

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00015 vom 31. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00015

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00015 du 31 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00015 del 31 agosto 2020

Erwägungen

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

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

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

E. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein.

Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.6

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuschuss der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den

Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbedeutend (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 1.7

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

E. 1.8

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

E. 1.9

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

E. 2

Der Versicherte erhob am 9. Januar 2020 Beschwerde (Urk. 1) gegen die Verfügung vom 22. November 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zu gewähren (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1), eventuell sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach den notwendigen Abklärungen in der Sache neu entscheide (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, aus medizinischer Sicht hätten sich seit der letzten Verfügung vom 15. Januar 2016 keine erheblichen Veränderungen des Gesundheitszustandes ergeben.

Die in den beigelegten Berichten aufgeführten Befunde seien im Rahmen der Begutachtung durch die Y.____ bereits gewürdigt worden. Es sei somit weiterhin keine gesundheitliche Einschränkung nachvollziehbar, welche sich langandauernd und erheblich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke. Da keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe nachgewiesen werden können und weiterhin von keinem invalidisierenden Gesundheitsschaden auszugehen sei, sei auch keine Prüfung der Indikatoren angezeigt (S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), das neue Gutachten von Dr. med. Z.____ halte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und die Diagnosen Depression und posttraumatische Belastungsstörung mit depressiven und psychotischen Zügen fest (S. 5 f.). Das Bundesgericht gehe nach ständiger Rechtsprechung davon aus, dass mit dem Eintreten auf eine Neuanschuldung ein Revisionsverfahren im Sinne des Art. 17 Abs. 1 ATSG eröffnet werde. Die Beschwerdegegnerin scheine diese Rechtsauffassung zu teilen (S. 7 f.). Dieser Auffassung könne jedoch nicht gefolgt werden, denn die analoge Anwendung von Art. 17 ATSG auf Neuanschuldungen verstosse gegen den klaren Wortlaut dieser Bestimmung sowie weiterer gesetzlichen Bestimmungen (S. 8). Vorliegender Fall zeige eindrücklich auf, dass die herrschende Rechtsprechung dem Gerechtigkeitsprinzip, dem Gleichbehandlungs- und dem Gesetzmässigkeitsgrundsatz zuwiderlaufe, denn es erlaube der Beschwerdegegnerin aus rein formalistischen Gründen eine Anrechnung abzuweisen, ohne die notwendigen Abklärungen zu treffen (S. 11). Zusammenfassend werde festgehalten, dass zum Verfügungszeitpunkt kein gleicher Sachverhalt zur Beurteilung vorgelegen habe wie zum Zeitpunkt der erstmaligen Leistungsabweisung (S. 17 f.).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat und ob diesbezüglich der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. Die Beschwerdegegnerin ist auf die erneute Anrechnung des Beschwerdeführers vom 18. Juli 2019 (Urk. 10/112) materiell eingetreten. Es ist daher zu beurteilen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum zwischen der anspruchsverneinenden Verfügung vom 15. Januar 2016 (Urk. 10/97) beziehungsweise dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. Mai 2017 (Urk. 10/108) und der angefochtenen Verfügung vom 22. November 2019 (Urk. 2) inso weit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Rente besteht. 3. 3.1

Der Verfügung vom 15. Januar 2016 (Urk. 10/97) beziehungsweise dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 4. Mai 2017 (Urk. 10/108) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte zugrunde:

3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 14. Dezember 2012 (Urk. 10/13/10-12) und nannte als Diagnose eine posttraumatische Belastungsstörung. Er führte aus, es lägen aktuell eine Depressivität, Schlafprobleme,

Angstzustände, Konzentrationsstörungen und Schulterschmerzen vor (S. 1). Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig als Hauswart. Aktuell seien dem Beschwerdeführer im Rahmen einer Erschöpfungsdepression keine Tätigkeiten möglich, die Entscheidungen und selbständiges Handeln erfordern würden (S. 2). Aktuell handle es sich um ein behandelbares Leiden (S. 3). 3.3

Die Ärzte des B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 15. März 2013 (Urk. 10/25/10-13) und nannten folgende Diagnosen: - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer seine schweren Ein- und Durchschlafstörungen als besonders beeinträchtigend erlebe. Eine medikamentöse Therapie der mittelgradig depressiven Episode sei wünschenswert, werde jedoch vom Beschwerdeführer aufgrund von Nebenwirkungen (sexuelle Funktionsstörungen und

unerwünschte Schläfrigkeit) aktuell nicht toleriert (S. 2). Es gebe drei Alpträume, die immer wiederkehren würden, zunächst nur zwei- bis dreimal pro Jahr. Dann seit Mai 2012 täglich (S. 3). 3.4

Dr. A.____ berichtete erneut am 24. Juni 2013 (Urk. 10/25/3-7) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er die Folgen den: - protrahierte Dyspepsie bei HP-Gastritis - zirkuläre Hämorrhoiden Grad II-III - rezidivierende Fussbeschwerden bei Spreizfüßen beidseits - rezidivierendes panvertebrogenes Schmerzsyndrom - Kniebeschwerden rechts bei - Verdacht auf mediale Meniskusläsion - Verdacht auf chronische vordere Kreuzbandruptur

Er führte aus, dass die psychischen Probleme ausschlaggebend für die Prognose seien. Der Beschwerdeführer stehe gegenwärtig in psychiatrischer Behandlung. Es seien verschiedene Antidepressiva versucht worden, welche jedoch wegen Nebenwirkungen sistiert worden seien. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hauswart sei der Beschwerdeführer seit Oktober 2012 anhaltend arbeitsunfähig (Ziff. 1.5 und 1.6). Seit Oktober 2012 sei der Beschwerdeführer unfähig, sich auf Gedanken ausserhalb seiner psychischen Probleme zu konzentrieren und sei nicht im Stande, anderweitigen Tätigkeiten nachzugehen. Aktuell bestehe keine Möglichkeit einer Erwerbstätigkeit (Ziff. 1.7). 3.5

Die Ärzte des B.____, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, berichteten am 1. Juli 2013 (Urk. 10/32) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Sie führten aus, dass sie den Beschwerdeführer seit Februar 2013 behandeln würden (Ziff. 1.2). Er berichte von zunehmendem Unwohlsein mit schweren Schlafstörungen seit Mai 2012. Seit seinen Kriegserfahrungen habe er Alpträume gehabt, er leide jedoch erst seit einem Jahr sehr stark darunter. Seit Oktober könne er nicht mehr arbeiten, fühle sich vollkommen erschöpft, aber gleichzeitig extrem wach. Häufig komme es zu abrupten Panikattacken mit starkem Herzklopfen. Der Beschwerdeführer sei ein ordentlich gekleideter Patient mit ausgeprägtem Mittelstufenbedürfnis. Es bestünden subjektiv und objektiv deutliche Konzentrationsstörungen. Es bestehe kein Anhalt für relevante Auffassungsstörungen. Es bestehe ein sozialer Rückzug mit Vermeidungsverhalten trotz

bestehender guter Freund schaften. Der Antrieb sei deutlich reduziert und die Psychomotorik unauffällig. Als traumatisches Ereignis würden die Kriegsgeschehnisse im Kosovo angegeben. Er sei Opfer und Zeuge von Gräueltaten geworden. Es käme zu szenischen Wie dererleben der geschilderten Ereignisse im Rahmen von Flashbacks und Intrusionen und durch fast jede Nacht wiederkehrende Alpträume. Das Wiedererleben unter Tags werde getriggert durch Telefonläuten, Türklingeln, Klopfgeräusche und Schreie. Er vermeide laute Geräusche, insbesondere Schreie, Nachrichten hören (insbesondere Sendungen aus dem Kosovo) sowie soziale Kontakte. Es bestünden eine Schreckhaftigkeit bei lauten Geräuschen, eine starke Angstreaktion mehrmals täglich mit Herzklopfen, eine starke Nervosität, innere Unruhe, Schlafstörungen sowie Konzentrationsstörungen. Trotz Erschöpfung fühle sich der Beschwerdeführer gleichzeitig extrem wach. Die Symptomatik bestehe seit zirka einem Jahr, vermutlich seien die ersten Symptome konsekutiv nach der Scheidung aufgetreten. Seit einigen Monaten bestehe eine zunehmende Aggravierung der Symptome. Es bestehe eine Beeinträchtigung in allen Alltagsituationen. Aktuell bestünden eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis zum 31. März 2013, finanzielle Probleme, ein sozialer Rückzug sowie ein Gefühl der Überforderung (Ziff. 1.4 und 1.6). Aus psychiatrischer Sicht sei eine Teilzeitarbeit (falls aus somatischer Sicht nichts dagegen spreche dann auch als Hauswart) sicherlich zu 30-50 % ab sofort (Juli 2013) möglich (Ziff. 1.7). Eine engmaschige Psychotherapie sei dringend indiziert, aktuell in einer wöchentlichen Frequenz. Die depressive Symptomatik sollte zusätzlich mit einem antidepressiven Medikament behandelt werden, was der Beschwerdeführer aktuell aufgrund der Nebenwirkungen ablehne. Bei erfolgreicher Traumaexpositionstherapie sei mit einem Rückgang der Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung zu rechnen. Aktuell sei noch keine Prognose möglich, da die Therapie noch fortlaufend sei. Falls die Therapie gut anspreche, sei auf längere Sicht in den nächsten Jahren eventuell wieder von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Ziff. 1.8). Mit einer Erhöhung der Arbeitsfähigkeit über 50 % könne aktuell nicht gerechnet werden, allerdings sei dies aktuell nicht ausreichend beurteilbar (Ziff. 1.9). 3.6

Dr. med.

C.____, Assistenzärztin Psychiatrie, und Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, E.____, berichteten am 3. Juni 2014 (Urk. 10/52) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Sie führten aus, dass der Beschwerdeführer seit November 2013 bei ihnen in Behandlung sei (Ziff. 1.2). Die Konzentrationsfähigkeit des Beschwerdeführers sei vermindert. Im formalen Denken bestehe Grübeln über die aktuelle Situation sowie sein psychisches Zustandsbild. Er sei teilweise sprunghaft und leicht umständig. Es zeige sich eine gewisse Schwierigkeit, ein strukturiertes Gespräch zu führen. Ein affektiver Rapport sei herstellbar. Die Stimmung sei gedrückt. Affektiv zeige sich des Weiteren eine ausgeprägte innere Unruhe. Sozial habe sich der Beschwerdeführer zurückgezogen. Weiter bestünden Herzrasen und Engegefühl, Flashbacks und Intrusionen durch Wiedererleben, Bilder sowie Alpträume, Magenbeschwerden, Ein- und Durchschlafstörungen sowie Tag-/Nacht-Umkehr, dann wiederum zeitweise erhöhtes Schlafbedürfnis, erhöhte Erschöpfbarkeit und Müdigkeit und Rückenschmerzen. Zum aktuellen Zeitpunkt lasse sich keine genaue Prognose beurteilen, diese hänge unter anderem vom weiteren Therapieverlauf ab (Ziff. 1.4). Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache

des Beschwerdeführers sowie eine delegierte kognitiv-verhaltens therapeutisch orientierte Psychotherapie statt. Die Sitzungen fanden in der Regel im zweiwöchentlichen Rhythmus statt. Nach medikamentösen Behandlungen ver suchen und verbundenen Nebenwirkungen sei die medikamentöse Behandlung eingestellt worden (Ziff. 1.5). 3.7

Die Ärzte des Y.____ erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 21. September 2015 (Urk. 10/83) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchungen des Beschwerdeführers in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Allgemeine Innere Medizin, Neuropsychologie und Orthopädie/Traumatologie. Sie nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

8 lit . D Ziff. 1) und folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 lit . D Ziff. 2): - Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung (Z63.5) - Probleme in Verbindung mit ökonomischen Verhältnissen (Z59) - schädlicher Gebrauch von Nikotin (ICD-10 F17.1) - rezidivierende Verdauungsstörung mit Blähungen und Diarrhoe nach Konsum insbesondere von Milchprodukten, Tomaten und Früchten - anamnestic Abklärung hinsichtlich Laktoseintoleranz unauffällig und serologische Allergieabklärung ohne Befund - Gastro-ösophagealer Reflux - Status nach Eradikation einer Helicobacter pylori -positiven Gastritis zirka 2011 - Übergewicht - Hämorrhoiden Grad II - III

- Status nach Gummibandligatur 2009 - chronisches zervikales und lumbales Schmerzsyndrom bei freier Funktion und Ausschluss einer radikulären Defizitsymptomatik - Gonalgie rechts im kompensierten Zustandsbild ohne Zeichen einer Degeneration - chronische Metatarsalgie ohne strukturelles Korrelat Nach der interdisziplinären Konsultation führten sie aus, dass sich in der aktuellen Untersuchung psychiatrisch

keine objektivierbaren psychopathologischen Funktionsstörungen dar gestellt hätten. Zwar habe der Beschwerdeführer zahlreiche Symptome referiert , die jedoch artifiziell vorgetragen gewirkt hätten und keinen Leidensdruck hätten erkennen lassen . Hier hätten zahlreiche Inkonsistenzen bestanden . Die vorgängig gestellte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe wegen dieser Widersprüchlichkeiten nicht verifiziert werden können. Dagegen bestehe eine soziale Problematik, die beim Beschwerdeführer zu erheblicher Wut und Enttäuschung geführt habe , was von ihm auch wiederholt vorgetragen worden sei . Versuchsmedizinisch hätten diese Faktoren nicht berücksichtigt werden können . Depressive Auslenkungen hätten nicht validiert werden können . Der psychische Befund habe sich in allen Qualitäten regelrecht gezeigt . Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich psychiatrisch nicht begründen (S. 9 oben) . In der neuropsychologischen Untersuchung würden sich die Ergebnisse nicht verwerten lassen , da sich bezüglich späteren Arbeitstempos und in den Symptomvalidierungstests Auffälligkeiten gezeigt hätten . Aus psychiatrischer Sicht könnten psychopathologische Gründe für diese Phänomene ausgeschlossen werden (S. 9 Mitte) .

Orthopädisch seien keine Funktionsstörungen festgestellt worden . Insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und des rechten Knies hätten sich bei entsprechender Prüfung keine Auffälligkeiten gezeigt . Die geklagten Schmerzen hätten bei gesamthaft regelrechtem Befund klinisch kein Korrelat gefunden . Die Arbeitsfähigkeit sei aus orthopädischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 9 Mitte) .

Internistisch hätten ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können. Bis auf leichte Verdauungsstörungen und Übergewicht seien keine entscheidenden Störungen zu objektivieren gewesen. Bei angegebenem Schnarchen sei eine Abklärung im Schlaflabor anheimgestellt worden, wobei auf die gute Therapierbarkeit eines möglichen Schlafapnoesyndroms hingewiesen worden sei. Der klinische Befund sei in allen wesentlichen Qualitäten regelrecht gewesen. Die Arbeitsfähigkeit sei internistisch nicht eingeschränkt (S. 9 unten).

Aus interdisziplinärer Sicht hätten keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Funktionsstörungen objektiviert werden können. Gesamthaft sei hier die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (S. 9 unten).

Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich mittel schwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen ohne wesentliche Einschränkungen durchzuführen. In den übrigen Fachgebieten finden sich keine Einschränkungen (S. 9 unten).

Im polydisziplinären Konsens bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. In einer leidensadaptierten Tätigkeit

besteh e ebenfalls eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Es besteh e kein Anhalt für eine vorgängige länger dauernde Arbeitsunfähigkeit weder in der bisherigen noch in einer adaptierten Tätigkeit.

Differenzen in den anamnestischen Angaben zwischen den Gutachten würden auf subjektiven Aussagen des Beschwerdeführers beruhen. Diese Angaben hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und seien deshalb nicht nochmals anlässlich eines erneuten Gesprächs beziehungsweise Untersuchung verifiziert worden (S. 10).

Dem psychiatrischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit 2013 in psychiatrischer Behandlung bei Dr. C.____ sei. Er suche sie zirka alle drei bis vier Wochen auf. Auf die Frage, weshalb er nicht mehr in Behandlung im B.____ in der Trauma-Sprechstunde

sei, gebe der Beschwerdeführer an, dass die vorgängige Behandlerin in Zürich, Dr. F.____, zwar eine zugewandte Therapeutin gewesen sei, sie habe jedoch seine körperlichen Beschwerden nicht ernstgenommen und ihm bedeutet, dass diese alle psychisch seien. Dies habe nicht gestimmt und so habe er das Vertrauen verloren und nach E.____ gewechselt. Vor der Therapie in Zürich sei er bereits zweimal bei einem Psychiater gewesen, der es jedoch abgelehnt habe, ihn zu behandeln. Danach sei er bei einem Psychologen vorstellig geworden, dieser habe sich aggressiv und abwertend verhalten, so dass auch er heftige Aggressionen diesem gegenüber empfunden habe. Eine Therapie sei dadurch selbstverständlich nicht aufgenommen worden. In seiner jetzigen Behandlung fühle er sich soweit unterstützt. Der Beschwerdeführer berichte auch bei wiederholter Nachfrage an verschiedenen Stellen der Exploration, dass die Behandlung keinerlei Erfolg gehabt habe, sein Befinden sei gegenüber 2012 unverändert. Es hätte sich gar nichts geändert. Es seien diverse Medikamente ausprobiert worden. Das einzige Medikament, welches er vertragen habe, sei Avena

Sativa gewesen, dies habe er inzwischen aber auch abgesetzt (S.

15). In der Explorationssituation wirke der Beschwerdeführer durchgehend aufmerksam und konzentriert. Der Spannungsbogen könne während des gesamten Gesprächs gehalten

werden. Bei erheblichen angegebenen subjektiven menschlichen Schwierigkeiten bestünden aus objektiver Sicht keine Einschränkungen

hinsichtlich des Langzeit- und Kurzzeitgedächtnisses. Krankhafte Persönlichkeitsmerkmale lägen nicht vor. Es bestünden

ein gutes Durchsetzungsvermögen mit Wahrung der Eigeninteressen sowie eine etwaig eingeschränkte Frustrationstoleranz ohne krankhaften Hintergrund (S. 18). Zur neuropsychologischen Untersuchung wurde ausgeführt, dass keine aus sagekräftigen Ergebnisse hätten erhoben werden können. Zwei eingesetzte Symptomvalidierungsverfahren seien im deutlich auffälligen Bereich gewesen. Das Arbeitstempo sei gegen Ende der Untersuchung unnachvollziehbar langsam gewesen. Eine Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit oder dem Tätigkeitsprofil sei aus neuropsychologischer Sicht nicht möglich gewesen (S. 19). Zum Zeitpunkt der Scheidung von der Exfrau hätten nach Angaben des Beschwerdeführers Symptome begonnen, die nach Aufnahme einer späteren Behandlung im B. ___ im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung gedeutet worden seien. Die Symptome würden hier artifiziell wirkend beschrieben. Sie seien nach Angaben des Beschwerdeführers bis heute trotz durchgeführter

Therapie unverändert vorhanden. Aus objektiver Sicht sei der psychische Befund mit der geschilderten

Symptomatik nicht vereinbar, hier lägen deutlich Inkonsistenzen vor. Es bestehe eine durchsetzungsfähige starke Ich-Funktion, eine ausgeprägte Willens- und Antriebsbildung. Depressive Äquivalente lägen nicht vor, ebenso wenig wie erhöhte Schreckhaftigkeit oder Angst. Der Beschwerdeführer sei sozial gut eingegliedert, reise regelmässig in sein Heimatland. Er habe 2013 eine Beziehung zu einer im Kosovo lebenden Frau intensiviert und sie 2013 geheiratet. Es bestünden keine Persönlichkeitsdefizite. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome seien in der Beobachtung so nicht nachvollziehbar. Sie wirkten zudem sehr stereotyp vorgetragen. Der völlig einheitliche Verlauf ohne Schwankungen oder Änderungen seit 2012 sei zudem aus psychiatrischer Sicht wenig nachvollziehbar. Die entscheidenden Funktionen bezüglich Kognition, Willens- und Antriebsbildung, Affektivität und Persönlichkeiten seien intakt. Auffällig seien etwas fremdaggressiv getönte Impulse und eine geringe Frustrationstoleranz, dies jedoch ohne Krankheitswert und bereits langjährig beschrieben. Ein Krankheitswert komme diesen Impulsen nicht zu. Insgesamt zeigten sich keine

die Arbeitsfähigkeit einschränkende nachweisbare psychopathologische Funktionsstörungen, so dass aus psychiatrischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Versicherten entgegen seiner Auffassung gegeben sei (S. 20).

Dem orthopädisch-rheumatologischen Teilgutachten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich des Achsenorgans, insbesondere im Bereich der Halswirbelsäule

(HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), klagt. Bei der Untersuchung der Wirbelsäulenfunktion stelle sich diese als frei und nicht eingeschränkt dar. Die Arm- und Beinumfangsmessungen würden nicht auf eine seitendifferente Gebrauchsminderung der Extremitäten hinweisen. Zeichen einer radiologischen

Defizitsymptomatik lägen ebenfalls nicht vor. Radiologisch zeige sich ein altersentsprechender Normalbefund. Seitens des rechten Kniegelenkes stelle sich klinisch

ein stabiles reizarmes Knie mit sehr guter Funktion dar. Das radiologische Bild zeige einen alters entsprechenden Normalbefund, Zeichen einer fortgeschrittenen Arthrose lägen nicht vor. Die geklagten Schmerzen seien klinisch nicht nachvollziehbar und würden sich orthopädisch-strukturell nicht begründen lassen.

Im Bereich des linken Vorfusses würden Schmerzen metatarsal angegeben. Die sich dort einstellenden „kalten“ Schmerzen würden ebenfalls kein strukturelles Korrelat aufweisen. Aus orthopädischer Sicht sei der Beschwerdeführer in der Lage, körperlich mittelschwere Tätigkeiten überwiegend im Stehen, Gehen und Sitzen ohne wesentliche Einschränkungen durchzuführen.

Mit dem Befundbericht vom 5. September 2005 werde eine Kreuzbandruptur ohne massive Instabilität des rechten Kniegelenks beschrieben. Eine Instabilität könne auch zum heutigen Zeitpunkt nicht festgestellt werden (S. 37).

Aus neuropsychologischer Sicht wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer im Gespräch stark abschweifend gewesen sei, teils an der Frage vorbeiredend. Es sei schwierig gewesen, konkrete Informationen über den Tagesablauf oder ähnliches zu erhalten, da der Beschwerdeführer immer wieder auf sein psychisches Erleben zu sprechen gekommen und stark auf seine psychischen Beschwerden fixiert gewesen sei. In der Testsituation habe sich ein problemloses Instruktionsverständnis gezeigt. Die Konzentration sei schwankend und im Verlauf rasch abnehmend gewesen. Das Arbeitstempo habe sich ebenfalls stark verlangsamt. Das Vorgehen bei komplexeren Aufgaben sei assoziativ und unsystematisch gewesen. Auf Fehler habe der Beschwerdeführer keine besondere Reaktion gezeigt (S. 41).

In der neuropsychologischen Untersuchung hätten keine aussagekräftigen Ergebnisse erhoben werden können. Die beiden standardmässig eingesetzten Symptomvalidierungsverfahren seien beide im deutlich auffälligen Bereich gewesen, was darauf hinweise, dass seitens des Beschwerdeführers nicht durchgehend eine ausreichende Anstrengungsbereitschaft aufrechterhalten werden könne. Zu Beginn der Untersuchung habe der Beschwerdeführer noch grösstenteils altersentsprechend durchschnittliche Ergebnisse erzielt, die Leistungen hätten aber sehr schnell sehr stark nachgelassen. Das Arbeitstempo sei gegen Ende der Untersuchung unnachvollziehbar langsam gewesen. Möglich sei, dass es dem Beschwerdeführer aus psychischen Gründen nicht gelinge, sich ausreichend auf die gesamte Dauer einer neuropsychologischen Testung einzulassen. Aus oben beschriebenen Gründen könne aus neuropsychologischer Sicht keine Stellung zu Arbeitsfähigkeit oder Tätigkeitsprofil genommen werden (S. 43).

3.8

Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm am 18. Januar 2016 Stellung (Urk. 10/101/14-15) und führte aus, dass sie an der Diagnosestellung und den erhobenen Befunden gemäss ihrem Bericht vom 3. Juni 2014 festhalte. Der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seither nicht verändert. Er sei aus psychiatrischer Sicht in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt und vermindert belastbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50% (S. 1). Die bisherigen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer, die Explorationen und die testpsychologischen Untersuchungen hätten gezeigt, dass beim Beschwerdeführer komorbid zur posttraumatischen Belastungsstörung eine depressive Störung bestehe. Dies zeige sich durch Herzrasen und Engegefühl, Angstzustände, Flashbacks und Intrusionen, Wiedererleben

durch Bilder und Alpträume sowie innere Unruhe, Freud- und Interesse losigkeit, ein Gefühl der inneren Leere und Libidoverlust (S. 2). 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 22. November 2019 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte vor:

4.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, H.____, erstattete sein psychiatrisches Gutachten zuhanden des Bezirksgerichts I.____ am 6. Juni 2018 (Urk. 10/115) gestützt auf die Akten sowie die Untersuchung des Beschwerdeführers. Er nannte als Haupt diagnose (S. 108) eine rezidivierende leicht- bis manchmal mittelgradige depressive Störung (ICD-10 F33.1), eine unterschwellige bis maximal leichtgradige post traumatische Belastungsstörung (PTBS; S. 109), eine somatoforme Schmerz störung (S. 110) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (S. 111). Er führte aus, nur zwei der vier psychiatrischen Diagnosen stellten für sich genommen eine hin reichen d gesicherte Störung dar. Die rezidivierende Depression sei hauptsächlich leicht ausgeprägt, ihre letzte Episode seit 2012 aber inzwischen fortgeschritten chronifiziert. Ihre Symptombelastung allein würde noch kein schweres Leiden und einschneidende psychosoziale Funktionseinbussen inklusive Arbeitsun fähig keit ausmachen können. Die somatoforme Schmerzstörung sei ebenfalls persi stent und oft ein dominanter Teil des subjektiven Leidens des Beschwerdeführers, welchen er aber noch immer als nicht erkanntes Körperproblem betrachte. Sie trage erheblich zur Symptombelastung bei. Die PTBS bleibe eher unterschwellig, manifestiere sich maximal leichtgradig, erhöhe aber so oder anders die Symptom belastung. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge dürften zudem mit im Spiel sein, dass sich einige Hauptsymptome der anderen Diagnosen eher verhärten als lösen würden. Klinisch sei bei der gesamthaften Symptombelastung und der assoziierten Dysfunktionalität von einer mittelgradigen psychischen Störung aus zugehen. Es liege ein deutlich leistungseinschränkender gesamthafter psychischer Krankheitszustand vor, zum Beispiel äquivalent zu einer anhaltenden mittelgra digen depressiven Episode oder einer mittelgradigen PTBS, seit spätestens Okto ber 2012 und auch ab 2015 (S. 111).

Der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Oktober 2012 subjektiv nicht mehr im stande, weder seiner zuletzt verrichteten Erwerbstätigkeit als Hauswart und Ge bäudemanager einer Serviceorganisation noch einer anderen Arbeit nachzu ge hen. Aus Sicht des Gutachters sei beim Beschwerdeführer eine anhaltende voll ständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der konstanten Symptombelastung plausi bel und pauschal seit Oktober 2012 und auch ab 2015 bis heute attestierbar (S.

114 f.). Grundsätzlich sei davon auszugehen, dass sich die Arbeitsfähigkeit beim Be schwerdeführer wieder entwickeln lasse. Eine schwere chronische psychische Störung mit impliziter Dauerinvalidisierung liege nicht vor. Die aktuell anhal tenden Störungen hätten sich aber bis anhin nicht wirksam behandeln lassen und führten durch ihre fortgesetzte Dauer zu einem problematischen Verlust einer arbeitsbezogenen Leistungsroutine und Selbstwirksamkeitserfahrung. Von einer bereits etablierten Invalidisierungsüberzeugung, wie sie schon in den Gutachten von 2014 und 2015 angenommen worden sei, gehe das vorliegende Gu tachten aber nicht aus (S. 115 Mitte). Die diagnostizierten psychischen Störungen beim Beschwerdeführer seien behandelbar. Die bereits mehrjährigen Behandlungsver suche seit 2012 seien aber bisher nicht erfolgreich gewesen. Es seien mehrere Faktoren anzunehmen, welche das negative Resultat erklären könnten. In erster

Linie falle auf, dass bislang keine konsequente störungs- und problemspezifische Psychotherapie zustande gekommen sei (S. 115 unten).

4.3

Dipl. med. J. ____, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, nahm am 16. August 2019 Stellung (Urk. 10/117/3) und führte aus, der Gutachter Dr. Z. ____, gehe von einer seit 2012, respektive 2015 bestehenden mittlerweile chronifizierten mittelschweren psychischen Störung aus. Der Gutachter habe rückwirkend weiterhin ab 2012/2015 eine vollständige Erwerbsunfähigkeit auch unter Abzug einer leichten Aggravationstendenz attestiert. Dennoch habe er dem Beschwerdeführer auch Ressourcen attestiert. Aus seiner Sicht ergäben die ein gereichten Unterlagen keine neuen medizinischen Sachverhalte, welche nicht auch schon durch das Y. ____, gewürdigt worden seien. Zudem seien die bisherigen medizinischen Massnahmen nicht ausreichend, so dass noch nicht von einem therapieresistenten Gesundheitsschaden ausgegangen werden könne. 5. 5.1

Wie der Beschwerdeführer ausführte (Urk. 1 S. 7 ff.), geht das Bundesgericht nach ständiger Rechtsprechung davon aus, dass mit dem Eintreten auf eine Neuankündigung im Sinne von Art. 87 Abs. 3 IVV in analoger Weise wie bei einem Revisionsverfahren nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen ist (BGE 133 V 108 E.

5.2; vgl. beispielsweise Urteil des Bundesgerichts 8C_398/2017 vom 1. März 2018 E. 2 ; vgl. vorstehend E. 1.5). Das hiesige Gericht sieht keine Veranlassung, von dieser konstanten Rechtsprechung des Bundesgerichts abzuweichen.

Dabei gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1), Anlass zur Rentenrevision.

Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschleunigt der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen). 5.2

Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom Mai 2017 im Verfahren IV.2016.00241 (Urk. 10/108) - welches die letzte materielle Überprüfung des Rentenanspruchs darstellt - wurde die angefochtene Verfügung vom 15. Januar 2016 (Urk. 10/97) geschützt. Gestützt auf die Beurteilungen der Y. ____, -Gutachter (vorstehend E. 3.7) wurde davon ausgegangen, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Die somatischen Beschwerden wurden als klinisch nicht

nachvollziehbar und orthopädisch-strukturell nicht begründbar beurteilt. In der Untersuchung konnten keine

objektive psychopathologische Funktionsstörungen dargestellt werden (Urk. 10/108 E. 4.2). Die vom Beschwerdeführer vorgetragene zahlreichen Symptome liessen aus psychiatrischer Sicht keinen Leidensdruck erkennen, wobei diesbezüglich zudem zahlreiche Inkonsistenzen bestanden. Sodann wurde aus psychiatrischer Sicht das Vorliegen der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung verneint. So ging auch aus den übrigen Akten nicht klar hervor, wie die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung durch die behandelnden Ärzte zustande kam. Allfällige innerhalb eines halben Jahres seit den erwähnten Ereignissen (Kriegsgeschehen im Kosovo und in Bosnien) aufgetretene Probleme im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung waren aus den Akten nicht ersichtlich. Vielmehr lagen die erwähnten Ereignisse im Dezember 2012, als erstmals von einer posttraumatischen Belastungsstörung die Rede war, rund 20

Jahre zurück. Die bei einer posttraumatischen Belastungsstörung typische Latenzzeit von 6 Monaten war somit in diesem Zeitpunkt bereits um ein Mehrfaches überschritten. Weiter wurde festgehalten, dass soweit die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung mit allfälligen Kriegserlebnissen im Kosovo oder in Bosnien begründet wird, dies insbesondere

gestützt auf die Ausführungen im Y.____-Gutachten nicht zu überzeugen vermochte. So erschien es widersprüchlich, dass sich der Beschwerdeführer zu Ferien-/Reisezwecken in das Land begibt, in welchem die für ihn traumatisierenden Kriegsgeschehen passiert sein sollen. Weiter wurde auch die von den behandelnden Psychiatern gestellte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode aufgrund der konkreten Umstände als nicht nachvollziehbar erachtet. So wurde anhand der erhobenen Befunde sowie des Umstandes, dass der Beschwerdeführer keine

Medikamente einnahm und eine psychiatrische Behandlung lediglich alle drei bis vier Wochen stattfand eher auf einen geringen Leidensdruck geschlossen (E. 4.3-4.4). 5.3

Aus psychiatrischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen mit dem seither eingegangenen medizinischen Gutachten auf keine wesentliche beziehungsweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung erfolgten Abklärungen wurden keine neuen psychopathologischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären.

So führte der Gutachter Dr. Z.____ (vorstehend E. 4.2) zum körperlichen und psychischen Befund aus, dass die Bewegungen des Beschwerdeführers im Gehen und Sitzen stets frei und rund erschienen seien, der Beschwerdeführer meist normal und unauffällig im Sessel gesessen sei, sich darin angemessen bewegt und in keinem Moment besondere Schmerzen und Einschränkungen im Bewegungsapparat vermittelt habe. Der Beschwerdeführer sei die meiste Zeit emotional recht beweglich, affektiv adäquat und in vertrauensvoller und zumeist mitschwinger Art auf sein Gegenüber bezogen geblieben. Er habe über ausreichende Energien verfügt, um bis zu zweistündige Untersuchungsgespräche in streckenweise hoher Kadenz zu führen (Urk. 10/115 S. 72). Der Beschwerdeführer sei kaum über ein normales Mass hinaus ermüdet. Auch habe es keine Hinweise gegeben, dass

er sich herausgearbeitete Aussagen und Themen im Ablauf der Begutachtung nicht ausreichend merken oder länger habe behalten können. Deutlicher hätten sich bei ihm einige formale Denkstörungen leichteren bis mässigen Grades gezeigt. So habe er einen hohen Rededrang gehabt und sei immer wieder in seine subjektiven Leidens-, Beeinträchtigungs- und Beendigungsthemen ab- und aus geschweift (S. 73). Es habe sich keine pathologische Instabilität der Stimmungen und der Affekte gezeigt (S. 76 unten). Dr. Z.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer bisher zwei ausgeprägte psychische Störungsphasen erfahren habe, eine erste von 2000-2003 und eine zweite seit 2011/2012, die sich in zwischen über sechs Jahre bis heute fortsetze (S. 102). Der psychische Krankheitszustand des Beschwerdeführers liege seit spätestens Oktober 2012 und auch ab 2015 vor (S. 111 Mitte). Eine körperliche Gesundheit ohne Leistungseinschränkung sei auch seit 2012 beziehungsweise seit 2015 gegeben (S.

112 oben). Gestützt darauf attestierte Dr. Z.____ dem Beschwerdeführer eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der konstanten Symptombelastung seit Oktober 2012 und auch ab 2015 bis heute (S. 114 f.).

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers werden im Gutachten von Dr. Z.____ somit ausdrücklich als seit 2012 beziehungsweise 2015 bestehend beschrieben. Aus dem Gutachten gehen keine neuen Beschwerden hervor und es werden auch keine psychopathologischen Befunde beschrieben, welche zu wesentlichen (neuen) funktionellen Einschränkungen führten. Es liegt vielmehr eine im Vergleich zu den früheren Berichten andere Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor. So wurden sowohl das Schmerzsyndrom, wie auch die Diagnosen einer PTBS und einer depressiven Störung bereits im Y.____ -Gutachten ausführlich gewürdigt. Der in psychiatrischer Hinsicht gleich gebliebene Sachverhalt wurde somit lediglich anders beurteilt, was keinen Revisionsgrund darstellt. Eine Verschlimmerung des Zustandes liess sich nach dem Gesagten nicht dokumentieren, zumal keine neu hinzugekommenen Beschwerden oder Pathologien feststellbar gewesen waren. Es ist somit nicht nachvollziehbar, weshalb bei im Wesentlichen gleichen klinischen Befunden aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte.

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

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor sowohl in der angestammten Tätigkeit, als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Bei voller Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit besteht ohne weiteres kein Rentenanspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_786/2013 vom 14. Januar 2014 E. 4.2), weshalb auf die Durchführung eines Einkommensvergleichs verzichtet werden kann.

Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im Januar 2016 beziehungsweise Mai 2017 weder zu einer wesentlichen Veränderung der festgestellten Befunde noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen, womit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann (vgl. BGE 141 V 281).

Der angefochtene Entscheid ist somit rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.
6. 6.1

Der Beschwerdeführer beantragte die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung der mandatierten Anwältin als unentgeltliche Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 3). 6.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Verbeiständung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Verbeiständung notwendig oder doch geboten ist (BGE 103 V 46, 100 V 61, 98 V 115). 6.3

Die unentgeltliche Rechtspflege kann nur gewährt werden, wenn die Rechtsvorkehr nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos sind nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Prozessbegehren anzusehen, bei denen die Gewinnaussichten (ex ante betrachtet) beträchtlich geringer sind als die Verlustgefahren und die deshalb kaum als ernsthaft bezeichnet werden können. Dagegen gilt ein Begehren nicht als aussichtslos, wenn sich Gewinnaussichten und Verlustgefahren ungefähr die Waage halten oder jene nur wenig geringer sind als diese. Massgebend ist, ob eine Partei, die über die nötigen finanziellen Mittel verfügt, sich bei vernünftiger Überlegung zu einem Prozess entschliessen würde; eine Partei soll einen Prozess, den sie auf eigene Rechnung und Gefahr nicht führen würde, nicht deshalb anstrengen können, weil er sie nichts kostet (BGE 133 III 614 E. 5 mit Hinweisen). 6.4

Im vorliegenden Verfahren war im Wesentlichen lediglich die Frage, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers vorliegt, strittig.

Die vom Beschwerdeführer gegen die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Würdigung des eingereichten Gutachtens vorgebrachten Einwände sind nicht stichhaltig und der konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung widersprechend, so dass von einer erfolgversprechenden Anfechtung der Verfügung nicht die Rede sein kann. Der Beschwerdeführer vermochte weder darzutun, dass bei ihm eine durch einen nachweisbaren Gesundheitsschaden verursachte wesentliche Veränderung der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit besteht, noch brachte er weitere relevante Rügen vor.

Angesichts der klaren Sach- und Rechtslage sowie der entsprechenden konstanten bundesgerichtlichen Rechtsprechung konnte der Beschwerdeführer daher nicht ernsthaft damit rechnen, dass seine Beschwerde gutgeheissen würde. Sein Begehren erweist sich daher als aussichtslos.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde als aussichtslos zu betrachten und das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche Rechtsvertretung aus diesem Grund abzuweisen. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung

und unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 7

Februar 2020 (Urk.

E. 9

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 10. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 11).

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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