungen aufgrund des Zustands des rechten Knies ausmachte (Urk. 7/321/46) und hierfür insbesondere auf den Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals Z. ___ vom 20. Dezember 2011 verwies (Urk. 7/321/48) , worin der Befund einer Magnetresonanztomographieuntersuchung als unauffällig bezeichnet und der Beschwerdeführer als vollumfänglich arbeitsfähig für eine Tätigkeit als Pizzakurier erklärt worden war (Urk. 7/67/7).

Im Bereich der Wirbelsäule sodann ergab die klinische Untersuchung durch Dr. AI. ___ Verspannungen auf lumbaler Höhe (Urk. 7/321/44) , und radiologisch liessen sich, wie schon im Jahr 2016 (vgl. Urk. 7/219/3) , gewisse degenerative Veränderungen feststellen (Urk. 7/321/46). Neurokompressionen bestanden in dessen nicht, die Lendenwirbelsäule erwies sich als frei beweglich, und die auf gehobene Beweglichkeit der Brustwirbelsäule war gemäss dem Gutachter auf eine Gegenspannung zurückzuführen (Urk. 7/321/44+46+47). Demnach konnte Dr. AI. ___ die geklagten lumbalen Beschwerden im Sinne einer erheblichen Fehlhaltung zwar durchaus nachvollziehen (Urk. 7/321/47), da er aber insgesamt eine etwas inkonsistente Präsentation der Beschwerden beobachtete und der Beschwerdeführer die forcierte Bewegung der Lendenwirbelsäule unter Ablenkung ohne Schmerzäusserungen tolerierte (Urk. 7/321/47+48), ist plausibel, dass er diese Beschwerden ebenfalls keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu schrieb (Urk. 7/321/46) .

Ebenfalls plausibel ist der Hinweis des Gutachters, dass

sich die von Dr. V. ___ im Februar 2016 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht mit einer Diagnose aus dem Fachgebiet der Rheumatologie erklären lasse (Urk. 7/321/48), denn Dr. V. ___ hatte die geklagten Gelenkbeschwerden bei fehlenden Entzündungszeichen am ehesten im Rahmen der neurologischen Erkrankung an Multipler Sklerose interpretiert (vgl. Urk. 7/204/2+3).

Schliesslich konnte Dr. AI. ___ auch keine erheblichen zusätzlichen, in den Vorakten noch nicht dokumentierten Befunde orthopädischer Natur erheben. Namentlich zeigte die neu angefertigte Röntgenaufnahme

des Beckens zwar beidseitig eine Verschmälerung des Hüftgelenkspaltes und eine vermehrte subchondrale

Sklerosierung des Pfannendaches (Urk. 7/321/46) ; bei der funktionellen Prüfung gab der Beschwerdeführer jedoch keine Schmerzen an (vgl. Urk. 7/321/45). Ferner vermochte

Dr. AI. ___ die demonstrierte Schwäche in der dominanten linken Hand und die geschilderten Sensibilitätsstörungen in der gesamten linken Körperhälfte (vgl. Urk. 7/321/47)

nicht mit orthopädischen Befunden zu erklären, sondern verwies hierzu auf die Beurteilung aus neurologischer Sicht (vgl. Urk. 7/321/48). 6. 3

Insgesamt leuchtet somit die Beurteilung von Dr. AI. ___ ein, dass auf der Ebene des Bewegungsapparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen ausgegangen werden könne (Urk. 7/321/49). 7.

E. 5

0/32-33).

Des Weiteren liess die IV-Stelle den Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z. ___ vom 20. April 2015 erstellen (Urk. 7/127) , nahm den provisorischen Austrittsbericht des Stadtspitals M. ___ vom 16. Juli 2015 zu einer zweitägigen Hospitalisation von Mitte Juli 2015 (Urk. 7/132) sowie einen Bericht des Zentrums P. ___ über Konsultationen von Juni und Juli 2015 (Urk. 7/134) zu den Akten, holte den Bericht des Zentrums P. ___ vom Juli 2015 ein (Urk. 7/136 ; vgl. auch den Bericht des Röntgeninstituts

Q. ___ , vom 2. Juli 2015 über eine Magnetresonanzuntersuchung des Neurocraniums , Urk. 7/142) und liess zudem durch Dr. med. R. ___ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum S. ___ , bei dem der Versicherte seit November 2014 in ambulanter Behandlung stand, den Bericht vom 19. August

2015 verfassen (Urk. 7/138).

Sodann nahm die IV-Stelle den Bericht der Augenärztin Dr. med.

T. ___ , Zentrum U. ___ , vom 12. Oktober 2015 über deren Abklärungen vom September 2015 entgegen (Urk. 7/154) und gab bei ihr den Bericht vom 22. Oktober 2015 in Auftrag (Urk. 7/156). Ausserdem holte sie von

Dr. I. ___ den Bericht vom 30. Dezember 2015 ein (Urk. 7/164) und

erhielt den provisorischen Austrittsbericht des Stadtspitals M. ___ vom 20. Januar 2016 zu einer einwöchigen Hospitalisation des Versicherten im Januar 2016 (Urk. 7/168; vgl.

hierzu den Bericht von Dr. T.____

vom 15. Februar 2016, Urk. 7/192 ; vgl. auch den Bericht des Stadtspitals M.____ vom 28. Dezember

2015 über die Notfallbehandlung vom 25. Dezember 2015, Urk. 7/173/4-5). Es folgte eine Abklärung im Kontinenzentrum

der J.____ (Bericht vom 12. Februar 2016, Urk. 7/203) , erneute Abklärungen im Zentrum P.____ (Bericht vom 19. Februar 2016, Urk. 7/211), auf Zuweisung von Dr. T.____ hin (Schreiben vom 25. Januar 2016, Urk. 7/177) eine rheumatologische Untersuchung durch Dr. med. V.____ , Spezialärztin für Rheumatologie und Innere Medizin (Bericht vom 26. Februar 2016, Urk. 7/204) , und eine Infiltrationsbehandlung im Bereich der Lendenwirbelsäule (Bericht der Neurochirurgie W.____

vom 30. März 2016, Urk. 7/216; vgl. auch den Bericht des Röntgeninstituts

Q.____ , vom 15. Februar 2016 über eine Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule und des Iliosakralgelenks , Urk. 7/219/3).

E. 5.1

Im Zuge der Abklärungen anlässlich der neuen Anmeldung vom 6. August 2014 liess die Beschwerdegegnerin zwei polydisziplinäre Gutachten erstellen, nämlich das Gutachten der AA.____ vom Mai 2016 (Untersuchungen vom Februar/März 2016; Urk. 7/224) und das Gutachten des AG.____ vom Oktober 2018 (Untersuchungen vom Juli/August 2018; Urk. 7/321). Zur zweiten Begutachtung durch das AG.____

sah sich die Beschwerdegegnerin veranlasst, nachdem der Beschwerdeführer das Gutachten der AA.____ im Vorbescheidverfahren als unvollständig und zudem als nicht schlüssig kritisiert (Urk. 7/244 und Urk. 7/262) und die Kritik mit verschiedenen ärztlichen Stellungnahmen untermauert hatte, nämlich mit den Erklärungen des Zentrums P.____ vom 8. September, des Zentrums S.____ vom 12. September und von Dr. I.____ vom 13. September 2016 (Urk. 7/241-243) und der ausführlicheren Stellungnahme des Zentrums S.____ vom 17. Januar 2017 zum psychiatrischen Teil des Gutachtens (Urk. 7/261).

Soweit die Beschwerdegegnerin das Gutachten des AG.____ als Zweitmeinung oder als Obergutachten verstanden haben wollte (vgl. die Stellungnahmen des RAD-Arztes PD Dr. med. univ. AO.____ , Facharzt für Neurologie, vom 27. September 2017 , vom 27. Februar 2018 und vom 13. Februar 2019, Urk. 7/337/5 +6+10) , so wäre dies problematisch. Denn es verbietet sich, ein weiteres Gutachten nur einzuholen, um im Sinne einer Zweitmeinung eine Beurteilung zu erwirken, die von derjenigen in einem an sich schlüssigen Gutachten abweicht (vgl. BGE 136 V 156 E. 3.3 mit Hinweis auf SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111 E. 4.2 [Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007]). Und es erscheint auch als fraglich, ob ein Gutachten einer anderen, der AA.____

administrativ gleichgestellten Medizinischen Abklärungsstelle im Sinne von Art. 72 bis IVV den Charakter eines eigentlichen Obergutachtens haben kann.

Die Begutachtung durch das AG.____

konnte allerdings schon deshalb nicht der Aufgabe einer reinen Zweitmeinung dienen, weil die Beschwerdegegnerin das Gutachten der AA.____ entsprechend den Rügen des Beschwerdeführers zu Recht als unvollständig erkannt und daher neben den Disziplinen

der Inneren Medizin, der Neurologie, der Psychiatrie und der Neuropsychologie neu die Disziplinen der Orthopädischen Chirurgie und der Ophthalmologie einbezogen hatte. Zudem wies der RAD-Arzt PD Dr. AO. ___

im Februar 2018 richtigerweise auf die zahlreichen Berichte zum weiteren Verlauf im Anschluss an die Begutachtung durch die AA. ___

sowie auf die Indizien für eine Progredienz der Multiplen Sklerose hin (Urk. 7/337/6). Ziel der Begutachtung durch das AG. ___ , welche mehr als zwei Jahre nach der Begutachtung durch die AA. ___ erfolgte, war somit neben der Ergänzung um weitere Disziplinen auch die Erhebung des zwischenzeitlichen Krankheitsverlaufs. Dass das AG. ___ eine Beurteilung des gesamten Zeitraums seit der neuen Anmeldung vom August 2014 beziehungsweise seit dem Erlass der Verfügung vom 20. März 2012 vorzunehmen und dabei auch auf das Gutachten der AA. ___ einzugehen hatte, macht das neue Gutachten daher noch nicht zu einem Obergutachten.

E. 5.2

Damit stehen die Gutachten der AA. ___ und des AG. ___ als gleichgestellte medizinische Beurteilungen nebeneinander. Es sind sodann auch keine Anhaltspunkte für Umstände vorhanden, welche von vornherein gegen die Verwendbarkeit eines der beiden Gutachten sprechen, wie etwa Ausstandsgründe oder Verfahrensfehler bei der Vergabe der Gutachtensaufträge. Namentlich wäre das neurologische Fachgutachten von Dr. AJ. ___ selbst dann verwertbar, wenn der Neurologe im Zeitpunkt der Begutachtung über keine kantonale Berufsausübungsbeurteilung verfügt hätte, wie der Beschwerdeführer vorbringen liess (Urk. 1 S. 14 mit Hinweis auf Urk. 7/301). Denn Dr. AJ. ___

trägt gemäss dem schweizerischen Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch) einen Facharztstitel der Neurologie, den er im Jahr 2007 in Deutschland erworben hat und der im Dezember 2007 in der Schweiz anerkannt worden ist. Damit erfüllt er die fachlichen Voraussetzungen für eine Tätigkeit als Experte im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung

(vgl. BGE 137 V 210 E. 3.3.2). Das Fehlen einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung würde die Expertise unter diesen Umständen nicht unverwertbar machen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 9C_526/2014 vom 3. Dezember

2014 E.

E. 5.5

mit Hinweis auf das Urteil 8C_436/2012 vom 3. Dezember 2012 E.

E. 7

), sah sie davon später ab und

fasste stattdessen eine erneute polydisziplinäre Begutachtung des Versicherten durch das Institut AG. ___

ins Auge. Den Einwendungen des Versicherten gegen dieses Institut (Schreiben vom 28. März 2018, Urk. 7/301) folgte sie nicht (Schreiben vom 4. April 2018, Urk. 7/303).

Der Versicherte dokumentierte die IV-Stelle in der Folge mit einem Bericht des Zentrum s P. ___ vom 17. April 2018 (Urk. 7/308 einschliesslich eines Berichts dieses Datums über eine Magnetresonanztomographie des Schädels), einem Bericht von Dr. T. ___ vom 27.

April 2018 (Urk. 7/315/1-2), einem Bericht des Zentrum s P.____ vom 3 0. April 2018 (Urk. 7/315/3-4), einem Bericht des Kontinenzentrums

der J.____ vom 2. Mai 2018 (Urk. 7/315/5), einem Bericht des Zentrums S.____ vom 1 1. Juni 2018 (Urk. 7/315/6-9) und einem Bericht von Dr. T.____ vom 1 0. Juli

2018 (Urk. 7/321/80).

Das Gutachten des AG.____ erging daraufhin am 2 9. Oktober 2018 (Dr. med. AH.____ , Spezialarzt für Allgemeine Innere Medizin , Fallführung; Dr. med. AI.____ , Spezial arzt für Orthopädische Chirurgie; Dr. med. AJ.____ , Spezialarzt für Neurologie; Dr. med. AK.____ , Spezialärztin für Ophthalmologie; Dr. med. AL.____ , Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie; lic. phil. AM.____ , Fachpsychologe für Neuropsychologie; Urk. 7/321).

Mit Eingabe vom 3. Dezem ber 2018 liess der Versicherte zum Gutachten Stellung nehmen (Urk. 7/329) und liess zusätzlich eine Stellungnahme des Zentrums S.____ vom 3 0.

November 2018 (Urk. 7/327) und eine Arbeitsfähigkeitsbeurteilung des Zentrum s P.____

vom 2 8. November 2018 (Urk. 7/328) einreichen. Nach tr äglich liess er der IV-Stelle

zudem Unterlagen über den weiteren medizinischen Verlauf einreichen, nämlich den

provisorischen Austrittsbericht des Stadts pitals M.____ vom 1 2. März 2019 über eine

Hospitalisation in diesem Monat (Urk. 7/333), einen Bericht von Dr. T.____ vom 1 5. März

2019 über aktuelle Untersu chun g en (Urk. 7/334) und einen Bericht des

Kontinenzentrums

der J.____

vom 2 5. März 2019 (Urk. 7/336).

E. 7.1

Über eine Schwäche und über Sensibilitätsstörungen in der linken Hand und im linken Arm sodann hatte der Beschwerdeführer bereits kurz nach dem Unfall vom Februar 2006

geklagt, bei dem er eine Laugenverätzung am linken Handrücken erl itten hatte, und das

Beschwerdebild war in der Folge Gegenstand der Be gutachtung durch die MEDAS C.____

(Untersuchungen von Ende August 2007 und Gutachten vom 1 0. Januar 2008;

Urk. 7/25) . Die Neurologin Dr. F.____ erhob als klinische Befunde eine linksseitige

Lähmung mit globaler Parese der Hand und partieller Parese des Armes sowie sensible

Defizite im Arm, konnte die Befunde jedoch nicht auf ein organisches Korrelat

zurückführen und vermutete eine dissoziative Funktionsstörung aus dem Diagnosespektru

m der Psychiatrie .

Die Ärztin begründete diese Beurteilung anschaulich mit Hinweisen auf das Fehlen

typischer organischer Pathologien und auf gewisse Inkonsistenzen in der Präsentation der

Einschränkungen (Urk. 7/25/ 22- 23) , und

d ie Beurteilung deckt sich überdies mit der Einschätzung der Ärzte der neurologischen

Klinik des Universitätsspital s

Z.____

im Bericht vom 2 6. April 2007 und in den früheren Berichten von Anfang 2006 (Urk. 7/10

sowie

Urk. 7/12/91, Urk. 7/12/22-23 und Urk. 7/12/89-90). Sie ist demnach f ür d ie damalige

Zeit plausibel.

Der Verfasser des psychiatrischen Fachgutachtens der MEDAS C.____ Dr. G.____ bestätigte die Vermutung eines psychischen Geschehens bei der Aus bildung der beschriebenen Lähmungserscheinungen und stellte die D iagnose einer dissoziativen Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung in de r linken Hand und im linken Arm

(ICD-10 F44.4 und F44.6; Urk. 7/25/32). Der Psychiater hielt dazu anschaulich fest, der Beschwerdeführer habe beim Ereignis vom Februar 2006 unter einem erhöhten intrapsychischen Disstress gestanden, der sich infolge einer schwierigen Kindheit in ärmlichen und familiär zerrütteten Verhältnissen und infolge der Verwicklung in kriegerische Auseinandersetzungen als Soldat der türkischen Armee entwickelt habe, und der Distress habe sich im Unfallzeitpunkt zusätzlich verstärkt durch die psychosozialen Stressoren einer beeinträchtigt en Arbeitszufriedenheit und einer belasteten Beziehung zur Ehefrau und durch die Art und Weise der Information durc h den erstbehandelnden Arzt, die beim Beschwerdeführer Katastrophisierung sideen hervorgerufen habe (Urk. 7/25/33-34). Der Psychiater leitete sodann unter A nwendung der damals massgebend gewesenen Kriterien der Rechtsprechung grundsätzlich nachvoll zieh bar her, dass der Beschwerdeführer bei fehlenden therapeutischen Möglic keiten nicht in der La ge sei, die Beeinträchtigung im Gebrauch der linken oberen Extremität durch Willensanstrengung zu überwinden, und hielt daher nur, aber immerhin ,

die Ausführung von einarmig durch führungsbaren Arbeiten als zumutbar, da das Ausmass der weiteren Diagnose ein er ängstlich depressiven Anpass ungs störung (ICD 10 F43.21; Urk. 7/25/32) zu wenig ausgeprägt sei, um zusätzliche Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit zu begründen (Urk. 7/25/35-38). Dieser Einschätzung folgten

Dr. D.____ und Dr. E.____ in der Gesamtbeurteilung, indem sie dem Beschwerdeführer für die angestammte, zweihändig zu verrichtende Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr attestieren, ihn jedoch für eine lediglich rechtehändig zu verrichtende Tätigkeit für zu 100 % arbeitsfähig hielten (Urk. 7/25/16-17). 7. 2 7.2.1

Als sich der Beschwerdeführer Anfang September 2014 in die Notfallbehandlung des Stadtsitals M.____ begab und zusätzlich in der Klinik für Neurologie des Universitätssitals Z.____ untersucht wurde, brachte er keine langjährig vorbestandenen Lähmungserscheinungen zur Sprache, sondern berichtete, dass akut eine linksseitige Schwäche aufgetreten sei, nachdem er solche Schwächen neben intermittierendem Schwankschwindel schon in den letzten zwei Wochen erlebt habe, diese sich jedoch jeweils wieder gelegt hätten (Urk. 7/97/1 und Urk. 7/150/9). Anlässlich des stationären Aufenthaltes in der Klinik für Neuro logie des Universitätssitals Z.____ in der zweiten Septemberhälfte 2014 erwähn te der Beschwerdeführer zudem Sehstörungen mit schwarzen Punkten und Doppel bildern, welche die Schwindelepisoden begleitet hätten, und eine vorbestandene Kopfschmerzproblematik, die sich im Rahmen der Schwindelattacken jew eils verstärkte (Urk. 7/150/12).

Ungeachtet der fehlenden Angaben zu Lähmungserscheinungen in den letzten Jahren nach der Begutachtung des Jahres 2008 äusserte die Klinik für Neurologie des Universitätssitals Z.____ im Austritt sberic ht vom 3 0. September 2014 nach dem Beizug von Fachleuten der Psychiatrie den Verdacht , dass die psychiatrische Diagnose einer dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung auch das aktuelle Beschwerdebild massgebend bestimme , da die magnetresonanztomo graphischen Befunde zwar Zeichen einer entzündlichen Erkrankung des Zentral nervensystems zeigten, welche indessen die

bestehende, von gewissen Inkonsistenzen geprägte Symptomatik von der Lokalisation her nicht zu erklären vermöchten (Urk. 7/150/14-15). Dementsprechend figuriert die Diagnose einer Multiplen Sklerose im Austrittsbericht vom 30. September 2014 noch nicht, sondern es ist von einem radiologisch isolierten Syndrom die Rede (Urk. 7/150/10+14). 7.2.2

Wie bei der Prüfung der Frage nach einer massgebenden Veränderung seit dem Erlass der Verfügung vom 20. März 2012 bereits dargetan worden ist (E. 4.1-3), mehrten sich jedoch im weiteren Verlauf die Anzeichen einer progredienten neurologischen Erkrankung.

Auf der Ebene der Bildgebung ist nochmals auf die Veränderungen hinzuweisen, welche die Magnetresonanztomographie vom Januar 2015 im Vergleich zu den Voraufnahmen vom September 2014

sichtbar machte (Urk. 7/150/32-33), sodann auf eine zusätzliche Veränderung, welche eine Magnetresonanztomographie im Stadtspital M.____ vom Januar 2016 zeigte (Urk. 7/168/1 ; vgl. auch den Bericht des Röntgeninstituts

Q.____

über die Magnetresonanztomographie vom Juli 2015, Urk. 7/142), und ferner darauf, dass zwar eine weitere Magnetresonanztomographie gemäss dem Austrittsbericht des Stadtspitals als M.____ vom 6. Januar 2017 keine Veränderungen im Vergleich zu den Voruntersuchungen zu Tage brachte (Urk. 7/274/15), dass hingegen eine nochmalige Magnetresonanztomographie des Schädels, die das Stadtspital M.____

im Januar 2018 erstellte, eine neu aufgetretene Hirnparenchymläsion

nachwies (Urk. 7/284/3) und dass auch das Röntgeninstitut Q.____, das am 17. April 2018 im Auftrag des Zentrums P.____ eine Magnetresonanztomographie des Schädels anfertigte, Veränderungen gegenüber einer Voruntersuchung vom Juni 2016 konstatierte und diese als korrelierend mit einer neu aufgetretenen Fazialisparese bezeichnete (Urk. 7/308/3), deren wegen der Beschwerde führer die Augenärztin Dr. T.____ aufgesucht hatte (vgl. Urk. 7/315/2).

Auch wenn das Zentrum P.____ den Zusammenhang dieser Fazialisparese mit einer Multiplen Sklerose in seinem Bericht vom 30. April 2018 für fraglich hielt (Urk. 7/315/4), sind im Zeitverlauf weitere klinische Befunde dokumentiert, die gemäss den behandelnden Ärzten für die Diagnose einer Multiplen Sklerose sprachen. So wurden die Zustandsverschlechterungen, die kürzere Hospitalisationen im Juli 2015, im Januar 2016, im Januar 2017, im Januar 2018, im März 2019 und im Januar 2020 zur Folge hatten, vom Stadtspital M.____ jeweils als Schübe der Multiplen Sklerose interpretiert (Urk. 7/132, Urk. 7/168, Urk. 7/255, Urk. 7/274/12-16, Urk. 7/284/1-4, Urk. 7/333 und Urk. 10/2), und das Zentrum P.____ schloss sich dieser Interpretation an und wies dabei insbesondere auf den jeweiligen Rückgang der Symptomatik unter medikamentöser Behandlung hin (Urk. 7/134/3, Urk. 7/211/2, Urk. 7/274/8-9, Urk. 7/274/10-11, Urk. 7/283/4-5, Urk. 7/308/1-2, Urk. 7/315/3-4). Ferner diagnostizierte das Kon tinenzentrum

der J.____, das den Beschwerdeführer im Februar 2016 ein erstes Mal untersucht hatte, eine neurogene Blasenfunktionsstörung (Urk. 7/203, Urk. 7/248) und stellte in den nachfolgenden Untersuchungen bis zum Frühjahr 2019 fest, dass sich diese Störung während eines Schubes der - nicht in Frage gestellten - Multiplen Sklerose jeweils verstärkte und danach in ihrer Ausprägung wieder zurückgehe (Urk. 7/284/5-6, Urk. 7/286, Urk. 7/315/5 und Urk. 7/336). 7.2.3

Der Neurologe Dr. AD. ___ der AA. ___ hielt die Diagnose einer Multiplen Sklerose in Anbetracht der Aktenlage bis zum Zeitpunkt der Begutachtung vom Mai 2016 grundsätzlich für naheliegend, wenn er auch die Ausprägung der Behinderungen, die auf diese Diagnose zurückzuführen waren, angesichts der beobachteten Inkonsistenzen (Urk. 7/224/57-58) als unklar bezeichnete (Urk. 7/224/59). Auf diese Inkonsistenzen, die Mag. rer. nat. AF. ___ im Rahmen der neuropsychologischen Fachbegutachtung ebenfalls feststellte (Urk. 7/224/75-76), wiesen die Gutachter auch in der Konsensbeurteilung hin (Urk. 7/224/77-80 und Urk. 7/224/86). Sie beschlagen jedoch, wie Dr. AD. ___ festhielt, angesichts der Vorakten nicht die Diagnose der Multiplen Sklerose als solche, sondern deren Auswirkungen. Demgemäss bildet das Gutachten der AA. ___ keinen Anlass zu grundsätzlichen Zweifeln an dieser Diagnose, dies trotz Äusserungen in der Gesamtbeurteilung, die in diese Richtung gehen (vgl. Urk. 7/224/89).

Zweieinhalb Jahre später beschrieb der Neurologe Dr. AJ. ___ des AG. ___

erneut Inkonsistenzen, vor allem in der Motorik der linken Körperhälfte (Urk. 7/321/62). Er nannte aber auch gewisse neue objektive Befunde, namentlich in Form einer Anisokorie (Unterschied in der Pupillenweite der Augen), konnte jedoch

nach wie vor (vgl. Dr. AD. ___ in Urk. 7/224/59) keine Zeichen für eine Pyramidenbahnläsion erkennen (Urk. 7/321/64). Dennoch hielt auch Dr. AJ. ___ die Diagnose einer Multiplen Sklerose für die einleuchtendste Erklärung der geklagten Symptomatik, soweit er diese als objektivierbar bezeichnete (vgl. Urk. 7/321/64). Dementsprechend übernahmen die Gutachter in der Gesamtbeurteilung diese Diagnose (Urk. 7/321/10), wenngleich neben Dr. AJ. ___ auch Lic.

phil. AM. ___ anlässlich der erneuten neuropsychologischen Abklärungen erhebliche Inkonsistenzen beschrieb (Urk. 7/321/72-73). 7.2.4

Die organische Diagnose einer Multiplen Sklerose ist demnach als gesichert zu beurteilen, und die beobachteten Inkonsistenzen beschlagen nicht Zuverlässigkeit der Diagnose als solcher, sondern die Frage, wieweit die geklagten Symptome tatsächlich vorhanden und ihr zuzuordnen sind und in welchem Umfang sie sich beeinträchtigend auswirken.

E. 7.3.1

Die behandelnden und begutachtenden medizinischen Fachpersonen stimmen entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 12 und S. 14) darin überein, dass das gezeigte Beschwerdebild auch nach dem Auftreten der ersten Anzeichen für eine Multiple Sklerose

eine funktionelle, mit organischen Befunden nicht erklärbar e Komponente hatte.

Wie schon dargelegt, vermochte die Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z. ___ im Austrittsbericht vom 30. September 2014 erst einen isolierten radiologischen Befund zu erheben, konnte die dargebotene Symptomatik diesem Befund jedoch nicht zuordnen und ging wegen Inkonsistenzen in Bezug auf den Schweregrad der Paresen von einer vorwiegend funktionellen Genese der Symptomatik aus (Urk. 7/150/14). Im Verlaufsbericht vom 8. Januar 2015 hielt die Klinik so dann fest, dass der Untersuchungsbefund weiterhin funktionell anmutet, da etwa die linke Körperhälfte jenseits der Untersuchung und bei Ablenkung gut eingesetzt werde (Urk. 7/150/19), und im Bericht zuhanden der

Beschwerdegegnerin vom 20. April 2015 wiederholte sie diese Beobachtung (Urk. 7/127/2). Das Zentrum P.____ konstatierte zumindest zu Beginn der Behandlung gleichermaßen, dass die funktionelle Überlagerung eine grosse Rolle spiele (Bericht vom 1. Juli 2015, Urk. 7/134/3), und relativierte diese Rolle im Laufe der späteren Konsultationen zwar, erwähnte aber immer noch eine gewisse Diskrepanz zwischen den gezeigten klinischen und den apparativ erhobenen Befunden (vgl. Urk. 7/211/2).

Diese Diskrepanz zeigte sich anschliessend auch im Rahmen der Begutachtungen durch die AA.____ und durch das AG.____. Dem Neurologen Dr. AD.____ der AA.____

fiel ebenfalls auf, dass der Beschwerdeführer ausserhalb der Untersuchungssituation ein erheblich geringeres Ausmass an Beeinträchtigungen darbiete, und er beschrieb das Bild, das sich bei der Kraftprüfung der linken Extremitäten ergeben habe, als inkonsistent, mit Schwankungen zwischen Lähmung und regelrechter Muskelkraft (Urk. 7/224/57-58). Gleichermassen schilderte der Neurologe Dr. AJ.____

des AG.____

die Inkonsistenzen in der Kraft und im Gebrauch des linken Beins und des linken Armes (Urk. 7/321/62+63).

E. 7.3.2

Soweit die Symptomatik nicht auf die Diagnose der Multiplen Sklerose zurückzuführen ist, sondern auf funktioneller Überlagerung basiert, fragt sich weiter, ob dieser Überlagerung ihrerseits Krankheitswert im Sinne einer psychiatrischen Diagnose zukommt.

Als die Gutachter der MEDAS C.____ den Beschwerdeführer im Jahr 2007 untersuchten und

die Diagnose einer dissoziativen Bewegungs-, Sensibilitäts- und Empfindungsstörung in der linken Hand und im linken Arm stellten, beschreiben sie noch keine Inkonsistenzen im Ausmass, wie sie später von den Gutachtern der AA.____ und des AG.____ festgestellt wurden, wenn die Neurologin Dr. F.____ auch erwähnte, dass die Kraftprüfung links bei Fehlen von Atrophien wechselnde Befunde ergeben habe, und von teilweise inkonsistenten Untersuchungsbefunden sprach (Urk. 7/25/21+23).

Die Einstufung des Beschwerdeführers als funktionell einarmige Person durch die Gutachter der MEDAS C.____

erwies sich in der Folge allerdings als zu pessimistisch angesichts dessen, dass dieser später zeitweise als Pizzakurier arbeitete und in dieser Funktion die linke Hand beim Autofahren und bei der Lieferung der Ware zumindest als Hilfshand eingesetzt haben muss. Dennoch ging die Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Z.____

im September 2014 aufgrund einer konsiliarischen psychiatrischen Beurteilung erneut von der Diagnose einer dissoziativen Störung aus (Urk. 7/150/14-15), der Psychiater Dr. AE.____ der AA.____ stellte sie ebenfalls nicht grundsätzlich in Frage, sondern hielt sie zumindest für möglich (vgl. Urk. 7/224/65), und der Psychiater Dr. AL.____ des AG.____

zweifelte die einschlägige Symptomatik gleichermassen nicht von Grund auf an, auch wenn er annahm, dass diese mittlerweile auf die Multiple Sklerose zurückzuführen sei (Urk. 7/321/56).

Gleichzeitig machten die Ärzte der AA.____

und des AG.____ aber Beobachtungen, die auf eine bewusstseinsnahe Präsentation von nicht oder nicht im gezeigten Ausmass vorhandenen Einschränkungen hin deuten. So beobachtete der Neurologe

Dr. AD.____ der AA.____, dass der Beschwerdeführer beim Gehen demonstrativ unsicher und langsam gewirkt habe, beim An- und Auskleiden und auch beim Gestikulieren hingegen flüssige Bewegungen ausgeführt und eine ungestörte Fingerfeinmotorik gezeigt habe (Urk. 7/224/55). Auch der Neurologe

Dr. AJ.____

des AG.____

schilderte, dass der Beschwerdeführer das Untersuchungszimmer stark hinkend betreten habe, während der Anamneseerhebung jedoch mehrmals unvermittelt und zügig aufgestanden sei, dass er ferner den linken Arm auf die entsprechende Aufforderung hin zunächst gar nicht gehoben habe, später hingegen ohne Probleme eine Anhebung über die Horizontale hinaus vollführt habe (Urk. 7/321/62), und dass des Weiteren die festgestellte linksseitig stärkere Oberschenkelmuskulatur mit der dargebotenen Hemiparese nicht vereinbar sei (Urk. 7/321/63). Dem Orthopäden Dr. AI.____ schliesslich fiel ebenfalls auf, dass der Beschwerdeführer die linke Hand zeitweise spontan eingesetzt hatte (Urk. 7/321/47+48).

Ansichts dieser Beobachtungen

ist die psychiatrische Diagnose der dissoziativen Störung zwar nicht grundsätzlich in Frage gestellt, es erscheint jedoch als wahrscheinlich, dass sie im Laufe der Zeit zum einen gegenüber der Symptomatik der Multiplen Sklerose und zum andern gegenüber einer bewusstseinsnahen Übertreibung der bestehenden Symptome in den Hintergrund trat.

E. 7.4

Was des Weiteren die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchungen anbelangt, die im Rahmen der Begutachtungen durch die AA.____ und durch das AG.____ durchgeführt wurden, so wies Mag. rer. nat. AF.____

der AA.____

auf die höhere Streubreite im Antwortverhalten hin, als sie bei einer kognitiv bedingten Verlangsamung zu erwarten wäre, und stufte diese Auffälligkeit als Indiz für eine nicht instruktionskonforme Arbeitsweise ein (Urk. 7/224/75-76). Des Weiteren legte er dar, dass das Verfahren zur Validierung der Beschwerden Hinweise für eine erhebliche Antwortverzerrung im Sinne einer Aggravation oder Simulation ergeben habe, und kam zum Schluss, dass sich aufgrund der gezeigten Diskrepanzen eine biologisch bedingte kognitive Störung nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestieren lasse (Urk. 7/224/76). Damit übereinstimmend stellte später auch lic. phil. AM.____

des AG.____

mittels Symptomvalidierungsverfahren fest, dass die stark unterdurchschnittlichen Testresultate das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau sehr wahrscheinlich nicht abbildeten (Urk. 7/321/72). Dementsprechend schloss er tatsächliche neuropsychologische Schwächen zwar nicht aus, erachtete diese jedoch wie schon Mag. rer. nat. AF.____

aufgrund des Leistungsverhaltens des Beschwerdeführers als nicht objektivierbar und erklärte sich daher aufgrund der nicht validen Testresultate als ausserstande, aus neuropsychologischer Sicht eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit zu machen (Urk. 7/321/72-73).

Die Beobachtungen der beiden Neuropsychologen innerhalb eines Zeitraums von zweieinhalb Jahren sind miteinander vergleichbar und sind beide Male anschaulich begründet. Es besteht daher entgegen den Vorbringen in der Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 5) kein Anlass, sie in Zweifel zu ziehen oder weitere Abklärungen dazu durchführen. Der Beschwerdeführer hat es sich somit selber zuzuschreiben, dass sich nicht feststellen liess, ob und in welchem Umfang er zur Zeit der Testungen in objektiver Weise neuropsychologisch beeinträchtigt war, und hat dem nach die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen. Daran ändert nichts, dass Prof. Dr. phil. AP. ____, der während des Aufenthalts des Beschwerdeführers im Rehasentrum

AN. ____ neuropsychologische Untersuchungen durchführte, in seinem Bericht vom 27. Februar 2020 eine mittelgradige neuropsychologische Störung im Rahmen der Grunderkrankung der Multiplen Sklerose diagnostizierte und entgegen den Vorgutachten keine Anzeichen für eine Aggravation oder gar für eine Simulation finden konnte (Urk. 16/2 S. 5). Denn die stationäre Behandlung im Rehasentrum

AN. ____

erfolgte gemäss dem Austrittsbericht vom 21. März 2020, nachdem sich der Verdacht auf einen erneuten Schub der Multiplen Sklerose ergeben hatte (Urk. 16/1 S. 1), und im Laufe der Behandlung wurden klare Fortschritte verzeichnet (Urk. 16/1 S. 5, Urk. 16/2 S. 4). Aus den Feststellungen des Rehasentrums

AN. ____ lässt sich daher nichts für den vorangegangenen Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2019 ableiten.

E. 8

und Art. 16 ATSG), wie sie nach Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG massgebend sind, nach dem Einkommen zu fragen ist, das eine Person auf dem gesamten in Frage kommenden Arbeitsmarkt mit einer dem Gesundheitsschaden angepassten zu mutbaren Tätigkeit erzielen könnte, beurteilt sich die Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG), wie sie für das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG massgebend ist, nach der gesundheitlich bedingten Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen, und es kommt dabei in der Regel einzig auf die Einschränkungen im bisherigen Beruf an (vgl. BG E 130 V 97 E. 3.2, 105 V 156 E. 2a, 97 V 226 E. 2).

E. 8.1

Neben den vorstehend diskutierten Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates (E. 6) und dem neurologisch-psychiatrischen Symptomenkomplex im Rahmen der Diagnose der Multiplen Sklerose und den teilweise damit einhergehenden und teilweise von ihr abzugrenzenden psychischen Befunden (E. 7) waren weitere Problemkreise Gegenstand der medizinischen Beurteilungen.

E. 8.2

Vorab hatten die Gutachter der MEDAS C. ____ neben der Diagnose einer dissoziativen Störung

auch diejenige einer ängstlich depressiven Anpassungsstörung gestellt, ihr jedoch keinen namhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu geschrieben (Urk. 7/25/32) .

Sodann wirkte der Beschwerdeführer anlässlich der psychiatrischen Begutachtung in der AA. ___ vom Mai 2016

(Untersuchung vom März 2016) zwar besorgt und leicht dysphorisch, jedoch nicht depressiv, sodass der Psychiater Dr. AE. ___

von der Diagnose einer Depression absah (Urk. 7/224/65) und annahm, es sei unter dem Einfluss der antidepressiven Medikation zu einer Besserung gekommen (Urk. 7/224/66). Dieser Einschätzung widersprach das Zentrum S. ___ in der Stellungnahme vom 17. Januar 2017, indem es die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelschwerer Episode stellte (ICD-10 F33.1) und die unterschiedlich wahrgenommene Ausprägung der Symptomatik mit Schwankungen im Zustandsbild erklärte (Urk. 7/261/2-4; vgl. auch Urk. 7/259/6-8). Der Psychiater Dr. AL. ___ des AG. ___ schloss sich der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung später an und nannte als erkennbare Symptome eine eingeschränkte affektive Modulation und eine depressive erscheinende Stimmung mit verminderter Freude und herabgesetztem Antrieb (Urk. 7/321/54). Dabei erklärte er sich die unterschiedlichen Beurteilungen des psychiatrischen Gutachters der AA. ___ und des Zentrums S. ___ mit dem rezidivierenden Verlauf der depressiven Störung (Urk. 7/321/56), was einleuchtet angesichts dessen, dass auch Dr. AE. ___

eine Depressivität nicht grundsätzlich angezweifelt hatte, sondern diese lediglich zum einen in Übereinstimmung mit der MEDAS C. ___ im Rahmen einer Anpassungsstörung gesehen hatte (vgl. Urk. 7/224/67) und zum andern von einer Besserung im Zeitpunkt der damaligen Begutachtung ausgegangen war.

Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, die das Zentrum S. ___ bei der Behandlungsaufnahme im November 2014 stellte und auf die Zeit ab Anfang September 2014 zurückbezog (vgl. Urk. 7/138 /1-2 und Urk. 7/259/7 ; vgl. auch bereits den Bericht des Stadtsitals M. ___ über das psychiatrische Konsilium vom 11. September 2014, Urk. 7/97/3-5), ist somit als gefestigt zu beurteilen. Dies gilt demgegenüber nicht für die weitere psychiatrische Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) in folge der Kriegserlebnisse des Beschwerdeführers , die bereits im Februar 2006 in Betracht gezogen worden war (vgl. Urk. 7/25/26) und die das Zentrum S. ___ im Bericht vom 17. Januar 2017 wieder aufführte (Urk. 7/259/6). Denn zum einen hatte schon Dr. G. ___ der MEDAS C. ___ diesen Erlebnissen zwar einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf in Form eines intrapsychischen Distresses zugeschrieben, hatte indessen nicht sämtliche Kriterien für die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung als erfüllt erachtet und dies eingehend begründet (Urk. 7/2/33-34). Und zum andern konnte Dr. AL. ___ des AG. ___

die akuten Angstzustände des Beschwerdeführers beim Sprechen über seine Kriegserlebnisse, die das Zentrum S. ___ erwähnte (vgl. Urk. 7/259/7) , später nicht mehr beobachten . Vielmehr verneinte der Beschwerdeführer gegenüber Dr. AL. ___

traumatische Ereignisse sogar (Urk. 7/321/56-57), was zwar nicht heisst, dass sich solche nicht zugetragen hatten , jedoch gegen die spezifische Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung spricht.

E. 8.3

Sodann hatte der Beschwerdeführer im September 2015 wegen Sehstörungen in Form von trübem und weniger hellem Sehen erstmals die Augenärztin Dr. T.____ aufgesucht, und war nachfolgend wiederholt bei ihr in Abklärung. Im Rahmen der erstmaligen Untersuchungen verifizierte die Ärztin einen vollen Visus, erhob jedoch rechtsseitig eine massive Einengung des Gesichtsfeldes bei partieller Opticusatrophie, die sie als vereinbar mit einer abgelaufenen Retrobulbärneuritis und einer daraus resultierenden Opticopathie erachtete (Urk. 7/154/1-2, Urk. 7/156/1-2). Anlässlich einer weiteren Untersuchung vom Januar 2016 äusserte sie den Verdacht auf eine erneute, akute Retrobulbärneuritis und stellte nunmehr beidseits eine konzentrische Gesichtsfeldeinengung fest (Urk. 7/192). Auch in den nachfolgenden Untersuchungen von Januar und Februar 2017 konstatierte Dr. T.____

neben einem neu reduzierten, jedoch korrigierbaren Visus wieder die Gesichtsfeldeinschränkungen (Urk. 7/258 und Urk. 7/264), und in den Berichten vom April und vom Juli 2018 sowie vom März 2019 führte die Augenärztin diese Befunde erneut auf und brachte die vermutete Retrobulbärneuritis

sinngemäss in einen Zusammenhang mit der Multiplen Sklerose (Urk. 7/315/1-2, Urk. 7/321/80 und Urk. 7/334).

Demgegenüber äusserte die Ophthalmologin

Dr. AK.____ des AG.____ Zweifel in Bezug auf die Diagnose von wiederholt durchgemachten akuten Sehnerventzündungen. Sie

begründete diese Zweifel damit, dass bei einer solchen Anamnese eine gewisse Atrophie des Sehnervenkopfes und ein blasser Sehnerv zu erwarten wären, was sie jedoch nicht habe feststellen können (vgl. Urk. 7/321/37), dies in Abweichung von der Diagnose einer Opticusatrophie durch Dr. T.____ (Urk. 7/321/39). Auch für die angegebene konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung erkannte Dr. AK.____ kein morphologisches Korrelat, sondern sie beschrieb Hinweise auf eine Aggravation bei der Gesichtsfelduntersuchung (vgl. Urk. 7/321/38+39), und die Art der geklagten Einschränkung entsprach nach ihrem Dafürhalten nicht dem zu erwartenden Gesichtsfeldausfall bei einer akuten Sehnerventzündung (Urk. 7/321/39). Dementsprechend erachtete Dr. AK.____ den Beschwerdeführer aus ophthalmologischer Sicht nicht als massgebend eingeschränkt (Urk. 7/321/40). Dies leuchtet

insbesondere angesichts der Hinweises des Neurologen Dr. AJ.____ und des Neuropsychologen lic. phil. AM.____ ein, dass der Beschwerdeführer mit dem Auto immerhin kürzere Strecken zurücklege, was bei Einschränkungen des Sehvermögens im geklagten Ausmass nicht möglich wäre (vgl. Urk. 7/321/60+64+73). So weit der Beschwerdeführer rügen liess, dass die ophthalmologische Begutachtung ohne Mitwirkung eines Dolmetschers durchgeführt worden sei (Urk. 1 S. 13), so konkretisierte er nicht, wieweit sich infolge seiner mangelhaften Sprachkenntnisse bei der augenärztlichen Untersuchung Unklarheiten oder Missverständnisse ergeben hätten. Die Abwesenheit eines Dolmetschers vermag die Schlussfolgerungen von Dr. AK.____ daher nicht in Frage zu stellen.

E. 8.4

Als internistische Diagnosen schliesslich nannte Dr. AC.____ der AA.____ im Jahr 2016 den bekannten Diabetes Mellitus sowie die ebenfalls bereits aktenkundig gewesene

Fettstoffwechselstörung, denen er indessen keine namhaften Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zuschrieb (Urk. 7/224/49-50). Damit übereinstimmend stellte Dr. AH. ___ des AG. ___ auch im Jahr 2018 keine allgemein internistischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/321/31-32). Da der Hausarzt Dr. I. ___ ebenfalls keine einschränkenden Diagnosen aus allgemeinmedizinischer Sicht erwähnte (vgl. Urk. 7/164/1-5), kann auf die übereinstimmende ärztliche Beurteilung abgestellt und vom Fehlen entsprechender Diagnosen ausgegangen werden. Soweit der Beschwerdeführer vorbrachte, die AA. ___ habe die neurogene Blasenfunktionsstörung zu Unrecht nicht als internistische Diagnose aufgeführt (vgl. Urk. 1 S. 4), so ist diese Störung medizinisch in einem Zusammenhang mit der neurologischen Diagnose der Multiplen Sklerose zu sehen (vgl. vorstehend E. 7.2.2), und es ist ihr somit dort Rechnung zu tragen.

E. 9

.

E. 9.1

Aufgrund der vorstehenden Ausführungen lassen sich die invalidenversicherungsrechtlich relevanten Diagnosen zuverlässig aus den vorhandenen medizinischen Unterlagen ableiten, und es bedarf hierfür entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2 und S. 16) keiner weiteren Begutachtung in Form eines Gerichtsgutachtens.

Zu prüfen ist damit, was sich aus den medizinischen Unterlagen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit im relevanten Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2019 ergibt.

E. 9.2.1

Die Beschwerdeführerin legte der Verneinung des Rentenanspruchs die Annahme zugrunde, dass der Beschwerdeführer in einer gesundheitlich angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei (Urk. 2). Dabei stützte sie sich, wie der Stellungnahme von PD Dr. AO. ___ vom 13. Februar 2019 zu entnehmen ist (Urk. 7/337/10), auf das Gutachten des AG. ___.

In der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass körperlich belastende Tätigkeiten nicht geeignet seien, dass der Beschwerdeführer jedoch in der zuletzt ausgeübten und in einer

angepassten, mehrheitlich sitzend zu verrichtenden intellektuell einfachen Tätigkeit eine maximale Präsenzzeit von 7-8 Stunden zu leisten vermöge und dass dabei ein vermehrter Zeitbedarf und ein leicht vermehrter Pausenbedarf gegeben sei, womit sich die Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum auf 80 % belaufe (Urk. 7/321 /

E. 9.2.2

Gemäss der Begründung in der Gesamtbeurteilung (Urk. 7/321/11+12) basieren die attestierten Limitierungen in qualitativer und zeitlicher Hinsicht auf den Beurteilungen aus neurologischer und aus psychiatrischer Sicht. Dabei werden den Diagnosen der Multiplen Sklerose und der rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode (ICD-10 F33.0) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zugebilligt. Der Neurologe Dr. AJ. ___

ging davon aus, dass der Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit sowie eine angepasste sitzende und

intellektuell einfache Tätigkeit vollzeitlich, aber mit erhöhtem Zeitbedarf verrichten könne, und bezifferte dementsprechend die Arbeitsfähigkeit auf 80 % , mit Beginn dieser Einschränkung im Untersuchungszeitpunkt vom Juli 2018 (Urk. 7/321 /65). Des Weiteren erachtete der Psychiater Dr. AL.____ den Beschwerdeführer in qualitativer Hinsicht für sämtliche körperlich angepassten Tätigkeiten als arbeitsfähig, limitierte dabei die Präsenzzeit auf 7-8 Stunden, attestierte dem Beschwerdeführer zusätzlich ein leicht eingeschränktes Rendement aufgrund der erhöhten Ermüdbarkeit durch die Depression und gelangte auf diese Weise zu einer 80%igen Arbeitsfähigkeit, deren Beginn er auf den Zeitpunkt im Jahr 2014 ansetzte, als ihm nach den Akten aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei (Urk. 7/321/57).

Die Gesamtbeurteilung entspricht in qualitativer Hinsicht der Beurteilung des Neurologen Dr. AJ.____ , der eine vorwiegend sitzende Tätigkeit empfahl, und deckt sich in zeitlicher Hinsicht mit den attestierten Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht, die in Bezug auf die etwas erniedrigten Präsenzzeiten und in Bezug auf den früheren Einschränkungsbeginn weiter gehen als die Einschränkungen aus neurologischer Sicht. Zu einer höheren Bemessung der Gesamteinschränkung sahen sich die Gutachter hingegen nicht veranlasst und begründeten dies damit, dass sich die Leistungseinbußen seitens der beiden Fachrichtungen nicht addierten, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten und die gleiche Symptomatik betroffen und dadurch nicht scharf trennbar sei (Urk. 7/321/12). Des Weiteren hielten die Gutachter fest, dass aus orthopädischer, ophthalmologischer und allgemeininternistischer Sicht keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten gestellt werden können und dass aufgrund der nicht validen Testresultate aus neuropsychologischer Sicht keine Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könnten (Urk. 7/321/11).

E. 9.3.1

Vorab ist festzuhalten, dass im Januar 2008 bereits die Gutachter der MEDAS C.____ den Beschwerdeführer für körperlich belastende im Sinne von beidhändig zu verrichtenden Tätigkeiten nicht mehr als arbeitsfähig beurteilt

hatten und ihm dementsprechend die zuletzt ausgeübte Arbeit als Gastronomie mitarbeiter, die häufiges Abwaschen umfasst und auch das Heben schwerer Küchengeräte verlangt hatte

(vgl. Urk. 7/25/10 sowie das Arbeitsprofil im Fragebogen Arbeitgebende, Urk. 7/11/7), nicht mehr zugemutet hatten (Urk. 7/25/16-17). Auch wenn sich in der Folge die Einschätzung, dass der Beschwerdeführer die linke Hand kaum mehr einzusetzen in der Lage sei, nach dem bereits Ausgeführten als zu pessimistisch erwies und die psychiatrische Diagnose der dissoziativen Störung in den Hintergrund trat , ist davon auszugehen, dass Tätigkeiten der Art, wie der Beschwerdeführer sie als Gastronomie mitarbeiter bei der Y.____ verrichtet hatte, auch in den Folgejahren bis zur Begutachtung durch die AA.____ und das AG.____ gesundheitlich nicht mehr in Betracht kamen. Dies gilt umso mehr, als die später angenommene Arbeit als Pizzakurier keinen beidhändigen Kraftaufwand erforderte, der vergleichbar mit demjenigen gewesen wäre, der für das Heben und Reinigen schwerer Küchengeräte erbracht werden musste.

Im Übrigen leuchtet jedoch ein, dass die Gutachter des AG.____ dem Beschwerdeführer erst ab der neuen Anmeldung vom August 2014 ,

als die ersten Symptome der Multiplen Sklerose manifest wurden und er sich nachfolgend in die psychiatrische Behandlung des Zentrums S.____ begab, dauerhaft bestehende zusätzliche Einschränkungen attestierten . Wohl war der Beschwerdeführer

aufgrund der Fussverletzung, die er im Dezember 2013 erlitten hatte, bereits in der

Zeit davor während einiger Monate arbeitsunfähig gewesen (vgl. hierzu das Unfalldossier der Basler, Urk. 7/86/1-49); gemäss dem Bericht der Klinik N.____ vom 30. September 2014 (Urk. 7/111/1 2) hatten sich bei der letzten Konsultation vom 24. Juni 2014 jedoch stabilisierte Verhältnisse gezeigt und eine Arbeitsunfähigkeit war, wie bereits dargelegt (vorstehend E. 6.2) , erst wieder für den Fall einer erneuten Operation postuliert worden. Die vorübergehend höheren Einschränkungen aufgrund der Fussverletzung sind daher für den frühestens ab Februar 2015 (vorstehend E. 3) in Betracht kommenden Rentenanspruch nicht relevant.

E. 9.3.2

Grundsätzlich einleuchtend ist des Weiteren auch das qualitative Zumutbarkeitsprofil einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit ab August 2014. Die Begründung für dieses Profil ergibt sich zwar nicht unmittelbar aus den Ausführungen der Gutachter. Vielmehr fällt auf, dass der Neurologe Dr. A.J.____ und ihm folgend die Verfasser der Gesamtbeurteilung den Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Pizzakurier in gleichem Mass als arbeitsfähig erachteten wie für die von ihnen als angepasst bezeichneten vorwiegend sitzend zu verrichtenden Tätigkeiten (vgl. Urk. 7/321/65 und Urk. 7/321/11-12). Nach dem bereits Ausgeführten muss allerdings davon ausgegangen werden, dass die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates ab August 2014 durch die sich teilweise überschneidenden und teilweise ablösenden Symptome der dissoziativen Bewegungsstörung und der Multiplen Sklerose beeinträchtigt war, wenn auch nicht im Ausmass, wie es vom Beschwerdeführer präsentiert wurde.

Dies spricht für die Empfehlung vorwiegend sitzender Tätigkeiten und lässt die Tätigkeit als Pizzakurier, mit deren Profil sich die Gutachter nicht näher auseinandersetzen, die jedoch bekanntermassen mit ständigem Ein- und Aussteigen aus dem Lieferwagen und vielen Gehstrecken verbunden ist, als ungeeignet erscheinen.

E. 9.3.3

Ebenfalls nachvollziehbar ist die Bemessung der Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf 20 % , bestehend in einer leicht verminderten Präsenzzeit, einem etwas erhöhten Zeitbedarf und einem gewissen zusätzlichen Pausenbedarf .

Soweit der Beschwerdeführer sich durch den Symptomenkomplex im Rahmen der Multiplen Sklerose und der damit verquickten psychischen Symptomatik als höher eingeschränkt erachtete (Urk. 1 S. 12-15) , so ist vorab auf die vorstehend beschriebenen Inkonsistenzen hinzuweisen, die im Rahmen sowohl der körperlichen Untersuchungen als auch der neuropsychologischen Abklärungen beobachtet werden konnten und denen die Gutachter mit eingehender Diskussion der massgebenden Kriterien der Rechtsprechung Rechnung trugen. Wie schon gesagt, ist es daher der Beschwerdeführer, der die Folgen dafür zu tragen hat, dass allfällige tatsächliche Beeinträchtigungen nicht zuverlässig festgestellt werden konnten.

Und soweit der Beschwerdeführer vorbringen liess (vgl. Urk. 1 S. 13) , dass der behandelnde Psychiater des Zentrums S.____ in seinen Berichten die gegenwärtige Episode der rezidivierenden depressiven Störung jeweils als mittelschwer eingestuft habe (vgl. Urk. 7/138/1, Urk. 7/259/6, Urk. 7/261/2, Urk. 7/315/6, Urk. 7/327/2), so ist auf die Schwankungen hinzu weisen, welche diagnose spezifisch für eine rezidivierende depressive Störung sind

und aufgrund welcher beispielsweise zur Zeit der Begutachtung durch Dr. AE.____ der AA.____

gar keine massgebliche depressive Symptomatik erkennbar war.

Diesen Schwankungen trug Dr. AL.____ des AG.____ durchaus Rechnung bei der Bemessung der Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, zumal im Falle einer

durchgehend leichten Depressivität nicht ohne Weiteres namhafte Einschränkungen in der Verrichtung der üblichen Aktivitäten zu erwarten wären (vgl. ICD-10 F32.0).

Grundsätzlich plausibel ist ferner auch die Begründung , mit der die Gesamtgutachter des AG.____ die attestierten Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit von je 20 % aus neurologischer und aus psychiatrischer Sicht nicht addierten . Diese würden sich vielmehr ergänzen und der vermehrte Pausen- und Erholungsbedarf sei beiden , nicht scharf trennbaren Beschwerdebildern geschuldet (Urk. 7/321 /12) .

Dies gilt umso mehr, als die Gutachter den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zusätzlich in qualitativer Hinsicht, mit einem entsprechend angepassten Zumutbarkeitsprofil, Rechnung trugen. Keiner weiteren Anpassung des Profils bedarf bis zum Zeitpunkt der Begutachtung die Blasenfunktionsstörung. Denn gemäss den Berichten des Kontinenzentrums

J.____ über die Konsultationen bis zum Frühjahr 2019 bestand die Problematik hauptsächlich in Schwierigkeiten, die Blase zu entleeren (Urk. 7/203, Urk. 7/248 , Urk. 7/284/5-6, Urk. 7/286, Urk. 7/315/5 und Urk. 7/336); erst anlässlich der Konsultation vom April 2020 berichtete der Beschwerdeführer auch über Episoden der Harninkontinenz (Urk. 21). Und soweit der Beschwerdeführer bereits im August 2016 eine gelegentliche Fäkalinkontinenz erwähnt hatte (vgl. Urk. 7/248), so wurde diese Problematik zwar in den späteren Berichten des Kontinenzentrums der

J.____

wieder aufgeführt , ohne dass sie jedoch Gegenstand von Untersuchungen und Behandlungen beziehungsweise einer Überweisung gewesen wäre. Auch seitens einer allfälligen Fäkalinkontinenz sind somit neben dem bereits berücksichtigten erhöhten Pausenbedarf keine relevanten zusätzlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erkennbar.

Bereits dargetan wurde schliesslich , dass der Beschwerdeführer in der Zeit ab der Anmeldung vom August 2014 bis zur Begutachtung durch das AG.____

aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht in der Verrichtung angepasster leichter Arbeiten nicht beeinträchtigt war, dass auch keine Beeinträchtigung des Sehvermögens, welche die Ausführung solcher Arbeiten beeinträchtigt hätte , nachgewiesen war und dass keine internistischen Diagnosen mit entsprechenden Auswirkungen bestanden.

E. 9.4

Damit kann für die Zeit ab der neuen Anmeldung vom August 2014 bis zur Erstellung des Gutachtens vom Oktober 2018 durch das AG.____

auf die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in diesem Gutachten abgestellt werden.

Demgegenüber hatten sich die behandelnden medizinischen Fachpersonen mit den von den Gutachtern beobachteten Inkonsistenzen nicht näher auseinanderzusetzen, weshalb auf deren höhere Bemessung der Arbeitsunfähigkeit nicht abgestellt werden kann. Umgekehrt trägt die Beurteilung im Gutachten der AA.____, wonach der Beschwerdeführer in angepassten, ebenfalls als überwiegend sitzend qualifizierten Tätigkeiten nicht als eingeschränkt zu erachten sei (neurologisch: Urk. 7/224/59, psychiatrisch: Urk. 7/224/67, gesamthaft: Urk. 7/224/77-78), der damals schon dokumentierten und bis zu einem gewissen Grad objektivierbaren Symptomatik zu wenig Rechnung. Dies gilt namentlich für die Einschränkungen von Seiten der Depression, deren schwankenden Ausprägungsgrad der Psychiater Dr. AE.____ der AA.____

nicht berücksichtigte.

E. 9.5

Was die Zeit nach der Begutachtung durch das AG.____ bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. September 2019 anbelangt, so sind den aktuellen Berichten des Zentrums S.____, des Zentrums P.____, des Stadtspitals M.____, der Augenärztin Dr. T.____ und des Kontinenzentrums

der J.____, die der Beschwerdeführer bis dahin beibringen liess (Urk. 7/327, Urk. 7/328, Urk. 7/333, Urk. 7/334 und Urk. 7/336), keine Hinweise auf massgebliche gesundheitliche Veränderungen zu entnehmen. Insbesondere war der Beschwerdeführer zwar im März 2019 wegen eines erneuten Schubes der Multiplen Sklerose während einiger Tage im Stadtspital M.____ hospitalisiert, die Magnetresonanztomographie zeigte jedoch stationäre Befunde im Vergleich zur Voruntersuchung vom Januar 2018, und das Spital konstatierte eine Regredienz der Symptomatik während des Aufenthaltes und bezeichnete den Verlauf als insgesamt erfreulich und stabil (Urk. 7/333/2). 10.10.1

Damit ist zu prüfen, ob und in welchem Umfang der Beschwerdeführer aufgrund der dargelegten, durch die Gutachter des AG.____ festgelegten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit eine Einkommenseinbusse erleidet. 10.2

In Fällen, in denen für die bisherige Tätigkeit bereits eine Arbeitsunfähigkeit von erheblicher Dauer und Ausprägung besteht, in angepassten Tätigkeiten hingegen

bislang ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt werden konnte beziehungsweise hätte erzielt werden können,

entsteht der Rentenanspruch im Falle einer gesundheitlichen Verschlechterung

rechtsprechungsgemäss unmittelbar dann, wenn die Invalidität mindestens 40 % beträgt, dies

unter Vorbehalt von Art. 29 Abs. 1 IVG (Urteil des Bundesgerichts 9C_878/2017 vom 19. Februar 2018 E. 5.3 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_412/2017 vom 5. Oktober 2017 E. 4.3).

Wie dargelegt (vorstehend E. 9.3.1), ist der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom Februar 2006 als durchgehend arbeitsunfähig zu beurteilen für die damalige Tätigkeit als

Gastronomie mitarbeiter bei der Y.____, die er in der Folge per Ende Mai 2007 unfallbedingt verloren hatte (vgl. das Kündigungsschreiben in Urk. 7/11 /10). Das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG war somit gestützt auf die dargelegte Rechtsprechung längst abgelaufen, als er sich im August 2014 erneut zum Renten bezug anmeldete, und war entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 7/337/12) nicht neu zu bestehen. Bei entsprechender Erwerbseinbusse wäre daher ein Rentenanspruch unter Berücksichtigung von Art. 29 Abs. 1 IVG bereits ab Februar und nicht erst ab August 2015 gegeben. 10.3

Bei der Ermittlung des Valideneinkommens ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in der Regel an den zuletzt erzielten Lohn vor Eintritt des Gesundheitsschadens anzuknüpfen, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bis herige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (vgl. BGE 139 V 28 E. 3.3 .2). Da der Beschwerdeführer nach dem Gesagten schon die Stelle bei der Y.____ gesundheitsbedingt hatte aufgeben müssen, ist das Valideneinkommen

entgegen den Berechnungen der Beschwerdegegnerin im Hinblick auf den Vorbescheid vom 27. Juni 2016 (Urk. 7/230) weder anhand seiner späteren Einkünfte als Pizzakurier noch anhand statistischer Angaben zu ermitteln, sondern es ist von den Einkünften auszugehen, die er im Rahmen seiner Tätigkeit als Gastro mitarbeiter bei der Y.____ erzielt hatte.

Gemäss den Angaben der Y.____ vom 22. Mai 2007 im Fragebogen für Arbeit gebende hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2007 bei guter Gesundheit einen Monatslohn von Fr. 3'674.-- beziehungsweise einen Jahreslohn von Fr. 47'762.-- (13 x Fr. 3'674.--) erzielt (Urk. 7/11/5). Unter Berücksichtigung der Entwicklung der Löhne von Männern resultiert für das Jahr 2015, das Jahr des mutmasslichen Rentenbeginns, ein Jahreslohn von

Fr. 51'939.-- (Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallohne, Männer, Index Basis 1939=100, Tabelle 39 : Jahr 2007: 2047 Indexpunkte; Jahr 2015: 2226 Indexpunkte). 10.4

Was das mutmassliche Invalideneinkommen betrifft, so kommen für den Beschwerdeführer, der lediglich die Grundschule durchlaufen hat und über keine Berufsausbildung verfügt (vgl. Urk. 7/1/4), nur Stellen in Betracht, für die es keiner Ausbildung bedarf, also Tätigkeiten aus dem Stellenspektrum des Kompetenzniveaus 1 (einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art) der massgebenden Tabelle TA1_tirage_skill_level (monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor)

der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE; Ausgabe 2014). In diesem Spektrum ist im Jahr 2014 für Männer ein Bruttomonatslohn von Fr. 5'312.-- angegeben (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50% aller Lohnangaben befinden [sogenannter Zentralwert], unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden). Umgerechnet auf die im Jahr 2014 durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik - Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (vgl. die zitierte Tabelle T 39 ; Jahr 2014: 2220 Indexpunkte, Jahr 2015: 2226 Indexpunkte) ergibt sich für das Jahr 2015 bei voller Leistungsfähigkeit ein Jahreslohn von Fr. 66'633.--. Dieser Ausgangswert ist aufgrund der attestierten 20%igen Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in angepassten

Tätigkeiten vorab um diesen Prozentsatz zu reduzieren, woraus ein Jahreslohn von Fr. 53'306.-- resultiert.

Dieser auf einer reduzierten Leistungsfähigkeit basierende Tabellen-Jahreslohn von Fr. 53'306.-- ist immer noch höher als der Lohn von Fr. 51'939.--, den der Beschwerdeführer im Jahr 2015 erzielt hätte, wenn er seine Vollzeitstelle bei der Y.____ beibehalten hätte. Eine Herabsetzung des Tabellenlohns aus diesem Grund ist jedoch nicht gerechtfertigt. Zwar ist nach der Rechtsprechung durch die so genannte Parallelisierung der Vergleichseinkünfte sicherzustellen, dass eine ver sicherte Person, die schon als Gesunde ein unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat, beim Einkommensvergleich nicht benachteiligt wird. Die Unterdurchschnittlichkeit bezieht sich jedoch auf den Vergleich mit dem branchenspezifischen Lohn und nicht auf den Vergleich mit den Löhnen sämtlicher Branchen (vgl. BGE 135 V 297 E. 6.1.2) . Dieser branchenübliche Lohn belief sich im Jahr 2014 für Männer

im Bereich «Gastgewerbe/Beherbergung u. Gastronomie» (Ziffern 55-56 der zitierten Tabelle TA1_tirage_skill_level) auf Fr. 4'035.--, was umgerechnet auf die Arbeitszeit von 42,4 Wochenstunden in dieser Branche (vgl. die Angabe zum Jahr 2014 in der zitierten Tabelle T 03.02.03.01.04.01; vgl. BGE 141 V 1 E. 5.4 mit Hinweisen) und angepasst an die Lohnentwicklung für das Jahr 2015 (vgl. oben T

39) einen Jahreslohn von Fr. 51'464.-- ergibt. Der Jahreslohn von Fr. 51'939.--, den der Beschwerdeführer im Jahr 2015 bei der Y.____ erzielt hätte, ist damit bezogen auf die Branche nicht unterdurchschnittlich, weshalb die Rechtsprechung zur Parallelisierung von Validen- und Invalideneinkommen nicht anwendbar ist. 10.5

Rechtsprechungsgemäss ist hingegen

durch eine Herabsetzung des tabellarisch ermittelten Lohnes um maximal 25 %

dem Umstand Rechnung zu tragen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen auch bei der Verrichtung einer an sich angepassten Tätigkeit in gewisser Masse eingeschränkt und dadurch erfahrungsgemäss gegenüber voll leistungsfähigen Arbeitnehmern lohnmassig benachteiligt sind; darüber hinaus dient eine solche Reduktion der Berücksichtigung von weiteren persönlichen und beruflichen Merkmalen, die sich auf die Lohnhöhe auswirken können, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.2.3 mit Hinweisen) .

Selbst beim maximal möglichen Abzug von 25 %

würde immer noch ein Invaliden-Jahreslohn von Fr. 39'980.-- resultieren (Fr. 53'306.-- abzüglich 25 %) , weshalb offen bleiben kann, ob ein Abzug beim Beschwerdeführer gerechtfertigt wäre.

Dieser Invaliden-Jahreslohn führt verglichen mit dem Validen-Jahreslohn von Fr. 51'939.-- erst zu einer gesundheitsbedingten Erwerbseinbusse von gerundet 23 % , womit der Mindestinvaliditätsgrad von 40 % für den Anspruch auf eine Invalidenrente nicht erreicht ist.

Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

E. 11

12).

Als Zeitpunkt des Beginnes der massgeblichen Einschränkungen nannten sie denjenigen der letzten Anmeldung vom August 2014 (Urk. 7/321/12).

E. 11.1

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 900.-- festzusetzen, sie sind jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 11.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hat keine Aufstellung über seine Aufwendungen und Auslagen eingereicht. Die ihm zustehende Entschädigung ist daher nach Ermessen auf Fr. 4'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

E. 11.3

Der Beschwerdeführer wird auf §

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungssgericht (GSVGer) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. 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.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler, Zürich, wird mit Fr. 4'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Stadler - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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