

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00218 vom 8. September 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-09-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00218

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00218 du 8 septembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00218 del 8 settembre 2021

Erwägungen

E. 1

3. Juli 2005 (Urk. 7/69) . Die dagegen erhobene Beschwerde (Urk. 7/70 /5-9) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2005.00850 vom 24. August 2006 ab (Urk. 7/73) .

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 ge sundheitlichen 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 betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig (Art.

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 vo r aus (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 Invali dität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätio logie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Masstab 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

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

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 Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2021 vom 27. Mai 2021 E. 4.2.2 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. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Sie haben alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere dürfen sie bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum sie auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellen (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Nadia Hirzel, am 1. April 2020 Beschwerde mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 5. März 2020 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine ganze Invalidenrente, zuzusprechen; eventualiter sei ein medizinisches Gutachten einzuholen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Mai 2020 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wovon dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. Mai 2020 Kenntnis erteilt wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Rentenbegehrens des Beschwerdeführers damit, dass das veranlasste ärztliche Gutachten aus medizinischer Sicht keine Veränderung des Sachverhalts seit der Verfügung vom 9. Dezember 2014 ergeben habe. Wie schon in den früheren Abklärungen hätten keine Verhaltensauffälligkeiten festgestellt werden können, welche auf ein Krankheitsbild aus dem schizophrenen Formenkreis hinwiesen. Es bestünden weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit und kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2 S. 1-2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen zusammengefasst

vor, gemäss den von ihm eingeholten Aktenbeurteilungen von Dr. C.____

enthalte das Gutachten von Dr. B.____ eine Vielzahl von Widersprüchen, Unklarheiten und Unvollständigkeiten (Urk. 1 S. 9). So zeige Dr. C.____

insbesondere auf, dass sich aus den Akten konkrete Anhaltspunkte für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis ergäben, welche weder fundiert abgeklärt noch vertieft diskutiert worden seien. Ferner halte Dr. B.____ fest, es lägen zwei verschiedene seelische Störungen vor, die sich zwar überschneiden würden, aber ohne Schwierigkeiten nebeneinander bestehen könnten. Dies lasse sich gemäss Dr. C.____ nicht bestätigen. Entweder leide jemand an einer Depression oder an einer artifiziellen Störung. Auf das Gutachten von Dr. B.____ könne daher nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 10).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 5. Oktober 2017 (Urk. 7/197) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

im massgeblichen Zeitraum zwischen der gerichtlich bestätigten Verfügung vom 9. Dezember 2014, mit welcher ein Anspruch auf eine Invalidenrente verneint worden war (Urk. 7/165, Urk. 7/174), und der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2020 insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3.

Zum Sachverhalt im Zeitpunkt der rentenabweisenden Verfügung vom 9. Dezember 2014 (Urk. 7/165) hielt das Sozialversicherungsgericht im Urteil IV.2015.000 56 fest, es könne in medizinischer Hinsicht auf das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ vom 18. Juni 2014 (Urk. 7/160) abgestellt werden (E. 3.3 und 3.4). Darin diagnostizierten die Gutachter einen Zustand nach lumbaler spinaler Operation 2011 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0), eine Adipositas (BMI

29 kg/m²), rezidivierende hämorrhoidale Beschwerden, eine Bandlaxizität des linken oberen Sprunggelenkes lateral, eine beschwerdefreie Varikosis ohne Ödembildung an beiden Unterschenkeln sowie einen Zustand nach Karpal tunnel operationen beidseits ohne Anhalt für ein behinderungsrelevantes residuelles

ner vales Defizit fest. Körperlich schwere Arbeiten, wie sie zuletzt ausgeübt worden seien, schieden aufgrund des spinalen Defekts nach erfolgter lumbaler Operation auf Dauer zu 100 % aus. Es sei davon auszugehen, dass der objektive somatische Befund stationär sei und sich auch für eine höhergradige voran gehende Depression kein ausreichender aktenkundiger Beleg ergebe, da die Aspekte einer bewusstseinsnahen Aggravation offenbar von den Behandlern und Vorbewertern nicht ausreichend berücksichtigt worden seien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe kein ausreichender Anhalt für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E.

3.1) .

Im Ergebnis ging das Sozialversicherungsgericht von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ohne häufige Zwangshaltungen der Lendenwirbelsäule, die entweder wechselbelastend sind oder rein sitzend ausgeübt werden können, aus (E. 3.4) . 3.2

3.2.1

Hinsichtlich der weiteren Entwicklung des medizinischen Sachverhalts lässt sich den Akten Folgendes entnehmen:

Der Beschwerdeführer hielt sich vom 6. Juli bis am 1. August 2017 zur psychosomatischen Rehabilitation im Rehasentrum D.____ auf. Die behandelnden Ärzte diagnostizierten in psychiatrischer Hinsicht eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) sowie eine anhaltende depressive Störung mit mittel- bis schwergradigen rezidivierenden depressiven Episoden (Urk. 7/194/1). Sie legten dar, der Beschwerdeführer habe während seinem Aufenthalt verschiedene Schmerz copingstrategien kennenlernen und teilweise auch anwenden sowie seine Ressourcen besser erkennen lernen können. Er habe im Verlauf gesprächiger und weniger depressiv gewirkt. Er sei vom 6. Juli bis am 31. August 2017 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/194/5). 3.2.2

In seinem Bericht vom 16. Januar 2018 stellte der seit Mai 2012 behandelnde

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige depressive Episode (ICD-10 F33.1-2), sowie einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/211/2). Er hielt fest, der Verlauf sei durch Schwankungen beziehungsweise immer wieder

auftretende Krisen gekennzeichnet. Trotz diesem schwierigen und chronischen Verlauf und den belastenden Rahmenbedingungen habe durch adäquate Massnahmen

einer anhaltenden Verschlechterung entgegengewirkt werden können. Eine Erhöhung der Belastbarkeit habe jedoch nicht erreicht werden können. Der Beschwerdeführer sei seit Behandlungsbeginn sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit arbeitsunfähig. Aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50%. Da die psychische und die körperliche Beeinträchtigung einschränkend wirken, sei von einer minimalen Restarbeitsfähigkeit von höchstens 20% auszugehen (Urk. 7/211/4-5). Gesamthaft liege eine ungünstige Entwicklung mit zunehmender Symptomfixierung und Chronifizierung vor. Die aktuell ängstlich-depressiv getönte Symptomatik schränke die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers massiv ein. Unter diesen Voraussetzungen sei eine Steigerung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit mittel- bis langfristig nicht zu erwarten (Urk. 7/211/6). Die belastende soziale Situation wirke sich negativ auf den psychischen Zustand aus, aber die psycho-sozialen Faktoren würden für das Vorliegen der psychischen Erkrankung mit erheblichem Krankheitswert nicht überwiegen (Urk. 7/211/7).

3.2.3

Dr. B.____ stellte im psychiatrischen Gutachten vom 9. Mai 2018 die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), sowie die Verdachtsdiagnose einer artifiziellen Störung (ICD-10 F68.1; Urk. 7/221/20). Er hielt fest, der Beschwerdeführer habe in der aktuellen Untersuchung ein Bild schwerer psychischer und kognitiver Defizite mit einer paranoiden vorwurfsvollen Stimmung gezeichnet. Viele Aspekte seines täglichen Lebens beziehungsweise seiner Krankheitsentwicklung habe er allerdings nicht beantworten können und erkläre sie mit seinem angeblich schlechten Gedächtnis. Er könne sich nicht erinnern, sich nicht orientieren, sei vollständig auf die Unterstützung seiner Ehefrau angewiesen. Andererseits fahre er offenbar immer noch zeitweise mit dem Auto, was angesichts seines Verhaltens in der Untersuchung kaum vorstellbar sei. Auch sein Aufenthalt im Rehazentrum D.____ sei offenbar ohne schwere Verhaltensauffälligkeiten verlaufen (Urk. 7/221/21 f.). Ohne Zweifel sei der Beschwerdeführer enorm angespannt. Auch sein mürrisch-vorwurfsvolles-deprimiertes Verhalten sei zum Teil nachvollziehbar. Somit erfülle sein Verhalten die Kriterien einer depressiven Störung, die auch in den vergangenen Jahren wiederholt diagnostiziert worden sei. Angesichts der von ihm geklagten Schlafstörung, des geringen Antriebs, des Rückzugs von sozialen Kontakten sowie der subjektiv von ihm empfundenen kognitiven Einschränkungen bestehe wahrscheinlich eine mittelgradige Störung (Urk. 7/221/22).

Dr. B.____ führte weiter aus, man könne im Zusammenhang möglicher Aggravation und Verdeutlichung auch die Frage einer paranoiden Entwicklung diskutieren. Schon in den vergangenen Jahren habe der Beschwerdeführer sich von Behörden und Ärzten schlecht behandelt, nicht ernst genommen, insbesondere auch von seiner Ehefrau sogar gehasst, gefühlt. Abgesehen von der Frage, ob diese Angaben wahrheitsgemäss geäussert worden seien, habe er aber nicht den Eindruck, dass der Beschwerdeführer sich in eine paranoide Welt zurückgezogen habe (Urk. 7/221/21 f.). Wahrscheinlich bestehe eine überwiegende Tendenz, vorhandene Beschwerden zu aggravieren (Urk. 7/221/24).

Die aktuelle Untersuchung sei von der verärgerten, vorwurfsvollen, abweisenden Haltung des Beschwerdeführers beziehungsweise seiner relativen Kontaktverweigerung geprägt gewesen, so dass es nur eingeschränkt möglich sei, eine verlässliche Antwort auf sein Leistungsvermögen beziehungsweise seine Arbeitsfähigkeit zu geben (Urk. 7/221/23) . Der Beschwerdeführer leide weder an schweren kognitiven, psychischen noch somatischen Einschränkungen. Er sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig . Einfache körperliche Arbeiten, leicht bis mittelschwer, ohne Kundenkontakt und ohne Deutschkompetenzen, möglichst mit Kollegen, die mit ihm in seiner Muttersprache kommunizieren, ohne Lärmbelastung und in kleinen Gruppen seien ihm indessen während acht Stunden täglich möglich. Die Leistung sei aktuell durch die depressive Symptomatik eingeschränkt. In einem seinen Fähigkeiten entsprechenden beruflichen Umfeld mit der entsprechenden Anerkennung würde seine Depression aber wahrscheinlich rasch remittieren. Nach einer dreimonatigen Einarbeitung müsste er zu einer uneingeschränkten Leistung in der Lage sein (Urk. 7/221/25) . 3.2.4

Dr. med. F.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und der langjährige Psychotherapeut lic. phil. G.____ (vgl. Urk.

1 S.

6, Urk. 7/211/1) hielten in ihrer zu Händen der Rechtsvertreterin verfassten Stellungnahme zum Gutachten vom 24. August 2018 fest, beim Beschwerdeführer liege eine mittelgradige depressive Störung sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor, die je für sich genommen nur einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, diese zusammen jedoch erheblich beeinträchtigen würden (Urk. 3/4 S. 1). Beim Vorliegen einer Depression bestünden starke Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit, der Kognition sowie der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses, die psychopathologisch einer Demenz ähnelten . Dies sei auch beim Beschwerdeführer der Fall. Er sei daher nicht in der Lage, sich zu konzentrieren und eine sinnvolle Tätigkeit auszuüben (Urk. 3/4 S. 2). 3.2.5

Dr. C.____ kam in seiner im Auftrag der Rechtsvertreterin erstatteten Aktenbeurteilung vom 19. November 2018 zum Schluss, es sei ein versicherungsmedizinischer Widerspruch in sich, dass Dr. B.____ simultan ein «absichtliches Erzeugen» von Symptomen feststelle und dennoch die Diagnose einer wiederkehrenden mittelgradigen Depression stelle (Urk. 7/229/3). Ferner sei der psychopathologische Befund nicht vollständig, er bilde also nicht die AMDP Kriterien der Psychopathologie ab, zudem würden im objektiven Befund Mutmassungen festgehalten. Insofern erhelle sich anhand der objektiven Befunderhebung nicht, ob eine von Dr. B.____ erwähnte paranoide Entwicklung die massiven Verhaltensauffälligkeiten, die der Beschwerdeführer in der gutachterlichen Untersuchung gezeigt habe, erklären könnten. Ein weiterer Widerspruch finde sich in den Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit. Wenn in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festgestellt werde, dass die Leistung eingeschränkt sei, widerspreche die hernach beurteilte Arbeitsfähigkeit von 100 % dieser gutachterlichen Einschätzung klar und deutlich . Eine behauptete depressive Erkrankung werde beim Beschwerdeführer, der bereits vorher bei beruflichen Wiedereingliederungsmassnahmen aufgrund einer weiteren Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gescheitert sei, auch sehr wahrscheinlich mit der entsprechenden Anerkennung nicht rasch remittieren (Urk. 7/229/4). Die Expertise von Dr. B.____ vermöge nach dem Dargelegten nicht zu überzeugen, so dass weitere diagnostische Abklärungen vorgenommen werden müssten. Aufgrund der vorläufigen

Sichtung des Aktenmaterials könne mit grosser Wahrscheinlichkeit das Vorliegen von psychiatrischen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nachvollzogen werden. Es ergäben sich deutliche und wesentliche Anhaltspunkte auf eine dynamisch beziehungsweise episodisch verlaufende psychiatrische Erkrankung. Die vorläufige Aktenanalyse lege nahe, dass etwaig eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis vorliege, wobei Symptome erkennbar seien, die dem paranoiden, hebephrenen und katatonen Spektrum einer solchen Erkrankung zugeordnet werden könnten (Urk. 7/229/5). 3.2.6

In seiner Stellungnahme zur Aktenbeurteilung von Dr. C.____ hielt Dr. B.____ am 29. April 2019 fest, beim Beschwerdeführer lägen zwei verschiedene seelische Störungen (beziehungsweise in einem Fall ein Verdacht) vor, die sich zwar über schneiden würden, aber ohne Schwierigkeiten nebeneinander bestehen könnten (Urk. 7/233/3). Bei der Diagnose der artifizialen Störung handle es sich um das Vortäuschen von Symptomen bei Fehlen einer gesicherten körperlichen oder psychischen Störung. Die Motivation für dieses Verhalten sei fast immer unklar und wahrscheinlich durch innerseelische Gründe bedingt. So sei - was die Beziehungsstörung betreffe - die Untersuchung praktisch von Anfang an von Wut, Enttäuschung und heftigen Vorwürfen des Beschwerdeführers gezeichnet gewesen. In der langjährigen Krankengeschichte seien Untersuchungen nicht zu seiner Zufriedenheit verlaufen und seine Anfragen wiederholt abgelehnt worden, was die aktuelle Beziehungskonstellation sicher mitgeprägt habe. Auf dieser Grundlage sei auch sein demonstratives Verhalten zu verstehen. Es bestehe also eine deutliche innerseelische, nachvollziehbare Motivation für das aktuelle Verhalten in der Untersuchungssituation. Bei blosser Simulation einer Krankheit hingegen würden derartige Aspekte nicht oder kaum nachweisbar sein (Urk. 7/233/2). Für die depressive Störung hätten sich in der Untersuchung praktisch nur indirekte Hinweise ergeben. Zwar habe der Beschwerdeführer auf Befragen zugegeben, dass seine Stimmung schlecht sei, er sei aber ansonsten auf seinen körperlichen und geistigen Zustand konzentriert gewesen, die er beide als desolat habe zu kennzeichnen versuchen. Somit habe sich in Hinsicht auf die Depression auch keine Täuschungsabsicht feststellen lassen (Urk. 7/233/3).

Die Untersuchung und Befundung seien erschwert gewesen, insbesondere wegen der genannten Beziehungsstörung und der mehrfachen expliziten Weigerung des Beschwerdeführers, auf seine Fragen zu antworten. Noch mehr als sonst bei psychiatrischen Untersuchungen habe daher die Notwendigkeit bestanden, den Gesamtzusammenhang und indirekte Anzeichen in ihrer Bedeutung herauszuarbeiten, um zu einem schlüssigen Ergebnis zu kommen. Er habe daher im Abschnitt Befund auf die erneute Wiedergabe eines ergebnislosen und nicht ausreichend vertrauenswürdigen Frage-Antwort-Spiels verzichtet. An der Orientierungsfähigkeit des Beschwerdeführers bestünden seines Erachtens keine vernünftigen Zweifel. Ferner lägen keine Umstände vor, die eine psychotische Genese der Störung annehmen liessen. Weder die Beziehungsfähigkeit, noch die Affektivität oder die Denk- und Wahrnehmungsfähigkeit seien in psychotischer Weise eingeschränkt gewesen. Der Beschwerdeführer habe sich auf seine Weise stringent verhalten, um damit die Schwere seiner Störung beziehungsweise seiner Kränkung zu demonstrieren. In seinen Grundfunktionen sei er intakt gewesen, also nicht eingesponnen in seine eigene Welt, beziehungsunfähig, inkohärent oder zerfahren im Denken, geschweige denn hätten produktive Symptome im Sinne von Gedanken- oder Wahrnehmungsverfälschungen bestanden (Urk. 7/233/4).

Was die Arbeitsfähigkeit betreffe, habe er

eine qualitativ , aber nicht quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit beschrieben (Urk. 7/233/5). Er halte an seiner Beurteilung unverändert fest (Urk. 7/233/6). 3.2.7

Dr. C.____ entgegnete am

4. Juli 2019, dass gemäss den ICD-10 Kriterien die Diagnose einer artifiziellen Störung bei Fehlen einer gesicherten Störung zu stellen sei. Wenn aber Dr. B.____ in seinem Gutachten eine wiederkehrende depressive Episode mittelgradiger Ausprägung festgestellt und damit eben gesichert habe, liege bereits das ICD-10-Eingangskriterium «Fehlen einer gesicherten psychischen Störung» nicht vor, um die Diagnose einer artifiziellen Störung überhaupt diskutieren zu können. Entweder leide jemand an einer Depression oder an einer artifiziellen Störung (Urk. 7/243/3). Die erst in der Gutachtensergänzung vom 29. April 2019 aufgeführten Ergänzungen des psychopathologischen Befundes änderten nichts daran, dass dieser im Gutachten nicht vollständig gewesen sei, nicht die AMDP-Kriterien abgebildet habe und subjektive Mutmassungen enthalten habe, die von objektiven psychopathologischen Befunden hätten abgegrenzt werden müssen (Urk. 7/243/4). Auch die Gutachtensergänzung genüge nicht, die versicherungsmedizinische Sachverhaltsaufklärung zu ermöglichen, so dass die Inhalte und Ausführungen in der Stellungnahme vom 19. November 2018 weiterhin zu bestätigen seien (Urk. 7/243/5). 4. 4.1 Vorab ist festzuhalten, dass zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom

9. Dezember 2014 (Urk. 7/165) keine weiteren Abklärungen erfolgt sind. Angesichts der Tatsache, dass eine Veränderung des somatischen Zustandes vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht wird und auch ansonsten keine Hinweise für eine solche bestehen, ist vorliegend von einem zum Vergleichszeitpunkt unveränderten somatischen Gesundheitszustand auszugehen. 4.2

In psychischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ vom 9. Mai 2018

(Urk. 7/221) sowie dessen Ergänzung vom

29. April 2019 (Urk. 7/233). Der Beschwerdeführer hält dies unter Hinweis auf die von ihm eingeholten

Aktenbeurteilungen von Dr. C.____

vom 19. November 2018 und 4. Juli 2019 nicht für beweiskräftig (Urk. 1 S. 9 f.).

Dr. C.____ bemängelte zunächst, der psychopathologische Befund sei von Dr. B.____ nicht vollständig entsprechend den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) aufgenommen worden (Urk. 7/229/4). Insbesondere sei die Beurteilung der zeitlichen und örtlichen Orientierung nicht nachvollziehbar. Zudem würden Angaben zum Vorliegen von Ich-Störungen und Realitätsverkennungen fehlen und der Befund enthalte Mutmassungen, die keine objektiven Befunde darstellten (Urk. 7/229/3). Es ist

dies bezüglich zunächst darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater praktisch immer ein gewisser Spielraum bleibt, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_629/2017 vom

28. November 2017 E. 4.3 mit Hinweis auf 8C_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Anders als die Beurteilung von Dr. C.____ erfolgte jene von Dr. B.____ gestützt auf eine ausführliche persönliche Untersuchung ,

anlässlich derer sich der Beschwerdeführer zu den aus seiner Sicht bestehenden Problemen frei äussern konnte (Urk. 7/221/12 ff.) , wobei die Anamnese- und Befunderhebung durch die verärgerte, vorwurfsvolle und abweisende Haltung und die relative Kontaktverweigerung des Beschwerdeführers geprägt war (Urk. 7/221/23 , Urk. 7/233/4) . Diesen Schwierigkeiten trug Dr. B.____ bei der Beschreibung und Interpretation des Befundes Rechnung und erläuterte in der Gutachtensergänzung vom 29. April 2019,

der Beschwerdeführer habe direkte Fragen teilweise ignoriert und andere instrumentalisiert, um damit einen Krankheitszustand zu demonstrieren . Es habe noch mehr als sonst bei psychiatrischen Untersuchungen die Notwendigkeit bestanden, den Gesamtzusammenhang und indirekte Anzeichen in ihrer Bedeutung herauszuarbeiten , um zu einem schlüssigen Ergebnis zu kommen. Er habe daher auch im Abschnitt Befund auf die Wiedergabe eines ergebnislosen und nicht ausreichend vertrauenswürdigen Frage- Antwort-Spiels verzichtet (Urk. 7/229/233/4).

Inwiefern er vor dem Hintergrund der zumindest teilweise verweigerter Mitwirkung seitens des Beschwerdeführers den der psychiatrischen Beurteilung inhärenten Ermessensspielraum überschritten haben sollte und nicht lege artis vorgegangen sein soll, ist nicht ersichtlich.

Im Weiteren legte Dr. B.____ dar, an der Orientierungsfähigkeit gebe es entgegen dem vom Beschwerdeführer demonstrierten geistigen Versagen (Verlust von Verstand, Gedächtnis, Sprache) aufgrund dessen sonstigen Verhaltens in der Untersuchung

und der erhaltenen Fähigkeit, sich im Alltag zurechtzufinden und Auto zu fahren, keine vernünftigen Zweifel . Er schloss das Vorliegen von Ich-Störungen beziehungsweise Realitätsverkennungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus unter Hinweis auf die erhobenen Diskrepanzen zwischen den behaupteten Einschränkungen und den tatsächlichen Fähigkeiten (Urk. 7/233/4) , von denen im Sinne einer bewusstseinsnahen Aggravation bereits im Z.____ -Gutachten die Rede war (vorstehend E. 3.1) .

Dr. C.____

liess

hingegen bei seiner Kritik am Gutachten sowohl die unzulängliche Kooperation des Beschwerdeführers als auch sein aggraviorisches Verhalten gänzlich ausser Acht .

Die von Dr. C.____ erblickten Unvollständigkeiten hat Dr. B.____ auf einleuchtende Weise ergänzt und nachvollziehbar begründet, weshalb er neben der depressiven Erkrankung kein psychisches Krankheitsgeschehen ausmachen konnte . So lässt sich denn auch

den Ausführungen von Dr. C.____ zur Gutachtensergänzung vom 4. Juli 2019 keine fundierte Begründung entnehmen, inwiefern der psychiatrische Befund trotz der Erläuterungen und Ergänzungen vom 29. April 2019 weiterhin ungenügend sein soll (vgl. Urk. 7/243/4) . 4.3

Dr. C.____ legte in seiner Beurteilung vom 19. November 2018 weiter dar, bezüglich der von Dr. B.____ gestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) , sowie der Verdachtsdiagnose einer artifiziellen

Störung (ICD-10 F68.1; Urk. 7/221/20) liege ein Versicherungsmedizinischer Widerspruch vor (Urk. 7/229/3). Durch die Diagnose der depressiven Störung sei bereits das Eingangskriterium der ICD-10 Leitlinien für eine artifizielle Störung, nämlich das «Fehlen einer gesicherten psychischen Störung» beim Beschwerdeführer nicht erfüllt (Urk. 7/243/3).

Dr. B.____

schilderte diesbezüglich, im Fall des Beschwerdeführers liege wohl eine Kombination von zwei sich zwar überschneidenden Diagnosen vor, die aber ohne Schwierigkeiten nebeneinander bestehen könnten.

Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung ein Bild schwerer psychischer und kognitiver Defizite gezeichnet (Urk. 7/221/21), wobei sein Verhalten weder mit einer schweren körperlichen noch psychischen Störung vereinbar sei und wahrscheinlich eine überwiegende Tendenz bestehe, vorhandene Beschwerden zu aggravieren (Urk. 7/221/24). In Bezug auf die hauptsächlich indirekt eruierten Hinweise für eine depressive Störung konnte er indessen keine Täuschungsabsicht feststellen (Urk. 7/233/3). So erachtete er das mürrisch-vorwurfsvolle-deprimierte Verhalten für teilweise nachvollziehbar

und hielt unter Einbezug der Beurteilungen der behandelnden Ärzte

die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode für erfüllt (Urk. 7/221/22). Diese Diagnose stimmt denn auch mit der entsprechenden Einschätzung durch die behandelnden Therapeutinnen im Nachgang zum Gutachten überein (vorstehend E. 3.2.4).

In der Folge diskutierte Dr. B.____

mögliche Erklärungen für die darüber hinaus gehende dargebotene Symptomatik (Urk. 7/221/24). Sein Schluss, dass einerseits aufgrund der beim Beschwerdeführer vorhandenen innerseelischen Komponente allenfalls nicht eine blosser Simulation, sondern eine artifizielle Störung diagnostiziert werden könnte (Urk. 7/233/3), ist aufgrund der medizinischen Vorgeschichte und dem Verhalten in der Untersuchungssituation nachvollziehbar. Dass es bei einer Verdachtsdiagnose blieb, ist unproblematisch angesichts der Tatsache, dass rechtsprechungsgemäss weder die Simulation von Symptomen noch die artifizielle Störung oder ein sonstiges aggravatorisches Verhalten geeignet sind, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise zu beeinflussen. Damit steht im Einklang, dass Dr. B.____

der artifiziellen Störung keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimass.

Mit Blick auf die im vorliegenden Revisionsverfahren erforderlichen gesundheitlichen Veränderungen bleibt zudem festzuhalten, dass allein eine im Vergleich zu früher unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens von vornherein nicht genügt, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen. Notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen; vgl. dazu auch nachfolgend E. 5). Eine solche ist den Ausführungen von Dr. C.____ nicht zu entnehmen, weshalb sich weitere Erörterungen zur seiner Kritik an der diagnostischen Einordnung durch Dr. B.____

erübrigen.

Ferner boten die weiteren Umstände der Untersuchung gemäss Dr. B.____

– ent gegen der Darstellung von Dr. C.____ (Urk. 7/229/ 5) - keinen Anlass dafür , eine psychotische Genese der Störung anzunehmen. So hätten keine Hinweise dafür bestanden, dass der Beschwerdeführer sich in eine paranoide Welt zurückgezogen habe, er sei beziehungsfähig, nicht inkohärent oder zerfahren im Denken , ge schwei ge denn hätten produktive Symptome im Sinne von Gedanken- oder Wahr nehmungsverfälschungen vorgelegen. Diese diagnostische Beurteilung sti mmt im Übrigen auch mit der Beurteilung der behandelnden Ärzte überein , deren Berichte sich keinerlei Hinweise auf eine Störung im schizophre nen Formenkreis ent nehmen lassen (vgl. Urk. 7/194, Urk. 7/211) .

Schliesslich fällt auch ins Gewicht , dass die Beurteilung des Dr. C.____

bloss auf den Akten beruht und er den Beschwerdeführer nie gesehen hat, was gerade im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung, wo dem Facharzt wie gesagt ein weiter Ermessensspielraum zukommt und der persönliche Eindruck sowie die klinische Untersuchung massgeblich sind, von grosser Bedeutung ist (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_182/2020 vom 1 8. Mai 2020 E. 5.4 mit Hinweisen). Der Beschwerdeführer vermag daher durch den Verweis auf die Aktenbeurteilung von Dr. C.____ , in der dieser - ohne diese konkret zu benennen - von gewichtigen Anzeichen für eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis ausgeht (vgl. Urk. 7/229/5) , die überzeugende diagnostische Beurteilung von Dr. B.____

nicht zu entkräften .

4.4

Was schliesslich den Vorwurf einer widersprüchlichen Einschätzung der Arbeits fähigkeit betrifft (Urk. 7/229/4) , erläuterte Dr. B.____ in der Gutachtensergänzung, er habe eine qualitativ aber nicht quantitativ eingeschränkte Leistungsfähigkeit beschrieben (Urk. 7/233/5) . In seiner Schlussfolgerung, dass der Beschwerde füh rer in einer an sein Leiden angepassten Tätigkeit dennoch zu 100 % arbeitsfähig ist, ist daher kein Widerspruch zu erblicken.

4.5

Nach dem Gesagten sind die Vorbringen de s Beschwerdeführer s

und die Beur tei lungen von Dr. C.____ nicht geeignet, das psychiatrische Gutachten von Dr. B.____ in Zweifel zu ziehen. Ingsamt erfüllt die psychiatrische Expertise von Dr. B.____ die vom Bundesgericht gestellten Anforderungen an ein beweiswertes ärztliches Gutachten (vgl. E. 1.5), es kann daher darauf abgestellt werden. Zu klären bleibt, ob gestützt auf das Gutachten auf eine wesentliche Verschlechterung des Ge sundheitszustandes des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum und somit auf einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gesc hlossen werden kann (vgl. E. 1.4) . 5. 5.1

Im Gutachten der Z.____ vom 1 8. Juni 2014 - worauf die Verfügung vom 9. Dezember 2014 basierte - gingen die Gutachter

aufgrund eines Zustandes nach lumbaler spinaler Operation von einer Arbeitsfähigkeit von 0 % für die bisherige Tätigkeit und von 100 % für ein e angepasste Tätigkeit aus.

In psychiatrischer Hinsicht stellten sie - bei einer bereits damals festgestellten bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden - die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0), die ohne namhaften Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bleibe (Urk. 7/160/39).

Dr. B.____ stellte dagegen die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1). Damit hat sich die gestellte Diagnose zwar im Vergleich zu im Jahr 2014 verändert, jedoch besteht zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit rechtsprechungsgemäss

keine unmittelbare Korrelation (BGE 140 V 193 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 6.4). Massgebend sind vielmehr die konkreten funktionellen Auswirkungen auf das Leistungsvermögen der betroffenen Person (Urteile des Bundesgerichts 9C_570/2018 vom 18. Februar

2019 E.

3.2.1 und 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.1.4). Diesbezüglich ging Dr. B.____ wie bereits die Vorgutachter von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 7/221/25). Diese Beurteilung ist aufgrund der geringen Ausprägung der von Dr. B.____ als glaubhaft erachteten Befunde - hauptsächlich einem

mürrisch-vorwurfsvollen-deprimierten Verhalten - nachvollziehbar und überzeugend. Eine invalidenversicherungsrechtlich massgebliche Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes ist damit nicht ausgewiesen.

Etwas Anderes lässt sich auch den Berichten der behandelnden Ärzte nicht entnehmen. So postulierte

Dr. E.____

in seinem Bericht vom 16. Januar 2018 einerseits ohne weitere Begründung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (Urk. 7/211/3), erläuterte indes im Widerspruch dazu, dass dank adäquater Massnahmen bis jetzt einer anhaltenden Verschlechterung entgegen gewirkt werden können (Urk. 7/211/4). Er diskutierte

auch

die sowohl von den Gutachtern der Z.____ als auch von Dr. B.____ festgestellte Tendenz zur Aggravation nicht. Seine Beurteilung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers ist daher nicht überzeugend. Was die Stellungnahme von Dr. F.____ und lic. phil. G.____ (Urk. 3/4) betrifft, ist festzuhalten, dass das Vorliegen der von ihnen diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bereits im Gutachten der Z.____ verneint worden war, mit welchem Umstand sie sich nicht auseinandersetzten. Ferner befassten sie sich nicht mit der Frage einer Veränderung des Gesundheitszustandes, so dass ihrem Bericht im vorliegenden Revisionsverfahren kein Beweiswert zugemessen werden kann. 5.2

Nach dem Gesagten ist seit Erlass der Verfügung vom 9. Dezember 2014, mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint worden war (Urk. 7/165), keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ausgewiesen.

Da sich im relevanten Zeitraum beim Grad der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit keine wesentliche Änderung ergeben hat, erübrigt sich die Durchführung eines neuerlichen Einkommensvergleichs (Urteil des Bundesgerichts 8C_259/2014 vom 31. Juli 2014 E. 4). Von weiteren Beweismassnahmen – wie etwa der beantragten Einholung eines Gerichtsgutachtens (Urk. 1 S. 2) – sind sodann keine anderen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d).

Demnach hat die Beschwerdegegnerin das Gesuch des Beschwerdeführers um Ausrichtung einer Invalidenrente vom 5. Oktober 2017 mit der angefochtenen Verfügung vom 5. März 2020 zu Recht abgewiesen (Urk. 2). Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- zu bemessen und vorliegend auf Fr. 700.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Nadja Hirzel - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrEngesser

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

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