

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00669 vom 17. Dezember 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-12-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00669

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00669 du 17 décembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00669 del 17 dicembre 2012

Erwägungen

E. 1.1

f. mit Hinweisen ;

Änderung der Rechtsprechung mit BGE 141 V 281 [Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3.

Juni 2015], ergänzt mit BGE 143 V 409 und 418). 3.1.3

Das Sozialversicherungsgericht bestätigte mit Urteil IV .2015.00447 vom 27.

Dezember 2016 (Urk.

11/93) die rentenabweisende Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74)

in medizinischer Hinsicht ausgehend vom

Y.____ -Gutachten (E.

5.2.4; U rk.

11/93 /13) aufgrund einer (aus neurologischer Sicht) 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit

(E.

5.3.4; Urk.

11/93/ 17-18) be i einem Invaliditätsgrad von 32

% (E.

6.4; U rk.

11/93 /20).

Zu r von den Gutachtern aus psychiatrischer Sicht aufgrund der gestellten Dia gnose einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) attestierten zu sätz lichen 30%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (vgl. Urk.

11/62/31) führte das Gericht aus, dieser Diagnose komme nach der (damals geltenden) bundesgerichtlichen Rechtsprechung (zitiert in E.

5.3.3 des Urteils IV.2015.00447 vom 27.

Dezember 2016, Urk.

11/93/15-16 : BG E 140 V 193 E. 3.3, 137 V 64 E.

5.2 mit Hinweis; Urteile des Bundesgerichts 9 C_13/2016 vom 14.

April 2016 E.

E. 1.2

Am 23.

September 2013 meldete sich der Versicherte wiederum zum Leistungsbezug an (Urk.

11 /16). Dabei gab er an, er leide an Beeinträchtigungen am linken Arm und habe psychische Beschwerden (Urk.

11 /16/4). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem das polydisziplinäre

Gutachten

des Y.____ vom 14.

November 2014 ein

(Urk.

11 /62). Mit Verfügung vom 9.

März 2015

wies die IV-Stelle das Rentenbegehren bei einem Invaliditätsgrad von 29

% ab (Urk.

11/74). Die dagegen am 2

E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art.

4 Abs.

1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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 objektiven 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. 1.2.2

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).

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).

E. 1.2.3

Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE

143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheitsschädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapiersistenz auszuschliessen sei (E.

5.1; zur bisherigen Gerichtspraxis vgl. statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_13/2016 vom 14.

April 2016 E.

4.2). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, 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). Die Therapierbarkeit ist dabei als Indiz in die gesamthaft vorzunehmende allseitige Beweiswürdigung miteinzubeziehen (BGE 143 V 409 E.

4.2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_449/2017 vom 7.

März 2018 E. 4.2.1).

E. 1.3

Art. 30.

Mai 2018 (Eingang am 2

E. 1.3.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art.

E. 1.3.2

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. 1.4

Am 5.

April 2019 (Urk.

11/125) reichte der Versicherte der IV-Stelle unter Bezugnahme auf den Vorbescheid vom 2.

Juli 2018 den Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 25.

März 2019 (Urk.

11/124) und am 24.

September 2019 (Urk.

11/128) die Berichte des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie der Privatklinik D.____

vom 16.

September 2019 (Urk.

11/127/1-2) sowie des Röntgeninstituts D.____

vom 13.

September 2019 (Urk.

11/127/3-4) ein. Mit Verfügung vom 3.

Oktober 2019 hob die IV-Stelle die Verfügung vom 4.

Februar 2019 mangels Eröffnung derselben wiederwägungsweise auf (Urk.

E. 1.4.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art.

87 Abs.

3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art.

17 ATSG (Revision der Invalidenrente) eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE

117 V 198 E.

3a mit Hinweis).

E. 1.4.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt 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

141V

9 E.

2.3, 134

V

131

E.

3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE

141

V

9 E.

2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27.

April 2021 E.

2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27.

Mai 2021 E.

2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.5

2

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Be stehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1 f. mit Hinweisen; 135 V 465 E. 4.4 am Ende mit Hinweis). Reine Aktengutachten können beweiskräftig sein, sofern ein lücken loser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt. Dies gilt grundsätzlich auch in Bezug auf Berichte und Stellungnahmen regionaler ärztlicher Dienste (Urteil des Bundesgerichts 9C_196/2014 vom 18.

Juni 2014 E.

5.1.1; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2017 vom 21.

März 2018 E.

5.1 ; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23.

April 2021 E.

4 a.

E. mit Hinweisen).

E. 1.5.1

Art.

59 Abs.

2 bis IVG sieht vor, dass die regionalen ärztlichen Dienste den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung stehen. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art.

6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig.

Nach Art.

49 IVV beurteilen die regionalen ärztlichen Dienste die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachli chen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs.

1). Die regionalen ärzt lichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Ver sicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs.

2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Verfügung (Abs.

3).

E. 1.5.3

Sowohl das sozialversicherungsrechtliche Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz be herrscht (Art.

43 Abs.

1, Art.

61 lit .

c ATSG). Danach haben Sozialversicherungs träger und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteile des Bundesgerichts 9C_662/2016 vom 15.

März 2017 E.

2.2 und 8C_794/2016 vom 28.

April 2017 E. 4.1). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, dass seit der Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74)

respektive seit der Y.____ -Begutachtung von November 2014 (Urk.

11/62) trotz der eingereichten Unterlagen keine anspruchrelevante Veränderung und damit kein Revisionsgrund ausgewiesen sei;

insbesondere sei auch keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten. So bestehe für das Karpaltunnelsyndrom keine Operationsindikation und der Psychiater Dr.

C.____ habe im Bericht vom 21.

November 2018 (Urk.

11/121) weder aus ärztlich-beurteilender noch aus therapeutischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit

attestiert. Der jahrelange Kampf um eine IV-Rente (vgl. Berichte von Dr.

F.____ vom 14.

November 2019 und vom 4.

Juni 2020; Urk.

11/149/1, Urk.

11/153) könne als psychosoziale Belastungsfaktor angesehen werden und dürfe von der Invalidenversicherung nicht mitberücksichtigt werden. Jedenfalls habe die Persönlichkeitsveränderung überwiegend wahrscheinlich kein Ausmass angenommen, welches eine dauerhaft höhergradige Arbeitsunfähigkeit begründen würde (Urk.

2 S .

1

f.).

2.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, die Abklärungen der Beschwerdegegnerin seien unvollständig und somit in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes erfolgt. Bereits in Würdigung der psychiatrischen Berichte, insbesondere der psychiatrischen Beurteilung von Dr.

F.____

und der von ihm bescheinigten 100%igen Arbeitsunfähigkeit, wäre eine gutachterliche Abklärung erforderlich gewesen mit anschließender Indikatorenprüfung nach den Vorgaben des strukturierten Beweisverfahrens, zumal das psychiatrische Teilgutachten des Y.____ vor dem relevanten Bundesgerichtsentscheid verfasst worden sei. Würde aber auf das strukturierte Beweisverfahren verzichtet, müsse es bei der Einschätzung von Dr.

F.____

und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit bei anhaltendem Gesundheitsschaden bleiben. Dem Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin lasse sich dazu nichts entnehmen und es fehle überdies an einer psychiatrischen Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) zu den psychiatrischen Berichten von Dr.

F.____. Die durch einen neurologischen Facharzt erfolgte RAD-Stellungnahme könne nicht die erforderliche Grundlage einer negativen Entscheidung bilden. Dr.

F.____ habe im aktuellsten Bericht vom 4.

Juni 2020 (Urk.

3/2 = Urk.

11/153)

bestätigt, dass die Einschätzung seitens der Versicherungsmedizin dem Umstand einer Persönlichkeitsveränderung - eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes - bis anhin keine Rechnung getragen habe. Die Beschwerdegegnerin habe sich ferner im Widerspruch zum Untersuchungsgrundsatz und trotz seines Antrages zur Einholung eines psychiatrischen Verlaufsberichts im Schreiben vom 18.

Mai 2020 (Urk.

11/152) auf den Standpunkt gestellt, die Beweislast liege im Einwandverfahren bei ihm, dem Beschwerdeführer.

Das somatische Beschwerdebild sei geprägt von pneumologischen Beschwerden. Bei der Würdigung des somatischen Beschwerdebildes unberücksichtigt geblieben seien die neuen Befunde zu den Halswirbelkörpern (HWK) und die Tagesschläfrigkeit, beide mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Auswirkung der Tagesschläfrigkeit sei von der Beschwerdegegnerin nicht abgeklärt worden. Dieser Befund sei im Feststellungsblatt bei der Diskussion des Befundes des Zentrums für Schlafmedizin vom 9.

Juni 2020 (Urk.

11/157) offensichtlich bewusst nicht erwähnt worden. Für K.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie sowie Psychotherapie, stünden die PLMS (Periodic

Limb Movement while

sleeping) und die Tagesschläfrigkeit indes im Vordergrund (Urk.

11/157/2) , selbstredend mit abklärungsbedürftiger Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Weiter seien die im Vergleich zu den Befunden des Y.____ -Gutachtens vom 14.

November 2014 (Urk.

11/62) neuen Untersuchungsbefunde der Magnetresonanztomographie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) des Röntgeninstituts D.____ vom 13.

September 2019 (Urk.

3/5 = Urk.

11/ 139/8-9) und darauf basierend des Berichts des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie der Privatklinik D.____ vom 18.

Oktober 2019 (Urk.

3/4 = Urk.

11/1 41/1-3) weder im Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin noch in den Stellungnahmen des RAD aufgeführt und somit nicht gewürdigt worden . Alle Befunde zu den HWK von Dr.

med. L.____ , Facharzt für Radiologie, seien im Bericht des Röntgeninstituts D.____ vom 13.

September 2019 indes als progre dient im Vergleich zu jenen des Jahres 2013 bezeichnet worden (Urk.

11/139/9). Es könne daher nicht darüber hinweggesehen werden, dass die neuen Befunde zu den HWK 4-7 Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten oder zumindest haben könnten und vertieft hätten geprüft werden müssen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der RAD-Arzt diese Untersuchungsbefunde nicht berücksichtigt und behauptet habe, es seien keine Veränderungen in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten, welche geeignet seien, eine Veränderung des Invaliditätsgrades zu begründen. Somit liege nebst den unvollständigen medizinischen Abklärungen auch eine unvollständige Aktenbeurteilung vor. Insbesondere das chronische cervicovertebrale Schmerzsyndrom , die Cervicobrachialgien beidseits mit hochgradigen Foramenstenosen , das chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom, aber auch die unklaren und unvollständig abgeklärten Schmerzen in der rechten Hüfte sowie die venöse Insuffizienz im rechten Bein seien Diagnosen mit Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit. Die leistungsablenkende Begründung (in der angefochtenen Verfügung; Urk.

2) beschränke sich auf den Hinweis auf das Karpal tunnel syndrome, das nicht Gegenstand der Neu anmeldung sei, und auf einen angeblichen psychosozialen Belastungsfaktor, der jedoch nach der Beurteilung des behandelnden Psychiaters die von ihm bestätigte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht zu widerlegen vermöge. Zum Subeventual antrag führte der Beschwerdeführer aus, es dränge sich im Übrigen bei gegebener medizinischer Aktenlage, und weil er seit Jahren ausserhalb der Arbeitswelt stehe , ein IV-gestütztes Belastbarkeitstraining mit daran anschliessenden beruflichen Integrationsmassnahmen auf (Urk.

1 S .

4 ff.). 2.3

2.3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 30.

Mai 2018 (Eingang 28.

Juni 2018; Urk.

11/100 -101) eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob und gegebenenfalls in wiefern sich die anspruchrelevanten tatsächlichen Verhältnisse seit der mit Verfügung vom 9 .

März 2015 erfolgte Abweisung des Rentenanspruchs (Urk.

11/74) , bestätigt mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2015.00447 vom 27.

Dezember

2016 (Invaliditätsgrad von 32

%; Urk.

11/93) und mit Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2017 vom 20.

Juni 2017 (Urk.

11/98), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1 .

September 2020 (Urk.

2) in renten begründen dem Ausmass verändert haben. 2.3.2

Dieser Zeitpunkt (1.

September 2020) bildet recht sprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbe fugnis (BGE 143 V 409 E.

2.1; 129 V 167 E.

1; je mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2018 vom 16.

November 2018 E.

5). Daher sind die vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Berichte, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren , namentlich die Berichte von Dr.

G.____ vom 6.

und 16.

April 2021 (Urk.

20 / 1-2), von H.____ vom 27.

April 2021 (Urk.

25), von Dr.

J.____

vom 13.

April 2021 und 15.

Dezember 2020 (Urk.

20/3-4), von der Klinik für Kardiologie des Z.____ vom 28.

November 2020 (Urk.

20/5) und von der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 8.

Oktober 2020 (Urk.

20/6) nur insofern zu berücksichtigen, als

und soweit sie sich auf den Zeitraum vor Verfügungserlass beziehen respektive Rückschlüsse darauf zulassen (vgl. Urteil des Bundesgerichtshofs 9C_269/2021 vom 9.

Juli 2021 E. 2.4 mit Hinweis). 3. 3.1

3.1.1

Letztmals war der Anspruch des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74)

gestützt auf das polydisziplinäre Y.____-Gutachten vom 14.

November 2014 (Urk.

11/62) materiell geprüft worden.

In diesem Gutachten, welches Fachgutachten der Psychiatrie, der Orthopädie/Traumatologie, der Neurologie und der Inneren Medizin umfasst, wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden aufgeführt (Urk.

11/62/13):

1. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10

F32.1) 2. Bandscheibenvorfall

C6/7 links mit Zervikobrachialgie links, C7-Schmerzsymptomatik mit Kraftminderung der linken Hand bei Wurzelläsion C7 links 3. Supraspinatussehnen-Teilruptur links mit Impingementsymptomatik und schmerzhafter Bewegungseinschränkung 4. Bronchiektasien des rechten Oberlappens 5. Mehlstauballergie.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Wesentlichen die folgenden genannt: Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), chondro-pathische Beschwerden beider Kniegelenke mit diskretem Gelenkerguss rechts seitig, Tinnitus aurium links, Adipositas (BMI 31,4 kg/m²; Urk.

11/62/13-14).

Der psychiatrische Teilgutachter führte aus, der Beschwerdeführer habe nach dem Verlust der Arbeitsstelle eine depressive Episode entwickelt, die zurzeit mittelgradigen Ausmasses sei. Die Voraussetzungen für eine schwere Depression seien nicht erfüllt, die Symptomatik

tendiere eher zu einer leichten Depression. Die in den Akten mehrfach erwähnte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung habe sich nicht erhärten lassen. Die zahlreichen körperbezogenen Beschwerden, die somatisch nicht erklärbar seien, würden die Annahme einer somatoformen Störung, insbesondere einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung begründen. Diese wirke sich indes nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, da es an einer aus reichend schweren psychischen Komorbidität fehle und auch die weiteren sogenannten Foerster-Kriterien nicht erfüllt seien. Einzig die mittelschwere Depression wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit aus, so dass eine 70%ige Arbeitsfähigkeit resultiere (Urk.

11 /62/9-11).

Der orthopädische Teilgutachter attestierte dem Beschwerdeführer wegen des Bandscheibenvorfalles C6/7 und der dadurch bewirkten Einschränkungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Lieferant. Eine angepasste Tätigkeit, die der Minderbelastbarkeit des linken Armes Rechnung trage, sei hingegen zu 100

% möglich (Urk.

11 /62/11).

Aus neurologischer Sicht wurden wegen der motorischen Wurzelläsion C7 links armbelastende Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar erachtet, während für angepasste Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 80

% bestehe (Urk.

11 /62/12).

Der internistische Teilgutachter führte aus, die zunehmende Anstrengungsdyspnoe (aktuell mMRC

1) sei durch die Unterlappenresektion an der rechten Lunge und die leichten Bronchiektasien erklärt. Eine Ventilationsstörung sei nicht festgestellt worden. Die Tätigkeit als Lieferant - ausser in einer Bäckerei - sei dem Beschwerdeführer aus internistischer Sicht zu 80

% zumutbar, eine angepasste Tätigkeit zu 100

% (Urk.

11 /62/12).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die zuletzt ausgeübte Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Aus polydisziplinärer Sicht sei er nur noch in der Lage, leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Einsatz beider Hände und ohne Überkopfarbeiten, ohne besonderen Zeitdruck und ohne besondere Anforderungen an die Verantwortungsfähigkeit und an die Team- und Konfliktfähigkeit während 4, 5

Stunden täglich ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben, so dass eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50

% für adaptierte Tätigkeiten resultiere (Urk.

11 /62/15). 3.1.2

Die

Beschwerdegegnerin war in der Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74) von der im Gutachten unter « Synthese aus allen untersuchten Fachgebieten nach Konsens vom 10.

November 2014 » (vgl. Urk.

11/62/14-16) festgehaltenen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit von 50

% abgewichen und letztlich von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgegangen; hiermit ermittelte sie einen Invaliditätsgrad von 29

% (Urk.

11/74/2).

Die

Abweichung vom Gutachten begründete sie damit (Urk.

11/74/2-3), dass die depressive Episode mittelgradigen Ausmasses

aufgrund der geringen Intensität und des vorübergehenden Charakters kein invalidisierendes Leiden im Sinne der (damals geltenden) Rechtsprechung (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_667/2013 vom 29.

April 2014) darstelle und dass keine psychische Komorbidität zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren

syndromalen Beschwerden ohne nachweisbare organische Grundlage einer

« somatoformen Schmerzstörung » und einer « undifferenzierten Somatisierungsstörung »

(PÄUS BONO-G-Diagnosen) gegeben sei sowie dass auch die weiteren Försterkriterien nicht erfüllt seien (vgl. dazu die damalige Rechtsprechung in Urteil des Bundesgerichts 9C_736/11 vom 7.

Februar 2012 E.

E. 4

April

2015 erhobene Beschwerde (Urk.

11/77/3-14) wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich im Verfahren IV. 2015.00447 mit Urteil vom 2

E. 4.2

und 9C_89/2016 vom 12.

Mai 2016 E. 4.1 sowie BGE 141 V 281 E.

3.7.1 bis 3.7.3) nur dann invalidisierende Wirkung zu, wenn sie sich trotz konsequenter und optimaler Behandlung als therapieresistent erweise, was im vorliegenden Fall nicht zutreffe. Damit sei der im psychiatrischen Teilgutachten des Y.____ wegen des depressiven Leidens bescheinigten Arbeitsunfähigkeit von 30

% der Boden entzogen (E.

5.3.4; Urk.

11/93/17).

Zur weiteren vom psychiatrischen Y.____-Gutachter gestellten Diagnose einer un
differenzierten

Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung
(ICD-10 F45.4; Urk. 11/62/29), welche dieser nach Prüfung der damals
rechtsprechungsgemäss

massgeblichen sogenannten Förster-Kriterien

als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt hatte (Urk.

11/62/30-31), kam das Gericht nach Prüfung der Standardindikatoren gemäss der mit
BGE

141 V 281 [Urteil des Bundesgerichts vom 9C_492/2014 vom 3.

Juni 2015] geänderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum Schluss, dass eine
invalidenversicherungsrechtlich entscheidende Auswirkung der somatoformen
Schmerzstörung auch unter dem Blickwinkel der neuen bundesgerichtlichen
Rechtsprechung zu verneinen sei (E.

5.3.2-3; Urk.

11/93/14-17).

Hinsichtlich der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), welche die
behandelnden Ärzte M.____ (Urk.

11/47/1, Urk.

11/63/1, Urk.

11/70/1) und der N.____ (Austrittsbericht vom 10.

September 2015; Urk.

11/87/21) gestellt hatten, führte das Sozialversicherungsgericht im Urteil IV.2015.00447
vom 27.

Dezember 2016 aus, der psychiatrische Teilgutachter des Y.____ habe nach vollziehbar
begründet, dass er mangels ausreichend schwerer Symptome, katastrophisierender
Reaktionen, sich andrängender unabwendbarer Intrusionen und eines ausgeprägten
Vermeidungsverhaltens die Diagnose nicht bestätigen könne (vgl. Urk.

11/62/30). Zum gleichen Schluss seien schon die Ärzte der O.____ im Bericht vom 2.

Juli 2013 gekommen (vgl. Urk.

11/20/32-35), da es auch damals an den klassischen Merkmalen wie Wiedererleben und
Vermeidungsverhalten gefehlt habe. Im Übrigen falle die Diagnose einer posttraumatischen
Belastungsstörung nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 142 V 342 E.

5.2) unter die Rechtsprechung zu den psychosomatischen Leiden (vgl. BGE 141 V 281

), so dass das in der Erwägung 5. 2 (zu den Standardindikatoren) Gesagte auch für die Massgeblichkeit einer posttraumatischen Belastungsstörung - sollte eine solche dennoch vorliegen - gelte (E.

5.3.3, Urk.

11/93 /15).

Zu den für die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (zu 100

% in der angestammten Tätigkeit als Bäckereilieferant und zu 20

% in einer leidensangepassten Tätigkeit) somit letztlich massgeblichen somatischen Beschwerden hielt das Sozialversicherungsgericht sodann das Folgende fest : Die beim Beschwerdeführer objektivierten somatischen Befunde würden den Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule C6/7 und die Teilruptur der Supraspinatussehne links, die je zu schmerzhaften Bewegungseinschränkungen und zur Kraftminderung im linken Arm und in der linken Hand führen würden , sowie die Bronchiektasie im Oberlappen der rechten Lunge, die eine zunehmende Anstrengung und Spätsymptome bewirke, betreffen . Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit wirkt sich einzig die Wurzelläsion C7 einschränkend aus , und zwar im Umfang von 20

%. Aus somatischer Sicht könne daher nur beschränkt von einem erheblichen Gesundheitsschaden gesprochen werden

(E.

5.3.3, Urk.

11/93/15).

Das Bundesgericht ist den Rügen des Beschwerdeführers

betreffend die Erwägungen des hiesigen Gerichts

im Urteil 8C_154/2017 vom 20.

Juni

2017 nicht gefolgt und bestätigte die Abweisung des Rentenbegehrens (E.

3.2-4.2.4; Urk.

11/98/5-10). 3.1.4

Von diesem damals vorliegenden medizinischen Sachverhalt und der gerichtlich (in somatischer Hinsicht) bestätigten gutachterlichen Einschätzung ist im Hinblick auf die zu klärende Frage, ob vom

9 .

März

2015 (Urk.

11/74) bis am 1.

September 2020 (Urk.

2) eine anspruchrelevante Veränderung im Sinne von Art.

17 Abs.

1 ATSG eingetreten ist, als Vergleichsbasis auszugehen. 3.2 3.2.1

Nach der Neuanmeldung vom

E. 7

Dezember 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 32

% ab (Urk.

11/93/ 20- 21). Hiergegen erhob der Versicherte am 23.

Februar 2017 Beschwerde (Urk.

11/94/2-15), welche das Bundesgericht mit Urteil 8C_ 154/2017 vom 20.

Juni 2017 ebenfalls abwies (Urk.

11/98/10).

E. 8

Juni

2018) meldete sich der Versicherte erneut zum Leistungsbezug an (Urk.

11/100 -101) und reichte der IV-Stelle die Berichte der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 19.

März

2018 (Urk.

11/99/1-2) und von

Dr.

med. A.____ , Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 19.

Juni 2016 (Urk.

11/99/3-5) ein. Mit Vorbescheid vom 2.

Juli 2018 kündigte die IV-Stelle an, auf das neue Leistungsbegehren nicht einzutreten (Urk.

11/106). Dagegen erhob der Versicherte am 3.

September

2018 (Urk.

11/107) , ergänzt mit Schreiben vom 9.

Oktober 2018 (Urk.

11/112) und vom 15.

November 2018 (Urk.

11/119) ,

Einwände. Mit diesen reichte er der IV-Stelle

die Berichte von Dr.

med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 20.

September 2018 (Urk.

11/111/1), der Klinik für Innere Medizin des Z.____ vom 12.

April 2018 (Urk.

11/111/3-4) und von Dr.

med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21.

November 2018 (Urk.

11/121) ein sowie diverse weitere, bereits aktenkundige, aber je nach der letzten
rentenabweisenden Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74) datierte Arztberichte (Urk.

11/108). Mit Verfügung vom 4.

Februar 2019 wies die IV-Stelle das neue Leistungsgesuch mit der Begründung ab, dass
keine gesundheitliche Situation vorliege, welche eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit
begründe (Urk.

11/123).

E. 11

/133).

In der Folge holte die IV-Stelle den Bericht von Dr.

med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 6.

November 2019 (Urk.

11/139 /1-6), welchem diverse weitere, teilweise bereits bekannte Arztberichte beilagen
(Urk.

11/139/7-30), und die Berichte des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie der
Privatklinik D.____

vom 18.

und 30.

Oktober 2019 (Urk.

11/141/1-3, Urk.

11/143) ein. Mit Vorbescheid vom 12.

März 2020 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk.

11/146). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 27.

April 2020 (Urk.

11/150), ergänzt mit Schreiben vom 9.

Juni 2020 (Urk.

11/154) , vom 15.

Juni 2020 (Urk.

11/156) und vom 23.

Juni 2020 (Urk.

11/158) sowie unter Beilage der Berichte von Dr.

med. F.____ , Fach arzt für Psychiatrie und P sychotherapie, vom 14.

November 2019 (Urk.

11/149/1) und vom 4.

Juni 2020 (Urk.

11/153), den Berichten der Abteilung für Pneumo logie des Z.____ vom 3 .

Juni 2020 (Urk.

11/ 155) sowie des Zentrums für S chlafmedizin vom 9.

Juni 2020 (Urk.

11/157), Einwände. Mit Verfügung vom 1.

September 2020 wies die IV-Stelle das neue Leistungsbe gehen wie ange kündigt ab (Urk.

9/160). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 1.

Oktober 2020 Beschwerde und beantragte , die Verfügung vom 1.

September

2020 sei aufzuheben, und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zur Ergänzung der Akten (interdisziplinäre Begutachtung und funktionsorientierte medizinische Ab klä rung [FOMA]) , bezüglich der beruflichen Tätigkeit, mit anschliessender Neu be ur teilung der gesetzlichen Leistungen; eventualiter sei en die interdisziplinäre Begutachtung sowie die funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) im gerichtlich en

Verfahren zu veranlassen; subeventualiter sei die Verfügung vom 1.

September 2020 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu zu sprechen; subsubeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichte n , ein IV-gestütztes Belastbarkeitstraining zu veranlassen mit anschliessende n berufli chen Integrationsmassnahmen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwer de führer um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Oskar Müller , Zug (Urk.

1 S.

2 f.). Die Beschwerdegegnerin

schloss in der Beschwerde antwort vom 3.

November

2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

10). Mit Verfügung vom 9 .

November

2020 wurde

dies dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht. Ausserdem wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwalt Oskar Müller als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt

(Urk.

E. 15

S.

2).

Mit weiteren Eingaben vom 26.

April 2021 (Urk.

19) und vom 28.

Juni 2021 (Urk.

24) reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr.

med. (RO) G.____ vom 6.

April 2021 mit den Labordaten vom 16.

April 2021 (H.____ , I.____ ; Urk.

E. 20

/ 1-2) und das ärztliche Zeugnis des praktischen Arztes H.____ vom 27.

April 2021 (Urk.

25) ,

die Berichte von Dr.

med. J.____ , Facharzt für Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 13.

April 2021 und vom 15.

Dezember 2020 (Urk.

20/3-4) , den Bericht der Klinik für Kardiologie des Z.____ vom 28.

November 2020 (Urk.

20/5) sowie den Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 8.

Oktober 2020 (Urk.

20/6) ein. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 20.

Mai 2021 und am 19.

Juli 2021 je auf eine Stellungnahme (Urk.

E. 22

, Urk.

E. 27

), wovon dem

Beschwerdeführer am 4.

Juni 2021 und am 23.

Juli 2021 Kenntnis gegeben wurde (Urk.

23, Urk.

E. 28

Abs.

2 IVG).

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art.

E. 29

Abs.

3 IVG).

E. 30

Mai

2018 (Eingang am 28.

Juni

2018, Urk.

11/100-101) ist den Akten zu den Lungen- und Atembeschwerden

im Wesentlichen

das Folgende zu entnehmen.

Im Bericht der Abteilung für Pneumologie

des Z. ___ vom 19.

März 2018 (Urk.

11/99/1-2 = Urk.

11/111/5-6)

wurde nebst den fachfremden, gutachterlich (Urk.

11/62/12-13) bereits diskutierten Diagnosen (Depression bei PTBS seit 1988, zervikokraniäres Schmerzsyndrom, arterielle Hypertonie) die Diagnose bilateraler Bronchiektasen, aktuell mittelschwere, nicht signifikant teilreversible obstruktive Ventilationsstörung aufgeführt (Urk.

11/99/1). Der Beschwerdeführer habe unterschiedlich ausgeprägte Beschwerden mit oft vermehrtem Auswurf. Lungenfunktionell zeige sich eine mittelschwere obstruktive

Ventilationsstörung. Spiroergometrisch habe er sich nicht ganz ausbelastet, es zeige sich dabei eine normale Leistungsfähigkeit. Werde die Adipositas berücksichtigt, sei auch die maximale Sauerstoffaufnahme knapp im Normalbereich (Urk.

11/99/2).

Gemäss dem Kurzaustrittsbericht der Notfallstation der Klinik für Innere Medizin des Z.____ vom 12.

April 2018 war am 11.

April 2018 eine notfall mässige Selbst zuweisung wegen seit zwei Tagen aufgetretenem starkem, zunehmendem Husten sowie deutlich vermehrtem und verändertem Auswurf sowie Nachtschweiss er folgt. Die Beschwerden seien als Exazerbation der bekannten obstruktiven Ventilationsstörung interpretiert und es sei eine Steroidstherapie begonnen worden

(Urk.

11/ 108/36-37 = Urk.

11/111/3-4).

Der Hausarzt Dr.

B.____

erklärte im Bericht vom 20.

September 2018

zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers unter Verweis auf die besagten Berichte, die von ihm veranlasste pneumologische Standortbestimmung in der Pneumologie des Z.____ zeige eine mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung. Die spirometrische Leistungsfähigkeit werde als normal beurteilt, die leichte Monozytose mit $1.1 \times 10^9 / l$ sei nachkontrolliert worden und habe mit $0.4 \times 10^9 / l$ im Normbereich gelegen. So wie sich die IV-Praxis zurzeit präsentiere, glaube er, dass die IV auf eine Berentung aus pneumologischer Sicht nicht eintreten werde. Der Hauptpunkt liege bei der posttraumatischen Belastungsstörung, welche eine fachärztlich psychiatrische Beurteilung nötig mache (Urk.

11/111/1).

Laut dem

Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 25.

März 2019 habe der Beschwerdeführer anlässlich der pneumologischen Verlaufuntersuchungen vom 7.

Februar und 7.

März 2019 über seit einigen Wochen vermehrten thorakalen Druck bei Anstrengung verbunden mit produktivem Auswurf berichtet. Die Beschwerden hätten trotz der Einnahme von Antibiotika persistiert. Es sei die Diagnose bilateraler Bronchiektasen, aktuell progrediente obstruktive Ventilationsstörung bei Exazerbation mit Nachweis von Streptococcus mitis und Rothia

mucilaginosa gestellt worden . Es bestehe eine erneute Exazerbation des Bronchiektasie-Leidens, nachdem eine letzte Exazerbation vor einem halben Jahr aufgetreten sei. Es habe sich lungenfunktionell eine deutliche Abnahme des FEV1 gezeigt. Es sei daher die inhalative Therapie erhöht und nochmals ein Antibiotikum verabreicht worden. Zwischenzeitlich gehe es wieder deutlich besser, es persistiere aber eine Anstrengungsdyspnoe. Die inhalative Therapie könne wieder reduziert werden. Der Beschwerdeführer werde für eine ambulante pulmonale Rehabilitation angemeldet. Auf die Gabe von Zitromax

werde verzichtet, da pro Jahr wohl nur zirka zwei Exazerbationen auftreten würden (Urk. 11/124).

Am 3.

Juni 2020 berichteten die Ärzte der Abteilung für Pneumologie des Z.____

sodann, der Zustand des

Beschwerdeführers in den letzten Monaten sei stabil geblieben , mit nur wenig Auswurf. Der klinische Verlauf sei gut, die inhalative Therapie könne versuchsweise mit der dualen Bronchodilatation ohne topische Steroide weitergeführt werden. Diagnostisch seien die bilateralen Bronchiektasen - aktuell unverändert - als mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung ohne Sputum-Produktion einzuordnen (Urk.

11/ 155 /1-2) 3.2.2

Im Vergleich mit dem im Y.____ -Gutachten abgebildeten Gesundheitszustand der Lungen- und Atemfunktion

belegen die in Erwägung 3.2.1 genannten Berichte des Z.____ insofern eine Verschlechterung, als neu eine mittel schwere, progressive respektive

zirka zweimal jährlich exazerbierende obstruktive Ventilationsstörung aufgetreten ist. Im internistischen

Y.____ - Teilgutachten war zwar bereits eine zunehmende Anstrengungsdyspnoe aufgrund der Unterlappenresektion an der rechten Lunge und leichter Bronchiektasen berücksichtigt worden. Das Vorliegen einer Ventilationsstörung war indes ausdrücklich verneint worden (Urk.

11/62/12) . Ob und inwiefern sich diese neue Störung auf die Leistungsfähigkeit auswirkt , ob mithin die vom internistischen Y.____ -Gutachter damals attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten , körperlich nicht anstrengenden Tätigkeit (Urk.

11/62/12) auch nach der Neuanmeldung per Ende Juni 2018 (Urk.

11/100-101) bestand, ist den fachärztlichen Berichten der Ärzte der Abteilung für Pneumologie des Z.____ nicht zu entnehmen. 3.2.3

PD Dr.

med. univ. P.____ , Facharzt für Neurologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) erklärte in seiner Stellungnahme vom 1.

Februar 2019 unter anderem zu den Berichten des Z.____ vom 19.

März

2018 (Urk.

11/99/1-2) und vom 12.

April 2018 (Urk.

11/108/36-37), die vorgelegten medizinischen Berichte würden keinen Gesundheitszustand zeigen, der eine längerdauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar mache (Urk.

11/122/4).

In der Stellungnahme vom 27.

Juli 2020 führte der RAD-Arzt insbesondere zum Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom

3.

Juni

2020 (Urk.

11/155/1-2) aus, die Bronchiektasen

seien im Y.____ -Gutachten vom Jahr 2014 (bereits) beschrieben worden. Damals seien auch Glucocorticoide als Therapie erforderlich gewesen, was nun nicht der Fall gewesen sei. Der Verlauf diesbezüglich sei zuletzt als stabil beurteilt worden, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergebe sich hier nicht (Urk.

11/159/5-6).

Der RAD-Arzt geht damit in seinen Stellungnahmen auf die seit der Y.____ -Begutachtung neu eingetretene und auch noch nach den pneumologischen Behandlungen im Z.____ weiterbestehende mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung nicht ein. Es ist daher fraglich, ob und inwiefern er diese berücksichtigt hat. Der im Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 3.

Juni 2020 bescheinigte gute Verlauf mit unverändertem Zustand (Urk.

11/155/1-2) bezog sich zudem auf die Voruntersuchung nach Exazerbation des Leidens im März 2019.

Dabei wurde die obstruktive Ventilationsstörung wie derum («aktuell unverändert») als mittelgradig diagnostiziert, so dass im Vergleich zu den Befunden des Y.____ -Gutachtens (Urk.

11/62/12-13) weiterhin eine gewisse, die Leistungsfähigkeit beeinflussende Verschlechterung nicht auszuschließen ist, zumal im Y.____ -Gutachten noch lediglich von leichten Bronchiektasen gesprochen worden war (Urk.

11/62/12) .

Selbst wenn zudem von einer anhaltenden Besserung ab Juni 2020 nach Exazerbation im März 2019 respektive von einer Stabilisierung des pulmonalen Gesundheitszustandes per Juni 2020 mit Auswirkung der Leistungsfähigkeit auf dem Niveau, welches bei der Y.____ -Begutachtung vorgelegen hatte, ausgegangen werden könnte, was bei gegebener

Aktenlage

offen ist, könnte damit nicht ausgeschlossen werden, dass die pulmonalen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (bei anhaltender 100%iger Arbeitsunfähigkeit

in der angestammten Tätigkeit) zumindest vorübergehend in den Monaten davor ab der Neuanmeldung von Juni 2018 (Urk.

11/100-101) insgesamt - zusammen mit den übrigen Beschwerden (hierzu nachfolgend E. 3.3

ff.) - anspruchrelevant beeinflusst haben. 3.2.4

In Bezug auf den Bericht von Dr.

B. ___ vom 20.

September 2018 (Urk.

11/111/1) erklärte der RAD-Arzt sodann, der betreuende Allgemeinmediziner sehe den Beschwerdeschwerpunkt im psychischen Bereich; somatisch erkenne dieser keine höhergradige rentenrelevante Pathologie (Urk.

11/122/4). Diese Schlussfolgerung des RAD-Arztes ist nicht beizupflichten. Denn Dr.

B. ___ machte in seinem Bericht vom 20.

September 2018 keine Angaben zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht. Dessen Aussage, dass die Invalidenversicherung einen Rentenanspruch aufgrund der pulmonalen Beschwerden wohl angesichts der derzeitigen Praxis ablehnen würde (Urk.

11/111/1), ist eine reine Vermutung des Allgemeinpraktikers; die Beurteilung, ob eine Pathologie rentenrelevant ist, ist indes allein Sache des Rechtsanwenders gestützt auf eine beweiskräftige Beweisgrundlage mit medizinisch-fachärztlicher

Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, welche hier gerade fehlt.

Der Bericht von Dr.

B. ___ und die RAD-Stellungnahme liefern somit ebenfalls keine abschließenden Erkenntnisse, zumal auch Dr.

B. ___ die neu festgestellte mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung erwähnte, ohne dass der RAD-Arzt auf diese Veränderung einging.

Der Rentenanspruch beurteilt sich zudem aufgrund der funktionellen Auswirkungen durch sämtliche Beschwerden. Massgeblich

ist, ob die Veränderung der pulmonalen Beschwerden unter Berücksichtigung des gesamten somatischen und psychischen Gesundheitszustandes (vgl. E.

3.3

ff. hernach) die Leistungsfähigkeit anspruchrelevant beeinträchtigt hat.

3.2.5

Aus dem

im Beschwerdeverfahren vorgelegten Bericht der Abteilung für Pneumologie des Z.____ vom 8.

Oktober 2020 lässt sich zur Frage der Veränderung der Leistungsfähigkeit nach März 2015 (Urk.

11/100-101) ebenfalls nichts ableiten. Denn dieser gibt allein das Ergebnis der Spiroergometrie vom 1.

Oktober 2020 wieder (Urk.

20/6), das sich somit auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem hier zu beurteilenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 1.

September 2020 (Urk.

2) bezieht und schon deshalb unbeachtlich ist. Das Ergebnis bildete zudem im Vergleich mit jenem gemäss dem pneumologischen Bericht vom 19.

März 2018 (Urk.

11/99/2) abgesehen von einem inadäquaten Blutdruckanstieg kaum nennenswerte Veränderungen

ab (Leistungsfähigkeit und Sauerstoffaufnahme noch im Normbereich, keine Desaturation, keine Rhythmusstörung oder ST-Streckenveränderungen; Urk.

20/6). 3.2. 6

Da somit weder abschliessend auf die Stellungnahme des neurologischen RAD -Arztes noch auf andere

ärztliche Berichte zur Frage einer

erheblichen

Veränderung

der pulmonalen Beschwerden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ab März 2015 bis September 2020 abgestellt werden kann, sind diesbezüglich weiterführende Abklärungen angezeigt. 3.3 3.3.1

Ferner war nach der Neuanmeldung (Urk.

11/100-101) der Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 9.

Juni 2020 (Urk.

11/157) zu den Akten gegeben worden. Diesem ist zu entnehmen, dass in der Nacht vom 7. auf den 8.

Juni 2020 eine Schlafuntersuchung vorgenommen wurde bei Schnarchen, Apnoen und Tagesmüdigkeit. Diese ergab formal ein grenzwertiges, gemischtes Schlaf-Apnoe Syndrom mit Rückenlage und REM-Betonung und nebenbefundlich eine mittelgradige PLMS. Im Vordergrund stünden eher die PLMS und die Tagesschläfrigkeit. Das grenzwertige Schlaf-Apnoe Syndrom mit teils tiefen Enttächtigungen sollte mit Gewichtsabnahme und eventuell Rückenlagevermeidung behandelt werden (Urk.

11/157/2).

Der RAD-Arzt PD Dr.

P.____ erklärte in der Stellungnahme vom 27.

Juli 2020 hierzu einzig, das zuletzt berichtete Schlafapnoesyndrom sei grenzwertig, in jedem Fall würden hierfür Therapieoptionen bestehen. Eine namhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen (Urk.

11/159/6). 3.3.2

Wie der Beschwerdeführer zutreffend einwendet (Urk.

1 S.

8), wurden die festgestellten PLMS und die Tagesschläfrigkeit vom RAD-Arzt nicht thematisiert, obschon diese gemäss dem Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 9.

Juni 2020 (Urk.

11/157/2) eher im Vordergrund stehen und es sich dabei im Vergleich zum Gesundheitszustand, welcher bei der Begutachtung im Jahr 2014 vorgelegen hatte (Urk.

11/62/ 51-56), um neu festgestellte Beschwerdebilder handelt. Zwar klagte der Beschwerdeführer

schon damals über ausgeprägte

Müdigkeit, jedoch wurde diese nach Anstrengung am Tag festgestellt respektive einer Anstrengungsdyspnoe zugeschrieben (Urk.

11/62/51).

Somit bestehen Hinweise auf weitere Veränderungen des Gesundheitszustandes seit März 2015 (Urk.

11/74), deren Auswirkung auf die Leistungsfähigkeit nicht abschliessend geklärt ist. Ob diese somatischen Beschwerdebilder therapierbar sind, ist entgegen der Darstellung des RAD-Arzt nicht entscheidend; vielmehr sind allein die gesundheitlichen Veränderungen und die Leistungsfähigkeit bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids massgebend. 3.3.3

Es kann bei gegebener Aktenlage daher mangels hinreichender Entscheidungsgrundlage nicht ausgeschlossen werden, dass die neuen Erkenntnisse über die Beschwerdebilder der PLMS, der Tagesschläfrigkeit und eventuell auch des grenzwertigen Schlaf-Apnoe Syndroms, insbesondere zusammen mit den Veränderungen der pulmonalen Beschwerden, zu einer anderen fachärztlichen Beurteilung der Leistungsfähigkeit führen könnten, als diese der internistische Y.____-Gutachter vor genommen hatte, nämlich eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit (Urk.

11/62/12, Urk.

11/62/56) . 3.4 3.4.1

Bezüglich der Beschwerden am Bewegungsapparat hatten die Y.____-Gutachter die Diagnosen eines Bandscheibenvorfalles C6/7 links mit Zervikobrachialgie links, C7-Schmerzsymptomatik mit Kraftminderung der linken Hand bei Wurzelläsion

C7 links, und einer Supraspinatussehnen-Teil ruptur links mit Impingementssymptomatik und schmerzhafter Bewegungseinschränkung

als leistungseinschränkend berücksichtigt (Urk.

11/62/13) .

Aus den Akten zur Zeit nach der Anmeldung vom 30.

Mai 2018 geht zu diesen somatischen Beschwerden das Folgende hervor :

Im Bericht des Röntgeninstituts D.____ vom 13.

September

2019 (Urk.

11/127/ 3-4 = Urk.

11/139/8-9) war unter dem Titel klinische Angaben nebst der bekannten Diskushernie des Halswirbelkörpers (HWK)

6/7 eine Zunahme der Taubheit an der

linken Hand und Blockaden und ziehende Schmerzen an der Hüfte bis in den Unterschenkel beidseits

aufgeführt worden. Im MRT der HWS gleichen Datums hätten sich multisegmental mässige osteochondrotische Veränderungen mit allerdings zum Teil fortgeschrittener Spondylarthrose und grossen Retrospondylophyten beidseits gezeigt. Hierdurch kommt es zu hochgradigen ossären neuroforaminalen Engen HWK

4/5, HWK

5/6 und HWK

6/7, was Nervenkompressionen C5 linksbetont, C6 rechtsbetont und C7 beidseits hervorragend erkläre (alle pro gradient zum Jahr 2013). Das MRT der LWS habe

minimale Degenerationen im Sinne einer leichten Spondylarthrose und einer Anulus fibrosus Schädigung der Lendenwirbelkörper (LWK)

5/Sakral wirbelkörper (SWK)

1 gezeigt. Als Ursache für eine gewisse Symptomatik finde sich allerdings eine Bursitis interspinosa LWK

4/SWK

1.

Dieser Befund sei zum einen unspezifisch, zum anderen könne er aber auch gehäuft im Rahmen einer Spondylarthropathie gesehen werden. Dies bezüglich fänden sich aber keine weiteren Hinweise (Urk.

11/ 139/8-9) .

Im Bericht des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie der Privatklinik D.____ vom 16.

September 2019

(Urk.

11/127/1-2 = Urk.

11/139/27-28) wurde aus geführt,

der Beschwerdeführer habe anlässlich der Konsultation gleichen Datums von persistierenden, seit Jahren bestehenden Schmerzen im HWS-Bereich mit Ausstrahlung über die Aussenseite des Ober- und Unterarms bis in die D igit

I-II-II I beidseits , welche bei langem Sitzen

auftreten würden, und dortiger konstanter leichter Gefühlsminderung links sowie über beim Essen auftretende Muskel krämpfe in beiden Armen und subjektiv einer Kraftminderung in beiden Händen berichtet. Ausserdem habe er Schmerzen im Oberschenkel, in der Leiste mit Ausstrahlung über die Aussenseite und dann über den ventralen Unterschen kel rechts beschrieben. Das untere Drittel des rechten Unterschenkels und der rechte Fuss seien leicht geschwollen gewesen. Als Diagnosen wurden die folgen den ge stellt: Chronische Cervicobrachialgien , hochgradige Foramenstenose in der Etage HWK

4/5 beidseits, HWK

5/6 rechts und HWK

6/7 beidseits, chronisches lumbo -vertebragenes Schmerzsyndrom, Facettengelenkssyndrom des LWK

4/5, unklare Schmerzen in der rechten Hüfte und fragliche venöse Insuffizienz im rechten Bein.

Das MRT der LWS

(vom 13.

September 2019, Urk.

11/139/8-9) hab e keine relevante Einengung d e r Nervenwurzeln, aber eine Facettenarthrose LWK

4/5, weniger LWK

5/ SWK1

gezeigt . Das MRT der HWS habe multisegmen tale dege nerative Veränderungen und Foramenstenosen des Halswirbelkörpers (HWK) 4/5 beidseits, HWK

5/6 rechts und HWK

6/7 beidseits hochgradig darge stellt. Bezüg lich der Cervicobrachialgien habe der Beschwerdeführer somit eine multiseg men tale hochgradige Foramenstenose in den Etagen HWK

4-7 beidseits. Zur weiteren definitiven Abklärung sei en eine Elektromyographie (EMG) und eine Elektroneurographie (NLG) bei Faustschluss schwäche veranlasst worden. Das Röntgenbild der Hüfte und des Beckens habe degenerative Veränderungen der Symphyse, aber insgesamt keine Coxarthrose gezeigt (vgl. Untersuchung vom 1 6.

September 201 9, Urk.

11/139/7). Für die Gefässabklärung bei Verdacht auf venöse Insuffizienz im rechten Bein werde ein Untersuchungstermin erwartet (Urk.

11/139/27-28).

Gemäss dem Bericht des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie der Privatklinik D.____ vom 18.

und vom 30.

Oktober

2019 (Urk.

11/141/1-3, Urk.

11/143) hätten sich bei der klinisch-neurologischen Untersuchung eine schmerzbedingte leichte generelle Muskelkraftminderung an den Armen beidseits, einschliesslich leichte bis mässige Faustschlösschenchwächen beidseits und Hoffmann-Tinelzeichen links gezeigt. Weiterhin habe der Beschwerdeführer eine leichte Hyperpathie am rechten Zeigefinger angegeben. Elektrophysiologisch hätten sich Hinweise auf ein geringes Karpaltunnelsyndrom links und auch für die gemischten Denervierungszeichen im Versorgungsgebiet der Wurzel C7 links mit wenig Reinnervierungszeichen gefunden. Bei leichter demyelinisierender Schädigung des Nervus medianus im Karpaltunnel links werde die Behandlung mit einer Handschiene während mindestens sechs Wochen nachts vorgesehen. Betreffend die mehreren Foramina stenosen hätten sich aktuelle Hinweise auf eine gemischte Denervierung im Versorgungsgebiet C7 links gefunden. Der Befund passe gut zu den angegebenen Beschwerden und dem MRT-Befund. Eine Beschäftigung mit den Schmerzen im rechten Bein sei bei der aktuellen Konsultation nicht erfolgt (Urk.

11/141/3, Urk.

11/143/1).

Der Allgemeinpraktiker Dr.

E.____, der den Beschwerdeführer vom 12.

Juni bis 25.

Oktober 2019 behandelt hat, hielt im Bericht vom 6.

November 2019 fest, es bestehe seit Jahren eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei ursprünglich zur Weiterführung der Psychotherapie bei Depression zu ihm in Behandlung gekommen. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe er die Diagnosen degenerative Wirbelsäulenveränderungen mit foraminale Einengung und Schmerzsyndrom (September 2019), einer Depression und Asthma (je seit Jahren) gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine arterielle Hypertonie. Funktionseinschränkungen bestünden aufgrund der Depression und der Schmerzen in der oberen Extremität mit Taubheitsgefühl. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer während vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar (Urk.

11/139/2-5). 3.4.2

Der RAD-Arzt PD Dr.

P.____ führte in seiner Stellungnahme vom 28.

Februar 2019 zu den Berichten des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie und von Dr.

E.____

aus, im Vergleich zur interdisziplinären Y.____ -Begutachtung vom 14.

November 2020 würden sich in den aktuellen detaillierten Untersuchungen keine Veränderungen des Gesundheitszustandes mit namhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Für das leichte Karpaltunnelsyndrom bestehe keine Operationsindikation, ebenso für die Schulter- und Wirbelsäulen-Degenerationen. In den früheren Tätigkeiten als Bäcker und Auslieferungsschauffeur bestehe wie bisher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit mit dem Belastungsprofil wie im SMA-Gutachten formuliert (ohne Zwangshaltungen mit übermäßiger Belastung des linken Armes bei Überkopfarbeiten, ohne Kauern oder Hocken und mit einer Belastung des linken Armes bis zu fünf Kilogramm, ohne Exposition von Staub, inklusive Getreide, und von Kälte oder Nässe; Urk.

11/62/15) bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk.

11/145/5).

In der Stellungnahme vom 5.

März 2020 erklärte PD Dr.

P.____

zudem, da

die von den Y.____ -Gutachtern attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk.

11/62/14-16) höchstrichterlich (Urk.

11/98) zurückgewießen worden sei und zum erneuten (RAD-)Beurteilungszeitpunkt am 1.

Februar 2019 (Urk.

11/122/4) keine medizinischen Daten vorgelegt worden seien, die eine länger andauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar machen würden, sei in der RAD-Stellungnahme vom 1.

Februar 2019 das Fazit erfolgt, dass keine medizinischen Tatsachen vorgebracht worden seien, welche die aktuelle Entscheidung auf Nichteintreten (vgl. Vorbescheid vom 2.

Juli 2018, Urk.

11/106) aus versicherungsmedizinischer Sicht substantiell in Frage stellen würden. Nebenbei sei erwähnt, dass der RAD zu keinem Zeitpunkt eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert habe, sondern das Ergebnis des Y.____ -Gutachtens mit einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit gestützt habe. Den rein juristischen Entscheidung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit (vgl. Verfügung vom 9.

März

2015, Urk.

11/74/2-3; Urteil des hiesigen Gerichts IV.2015.00447 vom 27.

Dezember 2016 E.

5.3.4, Urk.

11/93/17-18; Urteil des Bundesgerichts 8C_154/2017 vom 20.

Juni 2017, Urk.

11/98/6-8) hätten die im Februar 2019 vorgelegten Berichte nicht in Frage zu stellen vermocht. Die da malige Berichterstattung (von Februar 2019) müsse nun aber im Lichte der Berichte des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie vom Oktober 2019 (Urk.

11/141/1-3, Urk.

11/143) als inkomplett beurteilt werden. Darin würden nämlich weiterhin identisch die degenerativen und neurologischen Limitierungen wie im Gutachten von 2014 beschrieben. Somit sei der Gesundheitszustand als im Wesentlichen unverändert zu beurteilen, und in medizinischer Hinsicht sei weiterhin die 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit im Raum stehend, welche ja auch von Dr.

E.____

attestiert werde. Ob dieser persistente medizinische Befund den gerichtlichen Entscheidungen entgegenstehe oder nicht respektive ob weitere medizinische Abklärungen erforderlich seien oder nicht, sei vom Rechtsanwender zu entscheiden (Urk.

11/145/6-7). 3.4.3

Den Ausführungen des RAD kann entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk.

2) auch in Bezug auf die Beschwerden des Bewegungsapparates nicht abschliessend gefolgt werden. Insbesondere ist dessen Aussage, in den Berichten des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie würden weiterhin identisch die degenerativen und neurologischen Limitierungen wie im Gutachten von 2014 beschrieben (Urk.

11/145/7), nicht nachvollziehbar. So lagen

der Beurteilung der Y.____-Gutachter (Urk.

11/62/33-34, Urk.

11/62/47) hinsichtlich der HWS-Beschwerden die Befunde gemäss dem MRT der HWS vom 17.

Dezember 2013 zugrunde, die

eine mässig multisegmentale Degeneration der HWS mit Diskopathien und neuralen Tangierungen und als Hauptbefund eine kleine bis mittelgrosse Diskushernie mediolateral links auf der Höhe C6/7 mit Irritation der austretenden Nervenwurzel C7 links auswies (Urk.

11/37). Im MRT der HWS vom 13.

September 2019, welche dem Zentrum für Neurologie und Neurochirurgie vorlag (Urk.

11/142/2) ,

wurde dagegen eine multisegmentale hochgradige Foramina stenose in den Ebenen HWK 4-7 beidseits abgebildet, welche nicht nur - wie bisher - eine mögliche Irritation der austretenden Nervenwurzel C6 und Irritation der austretenden Nervenwurzel C7 links (Urk.11/37/1), sondern nunmehr Nervenkompressionen C5 linksbetont und C6 rechts sowie C7 beidseits sehr gut erklärten (Urk.

11/139/ 8-9). Im Bericht des Röntgeninstituts D.____ vom 13.

September 2019 wurde denn auch ausdrücklich festgehalten, dass die (mittlerweile) hochgradigen ossären neuroforaminalen Engen HWK

4/5, HWK

5/6 und HWK

6/7 mit Nervenkompressionen C5 linksbetont, C6 rechtsbetont und C7 beidseits alle progressiv im Vergleich zum Jahr 2013 seien (Urk.

11/139/9) . Zudem wurde nun eine Zunahme der Taubheit an der linken Hand und Blockaden aufgeführt (Urk.

11/139/8).

Des Weiteren war nun betreffend die LWS im orthopädisch-traumatologischen

Y.____ - Teilgutachten vom 8.

Oktober 2014 noch festgehalten worden, es fänden sich lediglich osteochondrische Veränderungen ohne fokale Herniation ; bei fehlender Kompression einer austretenden Nervenwurzel seien hier keine klinisch relevanten Befunde zu erheben (Urk.

11/62/39 ; vgl. Bericht zum MRT vom 28.

Januar 2014, Urk.

11/47/12). Die LWS-Veränderungen wurden in den Diagnosen der Gutachter auch nicht aufgeführt (Urk.

11/62/13-14) und hatten nach der gutachterlichen Einschätzung somit keine

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Dagegen fanden sich nun gemäss dem Bericht des Röntgeninstituts D.____

vom 13.

September 2019 nebst den minimalen Degenerationen im Sinne einer leichten Spondylarthrose, welche schon im Jahr 2014 bestanden hatten, und einer Anulus fibrosus Schädigung LWK5-SWK1 als Ursache für eine gewisse Symptomatik nun eine Bursitis interspinosa LWK4-SWK1 (Urk.

11/139/8-9). Die Ärzte des Zentrums für Neurologie und Neurochirurgie stellten zudem die neue Diagnose eines chronischen lumbal-vertebragen Schmerzsyndroms bei Facettengelenksyndrom LWK

4/5 (Urk.

11/141/1). 3.4 .4

Auf diese Veränderungen der HWS und der LWS ist der RAD-Arzt (Urk.

11/122, Urk.

11/145, Urk.

11/159) im Einzelnen nicht eingegangen. Deren Relevanz für die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ist damit bei gegebener Aktenlage unklar und nicht abschliessend geklärt, zumal auch die neueren fachärztlichen, neurologisch-neurochirurgischen Berichte der Klinik D.____ aus den Jahren 2018 bis 2020 keine weiterführenden Angaben hierzu enthalten. Die rudimentären und stichwortartigen Ausführungen des Allgemeinpraktikers Dr.

E.____ im Bericht vom 6.

November 2019 ohne Angaben von Befunden und genauen Diagnosen, welcher den Beschwerdeführer zudem lediglich während weniger Monate von Mitte Juni bis im Oktober 2019 behandelt hatte (Urk.

11/139/2-5), vermögen hierzu ebenfalls keine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu bilden. Es kann daher auch diesbezüglich die Frage einer renten relevanten Veränderung nicht ohne Weiterungen bejaht oder verneint werden. 3.5

Die weiteren vom Beschwerdeführer vorgelegten

ärztlichen Berichte zu den somatischen Beschwerden (Urk.

20/1-5, Urk.

2 5) wurden alle nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1.

September 2020 (Urk.

2) und damit nach dem hier zu beurteilenden Zeitraum erstellt. Sie lassen zudem keine Rückschlüsse auf den Zeitraum bis zum Verfügungserlass zu. Namentlich die wegen intermittierende m belastungsabhängigem thorakalem Druckgefühl (Urk.

20/1 S.

1) in der Klinik für Kardiologie des Z.____ durchgeführte kardiologische Abklärung fand erst am 2 5.

November 2020 statt und fiel im Übrigen unauffällig aus (Bericht vom 2 8.

November 2020; Urk.

20/5, vgl. auch Urk.

20/1). Auch die gastroenterologische Abklärungen durch Dr.

J.____ wegen chronischen epigastrischen Schmerzen und die komplikationsfreie, im April 2021 abgeschlossene Behandlung der diagnostizierten Polypektomie im Magenkorpus und der Gastritis (Erstdiagnosen am 11.

Dezember 2020) fanden nach Erlass der Verfügung vom 1.

September 2020 statt (Berichte vom 1 5.

Dezember 2020

und vom 13.

April 2021 ; Urk.

20/3-4). Die Berichte sind

hier

somit nicht zu berücksichtigen

(vgl. Urteil des Bundes gerichts 9C_269/2021 vom 9.

Juli 2021 E.

2.4 mit Hinweis) .

3.6 3.6 .1

Zu den psychischen Beschwerden nach März 2015 (Urk.

11/74) ist den im Rah men der Neuanmeldung ergangenen Berichten der psychiatrischen Fachärzte das Folgende zu entnehmen.

Gemäss dem Bericht vom 21.

November 2018 diagnostizierte der Psychiater Dr.

C.____

aufgrund der Konsultation gleichen Datums eine leichte depres sive Stimmungslage (inklusive S chlafbeschwerden) im Rahmen des Verdachts auf eine somatoforme Störung (ICD-10 F45). Zwar erinnere sich der Beschwerdeführer in der nächtlichen Schlaflosigkeit, welche durch einen Mangel an gesunder Ernäh rung und Sorgen um die Zukunft auch ökonomischer Art gefördert werde, an schlimme Ereignisse und Ängste in der Vergangenheit, die Symptomatik einer veritablen PTBS sei jedoch nicht erkennbar. Bezüglich der Erinnerungen an schmerzhaft Erlebnisse bestehe wohl ein gewisser Besprechungs- und Verarbei tungsbedarf. Eine tiefe Leere, Sinnlosigkeitsgefühle, ein sozialer Rückzug und so weiter seien nicht festzustellen, auch aktuell nicht. Eine Energielosigkeit habe keineswegs objektiviert werden können. Der Beschwerdeführer zeige Beharrungs vermögen, er traue sich zur Abklärung des Verbleibs seines ehemaligen Psychia ters gar, die Gesundheitsdirektion anzufragen. Der Beschwerdeführer sei in seiner Familie gut integriert. Eine integrale Genesung sei nur unter Aufnahme einer an die Somatik angepasste n Arbeitstätigkeit bei diesem jünger als das biologische Alter wirkenden, insgesamt vitalen Mann möglich. Weder aus ärztlich-beur tei lender, noch aus therapeutischer Sicht könne er hinter einer Arbeitsunfähigkeit stehen (Urk.

11/121).

Der Psychiater Dr.

F.____ , welcher den Beschwerdeführer ab dem 2.

Oktober 2019 behandelte, erklärte in seinem Bericht vom 1 4.

November 2019 dagegen, er gehe von den folgenden Diagnosen aus: Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10 F43.21), differentialdiagnostisch einer leichten depressiven Epi sode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01) , bei Arbeitslosigkeit (ICD-10 Z56.0), Probleme in Bezug auf andere Rechtsumstände (erfolgloses Rentenver fah ren; ICD-10 Z65.3); andauernde Persönlichkeitsänderung nach jahrelangem Kampf um eine IV-Rente bei gesundheitlichen, seit längerer Zeit als nicht ren ten relevant beurteilten

Gesundheitsschäden mit Etablierung eines unflexiblen Verhaltens, andauerndem Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit und affektiver Verflachung, andauerndem Gefühl von Nervosität und Hoffnungslosigkeit, deutlicher Einschränkung der alltäglichen Funktionsfähigkeit auch im heimischen/

häuslichen Bereich, seit weit über zwei Jahren so bestehend (gemäss ICD-10 [F62] , 6.

überarbeitete Auflage) . Im Erstgespräch habe der Beschwerdeführer chronische Anspannung, Nervosität, Schlafstörungen, Freudlosigkeit, eingeschränkte Lebenslust und Libido sowie Perspektivlosigkeit beklagt, auch angesichts eines angestregten jahrelangen Rentenverfahrens mit der Konsequenz, sich nun wieder ohne jede Hilfe auf dem offenen Arbeitsmarkt für Hilfsarbeiten zu bewerben. Gedanklich habe eine Einengung auf die ablehnenden IV -Entscheidungen und die negative persönliche Situation bestanden angesichts der in erster Linie wegen der Bronchiektasen bestehenden Unmöglichkeit ,

sich ohne jegliche Fremdhilfe für mögliche Hilfsarbeiterjobs zu bewerben. Auf der Basis eines am 4.

November 2019 durchgeführten SKID

II Persönlichkeitstests mit Selbstbeurteilung hätten sich Inkonsistenzen mit einer Verschiebung seiner Persönlichkeitseigenschaften Richtung einer heute eher misstrauisch-asthenischen, dysthymen Persönlichkeit bei konsistent zwanghaften Anteilen gezeigt (Urk.

11/149/1).

Im Bericht vom 4.

Juni 2020 führte Dr.

F.____ ergänzend aus, die (Diagnose einer) Anpassungsstörung habe ursprünglich sicher seine Berechtigung gehabt. Die depressive Symptomatik, die sich ursprünglich auf ein Ereignis bezogen habe, habe sich zwischenzeitlich indes weitgehend verselbständigt und manifestiere sich eher im Rahmen einer Persönlichkeitscharakteristik im Sinne einer Persönlichkeitsveränderung bei wie vorgängig beschriebener Diagnose und Diagnoseumstände. Als Diagnosen seien damit eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) im Rahmen einer (wie im Bericht vom 14.

November 2019 spezifizierten) andauernden Persönlichkeitsänderung zu stellen. Die therapeutischen, insbesondere die medikamentösen Möglichkeiten nach verschiedenen Versuchen im hiesigen Rahmen seien ausgeschöpft und die Restarbeitsfähigkeit für den offenen Arbeitsmarkt werde von ihm, Dr.

F.____ , (aus psychiatrischer Sicht) auf 0

% bei bleibendem Gesundheitsschaden geschätzt. In diesem Sinne habe sich durchaus eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Verlaufe der Jahre entwickelt, auch wenn diesbezüglich seitens der Versicherungsmedizin eine andere Einschätzung vorliege, die aber dem Umstand einer Persönlichkeitsveränderung bis anhin keine Rechnung getragen habe. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer ein «gebrochener» Mann ohne jegliche Aussicht auf auch nur eine annähernde Möglichkeit , den Anforderungen eines Arbeitgebers selbst für simple Arbeiten gerecht werden zu können (Urk.

11/153) . 3.6.2

Damit liegen zwei sich insgesamt widersprechende fachärztlich-psychiatrische Einschätzungen vor. Zu diesen nahm von Seiten des RAD ebenfalls der Neurologe PD Dr.

P. ___ Stellung; wie sich aus dem Folgenden ergibt, vermögen dessen Stellungnahmen indes nur teilweise zu überzeugen .

Nach Vorlage des Bericht s von Dr.

C. ___

vom 21.

November 2018

(und zwei weiterer somatischer Berichte) erklärte PD Dr.

P. ___ ohne weitere Begrün dung, die vorgelegten medizinischen B erichte würden keinen Gesundheitsscha den zeigen, der eine länger

andauernde und höhergradige Arbeitsunfähigkeit nach vollziehbar mache (Stellungnahme vom 1.

Februar 2019 , U rk.

11/122/4). In der Stellungnahme vom 5.

März 2020 erklärte PD Dr.

P. ___ sodann, es sei von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand und wie im Y. ___ - Gutach ten von 2014 (U rk.

11/62/14-16) in medizinischer Hinsicht weiterhin von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensange passten Tätigkeit auszugehen (Urk.

11/145/7) .

Der nicht weiter begründete Standpunkt des RAD-Arztes ist lediglich insofern nachvollziehbar , als sich dem Bericht von Dr.

C. ___ keine Verschlechte rung des psychischen Gesundheitszustandes entnehmen lässt , zumal Dr.

C. ___ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (Urk.

11/121/5) atte stierte .

Nicht schlüssig ist dagegen die Aussage, dass von einem unveränderten Ge sund heitszustand mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen sei (Urk.

11/145/7). Dabei übersah der RAD-Arzt oder es ist zumindest nicht dargelegt,

dass die gutachterliche Gesamteinschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit zum grösseren Teil, nämlich zu 30

%, von den psy chischen Beschwerden einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und der psychiatrischen Einschätzung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit bestimmt worden war (U rk.

11/62/ 13-15), was zumindest mit Blick auf den Bericht von Dr.

C.____ vom 21.

November 2018, der lediglich noch eine leicht depressive Stimmungslage im Rahmen des Verdachts auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) mit 100%iger Arbeitsfähigkeit aufführte (Urk.

11/121) , eine Besserung der depressiven Symptomatik nahe legen würde . Hierzu machte PD Dr.

P.____ indes keine Ausführungen; entsprechend seinem Fachgebiet fokussierte sich die Stellungnahme des RAD-Arztes auf die somatischen, insbesondere « neurologischen Limitierungen » (Urk.

11/145/7).

3.6.3

Zu den Berichten von Dr.

F.____ (Urk.

11/149/1, Urk.

11/153) erklärte der RAD-Arzt ,

die von Dr.

F.____ diagnostizierte Diagnose einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) stelle im Vergleich mit der im Y.____ -Gutachten von 2014 diagnostizierten mit mittelgradigen depressiven Episode keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes dar. Ausserdem sei ein jahrelanger Kampf um eine IV-Rente als primär kausal-pathogener Faktor für eine Persönlichkeitsänderung erschwert nachvollziehbar; es sei denn, dieser Kampf geschehe sekundär, auf dem Hintergrund allenfalls berechtigter, aber nicht erlangter Rentenansprüche (Urk.

11/159/6).

In Bezug auf die depressive Symptomatik, ist die RAD-Stellungnahme

plausibel . Denn bei der Dysthymia (ICD-10 F34.1) handelt es sich - im Gegensatz zur von den Y.____ -Gutachtern im Jahr 2014 noch festgestellten mittelgradigen depressiven Störung (Urk.

11/62/13-14) - um eine chronische depressive Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gerade nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung erfüllt (Dilling , Mombour , Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.

Aufgabe, S.

183).

Es handelt sich danach - zumindest in diagnostischer Hinsicht - somit eher um eine Verbesserung der depressiven Symptomatik. 3.6.4

Die RAD-Stellungnahme zur von Dr.

F. ___ diagnostizierten Persönlichkeitsänderung ist zumindest insofern verständlich, als nach ICD-10 F62 die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung nur gestellt werden sollte, wenn diese ätiologisch auf eine tiefgreifende, existentielle extreme Erfahrung zurückgeführt werden kann (Dilling , Mombour , Schmidt, a.a.O.,

10.

Auflage, S.

285; in der 6.

Auflage vgl. S.

255). Es ist daher fraglich, ob überhaupt und unter welchen Voraussetzungen der Kampf um eine IV-Rente

hierunter subsumiert werden könnte.

Jedoch erschliesst sich nicht und wurde vom RAD -Arzt nicht erläutert, wie die

Anmerkung ,

« es sei denn, dieser Kampf geschieht sekundär, auf dem Hintergrund allenfalls berechtigter, aber nicht erlangter RE-Ansprüche » (Urk.

11/159/6) hier im Zusammenhang mit der Diagnosestellung einer Persönlichkeitsveränderung und der Frage der erheblichen Gesundheitsveränderung seit März 2015 (Urk.

11/74) zu verstehen ist. Erläuterungsbedarf ergibt die Anmerkung des RAD-Arzt zu

« primär und sekundär kausal-pathogenen Faktoren »

insbesondere auch deshalb, weil die Biographie des Beschwerdeführers

traumatische Erfahrungen

während der Gefangenschaft im Jahr 1989 aufweist

(Urk.

11/62/62);

aufgrund dessen fällt die Diagnose andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung im Sinne von F62.0 (Dilling , Mombour , Schmidt, a.a.O., 10.

Auflage, S.

286

f.) in Betracht , die hier jedenfalls nicht bereits ohne fachärztlich-psychiatrische Stellungnahme ausgeschlossen werden kann . Angesichts der gutachterlich gestellten Diagnose einer Somatisierungsstörung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk.

11/62/13) wäre möglicherweise auch die Diagnose andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80)

oder eventuell sonstige andauernde Persönlichkeitsveränderungen (ICD-10 F62.88) zu diskutieren. Fraglich ist in diagnostischer Hinsicht insbesondere auch, ob eine solche Veränderung der Persönlichkeit sich innerhalb der Jahre von 2014 bis 2020 entwickelt hat

respektive entwickeln konnte oder sich (gegebenenfalls) nunmehr erst manifestiert hat.

Ferner hat sich der RAD-Arzt (als Neurologe verständlicherweise) zu den von Dr.

F.____ im Bericht vom 4.

Juni 2020 festgehaltenen Befunden (Urk.

11/153) nicht geäußert, obschon diese zur Beantwortung der Frage der erheblichen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes

seit März 2015 (Urk.

11/74) und deren funktionellen Folgen massgeblich sind. Denn Dr.

F.____

führte eine eher misstrauisch-asthenische, dysthyme Persönlichkeit bei konsistent zwanghaften Anteilen, unflexiblem Verhalten, andauerndem Gefühl von Leere, Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit und Nervosität, Pessimismus sowie affektiver Verflachung respektive deutlich eingeschränkter Modulations- und Affektschwingungsfähigkeit

auf, ausserdem eine deutlich gedrückte Stimmung, einen deutlich eingeschränkten Antrieb und eine ebensolche Motivation, eine eingeschränkte Konzentration und Belastbarkeit mit Müdigkeit und Erschöpfung nach zirka 40

Minuten, ein deutlich eingeschränktes Selbstvertrauen sowie leichte Depersonalisationsgefühle (Urk.

11/149/1, Urk.

11/153). Dagegen hatte der psychiatrische

Y.____-Teilgutachter anlässlich der Begutachtung im Jahr 2014 noch festgehalten, die Primärpersönlichkeit sei umgänglich, eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung habe sich auf der Befundebene nicht gefunden und der Beschwerdeführer habe in der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit nuanciert über das gesamte Ausdrucksspektrum verfügt. Die Affektlage sei zwar ernst, zum Teil auch zum depressiven Pol recht deutlich gedrückt und die Fähigkeit, Freude zu empfinden, sei beeinträchtigt. Eine vollständige Anhedonie, eine Affektlabilität oder -inkontinenz

beständen indes nicht. Die Antriebslage sei insgesamt leicht reduziert. Aus der vermehrt gedanklichen Befassung mit negativen Kognitionen, depressiven Gefühlen, Ängsten und auch Selbstwertzweifeln habe er stets gelöst werden können. Das Selbstwertgefühl sei reduziert. Das Konzentrationsvermögen sei angemessen und auch gegen Ende der Exploration nicht verändert gewesen. Auch Depersonalisationsphänomene hätten sich auf der Befundebene nicht gezeigt (Urk.

11/62/27-29). Der Vergleich der psychopathologischen Befunde von Dr.

F.____ mit jenen des

Y.____-Gutachtens weist damit auf Veränderungen im Psychostatus mit zunehmenden Beeinträchtigungen insbesondere im Affekt, Antrieb, Selbstwertgefühl und in der Flexibilität hin.

Unter diesen Umständen bestehen zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit der

Stellungnahmen des neurologischen RAD-Arztes betreffend die psychischen Beschwerden, weshalb ergänzende Abklärungen angezeigt sind.

3.6.5

Im Übrigen kann auch der - ohne ärztliche Grundlage herangezogene n

- Begründung im angefochtenen Entscheid, dass es sich beim jahrelangen Kampf um eine Rente um einen psychosozialen Belastungsfaktor handle, welcher von der Invalidenversicherung nicht mitberücksichtigt werden dürfe (Urk.

2 S.

2), nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Denn die Frage, ob sich psychische Beschwerden in psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren erschöpfen oder ob davon unterscheidbare eigenständige psychische Krankheitsbilder im Sinne eines medizinischen Substrates (vgl. BGE 127 V 294 E.

5a) vorliegen, darf nicht ohne ärztliche Grundlage allein aus Sicht des Rechtsanwenders beurteilt werden (Urteil des Bundesgerichts 9C_146/2015 vom 19.

Januar 2016 E.

3.1). Im Leitentscheid BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht zudem erneut bestätigt, dass soziale Faktoren nur soweit auszuklammern seien, als es darum gehe, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen würden durchaus auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen würden (E. 3.4.2.1).

3.6.6

Vor diesem Hintergrund und insbesondere weil mit den Berichten der behandelnden Ärzte Dr.

F.____ und Dr.

C.____ zwei sich - auch im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit - weitgehend widersprechende psychiatrische Einschätzungen vorliegen, ist es angezeigt, dass die Beurteilung der Veränderung der psychiatrischen Befunde respektive der Frage

nach der Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes im Vergleich mit jenem anlässlich der Y.____ -Begutachtung im Herbst 2014 (Urk.

11/62)

durch einen Facharzt der Psychiatrie vorgenommen wird.

Somit sind auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden weiterführende Abklärungen angezeigt. 3.7

3.7.1

Nach dem Gesagten lässt die vorliegende Aktenlage keine abschliessende Beurteilung der strittigen Frage zu, ob und inwiefern sich aufgrund der sowohl in somatischer als auch in psychischer Hinsicht neu erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen (mittelschwere obstruktive Ventilationsstörung, PLMS, Tages schläfrigkeit, Schlaf-Apnoe Syndrom, hochgradige ossäreneuroforamiale Engen HWK

4/5, HWK

5/6 und HWK

6/7 mit progredienten Nervenkompressionen

C5 linksbetont, C6 rechtsbetont und C7, lumbo -vertebragenes Schmerzsyndrom bei Facettengelenksyndrom LWK 4/5 , andauernde Persönlichkeitsänderung , psychopathologische Befunde) seit der rentenabweisenden Verfügung vom 9.

März 2015 (Urk.

11/74) insgesamt eine anspruchserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt hat.

Die Beschwerdegegnerin hat den medizinischen Sachverhalt daher entsprechend zu ergänzen und weiterführende medizinisch-fachärztliche Abklärungen zum Verlauf der somatischen und psychischen Beschwerden sowie der Arbeitsfähigkeit (Art.

6 ATSG) des Beschwerdeführers nach März 2015 (Urk.

11/74) vorzu nehmen.

Vorzugsweise wird hier zu eine gutachterliche, fachärztlich-interdisziplinäre Einschätzung einzuholen sein . 3.7.2

Sofern eine erhebliche gesundheitliche Veränderung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu bejahen ist, ist in einem zweiten Schritt der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend - gegebenenfalls anhand der Rechtsprechung von BGE 141 V 281 , 143 V 409 und 418 - und damit unter Einbezug sämtlicher Beschwerden interdisziplinär-gutachterlich abzuklären und neu zu prüfen. Weil der frühestmögliche Beginn einer allfälligen Rente aufgrund des Eingangs der Neuanmeldung vom 30.

Mai

2018 per 28.

Juni

2018 (Urk.

11/100-101) der 1.

Dezember 2018 (vgl. Art.

29 Abs.

1 und Abs.

3 IVG) dar stellt , ist unter Berücksichtigung des sogenannten Wartejahrs gemäss Art.

28 Abs.

1 lit .

b IVG insbesondere die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab dem 1.

Dezember 2017 und in einer leidens angepassten Tätigkeit ab dem 1.

Dezember 2018 massgeblich und zu klären. Die neue fachärztliche Gesamtbeurteilung wird sich somit zum chronologischen Verlauf der jeweiligen Arbeitsfähigkeit ab Dezember 2017 respektive Dezember 2018 zu äussern haben.

3.7.3

Ob die vom Beschwerdeführer beantragte FOMA (Urk.

1 S.

2; fachärztliche medizinische Abklärung unter Einbezug einer Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit [EFL]) zur ergänzenden Abklärung des Sachverhaltes notwendig ist, ist nicht an dieser Stelle zu entscheiden und liegt zunächst im Ermessen der Beschwerdegegnerin (Art.

43 Abs.

1 ATSG)

sowie der zu beauftragenden Sachverständigen, falls diese ein entsprechendes Testverfahren angesichts eines multiplen und schwierig einzuschätzenden Krankheitsbildes ausdrücklich befürworten würden

(vgl. BGE 139 V 349 E.

3.3; Urteile des Bundesgerichts

9C_547/2019 vom 14.

Oktober 2019 E.

5.1.3 und 8C_711/2016 vom 15.

Dezember 2016 E. 3.5).

3.8

Die angefochtene Verfügung vom 1.

September 2020 (Urk.

2) ist somit aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zum neuen Entscheid über das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers - unter Berücksichtigung seines Antrags auf Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk.

1 S.

3)

zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist folglich gutzuheissen. 4.

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art.

69 Abs.

1 bis IVG), ermessensweise

auf Fr.

9 00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Oskar Müller, Zug, ist eine Prozessentschädigung zuzusprechen, die nach Art.

61 lit.

g ATSG in Verbindung mit §

E. 34

des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote des unentgeltlichen Rechtsvertreters vom 3.

Dezember 2020 (Urk.

18)

zu bemessen ist. In der Honorarnote ist ein Aufwand von insgesamt 10

Stunden, was angemessen erscheint,

à Fr.

250.-- pro Stunde und von Fr.

66.70 Barauslagen zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7

% (Fr.

197.65) mit einem Gesamtbetrag von Fr.

2'764.35 aufgeführt (Urk.

18 S.

2). Der verwendete Stundenansatz von Fr.

250.-- ist auf den gerichtsüblichen Ansatz von Fr.

220.-- zu ändern. Die Prozessentschädigung ist damit auf Fr.

2'441.25 ([10 x Fr.

220.--] + Fr.

66.70 Barauslagen + Fr.

174.55 Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 1.

September 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über das Leistungsbegehren

des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

9 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlich en Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Oskar Müller , Zug , eine Prozessentschädigung von Fr. 2'441.25 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Müller -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen

sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art.

82 ff. in Verbindung mit Art.

90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15.

Juli bis und mit 15.

August sowie vom 18.

Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art.

46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismitel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder der 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 FehrHartmann

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