

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00446 vom 8. Juli 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-07-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00446 du 8 juillet 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00446 del 8 luglio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den 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 vor 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 Krank heit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidi tät. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbs fähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiolo gie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Masstab zu beurteilende Frage, ob es der ver sicherten 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 Neuanschuldung 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).

E. 1.5

Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet bei der Neuanschuldung die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht. Demgemäss sind die Verhältnisse bei Erlass der strittigen Verwaltungsverfügung mit denjenigen im Zeitpunkt der letzten materiellen Anspruchsverneinung zu vergleichen (BGE 130 V 64 E. 2, 130 V 71 E. 3, 133 V 108 E. 5.2 und E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

E. 1.6

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

Dagegen liess der Versicherte am 2. Juli 2020 Beschwerde erheben und beantragen, die Verfügung vom 5. Juni 2020 sei aufzuheben und ihm sei eine ganze Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Sache zur Einholung eines neuen Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1/1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 22. Juli 2020 (Urk. 7) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde, worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. Juli 2020 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 9).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, dass der Beschwerdeführer im Dezember 2019 und Januar 2020 persönlich durch die Gutachter der

A.____ untersucht worden sei. Die Abklärungen hätten ergeben, dass keine Diagnosen vorliegen würden, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Eine Erwerbstätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollumfänglich zumutbar. Des Weiteren sei eine Gewichtsreduktion empfohlen worden, da sich diese positiv auf die Schlafapnoe auswirke (Urk. 2 und 7).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1 /1) geltend, auf das A.____ -Gutachten könne nicht abgestellt werden. Insbesondere seien das psychiatrische und das neuropsychologische Gutachten nicht beweiskräftig. Fraglich sei auch die Qualifikation der Gutachter zur Beurteilung der nichtorganischen Hypersomnie, welche ihn massgeblich einschränke und von keinem der involvierten Sachverständigen gewürdigt worden sei. Des Weiteren seien für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht nur das Gutachten, sondern auch die Berichte der beruflichen Abklärungsstellen beizuziehen und zu würdigen. Gemäss Einschätzung der behandelnden Somnologin sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, weshalb er Anspruch auf eine ganze Rente habe (S. 7-

E. 2.3

Strittig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung. Die Beschwerdegegnerin gab ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Urk. 8/61), nahm diverse Berichte zu den Akten (Urk. 8/18, 8/30, 8/38, 8/40-42, 8/45, 8/50) und legte das Dossier ihrem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Beurteilung vor (Urk. 8/63/ 5- 6). Damit ist sie unbestrittenermassen auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 15. März 2018 (Urk. 8/17) materiell eingetreten. Zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der einen Leistungsanspruch verneinenden Verfügung vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/11) anspruchrelevant verändert hat und ob diesbezüglich der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist. 3.

E. 3

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

E. 3.1

Im Zuge der anspruchsverneinenden Verfügung vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/11) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das medizinische Attest von Dr. med. B.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, vom 29. März 2015 (Urk. 8/1), wonach der Beschwerdeführer an einer obstruktiven Schlafapnoe

leide, welche medizinisch behandelt werde. Dem Attest ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Elektromonteur 100 % arbeitsfähig sei (vgl. auch Urk. 8/ 8-9).

E. 3.2.1

Im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

E. 3.2.2

Im Bericht vom 30. März 2018 notierte Dr. med. C.____, Facharzt Gastroenterologie, als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen

bekanntes RR (Riva-Rocci bzw. Blutdruck; gemäss Urk. 8/38/39 bekannter artielle Hypertonie), eine Schlafapnoe sowie einen BMI von 39.9. Im Mai 2017 sei mittels

Koloskopie eine Proktitis ulzerosa diagnostiziert worden. Der Beschwerdeführer sei 100 % arbeitsfähig und eine Funktionseinschränkung bestehe nicht (Urk. 8/18/2-4).

Mit Verlaufsbericht vom 14. Mai 2019 bestätigte Dr. C.____, von Seiten der Kolitis ulzerosa bestehe weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit eine Einschränkung (Urk. 8/50/1).

E. 3.2.3

Gemäss Bericht vom 15. Mai 2018 befand sich der Beschwerdeführer seit Juni 2016 in ambulanter Behandlung im Spital D.____, Abteilung Pneumologie. Die leitende Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin und Pneumologie, führte aus, aus pneumologischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. Die pneumologische Nachkontrolle sei wegen dem bekannten Schlafapnoe-/Hypopnoe-Syndrom respektive dem Adipositas-Hypoventilationssyndrom

durchgeführt worden. Die nächtliche Pulsoxymetrie unter CPAP-Therapie habe am 30. Januar 2018 einen Entsättigungs-Index pro Stunde von 0.9 ergeben; die durchschnittliche Sauerstoffsättigung sei bei 93.8 % gewesen. Die Geräteauflesung vom 29. Januar 2017 bis 29. Januar 2018 habe eine Compliance von 97.8 % gezeigt. Die MSLT vom 3. Mai 2018 habe eine deutlich verminderte Einschlaflatenz von fünf bis sechs Minuten gezeigt. Es würden Hinweise für eine leichte bis moderate Schläfrigkeit bestehen trotz adäquater RP unter CPAP-Therapie.

Trotz adäquater Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms bestehe eine persistierende Müdigkeit, die teilweise durch eine Tag-/Nacht-Verschiebung erklärt sei. Bezüglich psychischer Erkrankungen könne sie keine Angaben machen. Dr. E.____ wies darauf hin, dass bei der Wiedereingliederung keine Tätigkeit im Schichtbetrieb aufgenommen werden sollte. Aufgrund der aktuellen Müdigkeit und Einschlaflatenz sollte der Beschwerdeführer zudem kein Fahrzeug führen (Urk. 8/30/7-9).

Mit Verlaufsbericht vom 30. Januar 2019 berichtete

Dr. E.____, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Der Beschwerdeführer sei aus pneumologischer Sicht weiterhin arbeitsfähig; aus psychologischer Sicht in Bezug auf die organische Hypersomnie könne keine Einschätzung abgegeben werden (Urk. 8/41/4-7).

E. 3.2.4

Der Hausarzt Dr. B.____ berichtete am 18. September 2018, seit Jahren bestünden eine Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit.

Seit dem Jahr 2010 seien eine Verschlechterung der Beschwerden und eine depressive Verstimmung aufgetreten.

Im Jahr 2012 seien in der Abteilung Pneumologie des Spitals D.____ die Diagnose eines obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms gestellt und eine CPAP-Therapie installiert worden. In allen CPAP-Kontrollen sei eine korrekte Verwendung des Gerätes attestiert worden. Trotzdem seien die Müdigkeit, Schläfrigkeit und die depressive Verstimmung unverändert geblieben. Eine psychiatrische Überweisung habe der Beschwerdeführer abgelehnt. Die ebenfalls im Jahr 2012 festgestellte subklinische Hypothyreose habe sich spontan normalisiert. Der Beschwerdeführer sei für eine Schlafabklärung an das Sanatorium F.____

üb erwiesen worden. Im Jahr 2017 sei wegen Blut im Stuhl eine Koloskopie durchgeführt worden, welche eine Proktitis ulcerosa gezeigt habe, die

medikamentös behandelt worden sei. Zurzeit habe der Beschwerdeführer Durchfall, weshalb er wieder mit Pentasa und Budenosid behandelt werde. Dr. B. ____

attestiert dem Beschwerdeführer vom

7. Mai bis 15. Juni 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und vom 16. Juni bis 16. September 2018 eine solche von 50 % (Urk. 8/38/2-3).

Am 22. März 2019 (Eingangsdatum) hielt Dr. B. ____

fest, dass der Beschwerdeführer könne im bisherigen Beruf als Elektriker nicht mehr arbeiten.

In einer angepassten Tätigkeit, namentlich in der aktuell ausgeübten Tätigkeit als Aushilfs-Velomechaniker (40 %-Pensum), bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit im Umfang von 60 %. Die verschiedenen therapeutischen Massnahmen hätten keine Besserung gebracht (Urk. 8 / 45/1-4).

E. 3.2.5

Mit Bericht vom 27. September 2018 (Urk. 8/40)

hielten die Ärztinnen des Sanatoriums

F. ____, Dr. med. G. ____ und Dr. med. H. ____, Fachärztin Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie fest, dass der Beschwerdeführer leide seit seinem 25.

Lebensjahr unter starker Müdigkeit und Erschöpfungszuständen. Im Jahr 2013 sei die Diagnose eines Schlafapnoe- / Hypopnoe-Syndroms gestellt worden. Trotz der täglichen Anwendung der Maske und objektiver Normalisierung von Apnoe- / Hypopnoe-Index und ODI leide der Beschwerdeführer unverändert unter der ausgeprägten Tagesmüdigkeit und Tages schläfrigkeit. Aufgrund der daraus folgenden Erschöpfungszustände habe er in den letzten Jahren mehrmals einen Job aufgeben müssen. Unter der CPAP-Behandlung sei die Schlafqualität subjektiv gut bei Ausbleiben der Erholbarkeit des Schlafes. Die Tagesbefindlichkeit sei deutlich beeinträchtigt, der Beschwerdeführer fühle sich niemals ausgeschlafen. Teilweise habe er leichte nächtliche Schmerzen in Form von Rückenschmerzen. Nach körperlichen Aktivitäten träten Krämpfe am gesamten Körper auf, welche mit Magnesium behandelt würden. Der Beschwerdeführer habe angegeben, leichte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme (morgens besser, abends schlechter) zu haben. Die Gedächtnisleistung sei jedoch unauffällig (S. 2). Bei zwei bis fünf Tagesschlafsequenzen pro Tag bestehe eine deutliche Monotonieintoleranz. Sodann leide der Beschwerdeführer an einer starken Tagesschläfrigkeit und einer Einschlafneigung in unerwünschten Situationen, es seien jedoch keine Hinweise auf affektiven Tonusverlust, dissoziiertes Erwachen, Schlaflähmung, hypnagoge Halluzinationen oder automatisierte Handlungen festgestellt worden. Sodann lägen keine Hinweise auf Parasomnien

vor (S. 3). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Ärztinnen eine nichtorganische Hypersomnie (ICD-10 F51.1) sowie eine Proctitis

ulcerosa (ICD-10 K51.2) auf. Das obstruktive Schlafapnoe-Syndrom, die Adipositas per magna sowie die arterielle Hypertonie

seien

hingegen

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit . Die Hypersomnie führe zu einer ausgeprägten Tagesmüdigkeit und Tagesschläfrigkeit, welche die Arbeitsfähigkeit deutlich einschränken (S. 4) . Es bestünden folgende funktionellen Beeinträchtigungen

(S. 5) : - Durchhaltefähigkeit: starke Beeinträchtigung - Kontaktfähigkeit zu Dritten: leichte Beeinträchtigung - Fähigkeit familiäre beziehungsweise intime Beziehungen zu führen: leichte Beeinträchtigung - Spontan-Aktivitäten: mittelgradige Beeinträchtigung - Verkehrsfähigkeit: starke Beeinträchtigung aufgrund der Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten Dr. G. ___ und Dr. H. ___ aus, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit während zirka vier Stunden pro Tag zumutbar. Diese Tätigkeit sei bereits dem Leiden angepasst (S. 5).

Am 5. Februar 2019 berichteten Dr. G. ___

und Dr. H. ___

von einem stationären Gesundheitszustand des Beschwerdeführers . Sie hielten fest, die Hypersomnie bedinge eine ausgeprägte Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit, welche die Arbeitsfähigkeit deutlich einschränke. Auch eine adäquate Behandlung des Schlafapnoe-Syndroms mittels CPAP-Maske habe zu keiner klinischen Verbesserung der Müdigkeit geführt. Weiterhin würden alle zwei Wochen Konsultationen stattfinden. Sie kamen zum Schluss, dass durch medizinische Massnahmen die Arbeitsfähigkeit nicht verbessert werden könne . Der Beschwerdeführer arbeite an vier halben Tagen (4.5 Stunden) pro Woche an einem geschützten Arbeitsplatz, wo er Veloreparaturen in einer Brockenstube durchführe

(Urk. 8/42).

E. 3.2.6

Am 24. März 2020 erstatteten die Gutachter der A. ___ das von der Beschwerdeführerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 8/61). Sie führten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf . Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein mittelschweres obstructives Schlafapnoe-Syndrom mit CPAP-Maskentherapie (ED 2. Mai 2013, respiratorische Polygraphie vom 2. Mai 2013: Apnoe- Hypopnoe -Index 30,6/h, Sauerstoff- Desaturations -Index 32,3/h) , eine arterielle Hypertonie, eine Proktitis ulceroosa , eine Adipositas Grad II sowie eine nichtorganische Hypersomnie (ICD-10: F51.1 , anamnestic bestehend seit 1998) und eine Dysthymie (ICD-10: F34.1; Urk. 8 / 61/6).

Im internistischen Gutachten (Urk. 8/61/10 -41) führte Dr. med. I. ___ , Facharzt Allgemeine Innere Medizin, aus , der Beschwerdeführer habe während der 90-minütigen Begutachtung nicht schmerzgeplagt oder anderweitig beeinträchtigt gewirkt; die äussere Erscheinung sei gepflegt, der Beschwerdeführer sei freundlich und kooperativ gewesen (Urk. 8/61/33) .

Der Beschwerdeführer habe vorrangig Müdigkeit, Erschöpfung, eine verminderte Leistungsfähigkeit und einen trotz CPAP-Maskentherapie nicht erholsamen Schlaf reklamiert, wogegen Darmbeschwerden aktuell nicht angegeben worden seien. Unter antihypertensiver Medikation seien die kardiale und pulmonale Befunderhebung in Ruhe wie

auch der arterielle Gefässstatus unauffällig

gewesen und auch nach der zügig durchgeführten Belastungsphase seien keine Beschwerden reklamiert worden. Im EKG habe sich ein unauffälliger Stromkurvenverlauf präsentiert und die Blutdruckmessungen hätten in Ruhe sowie nach der Belastungsphase normotone Werte ergeben. Neben der Adipositas habe die abdominale Befunderhebung keine auffälligen Ergebnisse gezeigt. Die Inspektion des Analbereichs sei unauffällig und ohne richtungweisenden Befund gewesen. Während der internistischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer stets attent und aufmerksam gewesen; Hinweise auf eine namhafte Müdigkeit oder eine Erschöpfung seien nicht festgestellt worden. Die körperliche Untersuchung habe keine Pathologien

gezeigt, welche kausal für die Schlafbeschwerden sein könnten. In Bezug auf den leicht erhöhten Wert der Erythrozyten sei eine hausärztliche Laborkontrolluntersuchung ausreichend. Internistisch werde daneben eine Gewichtsreduktion empfohlen, welche durch die Aufnahme eines mild beginnenden Ausdauertrainings unterstützt werden sollte. Die eigenberichtete aktive Alltagsgestaltung (Erledigung sämtlicher Besorgungen zu Fuss oder mit dem öffentlichen Verkehr, Spaziergänge von täglich etwa 60 Minuten, im Sommer häufig einstündige Velofahrten und Pflege guter Sozialkontakte) sprächen für erhaltene Ressourcen (Urk. 8/61/36). Auf dem internistischen Fachgebiet seien unter Berücksichtigung der Vorakten

sowie der aktuellen Anamnese und Befunderhebung keine Hinweise auf Erkrankungen ersichtlich, die eigenständige dauerhafte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bedingen würden (Urk. 8/61/37). Der Beschwerdeführer könne ohne Einschränkungen in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit neun Stunden anwesend sein; er sei 100% arbeitsfähig. Auch rückblickend sei anamnestisch und aktenkundig keine internistische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur zu erkennen. In der Vergangenheit habe die schubweise verlaufende Proktitis zu vorübergehenden Arbeitsunfähigkeitszeiten geführt, ohne dass daraus eine dauerhafte Limitation der Arbeitsfähigkeit abzuleiten sei. Eine angepasste Tätigkeit sei aus internistischer Sicht nicht erforderlich (Urk. 8/61/39-40).

Der pneumologische Gutachter Dr. med. J. ___ hielt in seinem Gutachten (Urk. 8/61/42-72) fest, bereits Jahre vor der Diagnosestellung der obstruktiven Schlafapnoe hätten eine vermehrte Müdigkeit, Erschöpfbarkeit und Energielosigkeit bestanden. Aktenanamnestisch bestehe seit circa 1998 eine Hypersomnie; diese habe keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehabt (Urk. 8/61/66). Rein von Seiten der obstruktiven Schlafapnoe bestehe bei sehr guter Therapieadhärenz und technisch einwandfrei funktionierender Therapie kein Optimierungspotential. Es finde sich kein Hinweis für eine relevante nächtliche Hypoventilation

(Urk. 8/61/68). Ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom führe in der Regel nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit, insbesondere nicht, wenn diese wie beim Beschwerdeführer gut behandelt sei. Es bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem ausgeprägten Krankheitsgefühl des Beschwerdeführers und der Einschätzung respektive den bisher getroffenen Massnahmen der behandelnden Ärzte. Der Beschwerdeführer arbeite seit März 2017 nicht mehr, eine unbefristete Arbeitsunfähigkeit sei jedoch erst im Februar 2019 attestiert worden (Urk. 8/61/69).

Gemäss dem neurologischen Gutachten von Dr. med. K. ___

(Urk. 8/61/73 -104) lagen

bei der Exploration eine Auskunftsbereitschaft und eine adäquat motivierte Mitarbeit vor. Der Beschwerdeführer habe den Untersuchungsraum mit einem flüssigen Gangbild betreten. An- und Auskleiden seien selbständig und geschickt gelungen. Der Kopf sei spontan frei in alle Richtungen gewandt worden. Während der gesamten Untersuchung habe der Beschwerdeführer keinen schmerzgeplagten Eindruck hinterlassen; es seien kein Schonsitz, Schon gang und keine Schonhaltungen festgestellt worden. Der BMI betrage 36.6

kg/m² (Urk. 8/61/96). Es hätten

sich keine Hinweise auf eine Störung der neuropsychologischen Funktionen (Sprache, Rechnen, Schreiben, Handlungsplanung und -ausführung, räumliche s
Vorstellungsvermögen und Orientierung, Links-Rechts-Orientierung, Körperschema, Wahrnehmung visueller, taktiler oder akustischer Reize)

gezeigt. Anhaltspunkte für eine neurologische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien nicht festgestellt worden (Urk. 8/61/99). Für eine neurologisch begründete Schlafstörung sei kein Anhalt aktenkundig; auf neurologischem Gebiet seien keine Erkrankungen aktenkundig und es hätten keine Behandlungen stattgefunden (Urk. 8/61/101). In der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur bestehe keine neurologisch begründete Minderung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/61/102).

Im psychiatrischen Gutachten (Urk. 8/61/105-137) berichtete

Dr. med.

L. ___ über ständige Müdigkeit des Beschwerdeführers. Der Beschwerdeführer habe geklagt, nach kleineren Belastungen erschöpft zu sein. Wegen eines Schlafapnoesyndroms werde er seit dem Jahr 2013 mit einer Beatmungsmaske behandelt und habe einen ausreichenden, jedoch nicht erholsamen Schlaf. Eine Proktitis ulcerosa sei ebenfalls bekannt. In Grenzen könne der Beschwerdeführer Freude entwickeln, sei aber unzufrieden mit seinem Leben und habe eine schwankende, zum Teil bedrückte Stimmungslage. Depressive Kardinalsymptome (tiefe Traurigkeit, Antriebs- und Freudverlust) seien nicht angegeben worden. Der Beschwerdeführer besuche seit mehreren Monaten in etwa vierwöchentlichem Abstand Psychotherapiesitzungen bei einer Psychosomatikerin. Alle bisherigen Therapieversuche (unter anderem mit Ernährungsumstellung, Nahrungsergänzungsprodukten) hätten keine durchgreifende Besserung erzielt. Nach Angabe des Beschwerdeführers sei es ihm als junger Mann besser gelungen, die Defizite zu kompensieren;

mittlerweile sei er dazu nicht mehr in der Lage. In den letzten Jahren seiner Berufstätigkeit habe er nur noch an temporären Arbeitsplätzen gearbeitet, sodass er sich nach einigen Monaten der Belastung wieder einige Monate habe ausruhen können (Urk. 8/61/126-127). Der psychiatrische Sachverständige hielt fest, der Beschwerdeführer habe im Gespräch zugewandt und kooperativ gewirkt. Er habe Blickkontakt gehalten und eine angemessen modulierte Mimik und Gestik gezeigt. Im Gesprächsverlauf habe er wenig gelächelt; auch beim Berichten

über belastende Situationen habe er keine überschiessenden emotionalen Reaktionen gezeigt. Konzentrationseinbrüche oder Gedächtnislücken

sein nicht beobachtet worden. Der Rapport sei gut geordnet und zielgerichtet gewesen; es seien nur wenige Nachfragen erforderlich gewesen. Er habe lebensgeschichtliche Daten einordnen können und nicht durch Schmerzen oder Müdigkeit beeinträchtigt gewirkt (Urk. 8/61/128). Dr.

L.____ diagnostizierte eine Dysthymie (ICD-10 F34.1 ; Urk. 8/61/131) und kam zum Schluss, dass der AMDP-konform erhobene Befund keine Hinweise auf die Kardinalkriterien einer depressiven Episode, keine kognitiven Störungen und keine Wachstörungsstörung ergeben habe. Es bestehe eine zeitweise gedrückte Grundstimmung mit beeinträchtigter Empfindung von Freude und Genuss, einer Grübelneigung und vermehrte Zukunftsorgen. Diese Konstellation sei gemäss ICD-10-Vorgaben mit einer Dysthymie gut vereinbar, da über mehrere Jahre immer wieder leichtgradige depressive Symptome aufgetreten seien, die jedoch nicht das Niveau einer depressiven Episode erreicht

und zu keiner namhaften Beeinträchtigung beruflicher und sozialer Funktionen geführt hätten. Die Diagnose einer Dysthymie werde durch die erhaltene Alltagsaktivität (eigenständige Haushaltsführung und Mobilität, soziale Kontakte) und durch die zurückhaltende Inanspruchnahme von Behandlungsmassnahmen bestätigt (Urk. 8/61/132). Die vom Beschwerdeführer angegebene Tagesmüdigkeit und vermehrte Erschöpfbarkeit habe in der Untersuchung nicht bestätigt werden können. Er sei wach und attent gewesen, zudem habe er bei den gutachterlichen Untersuchungen am 10. Januar 2020 keine Anzeichen für Müdigkeit und Erschöpfung gezeigt. Es habe keine psychiatrische Erkrankung festgestellt werden können, welche die angegebene Tagesmüdigkeit und verminderte Belastbarkeit erklären würde. Es liege keine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 8/61/133). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/61/135).

Aus dem neuropsychologischen Gutachten (Urk. 8/61/138-178) von Dr. med. M.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, geht hervor, dass der Beschwerdeführer über Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration klagte; bei der Arbeit habe er mit der Konzentration Mühe (Urk. 8/61/159). Dr. M.____ hielt fest, in der Untersuchung seien keine Hinweise auf eine kognitive Störung mit namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt worden;

der erhobene klinische Befund sei ohne Anhalt für eine kognitive Beeinträchtigung gewesen. Der Beschwerdeführer sei wach, orientiert, attent, eloquent, mnestisch und in der Auffassung sicher gewesen und sei im Verlauf nicht ermüdet. Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe keine Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsmotivation gezeigt (Urk. 8/61/172). In neuropsychologischer Hinsicht habe sich eine minimale Störung gezeigt, die allenfalls im Kontext der psychiatrisch diagnostizierten Dysthymie einzuordnen sei; eine namhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten oder einer ähnlichen Tätigkeit sei nicht zu erwarten (Urk. 8/61/173). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit aus neuropsychologischer Sicht 100 % arbeitsfähig. Auch rückblickend sei keine neuropsychologische Störung mit minderndem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ersichtlich (Urk. 8/61/175).

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 8/61/4-8) führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Begutachtung vorrangig eine vorzeitige Ermüdbarkeit vorgetragen. Die aktuellen Befunde hätten eine leichte depressive Störung (Dysthymie) gezeigt

und sei en ohne erhebliche somatische Auf fälligkeit gewesen (Urk. 8/61/4) . Die Indikatoren würden auf eine erhaltene Selbständigkeit, Selbstversorgungfäh igkeit und Aktivität hindeuten , was die Annahme einer Arbeitsfähigkeit unterstütze . In den Akten werde ein gut be handeltes Schlafapnoesyndrom genannt und auch die Proktitis ulcerosa sei nicht als die Arbeitsfähigkeit limitierend eingestuft worden. Die ak tenkundige Diagnose einer nicht - organischen – mithin weder internistisch/ pulmologisch noch neuro logisch erklärten – Schläfrigkeit sei gestützt auf die subjektiven Angaben for muliert worden und daraus sei eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet worden. Die objektiven Befunde würden jedoch keine Vigilanzstörung belegen; auch nicht unter kognitiv fordernden Bedingungen (neuropsychologische Testung) . Zumin dest die Ausprägung einer nicht-organischen Hypersomnie sei hier also zweifel haft und ein überwiegend wahrscheinlicher behindernder Effekt sei somit nicht gegeben. Die subjektiven Beschwerden könnten allenfalls der Dysthymie zuge ord net werden, eine objektiv auffällige Ermüdung sei jedoch nicht zu erheben gewesen. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht hinr e i chend be gründen (Urk.

8/61/4 -5).

Die Gutachter führten zusammenfassend aus, dass sich für die beklagte Müdigkeit/Ermüdung in den erhobenen Befunden kein ausrei chendes Korrelat ergeben habe. Die Schlafapnoe sei aktenkundig bereits gut kom pensiert. Aufgrund der anamnestisch nicht im Vordergrund s t ehenden Proktitis ulcerosa mit erhöhter Stuhlgangfrequenz sollte bei Arbeitstätigkeiten eine Toilette erreichbar sein, was jedoch regelhaft anzunehmen sei. In diesem Sinne sei von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Dem Beschwerdeführer werde vorrangig eine Gewichtsreduktion empfohlen , da dies einen positive n Effekt auf die Schlaf apnoe erwarten lasse (Urk. 8/61/ 6- 7). 4.

4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen einer invalidenversiche rungs rechtlich relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und somit auch eine massgebliche Verschlechterung des Ge sundheitszustandes seit Erlass der Verfügung vom 8. Juni 2016 (Urk. 8/11) bis zum Erlass des hier angefochtenen Entscheids , welcher die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbezugnis bildet

(E. 1.6). In medizinischer Hinsicht stützte sie sich hierbei insbesondere auf das polydisziplinäre Gutachten der A.____ vom 24. März 2020 (E. 2.1 , E. 3.2 . 6) . 4.2

Das polydiszipli näre Gutachten vom 24. März 2020

erging in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den relevanten Vorakten (Urk. 8/61/13 ff., 8/61/45 ff., 8/61/76 ff., 8/61/108 ff., 8/61/141 ff., 8/61/179 ff.) und den geklagten Be schwer den sowie gestützt auf die fachärztlichen klinischen Untersuchungen (Urk. 8/61/23 ff., 8/61/55 ff., 8/61/86 ff., 8/61/126 ff., 8/61/151 ff.) . Die Gutachter begründeten ihre Einschätzungen ausführlich und differenziert (vgl. Urk. 8/61/4 ff., 8/61/36 ff., 8/61/66 ff. , 8/61/100 ff., 8/61/131 ff., 8/61/172 ff.), sie nahmen zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässlich Stellung und begründeten – soweit Diskrepanzen bestanden (vgl. insbesondere Urk. 8/61/131 ff.) – abweichende Ein schätzungen plausibel. Mithin erfüllt das Gutachten die rechtsprechungs gemäs sen

Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage, wes halb darauf abgestellt werden kann (E. 1. 6). 4.3

Der Beschwerdeführer bemängelte das A.____ -Gutachten in verschiedener Hin sicht.

Insbesondere machte er geltend, die von de r behandelnden Fachärztin des Sana toriums F.____, Dr. H.____, diagnostizierte und ihn massgeblich einschrän kende Diagnose der nichtorganische n

Hypersomnie sei von keinem Gutachter gewürdigt worden (Urk. 1/1 S. 7 Ziff. 2). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass

die Gutachter in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung auf die fragliche Diagnose eingingen und zum Schluss

kamen, die se sei auf der Grundlage von subjektiven Angaben formuliert worden. Die von ihnen erhobenen objektiven Befunde zeigten

keine Vigilanzstörung, weshalb sie die

Diagnose einer nichtorganischen Hyper somnie

zumindes in ihrer Ausprägung als zweifel haft erachte ten und ein en überwiegend wahrscheinlichen behindernden Effekt ausschlossen. Die Gutachter interpretierten die Beschwerden am ehesten im Zusammenhang mit der Dysthy mie.

Da indes eine objektiv auffällige Ermüdung anlässlich der Begutachtung nicht zu erheben war, verneinten sie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/61/5). Die beklagten Beschwerden fanden damit – entgegen dem Einwand des Beschwerdeführers – Eingang in die Einschätzung der Gutachter.

Davon ab gesehen kommt es bei der Beurteilung einer psychischen Störung – worunter die nichtorganische Hypersomnie (ICD-10 F51.1) zu fassen ist – nicht in erster Linie auf die Diagnose an, sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkran kung auf die Arbeitsfähigkeit hat (BGE 136 V 279 E. 3.2.1). Was dieselbe an belangt ist nachvollziehbar, dass die Gutachter davon ausgingen, die Arbeits fähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei nicht eingeschränkt, zumal beim Be schwerdeführer während der gesamten Begutachtung (vgl. die Explorationsdaten in Urk. 8/61/1) keine Vigilanzstörung objektiviert und eine Ermüdung nicht fest gestellt werden konnte (vgl. dazu auch Urk. 8/61/23, 8/61/36, 8/61/128, 8/61/133-134, 8/61/161, 8/61/172 und 8/61/174). Soweit der Beschwerdeführer die fachliche Qualifikation der Sachverständigen zur Beurteilung der Hyper somnie in Frage stellte (Urk. 1 /1 S. 7 f. Ziff. 3), ist darauf hinzuweisen, dass ge mäss dem vom Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) herausgegebenen Fähigkeitsprogramm Schlafmedizin (SGSSC; einsehbar unter https://www.siwf.ch/files/pdf23/fa_schlafmedizin_d.pdf) die Neurologie, die Pneumologie und die Psychiatrie die hauptsächlichen Fachgesellschaften sind, welche sich mit der Diagnostik und Therapie von verschiedenen Schlaf-Wach-Krankheiten beschäftigen. Entsprechend beinhaltet die Weiterbildung zu einem dieser Facharztstitel bereits einen wesentlichen Anteil an Schlafmedizin. Ziel des Erwerbs des Fähigkeitsausweises in Schlafmedizin ist die Befähigung zur selb ständigen und eigenverantwortlichen Diagnostik und Therapie von Schlaf-Wach-Störungen, wobei der Schlafmediziner nicht nur die Schlaf-Wach-Störungen aus seinem eigenen Fachgebiet, sondern alle zirka 80 Schlaf-Wach-Störungen gemäss der internationalen Klassifikation für Schlafstörungen

(International Classification

of

Sleep

Disorders, ICSG) korrekt diagnostizierten und entweder selbständig oder in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachkollegen behandeln können soll. Mit Blick auf die in die Begutachtung involvierten Fachrichtungen sind die vom Beschwerdeführer geäußerten Zweifel an der fachlichen Qualifikation der Sachverständigen unberechtigt, woran der Umstand, dass Dr. H.____ laut Medizinalberuferegister (<https://www.medregom.admin.ch>; dort verzeichnet unter dem Namen H.____, GLN

«...») im Jahr 2019 den privatrechtlichen Weiterbildungstitel in Schlafmedizin SGSSC erlangte, nichts zu ändern vermag. Alleine aufgrund dessen ist ihrer Einschätzung nicht der Vorzug zu geben, zumal diese im Wesentlichen auf dem subjektiven Beschwerdevortrag des Beschwerdeführers beruht. Schliesslich

ist es nicht angelegentlich, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_338/2016 vom 21. Februar 2017 E. 5.5 mit Hinweisen). Letzteres ist vorliegend nicht der Fall. 4.4

Mit dem Einwand, wonach dem neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. M.____ die Beweiskraft abzuspreehen sei, da dieser nicht über eine fachspezifische Aus- oder Weiterbildung verfüge (Urk. 1/1 S. 9 f.), dringt der Beschwerdeführer eben falls nicht durch. Eine neuropsychologische Abklärung stellt lediglich eine Zusatzuntersuchung dar, die bei begründeter Indikation in Erwägung zu ziehen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C_851/2018 vom 23. Mai 2019 E. 4.2.1 mit Hinweis). Der Entscheid darüber unterliegt dem Ermessen der Experten (Urteil des Bundesgerichts 9C_216/2018 vom 7. September 2018 E. 3.5 mit Hinweis). Des Weiteren schreiben weder Gesetz noch Rechtsprechung eine neuropsychologische Begutachtung vor, sondern dieser kommt ergänzender Charakter zu (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_55/2018 vom 30. Mai 2018 E. 6.4.1 und 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.2). Selbst wenn davon auszugehen wäre, der neuropsychologische Gutachter Dr. M.____ verfüge nicht über die nötigen fachlichen Qualifikationen für eine neuropsychologische Begutachtung, vermag dies nichts zu ändern, denn die A.____-Gutachter konnten keine Hinweise auf eine Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen feststellen (vgl. E. 3.2.6). Dass die behandelnden Ärztinnen des Sanatoriums

F.____ bei unauffälligem psychopathologischem Befund nach AMDP gestützt auf die Auswertung des Mini-ICF zum Schluss kamen, der Beschwerdeführer sei in seiner Leistungsfähigkeit erheblich eingeschränkt, vermag nicht zu überzeugen, zumal auch die bildgebenden Befunde keine biologischen Korrelate für kognitive Störungen lieferten und die Lebensumstände beziehungsweise Alltagsbewältigung des Beschwerdeführers gegen eine solche Annahme sprechen. Somit genügt das Gutachten auch unter diesem Blickwinkel den Anforderungen an die Beweiskraft (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 4.5

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, das Scheitern der Eingliederungs Bemühungen sei durch die Gutachter nicht gewürdigt worden (Urk. 1/1 S. 9), ist

festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung die Frage nach den noch zumutbaren Tätigkeiten und Arbeitsleistungen nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung in erster Linie durch die Ärzte und nicht durch die Eingliederungsfachleute auf Grundlage der von ihnen erhobenen, subjektiven Arbeitsleistungen zu beantworten ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_334/2018 vom 8. Januar 2019 E. 4.2.1 und 9C_396/2014 vom 15. April 2015 E. 5.4, je mit Hinweisen). Die Zusammenarbeit im iiz-Netzwerk des Kantons Zürich wurde abgeschlossen, nachdem der Beschwerdeführer angegeben hatte, dass für ihn die gesundheitlichen Themen im Vordergrund stünden und eine Arbeitsintegration für ihn aus diesem Grund noch nicht in Betracht komme (vgl. Schreiben der Geschäftsstelle iiz vom 22. August 2018 betreffend Abschluss der Zusammenarbeit im iiz-Netzwerk des Kantons Zürich, Urk. 8/35). Hinweise darauf, dass die Eingliederungsberater aus gesundheitlichen Gründen eine Eingliederung als nicht zumutbar erachteten, gehen

aus den Akten jedoch nicht hervor. Da die Gutachter gestützt auf die erhobenen Befunde eine erhebliche Funktionseinschränkung des Beschwerdeführers verneinten, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keine weiteren Abklärungen in Bezug auf die Eingliederungsbemühungen tätigte. 4.6

In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand ist zudem Folgendes festzuhalten:

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

Der psychiatrische A.____ - Gutachter Dr. L.____

kam zum Schluss, dass sich keine Hinweise auf eine depressive Episode, eine kognitive Störung oder eine Wachstumsstörung ergeben hätten. Es bestehe eine zeitweise gedrückte Grundstimmung mit beeinträchtigter Empfindung von Freude und Genuss, eine

Grübelneigung und vermehrte Zukunftsorgen, was mit den ICD-10-Vorgaben einer Dysthymie

gut vereinbar sei,

da beim Beschwerdeführer über mehrere Jahre immer wieder leichtgradige depressive Symptome aufgetreten seien, welche

jedoch das Niveau einer depressiven Episode nicht erreichten und zu keiner namhaften Beeinträchtigung beruflicher und sozialer Funktionen geführt hätten (Urk. 8/61/132).

Diese Einschätzung erscheint im Lichte des von Dr. L.____ erhobenen psychiatrischen Befundes (vgl. Urk. 8/61/129-130) sowie seiner Feststellung, wonach die Diagnose einer

Dysthymie durch die erhaltene Alltagsaktivität und die zurückhaltende Inanspruchnahme von Behandlungsmassnahmen bestätigt werde (Urk. 8/61/132), als nachvollziehbar und schlüssig, weshalb da drauf abzustellen ist. Dementsprechend

ist mit Dr. L. ___ (Urk. 8/61/133) das Vorliegen einer psychiatrischen Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu verneinen. Eine Indikatorenprüfung nach BGE

141 V 281 erübrigt sich damit, da mit einer solchen eine im Rahmen einer psychischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird und dabei keine höhere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_ 27 0 /2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.3).

Mangels Vorliegens einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Erkrankung ist mithin – entgegen dem Standpunkt des Beschwerdeführers (Urk. 1/1 S. 8) -

keine Prüfung der Indikatoren nach BGE 141 V 281 erforderlich. 4.7

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit keine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen ist. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat sich seit der einen Rentenanspruch verneinenden Verfügung vom 8. Juni 2016 nicht an spruchsrelevant verändert, weshalb der Beschwerdeführer weiterhin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

5. 5.1

Mit Beschwerdeschrift vom 2. Juli 2020 beantragte der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1 /1 S. 2). Der Beschwerde legte er eine Unterstützungsbestätigung des zuständigen Sozialzentrums vom 1. Juli 2020 bei (Urk. 3). Ferner bestätigte er, über keine Rechtsschutzversicherung zu verfügen (Urk. 1 /1 S. 2). Die Bedürftigkeit gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist damit ausgewiesen.

Sein Rechtsbegehren erscheint zudem nicht aussichtslos,

weshalb dem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung stattzugeben ist. 5.2

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.- bis Fr. 1'000.-) auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 5.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Prozesskosten verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht beschliesst:

Das Gesuch des Beschwerdeführers vom 2. Juli 2020 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird bewilligt; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Stadt Y.____ Soziale Dienste - 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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).

E. 10

).

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