

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00026 vom 7. Dezember 1993**

ZH Sozialversicherungsgericht, 1993-12-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00026](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00026)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00026 du 7 décembre 1993

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00026 del 7 dicembre 1993

## **Erwägungen**

### **E. 1**

4. November 2000, dass ihm unter Einstellung der Tag-geldzahlungen per Ende November 2000 weiterhin die 10%ige Invalidenrente gewährt werde ( Urk. 10 /15; vgl. die Sachverhaltsdarstellung im Urteil des Prozes ses Nr. IV.2005.01037 vom 3 1. Januar 2006, Urk. 10 /89/1-15).

Die Y. \_\_\_ AG hatte das Arbeitsverhältnis mit dem Versicherten per Ende September 1999 gekündigt (vgl. Urk. 10 /8/4 und die Telefonnotiz der IV-Stelle vom 20. August 1999, Urk. 10 /11).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden 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**

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 Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte

Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und 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. 1.3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hin gegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.3.1**

X.\_\_\_\_

liess zum einen Einwendungen zum Vorbescheid der IV-Stelle vom 1. September 1999 und zum andern Einsprache gegen die Verfügung der Suva vom 14. November 2000 erheben.

#### **E. 1.3.2**

Die IV-Stelle nahm Rücksprache mit Dr. med. A.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der den Versicherten seit Oktober 2001 behandelte (Telefonnotiz vom 8. Oktober 2001, Urk. 10/25).

In der Folge gab die IV-Stelle bei der MEDAS B.\_\_\_\_ eine multidisziplinäre Begutachtung des Versicherten in Auftrag. Die MEDAS B.\_\_\_\_ erstattete das Gutachten am 16. Februar 2004 (Gesamtgutachten des fallverantwortlichen Arztes Dr. med. C.\_\_\_\_ mit dem rheumatologischen Fachgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_, dem psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med.

E.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und dem orthopädischen Teilgutachten von Dr. med.

F.\_\_\_\_, Urk. 10/45).

#### **E. 1.3.3**

Mit Verfügung vom 3. Dezember 2004 verneinte sie dessen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 10/67). Die gegen die Rentenverfügung erhobene Einsprache wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 18. Juli 2005 ab (Urk. 10/80).

Mit Entscheid vom 7. Mai 2004 hatte die Suva die Einsprache des Versicherten gegen die Verfügung vom 14. November 2000 ebenfalls abgewiesen (Urk. 10/54/2-8).

### **E. 1.4**

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).

Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

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

### **E. 1.5**

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. 1.6**

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

### **E. 1.7**

Per 1. November 2011 schloss X.\_\_\_\_ einen Arbeitsvertrag im Sinne eines Praktikums mit der K.\_\_\_\_ GmbH ab und liess der IV-Stelle den Vertrag zukommen (Urk. 10/153). Die IV-Stelle leitete danach im Frühjahr 2013 erneut ein Rentenrevisionsverfahren ein. Sie teilte dem Versicherten daraufhin mit Vorbescheid vom 12. Juni 2013 mit, dass sie seine Rente aufzuheben gedenke, da die Diagnosen, die zur Rentenzusprechung geführt hätten, zu den ätiologisch-pathogenetisch unklaren syndromalen

Zustandbildern ohne nachweisbare organische Grundlagen gehörten, die rechtsprechungsgemäss in der Regel keine rentenrelevante Beeinträchtigung in der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten (Urk. 10/162; Feststellungsblatt in Urk. 10/160). Der Versicherte liess mit den Eingaben vom 21. Juni und vom 17. Juli 2013 Einwendungen erheben und beantragen, ihm sei weiterhin mindestens eine Viertelsrente auszurichten (Urk. 10/163 und Urk. 10/166).

Aufgrund der Einwendungen gab die IV-Stelle bei der MEDAS L.\_\_\_\_ ein weiteres polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Gutachten von Prof. Dr. M.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie, Chefarzt, Dr. med. N.\_\_\_\_, Spezialärztin für Orthopädie und Traumatologie, Hauptgutachterin, Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt für

Allgemeine Innere Medizin, Teilgutachter, und Dr. med.

P.\_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Teilgutachter, Urk. 10 /175; Untersuchungen vom Februar 2014, Versand im April 2014). Mit Schreiben vom 29. April 2014 teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie seinen künftigen Anspruch auf eine Invalidenrente nicht, wie im Vorbescheid vom 12. Juni 2013 beabsichtigt, nach den Grundsätzen für Beschwerdebilder ohne organische Grundlagen prüfen, sondern das ordentliche Revisionsverfahren anwenden werde (Urk. 10 /176).

Mit einem neuen Vorbescheid vom 13. Juni 2014 stellte die IV-Stelle wiederum die Einstellung der Rente in Aussicht, diesmal mit der Begründung, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit der letzten Verfügung vom 4. Juli 2008 verändert habe und der Invaliditätsgrad nur noch 21 % betrage (Urk. 10 /179; Feststellungsblatt in Urk. 10 /178). Der Versicherte liess mit den Eingaben vom 14. August und vom 9. September 2014 wieder Einwendungen vorbringen (Urk. 10 /183 und Urk. 10 /188) und berief sich auf ein Zwischenzeugnis der Q.\_\_\_\_ GmbH vom 15. August 2014 (Urk. 10 /187/1) und auf ein Zeugnis von Dr. A.\_\_\_\_ vom 3. September 2014 (Urk. 10 /187/2). Die IV-Stelle holte daraufhin bei der MEDAS L.\_\_\_\_ die Ergänzungen vom 26. November 2014 ein (Urk. 10 /189 und Urk. 10 /192/2-3). Nachdem der Versicherte hierzu mit Eingabe vom 30. Dezember 2014 Stellung nehmen liess (Urk. 10 /197), entschied die IV-Stelle mit Verfügung vom 12. Februar 2015 im Sinne ihres Vorbescheids und hob die Rente auf Ende des der Zustellung folgenden Monats auf (Urk. 2 = Urk. 10 /199).

Nachträglich gelangte ein Bericht des Kantonsspitals R.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2014 zu den Akten der IV-Stelle (vgl. Urk. 10 /203/1), gemäss dem der Versicherte am Vortag auf die linke Schulter und die linke Hüfte gestürzt war (Urk. 10 /200/1-2), und ein Zeugnis von Dr. S.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2015 mit dem Attest einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit dem 9. Januar 2015 (Urk. 10 /200/3). Die IV-Stelle holte dazu die Stellungnahme des RAD-Arztes pract. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, vom 7. März 2015 ein (Urk. 10 /203/2).

Die gegen die Verfügung vom 12. Februar 2015 erhobene Beschwerde (Urk. 10/202/3-7) wies das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 30. August 2016 im Verfahren IV.2015.00250 ab (Urk. 10/219). Dieses Urteil erwuchs in Rechtskraft.

### **E. 1.8**

Infolge Verschlechterung vor allem der linken Schulter meldete sich der Versicherte am 12. September 2016 erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/221). Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 10/223) und verneinte gestützt auf die Beurteilung des RAD-Arztes med. pract. T.\_\_\_\_

vom 3. März und 20. Juni 2017 (Urk. 10/254/3-5) mit Verfügung vom 20. November 2017

eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einen Rentenanspruch (Urk. 10/255). Auch dieser Entscheid blieb unangefochten.

### **E. 1.9**

Am 8. Oktober 2018 meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf diverse Probleme und Schmerzen im Nacken, an der linken Schulter, an beiden Hüften, auf eine

Fussheberschwäche rechts sowie auf psychische Probleme erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 10/259). Die IV-Stelle klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und holte nach ergangenem Vorbescheid (Urk. 10/267) und Einwanderhebung (Urk. 10/277) bei der U.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 15. Juli 2019 erstattet wurde (Urk. 10/302). Mit Verfügung vom 5. Dezember 2019 verneinte die IV-Stelle schliesslich erneut einen Rentenanspruch (Urk. 10/311 = Urk. 2).

## **E. 2**

5. Februar 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 3) die unentgeltliche Prozessführung bewilligt und Rechtsanwalt Beat Wieduwilt, Winterthur, zum unentgeltlichen Rechtsvertreter bestellt; sodann wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das polydisziplinäre Gutachten der U.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2019 (Urk. 10/302) davon aus, dass aus medizinischer Sicht keine Verschlechterung ausgewiesen sei und eine angepasste Tätigkeit zu 80 % zugemutet werden könne. G estützt auf die statistischen Lo hne rhebungen des Bundes

errechnete die Beschwerdegegnerin einen I nvaliditätsgrad von 20 % und lehnte den Anspruch auf eine Invalidenrente ab (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer zusammengefasst geltend (Urk. 1), verglichen mit dem Zustand anlässlich der MEDAS-Begutachtung im Jahr 2014, wie er auch dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. August 2016 zugrunde

gelegen habe, habe sich der Zustand verschlechtert. Damals sei keine psychiatrische Diagnose festgestellt worden. Der psychiatrische Gutachter der U.\_\_\_\_

berichte von verschiedenen psychiatrisch bedingten Beeinträchtigungen, und zwar seit Jahren (S. 6 f.) Da der psychiatrische Gutachter jedoch die Anamnese nicht vollständig erhoben habe und das Vorliegen einer schweren Depression, einer Persönlichkeitsstörung sowie die Auswirkungen der chronischen Schmerzstörung nicht korrekt abgeklärt und dargelegt habe, könne den Schlussfolgerungen des Gutachtens nicht gefolgt werden. Weiter habe sich das Zumutbarkeitsprofil aus somatischer Sicht verändert. Welche Auswirkungen die Beschwerden auf seine Arbeitsfähigkeit hätten, sei mittels EFL abzuklären. Er sei zu höchstens 60 % arbeitsfähig. Sodann sei bei der Invaliditätsbemessung ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu berücksichtigen, woraus ein Invaliditätsgrad von mindestens 55 % resultiere (S. 6 ff.).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vorliegt und ob zu deren Feststellung auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten der U.\_\_\_\_ abgestellt werden kann.

Fest steht, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 8. Oktober 2018 (Urk. 10/259) materiell eingetreten ist (vgl. Urk. 10/261). Letztmals beurteilt wurde dessen Gesundheitszustand mit Verfügung vom 20. November 2017, mit welcher eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und ein Rentenanspruch verneint

wurden ( Urk. 10/255). Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 20. November 2017 und der angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2019 in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat.

### **E. 3.1**

Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Februar 2015 die bis her ausgerichtete Viertelsrente aufgehoben hatte (Urk. 10/199), was vom Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 30. August 2016 im Verfahren IV.2015.00250 bestätigt worden war (Urk. 10/219), meldete sich der Beschwerdeführer am 12. September 2016 infolge Verschlechterung erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug (Urk. 10/221).

Laut Feststellungsblatt vom 20. November 2017 (Urk. 10/254) stützte sich die Beschwerdegegnerin bei der vormaligen Rentenprüfung und -ablehnung

im Wesentlichen auf die Berichte der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 27. September, 7. November und 7. Dezember 2016 sowie vom

7. und 31. März, 1. und 20. April, 16. und 24. Mai und 1. Juni 2017 (vgl. Urk. 10/225/1-3, Urk. 10/240/4-5, Urk. 10/243/12-13, Urk. 10/244/1-3, Urk. 10/244/4-6, Urk. 10/244/7-9, Urk. 10/244/10-12, Urk. 10/244/13-14) sowie den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ vom 7. November 2016 (Urk. 10/227/1-5).

Der Arbeitsmediziner med. pract. T.\_\_\_\_ vom RAD fasste den medizinischen Sachverhalt zusammen und

würdigte ihn in seinen Stellungnahmen vom 3. März und 20. Juni 2017. In psychischer Hinsicht erachtete er im Zusammenhang mit der vom behandelnden Psychiater genannten anankastischen Persönlichkeitsstörung keine psychopathologischen Befunde und im Vergleich zu früheren Behandlungsberichten keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands als ausgewiesen (vgl. Urk. 10/254/3). In somatischer Hinsicht stellte er im Zusammenhang mit der neu aufgetretenen Fussheberparese rechts mit Hypästhesien im lateralen Unterschenkel eine langsame aber deutliche Verbesserung der motorischen Funktion fest und verwies auf die fachärztlich festgestellte Wahrscheinlichkeit einer vollständigen Erholung. Bezüglich des (bekannten)

zervikoradikulären Reizsyndroms C7 verwies er auf eine nicht eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS), leichte Verspannung der Nackenmuskulatur, deutlich eingeschränkte Schulterbeweglichkeit ohne Hinweis auf neurologische/sensomotorische Komponenten, wobei die konservativen Massnahmen zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik führten. Eine wesentliche Beeinträchtigung ergab sich schliesslich auch von Seiten der Coxarthrose nicht. Er kam zum Schluss, dass die aktuellen Befunde keine lang andauernde/dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bewirken und sich somit aktuell keine neuen dauerhaften Funktionseinschränkungen ergeben würden (Urk. 10/254/3-5).

### **E. 3.3**

Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. November 2017 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Vergleich zur Situation bei der Rentenaufhebung und verneinte deshalb einen Rentenanspruch (Urk. 10/255). Diese Verfügung wurde vom anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer nicht angefochten und

erwuchs in Rechtskraft.

#### **E. 4.1**

Bereits am 8. Oktober 2018 meldete sich der Beschwerdeführer erneut unter Hinweis auf den Bericht der Klinik Z.\_\_\_\_ vom 18. September 2018 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an ( Urk. 10/259 , 10/257 ).

Im Bericht der Z.\_\_\_\_ wurde über den Behandlungsverlauf nach Infiltrationen zervikal berichtet und über den Verlauf einer Druckneuropathie peroneus rechts. Es wurde über keine neue Diagnose berichtet, die Fussheber schwäche sei deutlich verbessert, nach den Infiltrationen seien zervikal deutliche Besserungen vorhanden, wenn auch nur während kurzer Zeit. Es wurden neue Infiltrationen vorgesehen ( Urk. 10/257).

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Dezember 2019 (Urk. 2) auf das von ihr angeordnete Gutachten der U.\_\_\_\_ vom 15. Juli 2019 ( Urk. 10/302), in welchem die Experten Dr. med. V.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. W.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie, Dr. med. AA.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, in interdisziplinärer Hinsicht folgende

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten (S. 11 ): - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0, F32.1) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit pseudoradikulären Ausstrahlungen beidseits (ICD-10 M53.0/M53.1) - radiomorphologisch im Rx HWS 1. Juli 2019: Im Seitenbild weitgehend harmonische Lordosierung mit Osteochondrose HWK2/3. Deutliche dorsal betonte Osteochondrose HWK5/6 und HWK6/7 mit ventraler und dorsaler Spondylose. Gut erhaltene Bandscheibenhöhen zwischen HWK3/4, HWK4/5 und HWK7/Th 1. Im ap -Bild Multitagen- Unkarthrosen zwischen HWK4-HWK6 - Status nach ineffektiver Facettengelenksinfiltration C6/7 beidseits und Wurzelinfiltration C7 beidseits vom 6. Dezember 2018, vom 3. September 2018 und 24. April 2018 , jeweils nur kurze Schmerzreduktion für wenige Tage. Gemäss Aktenlage Status nach Facettengelenksinfiltration C6 beidseits und Wurzelinfiltration C7 beidseits bereits am 31. August 2016 - reaktive Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- sowie der interskapulären Muskelgruppen - Oberkörperfehlhaltung mit betonter thorakaler Kyphose und konsekutiver Schultergürtelprotraktionsfehlstellung - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.4) - radiomorphologisch im Rx

der Lendenwirbelsäule (LWS) vom 1. Juli 2019: Im ap -Bild linkskonvexe Torsionsskoliose mit Rotation der LWS nach links. Gute Darstellung der mitabgebildeten Iliosakralgelenke der Symphyse. Im Seitenbild Streckhaltung der LWS, chondrotische Veränderungen in den Bandscheibenabschnitten LWK2/3, LWK3/4, LWK4/5 mit ventraler Spondylose zum Teil deutlich ausziehend Grundplatte LWK2, Deckplatte LWK3, Deckplatte LWK4 sowie Deckplatte LWK5, Verdacht auf spondylarthrotische Veränderungen zwischen LWK4/5, LWK5/S1 - klinische Dysfunktion mit eingeschränkter Lateralflexion und Reklination - differenzialdiagnostisch Facettengelenkschmerzsyndrom bei Facettengelenksarthrosen zwischen L4-S1 - keine Hinweise für sensomotorische radikuläre Ausfälle - Periarthropathia

coxae beidseits linksbetont mit beginnenden Coxarthrosen beidseits, klinisch sowie partiell radiomorphologisch (ICD-10 M24.8/M16.0) - radiomorphologisch im Rx vom 1. Juli 2019: bilaterale symmetrisch dargestellte Hüftgelenke mit diskreter Sklerosierung am Acetabulum und identischen Ausmasses, Femurkopf sphärisch dargestellt ohne Hinweise für Gelenkzysten weder acetabulär noch am Femurkopf. Diskrete ossäre Verdickung Übergang Femurkopf Schenkelhals, prädisponierend für ein sogenanntes CAM-Impingement beidseits linksbetont - DD klinisch Verdacht auf CAM-Impingement beidseits linksbetont - chronische posttraumatische Rotatorenmanschettendegeneration linke Schulter (ICD-10 M75.9) - gemäss Aktenlage Status nach Stabilisierungsoperation 1993 und 1998 bei Status

nach Schulterluxation 1997 und Schulterkontusion 1990 und 1992

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 12): - Status nach Druckneuropathie des Nervus

peroneus

communis rechts 2016 - arterielle Hypertonie - Dyslipidämie - Nikotinabusus

In der interdisziplinären Beurteilung hielten sie fest, bei der psychiatrischen Untersuchung habe eine leichte bis mittelgradige depressive Episode diagnostiziert werden können, welche durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude und aggressiver Gemütsstimmung, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Appetit und Körpergewichtsabnahme gekennzeichnet sei. Es sei aufgefallen, dass die Schmerzen des Exploranden ausgeweitet seien und sich durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektivieren liessen. Es bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Weitere psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten nicht gestellt werden können. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht in der angestammten und in anderen Tätigkeiten um 20 % reduziert aufgrund einer durch die Depression erhöhten Ermüdbarkeit mit Leistungseinschränkung von 20

%. Bei der rheumatologischen Untersuchung habe am Achsenskelett eine Bewegungseinschränkung lumbal und zervikal bestanden, welche trotz gewissen Inkonsistenzen beim Status einen somatischen Kern habe. Radiomorphologische Abklärungen hätten Multitragendegenerationen an der HWS deutlich mehr als an der LWS ergeben. Es liessen sich keine eindeutigen Hinweise für eine zervikale oder lumboradikuläre sensomotorische Ausfallssyndromatik finden. Am Schultergürtel links habe eine residuelle Bewegungseinschränkung bei mehrfachen Traumatisierungen und Voroperationen bestanden. Die rechte dominante Schulter sei unauffällig frei beweglich gewesen. Im Bereich der Hüftgelenke habe eine schmerzhaft eingeschränkte Hüftflexion und Innenrotation, links mehr als rechts im Sinne einer Periarthropathia

coxae und einem klinischen Hüftimpingement-Zeichen bestanden. Es hätten Hinweise für eine erhebliche funktionelle Überlagerung im Sinne einer Schmerzgeneralisierungstendenz bestanden. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit stereotypen Rotationsbewegungen der HWS und LWS und Arbeiten in anhaltender Oberkörper vorneigeposition sowie Arbeiten mit maximalen Rotationen und Reklinationen bezüglich HWS und LWS. Auch häufige

Überkopf- Arbeiten sollten vermieden werden. Es bestehe auch eine Einschränkung der Gehfähigkeit in der Ebene, so dass Tätigkeiten mit häufigem Treppensteigen oder gar Benutzen von Leitern oder Gerüsten oder regelmässiges Gehen auf unebenem Grund nicht zu empfehlen seien. Auch das Heben und Tragen von Lasten bis zur Taille über 10 kg und über Taille über 5-7.5 kg sollten vermieden werden. Bei der neurologischen Untersuchung habe aktuell keine relevante radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallssymptomatik festgestellt werden können. Bezüglich einer im Jahr 2016 entwickelten hochgradigen Fuss- und Zehenheberparese rechts sei es zu einer weitgehenden Besserung gekommen, so dass unter Berücksichtigung der neurophysiologischen Untersuchungsergebnisse davon ausgegangen werden könne, dass diese im Alltag keine relevante Einschränkung mehr verursache. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch aus allgemeininternistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden (S. 12 f.) .

Weiter hielten die Gutachter fest, die Leistungseinschränkungen aus rheumatologischer und aus psychiatrischer Sicht, welche aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs bestünden, würden sich nicht addieren, sondern ergänzen. Von der aktuellen Arbeitsfähigkeit könne seit Jahren ausgegangen werden, insbesondere sei seit der Verfügung vom November 2017 keine wesentliche Veränderung aufgetreten (S. 14).

### **E. 5.1**

Voraussetzung für die umfassende Neuprüfung des Rentenanspruchs nach der letzten Rentenabweisung ist das Vorliegen einer wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen (vgl. vorstehend E. 1.3).

Die am 20. November 2017 (Urk. 10/255) verfügte Rentenablehnung erfolgte bei einem polymorbiden Beschwerdebild mit einer posttraumatischen Rotatorenmanschettendegeneration der linken Schulter, einem chronischen lumbovertebralen linksbetonten Schmerzsyndrom, einem zervikoradikulären Reizsyndrom C7 links betont, einer subakuten Fussheberparese rechts mit Hypästhesien, einer Coxarthrose beidseits, einer chronifizierten Depression und einer anankastischen Persönlichkeitsstörung. In Würdigung der zahlreichen Berichte der Klinik Z.\_\_\_\_ und des behandelnden Psychiaters Dr. A.\_\_\_\_ kam RAD-Arzt med. pract. T.\_\_\_\_ zum Schluss, dass keine lang andauernde/dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen sei und sich somit keine neuen dauerhaften Funktionseinschränkungen ergeben würden (vgl. vorstehend E. 3.2, siehe auch Urk. 10/254/3-5).

Die Beurteilung des RAD erweist sich als nachvollziehbar. Bis auf die damals neu hinzugekommene Fussheberparese, welche im Verlauf deutlich besserte,

hatten bereits die Gutachterinnen und Gutachter der MEDAS L.\_\_\_\_ im Jahr 2014 im Wesentlichen die gleichen Befunde und Diagnosen festgehalten, nämlich ein chronisches subacromiales Impingement der linken Schulter mit mässigem Funktionsdefizit, chronische lumbovertebralgene Schmerzen, mittelgradige Coxarthrosen beidseits, eine myofasziale Zervikobrachialgie links sowie ein depressives Zustandsbild mit Schmerzen, welchem sie jedoch eine erhebliche Schwere und Intensität, ein relevantes Ausmass und eine eben solche Dauer absprachen (vgl. Urk. 10/175/31).

Aufgrund der chronischen Schultererkrankung erachteten die Gutachter die Belastbarkeit für Tätigkeiten, die mit ständigem linke m Armeinsatz, über Kopf beziehungsweise über die Horizontale verbunden wären, als eingeschränkt. Wegen der fortgeschrittenen Spondylarthrosen im Abschnitt L4-S1 mit aktivierten Facettengelenksreizung L5/S1 ohne Nervenkompressionszeichen erachteten sie zudem die Belastbarkeit der LWS für schweres Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg und Tätigkeiten mit regelhafter Seitneigung, Rotationsbewegung sowie Zwangshaltungen als eingeschränkt. Wegen der Hüftbeschwerden bei nur einer leicht- bis mittelgradigen Degeneration sollten Tätigkeiten, die ausschliesslich Stehen und Gehen, sowie regelhaftes Treppensteigen und Besteigen von Leitern erfordern, vermieden werden. In einer adaptierten Tätigkeit nahmen sie aufgrund der im Zusammenhang mit der chronischen Schultererkrankung anzunehmenden Verlangsamung und vermehrte n Pausenbedarfs eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % an und erachteten die Gesundheitsstörungen von Seiten der LWS und der Hüftgelenke als in adaptierter Tätigkeit qualitativ mitberücksichtigt (vgl. Urk. 10/175/35). Zu den Radiologiebefunden der HWS hielten die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom 26. November 2014 fest, dass im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung klinisch keine verifizierbaren zervikalen Radikulopathien vorlagen und die Funktion der HWS nur endgradig in Rotation eingeschränkt war. Bereits in den radiologischen Voruntersuchungen sei eine degenerative Foramenstenose im Abschnitt C5-7 beschrieben worden. Bandscheibenveränderungen seien ab einem gewissen Alter häufig und nur dann relevant, wenn sie aufgrund der Klinik mit Sensibilitätsstörungen, einer Beschwerdesymptomatik und mit verifizierbaren Nervenausfallerscheinungen korrelieren würden, was zum gutachterlichen Zeitpunkt nicht der Fall gewesen sei. Zur vom behandelnden Psychiater neu genannten zusätzlichen Diagnose einer anankastischen Persönlichkeitsstörung hielt der psychiatrischer Gutachter fest, dass eine solche Diagnose weder anamnestisch noch während der Untersuchung objektivierbar gewesen sei (vgl. Urk. 10/192/2-3).

Auch wenn hinsichtlich der zervikospondylogenen Schmerzen auf den ersten Blick aufgrund der Diagnose eines zervikoradikulären Schmerzsyndroms eine Verschlechterung eingetreten zu sein schien, ergab sich aus den Befunden aus dem Bericht der Klinik Z. \_\_\_ vom 3. Februar 2016, dass sich klinisch keine radikulären Ausfälle hatten finden lassen, die Befunde für die Nervenwurzeln C6 und C7 beidseits unauffällig

gewesen waren, die neuroforaminalen Engen (welche bereits im Rahmen der Zusatzuntersuchungen der MEDAS

L. \_\_\_ festgestellt worden waren, Urk. 10/175/40) nicht zu einer relevanten radikulären, axonalen Schädigung geführt hatten

und somit von einem zervikospondylogenen Syndrom, möglicherweise mit intermittierende m radikuläre m Reiz-, aber nicht von einem Ausfallsyndrom ausgegangen werden konnte

(vgl. Urk. 10/231/13-14). Dieser damalige Schluss wird auch durch die spätere Aussage im neurologischen Teilgutachten der U. \_\_\_ gestützt, wonach die Diagnose eines möglichen zervikalen Reizsyndroms lediglich auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basiert und objektivierbare Befunde, welche eine derartige Diagnose nahelegen würden, bildgebend, klinisch oder neurophysiologisch nicht erhoben werden konnten (vgl. Urk. 10/302 S. 68).

Auf die gutachterlichen Beurteilungen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die

MEDAS

L. \_\_\_ stützte sich

schliesslich auch das Sozialversicherungsgericht im Urteil vom 30. August 2016 im Verfahren IV.2015.00250 (Urk. 10/219).

### **E. 5.2.1**

Aus somatischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vom 20. November 2017 vorhandenen mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten und dem Gutachten der U. \_\_\_ auf keine wesentlichen Veränderungen schliessen.

Anlässlich der seit der erneuten Anmeldung vom 8. Oktober 2018 erfolgten Abklärungen wurden keine neuen objektiven klinischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären.

So stehen aus somatischer Sicht nach wie vor die seit Jahren

bestehende zervikale und lumbale Schmerzproblematik, Hüftgelenkbeschwerden sowie linksdominante Schultergürtelschmerzen im Vordergrund. Die Gutachter gingen ausdrücklich davon aus, dass von der festgestellten Arbeitsfähigkeit seit Jahren ausgegangen werden könne und insbesondere seit der Verfügung vom November 2017 keine wesentliche Veränderung aufgetreten ist (vgl. Urk.

### **E. 5.2.2**

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass er im Gegensatz zu früher aus somatischer Sicht nur noch körperlich leichte bis selten mittelschwere Tätigkeiten verrichten könne, ist zu bemerken, dass sich die mögliche Gewichtsbelastung im Belastungsprofil nicht wesentlich verändert, sondern einzig weiter differenziert hat. Gemäss Broschüre der AB. \_\_\_ - Zumutbare Arbeitstätigkeit/ Wegleitung zur Einschätzung der zumutbaren Arbeitstätigkeit nach Unfall und bei Krankheit - spricht man bei einer maximalen Belastung von 15 kg von einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit. Wenn also die Gutachter der U. \_\_\_ das Heben und Tragen von Lasten auf 10 kg limitierten (wie dies auch schon die Gutachter der MEDAS

L. \_\_\_

taten, vgl. Urk. 10/175/36), erscheint die Formulierung „leicht bis selten mittelschwer“ als nachvollziehbar. Eine wesentliche Verschlechterung lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Bei im Wesentlichen unveränderten Befunden und Diagnosen vermögen auch die übrigen, nur marginal veränderten Einschränkungen im Belastungsprofil keinen veränderten Gesundheitszustand auszuweisen und sind im Rahmen des gutachterlichen Ermessens zu interpretieren.

### **E. 5.3.1**

Bezüglich des aktuellen psychiatrischen Gesundheitszustandes diagnostizierte der psychiatrische Gutachter der U. \_\_\_

Dr. I. \_\_\_ eine leichte- bis mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (vgl. Urk. 10/302/44) und ging

aufgrund der durch die Depression erhöhte Ermüdbarkeit von einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 20 % aus (vgl. Urk. 10/302/47). In diesem Zusammenhang hielt Dr. I.\_\_\_\_ - wie bereits in der interdisziplinären gutachterlichen Beurteilung ausgeführt - fest, dass von einer seit Jahren bestehenden Leistungseinschränkung in gleichem Umfang aus zugehen sei (vgl. Urk. 10/302/47). Die Feststellung eines im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustands

erweist sich mit Blick auf seine übrigen gutachterlichen Ausführungen als plausibel, so beschreibt Dr. I.\_\_\_\_ darin im Wesentlichen keine Veränderung des psychischen Gesundheitszustands.

Eine Verschlechterung ergibt sich sodann auch nicht aus einem Vergleich mit dem psychischen Gesundheitszustand aus der vorangegangenen Revision. Der behandelnde Psychiater Dr. A.\_\_\_\_ berichtete am 7. November 2016 von chronischen Schmerzen seit einem Arbeitsunfall im Jahr 1998 und zunehmend auch chronischen lumbovertebralen Beschwerden und nannte als Folge dieser Schmerzen - wie bereits in früheren Berichten (vgl. Urk. 10/29/6, Urk. 10/78/4, Urk. 10/148/2-3) - Durchschlafstörungen, Gewichtsverlust, Libidoverlust, Antriebslosigkeit, Suizidimpulse, Perspektivenverlust und zeitweisen Realitätsverlusten. Weiter berichtete er von einem allseits orientierten Beschwerdeführer in stark reduziertem Allgemeinzustand mit wieder im Vordergrund stehender Tendenz zur Verwahrlosung und einem stark eingeschränkten affektiven Kontakt. Das Konzentrations- und Auffassungsvermögen und die Belastbarkeit sah er als stark und die Anpassungsfähigkeit als mittel eingeschränkt und wies auf die nötige Mithilfe der Familienmitglieder zwecks Besorgung des täglichen Haushalts hin (vgl. Urk. 10/227/1-5). Der Vergleich mit dem psychopathologischen Befund in der aktuellen Begutachtung (vgl. Urk. 10/302/44) deutet jedoch eher auf eine Verbesserung als auf eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands hin.

Hinsichtlich der im aktuellen Gutachten aufgeführten Aggressionen ist festzuhalten, dass diese ebenfalls nicht neu sind und Dr. A.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 21. Februar 2005 auf solche hinwies (vgl. Urk. 10/78/4) und der Beschwerdeführer diese auch in der Begutachtung durch das G.\_\_\_\_ erwähnte (vgl. Urk. 10/105/13). Bei den zahlreichen

Berichten des behandelnden Psychiaters fällt schliesslich auf, dass dieser gestützt auf die Diagnose einer chronischen Depression seit dem Jahr 2001 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, wobei sich die von ihm jeweils aufgeführten Befunde wie dargelegt kaum unterscheiden.

Bereits im Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 30. August 2016 im Verfahren IV.2015.00250 wurde festgehalten, dass die von diesem Psychiater gestellte Diagnose eines chronifizierten Bildes einer endogenen Depression nicht den Kriterien des ICD-10 folge und daraus nichts zum Schweregrad abgeleitet werden könne. Das Gericht ging davon aus, dass der behandelnde Psychiater mit seinen Ausführungen zur psychischen Belastbarkeit weitgehend die subjektive Schilderung des Beschwerdeführers wiedergab, die für sich allein indessen nicht massgebend sei. Weiter stellte das Gericht fest, dass in der Vergangenheit ausser Dr. A.\_\_\_\_ kein anderer Psychiater eine Diagnose mit vergleichbar erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hatte, und erachtete gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen die Diagnosen einer anankastischen Persönlichkeitsstörung als nicht ausgewiesen (vgl. Urk. 10/219/16-17). Von seiner Beurteilung wich Dr. A.\_\_\_\_ auch in seinen nachfolgenden Berichten der aktuellen Rentenrevision im

Wesentlichen nicht ab und diagnostizierte bei unverändert attestierter vollständiger Arbeitsunfähigkeit nunmehr eine passiv-aggressive Persönlichkeitsstörung auf dem Boden einer persistierenden chronischen Schmerzproblematik mit schmerzbedingtem Schlafentzug und schmerzbedingter Erschöpfungsdepression

(vgl. Bericht vom 4. Dezember 2018, Urk. 10/275) .

Dem angebrachten Hinweis, dass es im Verlauf des Sommers 2017 zu einer Symptomverstärkung gekommen sei, lässt sich ebenfalls keine neue Verschlechterung entnehmen, bezieht er sich dabei zeitlich noch auf die vorangegangene Revision, in deren Rahmen er sich bereits über eine Symptomausweitung äusserte (vgl. Urk. 10/227/1). Schliesslich erweisen sich die Ausführungen von Dr. A.\_\_\_\_ auch deshalb als wenig nachvollziehbar, weil er keine entsprechenden veränderten/neuen Symptome/Befunde, welche seine Herleitung und neue Diagnosestellung nachvollziehbar machen würden, aufführte und Ausführungen dazu

vermissen liess, was zur weiteren Zustandsverschlechterung im Sommer 2017 geführt und wie sich diese geäussert haben soll.

Nach dem Gesagten folgt damit die Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ - wie bereits früher festgestellt - vorwiegend den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Etwas anderes ergibt sich letztlich auch nicht aus dem neusten Bericht vom 6. Oktober 2019, in welchem Dr. A.\_\_\_\_ von einer schweren depressiven Erkrankung ausgeht, wobei sich diese seiner Ansicht nach als nicht sehr prominent manifestierte (vgl. Urk. 3/5).

### **E. 5.3.2**

Schliesslich

zeigt selbst der Blick auf weiter zurückliegende Abklärungen und Begutachtungen, dass sich der psychische Gesundheitszustand trotz nicht immer identischer Diagnosestellung nur unwesentlich verändert hat. Seit jeher berichtete der Beschwerdeführer über im Wesentlichen identische Beschwerden, namentlich depressive Verstimmungen und Aggressionen infolge unfallbedingter Schmerzen, Schlafstörungen und Tagesmüdigkeit (vgl. Urk. 10/105 S. 13, Urk. 10/175 S. 13 und Urk. 10/302 S. 40 und S. 43) und damit über Beschwerden aus dem Themenkreis der depressiven Störungen sowie somatoformen Schmerzstörungen. Seine im Rahmen der Begutachtungen geltend gemachten Beschwerden unterscheiden sich in ihrer Intensität kaum und auch in der aktuellen Begutachtung berichtete der Beschwerdeführer nicht über eine Veränderung/Verschlechterung. In der Beschwerde führte der Beschwerdeführer sogar selbst aus, dass es ihm psychisch seit langer Zeit schlecht gehe (vgl. Urk. 1 S. 12 unten). Das Ausmass der geklagten Schmerzen liess sich in keiner der bisherigen Begutachtungen mit den somatischen Befunden objektivieren und die Gutachter des G.\_\_\_\_ und der U.\_\_\_\_ wiesen auf eine deutlich ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung und Selbstlimitierung hin, so dass berufliche Massnahmen aus psychiatrischer Sicht nicht empfohlen wurden (vgl. Urk. 10/105 S. 15 oben, Urk. 10/175 S. 34 unten und S. 36, Urk. 10/302 S. 45 oben, S. 46 oben, S. 48 und S. 58 unten). Auch die psychopathologischen Befunde blieben über die Jahre im Wesentlichen unverändert. Die Aufmerksamkeit, Auffassung und das Gedächtnis waren nicht beeinträchtigt. Inhaltliche Denkstörungen, Wahnstörungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen waren keine eruierbar und das formale Denken war im Wesentlichen geordnet. Der affektive Kontakt liess sich gut herstellen. Hinweise für eine Suizidalität bestanden keine

(vgl. Urk. 10/105 S. 14, Urk. 10/175 S. 20 f., Urk. 10/302 S.44).

#### **E. 5.4**

Insgesamt ist nach dem Gesagten nicht von einem relevanten, veränderten psychischen Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 20. November 2017 auszu gehen .

Die vom Beschwerdeführer beschwerdeweise vorgebrachten Aspekte betreffen im Wesentlichen den Beweiswert des von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Gutachtens und beziehen sich vorwiegend auf die psychiatrische Diagnosestellung und Beurteilung. Dabei stützt er sich unter anderem auf die Berichte von Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 3/5) sowie auf die

Stellungnahmen von Familienmitgliedern (vgl. Urk. 3/6).

Soweit der Beschwerdeführer die Ansicht vertritt, dass anhand der vom Gutachter beschriebenen Symptome die Diagnose einer schweren depressiven Episode gestellt werden müsse (Urk. 1 S. 7 f. ), kann ihm nicht gefolgt werden. Bei seiner Schlussfolgerung verkennt er , dass die Differenzierung zwischen leichter, mittelgradiger und schwerer depressiver Episode auf einer komplexen klinischen Beurteilung beruht, die nicht nur die Anzahl, sondern auch die Art und Schwere der vorliegenden Symptome berücksichtigt (vgl. Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.], 10. Auflage 2015 , S. 171). So müsste es zur Diagnose einer schweren depressiven Episode mindestens acht Symptome, davon drei typische und mindestens fünf andere, vorhanden sein, von denen einige besonders ausgeprägt sein sollten. Beides ist vorliegend nicht der Fall. So liegen gemäss Gutachten der U.\_\_\_\_ gerade keine verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, kein vermindertes Selbstwertgefühl, keine Schuldgefühle und allumfassende negative Zukunftsperspektiven und Suizidgedanken vor. Damit liegen lediglich zwei der insgesamt sieben zusätzlichen Symptome vor (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt , a.a.O., S. 170). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9 f.) sind fremdanamnestiche Abklärungen bei der psychiatrischen Begutachtung recht sprechungsgemäss nicht unerlässlich (Urteil des Bundesgerichts I 58/06 vom 13. Juni 2006 E. 2.3). Ein Gutachter muss sich

nicht zwingend mit anderen Ärzten in Verbindung setzen,

unterliegt doch das Einholen fremdanamnesticher Auskünfte praxisgemäss der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (Urteil des Bundesgerichts

8C\_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.4, so auch 9C\_275/2016 vom 19. August 2016 E. 4.3.2 mit weiteren Hinweisen und

9C\_270/2012 vom 23. Mai 2012 E. 4.2). Dass der psychiatrische Gutachter der U.\_\_\_\_ bei Vorliegen zahlreicher fachärztlicher Berichte und Gutachten, welche auch auf die schwierige Situation des Beschwerdeführers in der Familie Bezug nahmen (vgl. Urk. 10/275), auf die Einholung fremdanamnesticher Auskünfte verzichtete, schmälert die Beweiskraft des Gutachtens nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_602/2017 vom 1. März 2018 E. 4.4). Im Übrigen berichtete Dr. A.\_\_\_\_ bereits in der vorangegangenen und hier zur Beurteilung eines veränderten Sachverhalts heranzuziehenden Revision darüber, dass der Beschwerdeführer zwecks Besorgung des täglichen Haushaltes auf die Mithilfe von Familienmitgliedern angewiesen ist (vgl. Urk. 10/227/4). Eine diesbezügliche Veränderung scheint daher ebenfalls nicht eingetreten zu sein. Sodann wird auch in der Beschwerde oder

den beschwerdeweise beigelegten Berichten nicht vorgebracht, inwiefern die Angaben des Beschwerdeführers während der Begutachtung von seinem tatsächlichen Funktionieren in der Familie abweichen sollen und der begutachtende Psychiater daher von falschen Voraussetzungen ausgegangen sein soll.

Hinsichtlich der von Dr. A.\_\_\_\_

gestellten verschiedenen Persönlichkeitsstörungen, ist festzuhalten, dass dieser zur Begründung kein einziges in den Leitlinien des ICD-10 genannte Kriterium aufführte (vgl. Dilling / Mombour / Schmidt, a.a.O., S. 283). Der aktuelle psychiatrische Gutachter der U.\_\_\_\_ verneinte - wie schon derjenige der MEDAS

L.\_\_\_\_ - die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nachvollziehbar

(Urk. 10/192 S. 3, Urk. 10/302 S. 45 und 46). Etwas Anderes vermag der Beschwerdeführer auch nicht mit seinen allgemein gehaltenen Ausführungen zu einer möglichen genetischen Veranlagung und mit Verweis auf den Bericht der Familie darzulegen (vgl. Urk. 1 S. 11 f.). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermag im Übrigen auch dieser Aspekt nicht nachzuweisen, so diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ eine solche Störung ohnehin bereits in den vorangegangenen Revisionen.

### **E. 5.5**

Der Umstand, dass der aktuelle psychiatrische Gutachter bei im Wesentlichen gleich gebliebenen Befunden eine im Vergleich zum behandelnden Psychiater (und auch den Vorgutachtern) etwas andere diagnostische Einordnung vornahm, ist nicht auf einen veränderten Gesundheitszustand, sondern auf den einer psychiatrischen Exploration inhärenten Ermessensspielraum zurückzuführen. So führten die Gutachter der U.\_\_\_\_ ausdrücklich aus, dass von der aktuellen 80%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit seit Jahren ausgegangen werden könne und dass insbesondere seit der Verfügung vom November 2017 keine wesentliche Veränderung aufgetreten sei, was wie dargelegt nachvollziehbar ist, so dass darauf abgestellt werden kann.

Eine anspruchsrelevante Verschlechterung ist damit nicht überwiegend wahr scheinlich und es ist zusammenfassend davon auszugehen, dass es seit der letzten Rentenprüfung im November 2017 weder zu einer wesentlichen Veränderung der gestellten Diagnosen noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen. Fehlt es daran, so ist eine Prüfung der Standardindikatoren (vgl. BGE 141 V 281) nicht vorzunehmen. So stellt eine geänderte Rechtsprechung für sich allein keinen Revisionsgrund dar (BGE 141 V 585 E. 5.3).

Weitere Ausführungen zum Tagesablauf und zu der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Ressourcenprüfung erübrigen sich nach dem Gesagten. Schliesslich stösst auch die Ansicht des Beschwerdeführers, wonach aus psychiatrischer Sicht lediglich noch eine Erwerbsfähigkeit von ca. 60 % vorliegen sollte (vgl. Urk. 1 S. 13), ins Leere. So besteht gemäss Gutachten

eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum (vgl. Urk. 10/302/14, so auch in Urk. 10/302/47). Dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) erforderlich gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S.

### **E. 10**

/302 S. 14). Gemäss dem rheumatologischen Gutachter Dr. W.\_\_\_\_ bestand en insgesamt am Achsenskelett Bewegungseinschränkungen lumbal und zervikal, welche trotz gewisse r Inkonsistenzen beim Status (bessere Beweglichkeit der HWS bei Ablenkung) einen eindeutig somatischen Kern hätten, insbesondere hätten die radiomorphologischen Abklärungen vom 1. Juli 2019 klare Degenerationen an der HWS , deutlich mehr als an der LWS ergeben. Aus klinisch-rheumatologischer Sicht konnten - wie bereits in früheren Abklärungen - keine eindeutigen Hinweise für eine zervikale oder lumboradikuläre sensomotorische Ausfallsymptomatik festgestellt werden. Am Schultergürtel bestand eine residuelle Bewegungseinschränkung wie seit vielen Jahren bei mehrfache r Traumatisierung und Voroperation in den Neunzi ger Jahren, während die rechte dominante Schulter unauffällig frei beweglich war. Hinsichtlich der Hüftgelenke stellte Dr. W.\_\_\_\_ eine schmerzhaft eingeschränkte Hüftflexion und Innenrotation links klar mehr als rechts im Sinne einer Periarthropatia

coxae und einem Hüftimpingementzeichen fest . Für die ebenfalls beklagten , als „brutal“ beschriebenen Fingerarthralgien fand Dr. W.\_\_\_\_ kein klinisches Korrelat (vgl. Urk. 10/302 S. 57) . Schliesslich verwies Dr. W.\_\_\_\_ auch auf Inkonsistenzen in Bezug auf die Bewegungsfähigkeit der HWS passiv-assistiert und beobachtet bei der freien Beweglichkeit sowie auf eine bessere Beweglichkeit der linken Schulter, wenn das Bewegungsmuster beim An- und Ausziehen der Kleidungsstücke beobachtet wurde. Schliesslich äusserte Dr. W.\_\_\_\_ aufgrund des Ausmass es der gesamten geklagten Schmerzsymptomatik über viele Jahre und insbesondere das Nichtansprechen auf verschiedenste adäquat durchgeführte , rehabilitative respektive schmerzinterventionelle Massnahmen den Verdacht auf eine erhebliche zusätzliche funktionelle Überlagerung mit einer subjektiv deutlichen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und sekundären Selbstlimitierung (vgl. Urk. 10/302 S. 58).

In neurologischer Hinsicht stellte Dr. AA.\_\_\_\_ diverse Inkonsistenzen im Bereich der HWS-Beweglichkeit und der Kraftentwicklung im Bereich der Fuss- und Zehenheber fest, wobei der Beschwerdeführer beim Aus- und Ankleiden - ausgenommen im Bereich der linken Schulter - kein relevantes Schonverhalten zeigte (vgl. Urk. 10/302 S. 69). Aufgrund der Diskrepanzen erachtete Dr. AA.\_\_\_\_ die funktionellen Einschränkungen als eher geringgradiger Natur. Eine relevante radikuläre Reiz- beziehungsweise sensomotorische Ausfallsymptomatik bestand aus neurologischer Sicht keine. Bezüglich der Fuss- und Zehenheberparese kam es zu einer weitgehenden Besserung, so dass unter Berücksichtigung der neurophysiologischen Untersuchungsergebnisse von keiner relevanten Einschränkung im Alltag ausgegangen werden konnte. Dr. AA.\_\_\_\_ stellte weder eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit noch attestierte er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht bestand einzig vorübergehend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Fussheberparese von September 2016 bis im März 2017. Ansonsten stellte er im zeitlichen Verlauf keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer neurologischen Diagnose fest (vgl. Urk. 10/302 S. 70).

Aus internistischer Sicht konnte Dr. V.\_\_\_\_ weder im Zeitpunkt der Begutachtung noch rückwirkend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit feststellen (vgl. Urk. 10/302 S. 38). Etwas Anderes ergibt sich auch aus den im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung eingegangenen Berichten der Klinik Z.\_\_\_\_ nicht , in welchen im Wesentlichen , wie gezeigt,

einzig über weitere Infiltrationen berichtet wurde (vgl. Urk. 10/257, Urk. 10/276, Urk. 10/280).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass im Vergleich zur medizinischen Sachlage im Jahr 2017 aus somatischer Sicht nicht von einer wesentlichen Veränderung respektive Verschlechterung auszugehen ist.

Der Beschwerdeführer ist nach wie vor in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig.

#### **E. 15**

unten), ist nicht ersichtlich. So besteht bei zuverlässiger ärztlicher Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in der Regel keine Notwendigkeit, die Rechtsfrage der Erwerbsunfähigkeit durch eine EFL zu überprüfen. Ausnahmsweise kann eine solche erforderlich sein, wenn mehrere involvierte Ärzte diese angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_433/2018 vom 5. Oktober 2018 E. 4.2 mit Hinweis). Davon kann im vorliegenden Fall keine Rede sein.

Abschliessend ist nicht ersichtlich, inwiefern die vom Beschwerdeführer geforderte Anordnung eines Obergutachtens neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falls entscheidende Erkenntnisse liefern könnte, sodass darauf im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten ist (BGE 122 V 157 E. 1d).

Die angefochtene Verfügung vom 5. Dezember 2019 erweist sich damit als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in der hier anwendbaren, bis Ende 2020 gültigen Fassung ( Art. 83 ATSG) sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen . 6.2

Für das Beschwerdeverfahren wurde das Gesuch des Beschwerdeführers um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsvertretung mit Verfügung vom 25. Februar 2020 gutgeheissen ( Urk. 11). Mit Honorarnote vom 13. März 2020 machte Rechtsanwalt Beat Wieduwilt , Winterthur, Aufwendungen von insgesamt 9 Stunden und 52 Minuten sowie Auslagen von Fr.

96.60 geltend ( Urk. 13), was angemessen erscheint. Unter Berücksichtigung eines Stundenansatzes von Fr.

220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist eine Entschädigung von Fr. 2'437.50 aus der Gerichtskasse zu bezahlen. 6.3

Der Beschwerdeführer wird auf §

#### **E. 16**

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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 Beat Wieduwilt, Winterthur, wird mit Fr. 2'437.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Beat Wieduwilt -  
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 Der Gerichtsschreiber Fehr P. Sager

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