

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00313 vom 10. März 2009**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-03-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00313](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00313)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00313 du 10 mars 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00313 del 10 marzo 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

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 Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer

wesentlichen Änderung hin sieht sich 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).

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. 1.4**

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte 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 (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). 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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangs Sachverhalt 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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.6**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15 .

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

## **E. 1.7**

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. 2**

4. Oktober 2017 erhobene Beschwerde (Urk. 7/186/3-11) hiess das Sozialversicherungsgericht mit Urteil vom 4. Februar 2019 in dem Sinne gut, als es die angefochtene Verfügung aufhob und die Sache zur erneuten Abklärung an die IV-Stelle zurückwies (Prozess Nr. IV.2017.01153; Urk. 7/204).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: Die Begutachtung habe ergeben, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Hilfsmaurer nicht mehr zumutbar sei. Eine angepasste Tätigkeit sei weiterhin zu 100 %

zumutbar. Es sei im Vergleich zu 2014 bezüglich des psychischen Zustands zu einer deutlichen Verbesserung gekommen. Ein Revisionsgrund sei ausgewiesen; der IV-Grad betrage 13 % (S. 2). Die Rente wäre auch aufzuheben, wenn sich, wie geltend gemacht, der Gesundheitszustand nicht verbessert hätte. Denn es könne auch ein früher nicht gezeigtes Aggravationsverhalten einen Revisionsgrund darstellen, wenn es sich auf den Invaliditätsgrad und den Rentenanspruch auswirke. Dies gelte selbst dann, wenn von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen sei (Urk. 6).

Bezüglich des Gerichtsgutachtens verwies die Beschwerdegegnerin auf die RAD-Stellungnahme (Urk. 38), worin pract. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, im Wesentlichen festhielt, dass auf das Gutachten abzustellen sei (S. 1). Die gutachterliche Einschätzung aus dem Jahr 2019 werde durch das Gerichtsgutachten nicht mehr gestützt (S. 3 unten). Vor 2014 sei von einer aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ab 2014 bis 2017 sei es in angepasster Tätigkeit zu einer fließenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit gekommen, wobei die genaue Entwicklung retrospektiv nicht beurteilt werden könne (S. 2 unten). Ab Juni 2017 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % abgesehen von kurzzeitigen Unterbrüchen mit auch stationären Behandlungen. Im Vergleich zu 2014 sei eine relevante Verbesserung der psychischen Beschwerden eingetreten (S. 3).

## **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), ein Revisionsgrund sei nicht ausgewiesen, es handle sich bei der B.\_\_\_\_-Begutachtung lediglich um eine andere Würdigung des unveränderten Sachverhalts (S. 2). Sein behandelnder Psychiater bestätige, dass nie eine Verbesserung des psychischen Zustands habe erreicht werden können. Das Gutachten sei aus näher dargelegten Gründen nicht schlüssig. Der Vorwurf der Simulation sei haltlos

(S. 5 ff.).

Zum Gerichtsgutachten führte der Beschwerdeführer aus (Urk. 41), es habe sich bestätigt, dass er nicht aggraviere. Auch wenn der Gerichtsgutachter theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgehe, so müsse er doch selbst einsehen, dass es ein geschütztes Arbeitsfeld ohne belastende Konflikte bei eher einem verständnisvollen Vorgesetzten sein müsse. Eine solche Stelle gebe es bloss auf dem zweiten Arbeitsmarkt, was dafür spreche, dass er Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 1).

## **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob seit der Mitteilung vom 11. September 2014 (Urk. 7/134) eine anspruchsrelevante Änderung eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1. 3-1.4).

## **E. 3.1**

Der Mitteilung vom 11. September 2014 (Urk. 7/134) lagen folgende medizinische Berichte zugrunde:

Die Fachpersonen der Integrierten Psychiatrie D.\_\_\_\_ (IP D.\_\_\_\_) stellten mit Bericht vom 13. Juni 2013 (Urk. 7/117/6-12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) - chronisch nozizeptive und neuropathische Schmerzen des linken oberen Sprunggelenks (OSG) bei Sturz nach komplexer Pilon

tibiale Fraktur, medialer Malleolarfraktur OSG links bei Arbeitsunfall (Sturz aus zirka 3m Höhe) am 21. (richtig: 12.) September 2006 - lumbovertebrales Syndrom linksbetont - Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom rechts/links, Pseudoarthrose Proccus

styloideus

ulnae links Es bestehe eine geringe Aussicht, dass die Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt wieder erreicht werden könne, ausser es komme im Rahmen der somatischen Behandlung zu einer deutlichen Schmerzreduktion. Durchaus denkbar sei eine Arbeitsfähigkeit im geschützten Arbeitsbereich mit klar strukturierten Abläufen, einer eingeschränkten Arbeitszeit und der Möglichkeit, Pausen einzu legen. Zur psychischen Stabilisierung sei eine Tagesstruktur an einem geschützten Arbeitsplatz sinnvoll (Ziff. 1.4). Die Behandlung finde monatlich statt. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Maurer sei der Beschwerdeführer seit 27. Juni 2011 zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 1.5-1.6). Das Konzentrationsvermögen und die Anpassungsfähigkeit seien leicht, die Belastbarkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Das Auffassungsvermögen sei nicht eingeschränkt (Urk. 7/117/11).

### **E. 3.2**

Die Ärztinnen und Ärzte der Z. \_\_\_ stellten in ihrem am 30. April 2014 unter Berücksichtigung der Akten sowie nach Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchung erstatteten Gutachten (Urk. 7/129) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30): - posttraumatische OSG-Arthrose links mit und bei - Status nach Sturz aus 2-3 m Höhe am 12. September 2006 mit - mehrfragmentärer Pilon-Tibialfraktur links - Impressionsfraktur des linken Talus dorso-lateral - Osteosynthese mit offener Reposition und Spongiosaplastik am 21. September 2006 - Metallentfernung am 4. September 2009 - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F41.0) - Panikstörung, episodisch paroxysmale Angst (ICD-10 F41.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 31): - Karpaltunnelsyndrom beidseits, rechtsbetont - intermittierendes Panvertebralsyndrom mit punctum

maximum im Lendenwirbelsäulen-(LWS)Bereich - HBs-Ag-Träger Massgebend für die zeitliche Reduktion der Arbeitsfähigkeit sei weiterhin die psychiatrische Einschätzung. Aus psychiatrischer Sicht habe sich die Situation bezüglich Arbeitsfähigkeit nicht verbessert. Es bestehe weiterhin keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt. Aus somatischer Sicht könne weiterhin von einer vor allem qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Dabei habe sich im Vergleich zur Aktenlage keine Veränderung ergeben. Das bisherige Profil einer vollen Arbeitsfähigkeit, wonach das längere Gehen und Stehen sowie das längere Tragen von schweren Gewichten im Stehen und Gehen und ebenso das längere Treppensteigen und das Besteigen von Gerüsten sowie das Gehen auf unebenem Boden zu vermeiden sei, gelte weiterhin (S. 32).

Der massgebende psychiatrische Gesundheitszustand sei unverändert. Es bestehe weiterhin volle Arbeitsunfähigkeit, jedoch Aussicht auf Verbesserung durch konsequente Durchführung der medizinischen Massnahmen mit Empfehlung einer Re-Evaluation in zwei Jahren. Im angestammten Beruf als Bauarbeiter bestehe eine bleibende volle Arbeitsunfähigkeit. Auch in einer somatisch optimal angepassten Tätigkeit bestehe weiterhin aufgrund der psychiatrischen Einschätzung eine volle Arbeitsunfähigkeit. Der

Beschwerdeführer sei insbesondere in der Durchhaltefähigkeit schwer eingeschränkt, ebenso in der Fähigkeit zu spontanen Aktivitäten. Die Wegefähigkeit sei leicht eingeschränkt, die Gruppen- und Kon taktfähigkeit sowie die Flexibilität die Umstellungs fähigkeit sowie die Fähigkeit zur Planung seien mittelgradig eingeschränkt. Die Entscheidungsfähigkeit sei schwer eingeschränkt. Hieraus ergebe sich zur Zeit keine verwertbare Arbeits f ähig keit im ersten Arbeitsmarkt. In Bezug auf die massgebende psychiatrische Einschätzung ergebe sich keine relevante Veränderung seit der Rentenzusprache . Der Beschwerdeführer sollte in absehbarer Zeit in einem geschützten Bereich arbeiten. Die Prognose, ob eine Reintegration in den ersten Arbeitsmarkt gelinge, bleibe abzuwarten, sei jedoch eher ungünstig (S. 33).

Eine präzise prognostische Aussage sei im psychiatrischen Bereich und in diesem Fall nicht möglich, frühestens sei aber eventuell mit einer etwas verbesserten Arbeitsfähigkeit im Laufe von einem Jahr zu rechnen, nach Aufnahme einer Tätigkeit im geschützten Bereich (S. 35).

### **E. 3.3**

Gestützt auf dieses Gutachten sowie unter der damals versicherungsrechtlich massgeblichen Annahme, die Einschränkungen seien nicht überwindbar (vgl. Urk. 7/131/6 unten), ging die Beschwerdegegnerin

in ihrer Mitteilung vom 11. September 2014 von einem unveränderten A nspruch auf eine ganze Rente aus (Urk. 7/134) .

### **E. 4.1**

Am 23. Juni 2017 ( Urk. 7/167) erstattete Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sein unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer eigenen Untersuchung verfasstes Gutach ten und stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 f. ): - chronifiziertes depressives Geschehen, gegenwärtig besteht eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0), gegenwärtig leicht ausgeprägt - chronische Schmerzproblematik

Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2014 nach der Begut achtung aufgrund eines schweren Verkehrsunfalles in F.\_\_\_\_ mehrfache Frakturen des rechten Arms erlitten. Hierzu fänden sich keine medizinischen Akten. Anlässlich der Untersuchung habe der Beschwerdeführer von einer Verbesserung seiner körperlichen Situation berichtet. Eine Operation an der Wirbelsäule habe zu weniger Schmerzen geführt. Er habe seither eine bessere Beweglichkeit. Er schildere einen wenig strukturierten Tagesablauf. Er stehe früh auf, informiere sich, mache kleine Besorgungen. Selten koche er. Er treffe kaum mehr Freunde oder Kollegen. Über den Tag mache er nach eigenen Angaben «eigentlich nichts». Er gehe regelmässig zu seinem Psychiater Dipl. med. G.\_\_\_\_ , den er schon seit einigen Jahren kenne (S. 29).

Dipl. med. G.\_\_\_\_ berichte von einer Therapieresistenz bei einem schweren chroni schen depressi ven Leiden. Auf Nachfrage habe Dipl. med. G.\_\_\_\_ geschildert, dass es mit dem Beschwerdeführer nur zu unregelmässigen Gesprächen in grossen Abständen komme. So habe er ihn im April 2017 zuletzt, zuvor im Dezember 2016 gesehen. Eine erste Behandlungsperiode habe von Mitte Dezember 2014 bis Ende 2014 stattgefunden. Nach anfänglich dichter und vom Arzt als gut bezeich neter Zusammenarbeit habe der

Beschwerdeführer die Behandlung Ende 2014 abgebrochen (S. 30 Mitte).

Dr. E.\_\_\_\_ hielt fest, es sei im Vergleich zu 2014 bis heute zu einer leichten Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Gemäss Mini-ICF-APP lägen noch mittelgradige Einschränkungen in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit sowie in den Spontanaktivitäten vor. Aufgrund des doch verbesserten Zustands bestehe medizinisch-theoretisch eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % für leichte manuelle Arbeiten. Aufgrund des langjährigen Krankheitsverlaufs empfehle sich jedoch eine schrittweise Heranführung an diese theoretische prozentuale Teilarbeitsfähigkeit mittels Arbeitstraining. Zusätzlich sollte der Beschwerdeführer im Rahmen der Mitwirkungspflicht auf eine Intensivierung der psychotherapeutischen Behandlung aufmerksam gemacht werden (S. 31). Die Angaben zur Arbeitsfähigkeit gälten seit Anfang 2017 (S. 32 Ziff. 7). Es sei zu einer Zustandsverbesserung gekommen: Heute liege ein leicht- bis mittelgradig depressives Zustandsbild vor. Die Panikstörung sei in ihrem Schweregrad teilremittiert, auch die Schmerzproblematik sei in den Hintergrund getreten (S. 33).

#### **E. 4.2**

Dipl. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt mit Bericht vom 24. Oktober 2017 (Urk. 7/182 = Urk. 7/185) fest, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden therapieresistenten depressiven Störung und an einer seit 2015 zunehmenden Schmerzproblematik. Er sei aufgrund der ab 2016 erfolgten Rückenbehandlung mit stationärer operativer Behandlung und Reha daran gehindert gewesen, an therapeutischen Sitzungen teilzunehmen. Seit Sommer 2017 hätten die Schmerzen abgenommen. Aktuell erfolgten erneut regelmässige therapeutische Sitzungen. Auf dem Arbeitsmarkt bestehe aus psychischen Gründen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Chronifizierung seiner psychischen Störung sei der Beschwerdeführer jetzt und in Zukunft nicht in der Lage, eine ausreichende psychische Stabilität zu erlangen, die ihm eine Reintegration ermöglichen würde (S. 1-3).

#### **E. 4.3**

).

Hinsichtlich der Persönlichkeitsaspekte wurde ausgeführt, dass diese im Rahmen der akzentuierten Persönlichkeitszüge mit führend narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen diagnoseimmanent seien. Es zeigten sich sehr deutlich narzisstische Züge. Die Persönlichkeit weise aber auch ängstlich-vermeidende Anteile auf, die wahrscheinlich im Zusammenhang zu den narzisstischen Anteilen stünden. Es entstehe der Eindruck, dass der Explorand die mit einer Umschulung verbundenen Expositionen auch zur Abwendung von Kränkungen vermeide. Der geäusserte Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung sei nicht nachvollziehbar. Zum einen sei die nach ICD-10 zu fordernde Kontinuität aus der Kindheit und Jugend nicht zu erkennen, zum anderen liessen sich die zu fordernden charakteristischen und dauerhaften inneren Erfahrungs- und Verhaltensmuster in den Bereichen Kognition, Affektivität und Interaktion nicht nachweisen und seien auch in den Berichten nicht ersichtlich. Wesentlich sei auch hier die je nach thematischem Schwerpunkt völlig unauffällige Interaktion mit dem Exploranden, als auch die Berichte der Behandler zwar Hinweise auf narzisstische und ängstlich-vermeidende Verhaltensauffälligkeiten gäben, jedoch nicht im Sinne einer

Persönlichkeitsstörung. Dagegen spreche auch die jeweils gute, nicht konflikthafte Anpassung an das stationäre Setting und die Kontinuität der Beziehungen. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge stellten jedoch insgesamt eine ungünstige «Komorbidität» für die Entwicklung der Schmerzsymptomatik und der Depression und deren Chronifizierung dar (S. 10 Ziff. 4.4).

Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde ausgeführt, dass sich der Explorand grundsätzlich an Regeln und Routinen anpassen könne. Dies habe er auch im Rahmen der aktuellen Exploration gezeigt, in der er aufmerksam und in der Interaktion adäquat ohne Performanzverlust über 3 Stunden habe interagieren können. Dies werde auch in den Therapieberichten bestätigt, wonach sich der Beschwerdeführer in den Therapien gut habe integrieren können. Die Ausdauerfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt, der Beschwerdeführer werde in den Berichten als nicht ausdauernd beschrieben, wobei die Ursachen dafür sehr intransparent seien, es ergebe sich kein einheitliches Bild, die Angaben dazu seien sehr vage und würden auch durch die Dokumentationen nicht erhellt. Befundliche Korrelate der eingeschränkten Ausdauerfähigkeit ergäben sich im Rahmen der psychiatrischen Exploration nicht. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung ergäben sich leichte Einschränkungen, die jedoch im klinischen Setting nicht erschienen. In der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei er im Alltag nicht eingeschränkt, bezüglich der Gesundheitsfürsorge ergäben sich diesbezüglich aber zumindest mittelgradige Einschränkungen, da der Beschwerdeführer im Rahmen seines Krankheitskonzeptes rigide geeignete Massnahmen abwehre, wodurch auch eine dringend notwendige Tagesstrukturierung verhindert werde. Eine mässiggradige Einschränkung bestehe auch bei der Interaktion in Gruppen oder ihm nicht bekannten Einzelpersonen. Der seit vielen Jahren bestehende soziale Rückzug erscheine authentisch. Der Rückzug sei psychiatrisch nachvollziehbar aufgrund der Vermeidung von potenziell entwertenden Erfahrungen im erweiterten Umfeld und insbesondere im beruflichen Kontext bei erheblichen Insuffizienzgefühlen. Neben der Angstsymptomatik sei hier auch die einfache Strukturierung des Beschwerdeführers relevant und die erhöhte Kränkbarkeit im Rahmen der narzisstischen Züge mit rasch eintretendem dysphorisch-gereiztem Verhalten. Hierdurch seien auch Spontanaktivitäten eingeschränkt, da der Beschwerdeführer die Symptomatik auch in chronifizierter Weise «benötige» als Rechtfertigung seines Status als «Invaliden» und hier nicht frei sei, die durchaus vorhandenen Ressourcen umzusetzen. Einschränkungen in der Mobilität und der Selbstpflege sowie im engeren familiären Gefüge liessen sich nicht erkennen. Der familiäre Kontakt sei nach den erhältlichen Angaben gut, natürlich aus psychosozialen Gründen und bei der bestehenden allgemeinen Unzufriedenheit des Beschwerdeführers belastet (S. 10 f. Ziff. 4.5).

Unter dem Titel «Konsistenzprüfung» wurde erläutert, es stelle sich ein in sich konsistentes psychiatrisches Krankheitsbild dar, das jedoch aufgrund von persönlichkeitsbedingten und auch anderen, nicht krankheitswertigen, mithin normal psychologischen Anteilen zu einem augenscheinlichen Schweregrad verzerrt werde. Dies sei nicht als Aggravation zu interpretieren, sondern als eine ausgeprägte Verdeutlichung aufgrund der ängstlich-depressiven Abwehr gegen über jeglichen reintegrativen und damit auch exponierenden Massnahmen vor dem Hintergrund der Persönlichkeitsstruktur.

Der Beschwerdeführer habe sich in einem Graubereich zwischen somatischen und psychiatrischen Aspekten ein Stück weit über Jahre den erforderlichen Therapieschritten entziehen können. Unverständlich aus medizinischer Sicht sei hier insbesondere, dass nicht

einmal eine Tagesstrukturierung als erster Schritt einer Reintegration (wie 2014 auch angeregt) gelungen sei. Ein mittlerweile reaktiv entstandenes psychiatrisches Grundleiden solle nicht in Frage gestellt werden, erkläre jedoch den bisherigen Reintegrationsverlauf nicht (S. 11 Ziff. 4.6).

#### **E. 4.4**

Vom 27. November 2017 bis 23. Februar 2018 befand sich der Beschwerdeführer teilstationär in der IP D.\_\_\_\_. Mit Bericht vom 24. April 2018 (Urk. 7/192) wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Agoraphobie: mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40) - somatisch: Diabetes mellitus

Die Zuweisung sei durch Dipl. med. G.\_\_\_\_ erfolgt. Der Patient wünsche sich den Aufbau einer geregelten Tagesstruktur sowie die allgemeine Stabilisierung des psychischen Zustands. Ein weiteres Ziel sei der verbesserte Umgang mit den chronischen Schmerzen (S. 1). Es sei eine Präsenz von 50 % vereinbart worden. Vom 21. Dezember 2017 bis 25. Januar 2018 habe er am Arbeitstraining zu wöchentlich 1.5 Stunden, insgesamt vier Mal, teilgenommen. Er habe Mühe bekundet, an einem Tisch mit acht Mitarbeiterinnen zu arbeiten, dies löse Ängste und Schweissausbrüche bei ihm aus. Das Arbeitstraining sei nach vier Stunden abgebrochen worden. Es habe keine Pensumerhöhung erfolgen können. Leider sei es trotz der Teilnahme am multidisziplinären Therapieprogramm zu keiner Verbesserung des psychischen Zustandes gekommen. Der Patient habe grosse Mühe gehabt, am Programm teilzunehmen, habe eine grosse Antriebslosigkeit und Erschöpfung beklagt und habe sich stets zur Teilnahme zwingen müssen. Er habe weiterhin an einer unverändert mittelgradig depressiven Symptomatik mit einer bedrückten Stimmung und Konzentrationsstörungen, an agoraphoben Ängsten mit Panikattacken und Sorgen sowie chronischen Schmerzen gelitten. Der Austritt sei nach knapp dreimonatigem Aufenthalt in leider unverändertem Zustand ohne aktuelle Selbst- oder Fremdgefährdung erfolgt (S. 2).

#### **E. 4.5**

Diese Berichte beurteilte das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 4. Februar 2019 (Urk. 7/204) als zu wenig schlüssig und hielt fest, die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehen solle, finde in den medizinischen Akten keine Stütze und sei nicht nachvollziehbar. Insbesondere könne der Ansicht, diese Arbeitsfähigkeit würde bestehen, wenn der Beschwerdeführer eine Tätigkeit im geschützten Rahmen aufgenommen hätte, angesichts der Einschätzung der beteiligten Ärzte nicht gefolgt werden. Noch 2014 sei die Beschwerdegegnerin zudem selbst der Ansicht gewesen, die Aufnahme einer entsprechenden Beschäftigung sei als Empfehlung und nicht als Schadenminderungspflicht zu verstehen. Somit sei die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht unklar. Zudem fehlten aktuelle Angaben zum somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, welcher im Juli 2014 einen Autounfall erlitten und sich im Jahr 2016 einer Rückenoperation unterzogen habe. Wenngleich er gegenüber Dr. E.\_\_\_\_ mitgeteilt habe, dass sich seine körperliche Situation verbessert habe, sei doch nicht auszuschliessen, dass sich die somatischen Veränderungen auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkten und sich das Belastungsprofil verändert habe (E. 5.3-4 des genannten Urteils).

#### **E. 5.1**

Nach Erlass des Urteils vom 4. Februar 2019 fand ein weiterer Austrittsbericht der IP D.\_\_\_\_ vom 1. Januar 2019 über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 8. Oktober 2018 bis 6. Dezember 2018 Eingang in die Akten ( Urk. 7/199; vgl. Urk. 202/2). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1 - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - soziale Phobien: Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.1) - Verdacht auf kombinierte (emotional instabile, ängstlich-vermeidende und narzisstische) Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Diabetes Mellitus Typ 2 Bei Austritt sei es zu einer leichten Abnahme der depressiven Symptomatik und der Schlafstörungen gekommen (S. 3).

### **E. 5.2**

Dipl. med. G.\_\_\_\_ stellte mit Bericht vom 29. März 2019 ( Urk. 7/209) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1): - rezidivierende depressive Störung schweren Grades (ICD-10 F33.2) - chronische therapieresistente Schmerzsymptomatik mit Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Trotz therapeutischer und medikamentöser Bemühungen sei sein Alltag deutlich durch eine ausgeprägte Erschöpfung, Energielosigkeit und körperliche Symptome geprägt. Es handle sich um eine chronische Erkrankung mit anhaltender Störung der Stimmung, des Affektes, des Antriebs und der kognitiven Fähigkeiten sowie chronischen linksbetonten Schmerzen (S. 2). Der Beschwerdeführer sei auch in Zukunft nicht in der Lage, eine ausreichende Stabilität zu erlangen, die ihm ermögliche, sich sozial vollumfänglich zu integrieren (S. 3). Diese Angaben wiederholte Dipl. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 13. Januar 2020 ( Urk. 3/3).

### **E. 5.3**

Die Gutachterin und die Gutachter des B.\_\_\_\_ stellten in ihrem am 18. Oktober 2019 nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer internistischen, psychiatrischen, orthopädischen und neuropsychologischen Untersuchung erstatteten Gutachten ( Urk. 7/228) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6): - posttraumatische OSG-Arthrose links nach mehrfragmentärer Pilon

tibiale Fraktur und Impressionsfraktur des Talus nach Osteosynthese (21. September 2006) und OSME (4. September 2007) - chronisch rezidivierende Lumboischialgie links bei leichtgradiger Funktionseinschränkung der LWS nach mikrochirurgischer Sequestrektomie LWK5/SWK 1 am 13. Januar 2017 - thorakales Schmerzsyndrom bei Deckplattenimpressionsfraktur BWK 7 nach Sturz im Juni 2019 Die folgenden Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7): - ausgeprägter Weichteilschaden linker Oberarm nach semizirkulärer Ablederung, erfolgreicher Ausheilung und Spalthaut-Abdeckung ohne Funktionseinschränkung des Ellenbogen- und Schultergelenks - Pseudoarthrose Proc . styloideus

ulnae linkes Handgelenk, zur Zeit asymptomatisch - Diabetes mellitus Typ 2, oral eingestellt - Adipositas - Nikotinabusus - tachykarde Herzrhythmusstörung Die Aufhebung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie die passagere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit ergebe sich ausschliesslich aus dem orthopädisch-traumatologischen Fachgebiet, ausser während der tagesklinischen psychiatrischen Behandlung (S. 9 unten). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

habe sich aus psychiatrischer Sicht entweder verbessert oder man bewerte den Zustand anders. Es sei keine psychiatrische Diagnose zu stellen. Das Antwortverhalten sei vage gewesen und der Beschwerdeführer habe in einem spezifischen Beschwerde-Validierungsverfahren signifikant schlecht abgeschlossen (S. 10). Zur Frage, ob seit Erlass der letzten Verfügung eine Veränderung eingetreten sei, führte der psychiatrische Gutachter aus, es stelle sich zunächst die Frage, ob der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt der Verfügung überhaupt relevant erkrankt gewesen sei, was bereits bezweifelt werde. Möglicherweise sei es durch die konsequente Behandlung zu einer Heilung gekommen, die der Beschwerdeführer nicht wahrnehmen könne oder eher nicht möchte. Nähme man den Inhalt des Gutachtens vom 23. Juni 2017 ( Dr. E.\_\_\_\_ , vgl. vorstehend E. 4.1) und damit die Tatsache, dass der Beschwerdeführer jemals relevant erkrankt gewesen sei, als gegeben an, so sei davon auszugehen, dass spätestens ein halbes Jahr nach Vorlage des Gutachtens eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe (S. 48). Neuropsychologisch wurde festgehalten, dass eine praktische Arbeitserprobung mit Steigerung im geschützten Rahmen zu empfehlen sei. Unter Einbezug aller Kriterien zur Konsistenzprüfung sei aus rein neuropsychologischer Sicht eine Aggravationstendenz wahrscheinlich, insofern die kognitiven Einschränkungen nicht durch somatische oder psychiatrische Befunde erklärt werden könnten, und die Validität sei aufgrund von Inkonsistenzen zwischen Testergebnissen und klinischen Eindruck eingeschränkt ( Urk. 7/228/86). Gleichzeitig wurden die kognitiven Einschränkungen formal insgesamt als mittelschwer bis schwer beurteilt ( Urk. 7/228/85 unten).

#### **E. 5.4.1**

Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, M.Sc . L.\_\_\_\_ , Psychologin, und Prof. Dr. rer . nat. med. habil. Dipl. Psych. M.\_\_\_\_ , Neuropsychologin, stellten in ihrem am 17. November 2021 nach Erhebung der Anamnese, Berücksichtigung der Akten und Durchführung einer internistischen, psychologischen, neuropsychologischen und laborchemischen Begutachtung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ( Urk. 34 S. 8 f. Ziff. 4.2): - chronifiziertes depressives Zustandsbild, aktuell am ehesten entsprechend einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.0/F32.1), Differentialdiagnose (DD) rezidivierende depressive Störung, aktuell leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F33.0/F33.1) - Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst; ICD-10 F41.0 ) , fraglich leicht- bis mittelgradig - chronische Schmerzsymptomatik, aktuell keine sichere Zuordnung zu einer somatoformen Störung nach ICD-10 möglich - akzentuierte Persönlichkeitszüge mit führend narzisstischen und ängstlich-vermeidenden Anteilen (ICD-10 Z73.1) - leichtgradige neurokognitive Beeinträchtigung - im Rahmen der obigen Diagnosen 1-3 - Diabetes mellitus, ungenügend eingestellt Als gemäss Vorgutachten bestehend, ohne erneute Beurteilung, sahen die Gutachterin und die Gutachter folgende somatische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9) : - posttraumatische OSG-Arthrose links mit und bei - Status nach Sturz aus 2-3m Höhe am 12. September 2006 - mehrfragmentäre Pilon-Tibialfraktur links - Impressionsfraktur des linken Talus dorso-lateral - Osteosynthese mit offener Reposition und Spongiosaplastik am 21. September 2006 - Metallentfernung am 4. September 2007 Die folgenden Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 9): - Verdacht auf COPD bei - fortgesetztem Nikotinkonsum seit dem 8. Lebensjahr (ca. 35 pack years ) - tachykarde Herzrhythmusstörung - gute Rhythmuskontrolle unter Betablocker - ungenügender 25-Hydroxy-Vitamin D-Spiegel

#### **E. 5.4.2**

In der Konsensbeurteilung (S. 6 ff.) wurde festgehalten, dass sich aus somatischer Sicht sicher eine vollständige Einschränkung für die angestammte Tätigkeit und eine volle Arbeitsfähigkeit in einem optimal angepassten Belastungsprofil ergebe. Das psychiatrische Krankheitsbild sei insgesamt mittelgradig ausgeprägt und insbesondere in seinen Auswirkungen durch die Chronifizierung und Dekonditionierung bestimmt. Die Kriterien einer depressiven Episode seien in der aktuellen Untersuchung und im Einklang mit den Unterlagen (mit Ausnahme der Begutachtung durch das B.\_\_\_\_) grundsätzlich erfüllt bei einer gut erkennbar gedrückten Stimmung, mässigen Verminderung von Antrieb und Aktivität, bei Schlafstörungen, sozialem Rückzug und rascher Erschöpfbarkeit. Es sei davon auszugehen, dass der soziale Rückzug bereits langjährig tatsächlich vorliege. Schwierigkeiten ergäben sich insbesondere in der Festlegung des Schweregrades. Man sehe hier, ähnlich wie Dr. E.\_\_\_\_ 2017, eine doch gut erhaltene affektive Schwingungsfähigkeit. Unter Berücksichtigung des Schweregrades der einzelnen Symptome würden aktuell allenfalls die Kriterien einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode erfüllt. So bestünden neben den genannten Symptomen klinisch keine Hinweise auf kognitive Einschränkungen (auch 2018 in der Tagesklinik der IP D.\_\_\_\_ bei den wenigen Arbeitsversuchen nicht gesehen), die Aufmerksamkeit sei vollumfänglich im Rahmen der dreistündigen Exploration gegeben, gut erkennbar sei dagegen eine Selbstwertproblematik mit Selbstinsuffizienzerleben. Passend dazu sei die Ausprägung der kognitiven Einschränkungen gemäss neuropsychologischer Testung nur leichtgradig ausgeprägt (S. 6). Die für eine mittelgradige Episode geforderte Anzahl von sechs Symptomen komme zwar formal zustande, aber zum einen sei klinisch zumindest eine Verdeutlichungstendenz erkennbar, auch einhergehend mit gewissen Diskrepanzen und Inkonsistenzen, zum anderen sei der Schweregrad von einzelnen Symptomen auch unter dem Eindruck der recht unauffälligen Interaktion mit dem Exploranden nicht genügend, um eine mittelgradige depressive Episode ausreichend sicher zu validieren. Eine schwergradige depressive Störung könne ohnehin klinisch ausgeschlossen werden (S.

#### **E. 5.4.3**

Für die angestammte Tätigkeit bestehe unstrittig eine volle Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall vom September 2006. In angepassten Tätigkeiten gehe man, ähnlich wie Dr. E.\_\_\_\_ 2017, unter Berücksichtigung aller Fakten aktuell von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht aus. Es liessen sich keine spezifischen Hindernisse zur Umsetzung einer zunächst geschützten Tätigkeit erkennen, wobei sehr wahrscheinlich der Beschwerdeführer aktuell nicht in der Lage sei, dem Anspruch einer Umschulung (zumindest nicht in einem ersten Schritt) aufgrund der starken krankheitswertigen Abwehr zu genügen. Aus gutachterlicher Sicht müssten hier allerdings bei den durchaus vorhandenen Ressourcen auch krankheitsunabhängige Anteile berücksichtigt werden. Rein aus medizinischer Sicht erscheine die Umsetzung einer Arbeitsfähigkeit in einem 50 %-Pensum möglich. Es sollte sich um eine einfache Tätigkeit handeln, welche die körperlichen Defizite berücksichtige und den Beschwerdeführer intellektuell nicht überfordere. Ideal wäre sicherlich ein unterstützendes Arbeitsumfeld ohne belastende Konflikte bei einem eher verständnisvollen Vorgesetzten. Weitere Einschränkungen seien nicht erkennbar, wobei der Einstieg über eine zunächst geschützte Tätigkeit, zu der der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben bereit sei, die Erfolgchancen deutlich erhöhe. Eine solche Tätigkeit sei nach medizinischen Kriterien auch zumutbar. Denkbar wäre ein

solcher Einstieg über einen Zeitraum von etwa 12 Monaten. Dann sollte die Arbeitsfähigkeit neu beurteilt werden mit der Frage, ob auch eine höhere Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Aufgrund des Diabetes seien keine Arbeiten an oder mit gefährlichen Maschinen, in sturzgefährdeten Positionen oder mit Führen von Fahrzeugen geeignet (S. 12) .

Diese Arbeitsfähigkeit bestehe seit dem Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2017, dies mit intermittierenden Unterbrüchen, die auch zu stationären Behandlungen geführt hätten. 2014 habe noch eine vollständig aufgehobene Arbeitsfähigkeit bestanden und es sei davon auszugehen, dass es bis 2017 zu einer stetigen Verbesserung gekommen sei, ohne dass ein konkreter Zeitpunkt benannt werden könne. In einer ersten psychiatrischen Begutachtung (2014) angeregte therapeutische Massnahmen seien bei einer bereits damals gesehenen Chronifizierung mit Vermeidungsverhalten nicht umgesetzt worden. Im Jahr 2017 habe gutachterlich dennoch eine deutliche Besserung im psychiatrischen Bereich festgestellt werden können (fraglich im Zusammenhang zu der vollumfänglichen Entpflichtung des Exploranden, was durch ihn selbst zuerst als Entlastung erlebt werde), die aus aktueller Sicht bis heute auf einem ähnlichen Niveau anhalte. Gesamthaft sei es also seit 2014 zu einer deutlichen Rückläufigkeit der psychiatrischen Symptomatik gekommen. Im Vordergrund stehe heute neben einer ängstlich-depressiven Grundsymptomatik eine Chronifizierung bei Dekonditionierung und eine rigide Abwehr gegenüber jeglichen reintegrierenden Massnahmen, wobei neben einer psychiatrischen Kernätiologie sehr wahrscheinlich auch nicht krankheitswerte, normalpsychologische Aspekte eine Rolle spielten (S. 12 unten f.) .

Wesentlich erscheine, dass der Beschwerdeführer nicht wie bisher «abtauchen» könne in einem Graubereich, der seinem starken Vermeidungsverhalten entspreche. Hier bedürfe es einer sehr bewussten therapeutischen Instruktion, um den Beschwerdeführer seinen Ressourcen entsprechend zu fordern. Die psychopharmakologische Behandlung sei in ihrer Bedeutung nach der langen Gabe der Medikamente in ihrer Wirksamkeit schwer einzuschätzen. Die psychopharmakologische Behandlung erscheine bei den nun auch von den Behandelnden immer mehr vordergründig gesehenen Persönlichkeitsanteilen der Problematik nicht die prioritäre Massnahme. Ein möglicher Weg der Reintegration könne sehr wahrscheinlich nur über eine sinnstiftende Strukturierung erfolgen, die dem Exploranden wieder eine bessere Selbstwertregulation ermögliche (S. 13 Ziff. 4.10).

### **E. 5.5**

RAD-Arzt pract . med. C.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Dezember 2021 ( Urk. 38) fest, es sei im Vergleich zu 2014 eine relevante Verbesserung der psychischen Beschwerden eingetreten. Eine detaillierte Angabe zur weiteren Prognose könne nicht abgegeben werden. Kurz- bis mittelfristig sei jedoch nicht mit einer wesentlichen Steigerung der aktuell attestierten Arbeitsunfähigkeit zu rechnen. Wichtig erscheine zunächst, die vorhandene Rest-Arbeitsfähigkeit auch umzusetzen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei somit mit den empfohlenen medizinischen Massnahmen in absehbarer Zeit keine wesentliche Steigerung der derzeitigen Arbeitsfähigkeit von 50 % zu erwarten. Aber die empfohlenen Behandlungsmassnahmen seien notwendig, um die vorhandene Rest-Arbeitsfähigkeit auf dem 1. Arbeitsmarkt umzusetzen. Die gutachterliche Einschätzung aus dem Jahr 2019 werde durch das Gerichtsgutachten nicht mehr gestützt. Die Tatsache, dass zum damaligen Zeitpunkt einseitig die bestehenden Einschränkungen einer Aggravation zugeordnet wurden und

keine psychiatrische Diagnose gestellt worden sei, ohne eine weiterführende Diskussion des Krankheitsverlaufs im Längsschnitt, führe dazu, dass die Einschätzung von 2019 keine Gültigkeit mehr habe (S. 3).

#### **E. 5.6**

Dipl. med. G.\_\_\_\_ hielt mit Schreiben vom 30. November 2021 (Urk. 42) fest, dass der Beschwerdeführer an einer rezidivierenden therapieresistenten depressiven Störung schweren Grades sowie einer chronischen therapieresistenten Schmerzsymptomatik leide (S. 1). Trotz einer langjährigen ambulanten, medikamentösen, teilstationären und stationären Therapie zeige er eine anhaltende gedrückte Stimmungslage mit ausgeprägtem Leidensdruck, eine deutlich verminderte Energie/Antriebsleistung und deutlichen kognitiven Einbußen. Der Beschwerdeführer sei auf seine ungünstige krankheitsbedingte Situation eingeengt und habe Gedanken über die eigene Wertlosigkeit. Er wiederhole passive Sterbewünsche. Aufgrund der Chronifizierung der psychischen und körperlichen Störung sei er jetzt und in Zukunft nicht in der Lage, eine ausreichende Stabilität zu erlangen, die es ihm ermögliche, sich sozial vollumfänglich zu reintegrieren. Er sei für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2).

#### **E. 6**

unten f.). Somit stelle man, vergleichbar zur Beurteilung durch Dr. E.\_\_\_\_ 2017, die Diagnose einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode, wobei die Abgrenzung zu normalpsychologischen Anteilen bei einem erheblich gekränkten Exploranden mit dysphorischer Grundhaltung nicht immer sicher gelinge und Unsicherheiten verbleiben würden. Wie häufig bei Chronifizierungen lasse sich ein klar remittierender Charakter der depressiven Störung über die Jahre nicht nachweisen. Es bleibe ein Stück weit nach der vorliegenden Dokumentation und den Angaben des Exploranden offen, ob seit vielen Jahren eine in ihrer Symptomatik fluktuierende depressive Episode bestehe oder ob zeitweise vollständige Remissionen vorgelegen hätten. Aus ihrer Sicht sei der affektive Anteil der Störung (bis mittelgradig) des Exploranden im Rahmen der dokumentierten Befunde bis 2014 am gutachterlich belastbarsten dargestellt (S. 7). Zur Angststörung / posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wurde ausgeführt, man sehe ähnlich wie die Behandler die Kriterien einer Panikstörung grundsätzlich als erfüllt an. In guter Übereinstimmung mit den anamnestischen Angaben (subjektiv erlebte Episoden mit plötzlich auftretendem Herzklopfen, Erstickungsgefühl, für 2-3 Minuten anhaltend etc.) liessen sich auch in der Exploration vegetative Symptome (deutliche Schweißbildung) erkennen. Auch die in den Akten beschriebene Grundhaltung mit rigider Abwehr sei gut erkennbar. Ähnlich wie bezüglich der affektiven Störung sei auch hier der Schweregrad nicht exakt festzulegen, schon allein die Festlegung der Frequenz der Attacken gelinge explorativ nicht. Man gehe insgesamt eher nicht davon aus, dass der Alltag des Beschwerdeführers durch die Panikattacken aktuell wesentlich beeinträchtigt werde. Bezüglich der von behandelnder Seite neu gestellten, jedoch nicht weiter begründeten Diagnose einer PTBS lasse sich feststellen, dass auch nach den vorliegenden Unterlagen und der aktuellen Exploration überhaupt keine Hinweise auf eine PTBS (keine Flashbacks, keine Vermeidung, kein Hyperarousal etc.) bestünden. Auch die Diagnose einer somatoformen Störung lasse sich aktuell nicht stellen; die Beschwerdeangaben seien ausgesprochen untypisch, Schmerzen stünden thematisch weit im Hintergrund und Schmerzwahrnehmungen seien im Rahmen der Exploration kaum ersichtlich. Auch der Explorand selbst sehe aktuell die Schmerzsymptomatik als nicht vordergründig, so dass

auch nicht gesichert sei, dass die subjektiv angegebenen Beschwerden über die somatisch erklärbaren Beschwerden hinausgingen .

Im Vordergrund stehe vielmehr die Kränkung und ein ängstlich-depressives Erleben. Im Jahr 2014 seien die Kriterien einer somatoformen Störung jedoch erfüllt gewesen (S. 7 f.). Für den Verlauf lasse sich festhalten, dass die Katamnese seit 2006 wesentlich durch die rigide und abwehrende Grundhaltung des Exploranden gegenüber jeglichen Integrationsversuchen bestimmt sei, wobei hier sicherlich auch eine zwischenzeitlich installierte Berentung ohne gleichzeitige Verstärkung der therapeutischen Bemühungen ungünstig gewesen sei. Der Explorand sei jetzt ein Stück weit gefangen in seinem eigenen Krankheitskonzept, in seinem sozialen Rückzug bei einer ausgesprochenen Selbstwertproblematik. Er verfüge jedoch über konkret erfahrbare Ressourcen, die mit einer vollständigen Aufhebung der Arbeitsfähigkeit so nicht zu vereinbaren seien. Ähnlich wie von Dr. E. \_\_\_ bereits 2017 festgehalten, sei es nach 2014 ganz offensichtlich zu einer Rückbildung der psychiatrischen Beschwerdesymptomatik gekommen. Dabei sei aber leider nicht einmal der Aufbau einer Tagesstruktur gelungen, was so rein nach medizinischen Kriterien durch die diagnostizierten psychischen Störungen nicht ausreichend erklärt werden könne. Die Dokumentationen der Aufenthalte in der Tagesklinik wie auch die Explorationsdokumentationen der letzten drei Begutachtungen (einschliesslich der aktuellen) wiesen jeweils psychopathologische Befunde und Interaktionen aus, die diese Einschätzung unterstützten. Bei unsicherer Prognose bezüglich einer Reintegration an einen Arbeitsplatz müsse doch konstatiert werden, dass dabei neben den störungsbedingten auch nicht krankheitswerte Anteile eine Rolle spielten und der Explorand seine Möglichkeiten nicht ausreichend nutze. Dabei könne jedoch der 2019 erfolgte psychiatrische B. \_\_\_ -Beurteilung nicht gefolgt werden, bei welcher überhaupt keine psychiatrische Diagnose attestiert worden sei und die Beschwerden einseitig einer Aggravation zugeordnet worden seien, ohne weiter den Längsschnitt zu diskutieren und in die Begutachtung zu integrieren. Gegen eine Aggravation spreche vor allem die unauffällige Beschwerdevalidierung der neuropsychologischen Testung. Für die führende Rolle der psychiatrischen Diagnosen wiederum spreche die Tatsache, dass in der umfassenden neuropsychologischen Testung die Einbussen als insgesamt leichtgradig erschienen, und in diesem testpsychologisch nachweisbaren Ausmass klinisch in der 3-stündigen psychiatrischen Exploration nicht auffallen seien (S. 8). Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde und Diagnosen hielten die Gutachterin und die Gutachter fest, dass aus psychiatrischer Sicht generell eine verminderte Belastbarkeit bestehe. Aufgrund der Ausbildungssituation und der Persönlichkeitsaspekte sollte es sich um eine einfache und intellektuell wenig fordernde Tätigkeit handeln. Die neuropsychologisch nachweisbaren leichtgradigen Defizite (verminderte Leistung in den Aufmerksamkeitsfunktionen und in den exekutiven Funktionen) führten dazu, dass Tätigkeiten mit einer hohen Anforderung an die kognitive Leistungsfähigkeit nicht geeignet seien. Anforderung an Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Flexibilitätsleistung seien entsprechend niedrig zu halten. Geeignet seien einfache, vorstrukturierte Tätigkeiten mit Wiederholungscharakter ohne hohe eigenorganisatorische Anteile. Ideal wäre ein unterstützendes Arbeitsumfeld ohne belastende Konflikte. Weitere spezifische (psychiatrische) Einschränkungen bestünden nicht. Der Diabetes führe aktuell vor allem zu qualitativen Einschränkungen aufgrund der schwankenden Blutzuckerwerte. Es seien keine Arbeiten an oder mit gefährlichen Maschinen, in sturzgefährdeten Positionen oder mit Führen von Fahrzeugen geeignet, solange keine bessere Kontrolle erreicht sei (S. 9)

Ziff.

### **E. 6.1**

Nach den Richtlinien zur Beweiswürdigung weicht das Gericht praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von Gerichtsgutachten ab (BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2, 135 V 465 E. 4.4). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa; Urteil des Bundesgerichts 8C\_487/2020 vom 3. November 2020 E. 4).

### **E. 6.2**

Das vom Gericht in Auftrag gegebene Verlaufsgutachten der Z.\_\_\_\_ vom 17. November 2021 (vorstehend E. 5.4.1) vermag den Beweisanforderungen (vgl. vorstehend E. 1.7) vollumfänglich zu genügen und es liegt kein Grund vor, davon abzuweichen. Die Parteien stellen denn auch den Beweiswert des Gerichtsgutachtens grundsätzlich nicht in Frage.

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter stellten darin im Vergleich zu ihrem Gutachten von 2014 nebst den weitgehend unveränderten somatischen Diagnosen weiterhin psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest, deren Zuordnung etwas verändert wurde (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 5.4.1). Massgeblich sind jedoch nicht die Diagnosen, sondern deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich kamen die Gutachter zum Schluss, dass in somatischer Hinsicht unverändert eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit besteht. Hier ergibt sich einzig eine Veränderung hinsichtlich des Belastungsprofils, da nun zusätzlich aufgrund des Diabetes keine Arbeiten an oder mit gefährlichen Maschinen, in sturzgefährdeten Positionen oder mit Führen von Fahrzeugen in Frage kommen.

In psychiatrischer Hinsicht wurden die Überlegungen und Schlussfolgerungen in äusserst differenzierter Weise hergeleitet. Die Gutachter diskutierten die Befunde und das Krankheitsbild sehr genau und räumten auch ein, dass aufgrund des erheblichen Gekränktheitsseins des Beschwerdeführers mit dysphorischer Grundhaltung eine Abgrenzung zu normalpsychologischen Anteilen nicht immer sicher gelinge und Unsicherheiten verblieben. In Übereinstimmung mit Dr. E.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.1), der 2017 eine leichte Verbesserung hatte feststellen können, die er mit einer Arbeitsfähigkeit von 50 % einschätzte, gingen auch die Z.\_\_\_\_-Gutachter im Verlauf von einer Verbesserung aus. Sie wiesen darauf hin, dass der Beschwerdeführer jetzt ein Stück weit in seinem eigenen Krankheitskonzept und seinem sozialen Rückzug gefangen sei, jedoch über konkrete Ressourcen verfüge, die mit einer vollen Arbeitsunfähigkeit nicht vereinbar seien. Es müsse jedoch auch konstatiert werden, dass neben den störungsbedingten auch nicht krankheitswertige Anteile eine Rolle spielten und der Beschwerdeführer seine Möglichkeiten nicht ausreichend nutze. Dabei könne jedoch der B.\_\_\_\_-Beurteilung von 2019 nicht gefolgt werden, bei welcher der Verlauf ausser Acht gelassen worden sei und die Beschwerden einseitig einer Aggravation zugeordnet worden seien. Gegen eine

Aggravation spreche die unauffällige Validierung der neuropsychologischen Testung; für die führende Rolle der psychiatrischen Diagnosen spreche, dass die neuropsychologischen Einbußen gering seien. Besonders hervorzuheben ist, dass das Verlaufsgutachten - im Gegensatz zum B.\_\_\_\_-Gutachten - von einer sehr hohen Begründungsdichte geprägt ist. Es ist offen sichtlich, dass sich die Gutachter in und die Gutachter bemüht haben, dem Beschwerdeführer und seinen Beeinträchtigungen in objektiver Weise gerecht zu werden, und dabei jedoch die sich stellenden Schwierigkeiten klar benannt. Dies erhöht den Beweiswert der Expertise.

### **E. 6.3**

Die Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.6) wurden ausführlich und sorgfältig diskutiert. Die gutachterliche Beurteilung umfasste das ganze Leistungsprofil mit sowohl negativen als auch positiven Anteilen und ist so verfasst, dass die attestierte Arbeitsunfähigkeit «gleichsam aus dem Saldo aller wesentlichen Belastungen und Ressourcen» (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1) abgeleitet wurde. Der psychiatrische Gutachter ist bei der Beantwortung der Frage, wie er das Leistungsvermögen einschätzte, den einschlägigen Indikatoren gefolgt, er hat ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt, welche Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung sind, und seine versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung ist auf objektivierter Grundlage erfolgt. Die von der Rechtsanwendung zu prüfende Frage, ob er sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren eingeschätzt hat (BGE 141 V 281 E. 5.2.2), ist klar zu bejahen. Die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage lassen sich anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen.

Auf die Beurteilung, wonach seit September 2014 bis Juni 2017 eine stetige Verbesserung eingetreten ist, die aus aktueller Sicht bis heute anhalte und eine Arbeitsfähigkeit von 50 % seit 23. Juni 2017 in angepassten Tätigkeiten bedeute (E. 5.4.3), kann deshalb abgestellt werden. Dieser Ansicht ist auch RAD-Arzt pract. med. C.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.5). Damit ist eine anspruchsrelevante Verbesserung eingetreten, die jedoch nicht zu einer vollständigen Aufhebung, sondern lediglich zu einer Reduktion des Rentenanspruchs ab Oktober 2017 führt (dazu nachfolgend E. 7).

### **E. 6.4**

Die Beurteilungen durch Dipl. med. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 5.2; 5.6) vermögen den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht in Frage zu stellen, da die darin diagnostizierte schwere depressive Episode nicht ausgewiesen ist. Dipl. med. G.\_\_\_\_ nennt keine Befunde, die seine Einschätzung stützen würden.

### **E. 6.5**

Wie auch die Beschwerdegegnerin einräumt, kann auf das B.\_\_\_\_-Gutachten nicht abgestellt werden. Darin wurde der Verlauf seit 2014, obwohl Anlass der Begutachtung bildend, weder sorgfältig noch

vertieft geprüft, da der psychiatrische Gutachter jegliche psychische Erkrankung des Beschwerdeführers in Abrede stellte, was er hauptsächlich auf die neuropsychologische Abklärung zurück führte. Letztere ergab aber auch, dass die kognitiven Einschränkungen formal insgesamt als mittelschwer bis schwer beurteilt wurden.

Die Gutachter konnten sich nicht entscheiden, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht verbessert habe oder man den Zustand anders bewerte (vgl. vorstehend E. 5.3), was nicht zu genügen vermag. Insgesamt wurde das Gutachten zu oberflächlich abgefasst.

#### **E. 7.1**

Nachdem der Beschwerdeführer bis April 2014 vollständig arbeitsunfähig war, ist nun von einer

50%igen Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten ab 23. Juni

2017

(vgl. E. 5.4.3, E. 6.3) auszugehen, womit der Invaliditätsgrad neu zu berechnen ist.

#### **E. 7.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 7.3**

Die Beschwerdegegnerin errechnete für das Jahr 2017 ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 69'930.95 (Urk. 7/171; Urk. 7/233/5 unten), was nicht zu beanstanden ist und im Übrigen nicht bestritten wird.

#### **E. 7.4**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerehebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn

55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Gestützt auf die LSE ermittelte die Beschwerdegegnerin ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 67'454.70 und gewährte dabei aufgrund des Umstands, dass nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien, einen Abzug von 10 % , womit sich ein Betrag von Fr. 60'709.25 ergab ( Urk. 7/171; Urk. 7/233/5 unten). Bei einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % entspricht das einem Invalideneinkommen von Fr. 30'354.60 ( Fr. 60'709.25 x 0.5). Das Belastungs profil hat sich seither sowohl aus psychischen wie auch somatischen (Diabetes) Gründen verengt, jedoch wird den Einschränkungen des Beschwerdeführers mit der Einschätzung einer Arbeitsfähigkeit von 50 % Rechnung getragen, was keinen zusätzlichen Abzug rechtfertigt. Denn bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfliessen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (BGE 146 V 16 E. 4.1 mit Hinweisen). Auch kann eine psychisch bedingt verstärkte Rücksichtnahme seitens Vorgesetzter und Arbeitskollegen nach der Gerichtspraxis in der Regel nicht als eigenständiger Abzugsgrund anerkannt werden, ebenso wenig etwa das Risiko von vermehrten gesundheitlichen Absenzen, ein grösserer Betreuungsaufwand oder weniger Flexibilität, was das Leisten von Überstunden etwa bei Verhinderung eines Mitarbeiters anbetrifft (Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2017 vom 29. Mai 2018 E. 3.4.2; vgl. auch Urteil 9C\_233/2018 vom 11. April 2019 E. 3.2 mit Hinweisen).

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, seine Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwerten zu können (vgl. vorstehend E. 2.2), so übersieht er, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischen arbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.2.1 und 9C\_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen). Dafür bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte. Insbesondere hielten die Gutachter zwar fest, dass der Einstieg über eine zunächst geschützte Tätigkeit die Erfolgchancen der Eingliederung deutlich erhöhen würden, eine Notwendigkeit besteht jedoch nicht (vgl. vorstehend E. 5.4.3).

### **E. 7.5**

Der Vergleich des hypothetischen Invalideneinkommens von Fr. 69'930.95

mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 30'354.60 ergibt eine Einkommens einbusse von Fr. 39'576.35, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 57 % entspricht.

Damit hat der Beschwerdeführer ab Oktober 2017 (Juni 2017 plus drei Monate, Art. 88a

IVV

) Anspruch auf eine halbe Rente.

Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

Da weder eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt oder ein hohes Alter vorliegt, ist der Beschwerdeführer auf den Weg der Selbsteingliederung zu verweisen. Es bleibt der

Hinweis , dass Rentenbezügerinnen und - bezüger nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet

sind, trotz allfälliger subjektiver Eingliederungsunfähigkeit an allen zumutbaren Massnahmen aktiv teilzunehmen, damit ihr Eingliederungspotential ausgeschöpft werden kann. Dies betrifft Personen mit ganzen und Teilrenten gleichermassen. Der Verpflichtung zur aktiven Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen wird durch die Sanktionierungsmöglichkeiten der Kürzung oder Verweigerung von Rentenleistungen Nachdruck verliehen (BGE 145 V 2 E. 4.2.4 und E. 4.3.1). Der Beschwerdeführer ist dementsprechend gehalten, sich aktiv um seine Eingliederung zu bemühen . Dies gilt auch, soweit die Beschwerdegegnerin den gutachterlichen Ausführungen folgend eine erneute Überprüfung der Arbeitsfähigkeit anstreben sollte .

## **E. 8**

.2

Dem Beschwerdeführer steht aufgrund des Verfahrensausgangs eine um die Hälfte gekürzte Prozessentschädigung zu, die gemäss

§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) nach der Bedeutung der Streit sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert festzulegen ist und vorliegend dem unentgeltlichen Rechtsvertreter zuzusprechen ist. Ermessensweise ist die Entschädigung beim praxismässigen Ansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer und Auslagen) auf Fr. 2'200.-- ( Fr. 4'400.--

x 0.5 ) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Für den Restbetrag von Fr. 2'200.-- kommt die Gerichtskasse im Umfang von 50 % ( Fr. 1'100.--) auf.

### **E. 8.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streit wert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den Parteien zur Hälfte

aufzuerlegen, wobei der Anteil des Beschwerdeführers zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und aufgrund der Kostenzusage seiner Recht s schutzversicherung (vgl. Urk. 1 S. 8; Urk. 3/4 ) im Umfang von 50 % ( Fr. 250.--)

einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist .

### **E. 8.3**

Die Kosten eines Gerichtsgutachten s können dem Versicherungsträger auferlegt werden, wenn die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren in rechtserheblichen Punkten nicht ausreichend beweiswertig sind, und zur Durch führung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt (vgl. BGE 139 V 225 E. 4.2 mit Verweis auf BGE 137 V 210).

Vorliegend hat te das Gericht bereits eine Rückweisung veranlasst, weshalb es von einer zweiten absah . Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung auf

das nach der Rückweisung eingeholte Gutachten des B.\_\_\_\_

und leitete daraus ab, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deutlich verbessert habe. Dieses Gutachten litt jedoch an erheblichen Mängeln (vgl. vorstehend E. 6.5) . Die genaue Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wurde durch das Gerichtsgutachten nachgeholt. Dement sprechend sind der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 15'589.35 ( Urk. 40) aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gut heissung der Beschwerde wird die

Verfügung der Sozialversicherungs anstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. April 2020 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. Oktober 2017 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 500.-- zur Hälfte, im Umfang von Fr. 250.--, einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten in Höhe von Fr. 15'589.35 zurückzuerstatten.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Mark A. Glavas, Muolen, eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 5 .

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Mark A. Glavas, Muolen, wird mit Fr. 1'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 6.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 40 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 7.

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 Grieder-Martens Lienhard

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