

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00685 vom 3. August 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00685

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00685 du 3 août 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00685 del 3 agosto 2022

Erwägungen

E. 1.1

Die kantonalen Gerichte haben ihre Zuständigkeit und diejenige ihrer Vorinstanzen von Amtes wegen zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C_ 891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2).

E. 1.2

Da die angefochtene Verfügung von der IV-Stelle Zürich erlassen wurde (Urk. 2), ist gemäss Art. 69 Abs. 1 lit . a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) das

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

zur Beurteilung der vor liegenden Beschwerde zuständig (vgl. dazu etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2011 vom 5. August 2011). 1. 3

Die örtliche Zuständigkeit der IV-Stellen bestimmt sich nach Art. 55 IVG . Danach und gemäss Art. 40 Abs. 1 lit . a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

ist in der Regel die IV-Stelle zuständig, in deren Kantons - und Tätigkeits gebiet die versicherte Person im Zeitpunkt der Anmeldung ihren Wohnsitz hat. Gemäss Art. 40 Abs. 3 IVV bleibt die einmal begründete Zuständigkeit der IV-Stelle unter Vorbehalt von Art. 40 Abs. 2 bis

bis Abs. 2 quater

IVV im Verlaufe des Verfahrens erhalten . Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über (Art. 40 Abs. 2 quater IVV).

E. 1.3

Am 21 . April 2018 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk.

E. 1.4

Der Beschwerdeführer machte betreffend die örtliche Zuständigkeit der IV-Stelle mit Blick auf sein Verlassen der Schweiz geltend, er sei nach wie vor in Z.____ angemeldet und habe dort seinen Hauptwohnsitz. Das Ausweisungsverfahren sei noch hängig (Urk. 17).

Die Beschwerdegegnerin führte da zu aus, sie habe im Zeitpunkt des Verfügungserlasses weder von der Ausweisung des Beschwerdeführers noch von seinem Verlassen der Schweiz

Kenntnis gehabt. Dieser sei mit Beschwerde vom 5. Oktober 2020 ans hiesige Gericht gelangt und sei somit von dessen Zuständigkeit ausgegangen. Sodann sei eine Verfügung einer örtlich unzuständigen IV-Stelle nicht nichtig, sondern anfechtbar und eine Anfechtung sei gerade nicht erfolgt (Urk. 15).

E. 1.5

Der Beschwerdegegnerin ist beizupflichten, dass die Verfügung einer örtlich unzuständigen IV-Stelle in der Regel nicht nichtig

ist, wohl aber anfechtbar. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann aus prozessökonomischen Gründen indes von der Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Überweisung an die zuständige Behörde abgesehen werden unter der doppelten Voraussetzung, dass einerseits die Unzuständigkeit nicht gerügt wird und andererseits aufgrund der gegebenen Aktenlage in der Sache entschieden werden kann (BGE 142 V 67 E. 2.1).

Da sich hier Weiterungen erübrigen, wie im Folgenden zu zeigen sein wird, und keine der Parteien die Aufhebung der angefochtenen Verfügung wegen örtlicher Unzuständigkeit der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle,

verlangte, rechtfertigt sich der Entscheid in der Sache durch das angerufene Sozialversicherungsgericht.

2. 2.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 2.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 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).

Dies gilt

rechtsprechungsgemäss auch für Neuansmeldungen nach einer befristet zugesprochenen Rente. 2.4

Anlass zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141

V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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). 2.5

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

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

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

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). 2.6

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzu erkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen).
3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte in der angefochtenen Verfügung einen erneuten Rentenanspruch mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei seit November 2017 als Lüftungsmonteur zu 100 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit sei er seit Juni 2016 zu 90 % arbeitsfähig. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 24 %. Eine Veränderung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes seit der MEDAS-Begutachtung sei nicht zu erkennen. Eine Anpassungsstörung bei psychosozialen Belastungsfaktoren sei zeitlich begrenzt und nicht relevant für eine Invalidenrente (Urk. 2).
3.2

Der Beschwerdeführer stellte - mit ausführlicher Begründung (Urk. 1 S. 4-11) - in Abrede, dass auf das MEDAS-Gutachten, insbesondere auf die rheumatologisch-orthopädischen und psychiatrischen Teilgutachten abgestellt werden könne. Es präsentiere sich ein komplexes somatisches und psychiatrisches Gesamtbild. Dieses auf ein aggravatorisches Verhalten zu reduzieren, entspreche nicht einer sachgerechten Auseinandersetzung mit der Problematik und vermöge nicht zu überzeugen. Es dränge sich eine Neubegutachtung auf (Urk. 1 S. 11).
3.3

Streitig ist, ob die IV-Stelle das Neuanmeldungs-gesuch des Beschwerdeführers gestützt auf das Administrativgutachten zu Recht abgewiesen hat. Zu prüfen ist dabei vorab, ob es in der Zeit zwischen dem 3. November 2015 (Zeitpunkt der vom 1. Juni bis 31. Oktober 2014 befristeten Rentenzusprechung) und dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung am 7. September 2020 zu einer rentenbe gründenden Änderung des Sachverhalts gekommen ist.
4. 4.1

Gemäss Feststellungsblatt vom 3. Juni 2015 stützte sich die Beschwerdegegnerin anlässlich der Zusprechung der befristeten Rente am 3. November 2015 (Urk. 7 /56, Urk. 7 /46) zur Hauptsache auf die Aktenbeurteilung durch den RAD Arzt vom 30. Oktober 2014. Dieser wiederum stellte auf die Berichte der Klinik A.____ vom 5. Februar 2014 (Urk. 7 /21/139 - 140), die Aktenbeurteilung durch Suv a-Kreisarzt Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom August 2014 (Urk.

7 /115/808), und den Austrittsbericht der Rehaklinik C.____ über die Hospitalisation vom 4. Juni bis am 9. Juli 2014 ab (Urk. 7 /21/81-89). Der RAD-Arzt nannte als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit persistierende ausgeprägte Knieschmerzen medial-betont links. Der Gesundheits schaden sei rein unfallbedingt. Vom 1. Oktober 2012 bis 31. August 2014 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. In der angestammten Tätigkeit als Lüftungsmonteur

(beziehungsweise Flachdachmitarbeiter ; 8/2/4) bestehe dauerhaft eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Seit dem Austritt aus der Rehaklinik C.____ am 9. Juli 2014

sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, wechselbelastend und ohne längere Zwangsposition des linken Kniegelenks zu 100 % zumutbar (Urk. 7 /39/3 -4).

Davon ausgehend ermittelte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 3. November 2015 für die Zeit ab Juli 2014 einen Invaliditätsgrad von 21 %, was zu r Befristung und Einstellung der Rente per 31. Oktober 2014 führte (Urk. 7 /46/2). 4.2

Aktenkundig ist sodann, dass sich der Beschwerdeführer am 25. Oktober 1998 beim Tischfussballspielen am rechten Daumen verletzt hatte

und dieser in der Folge wiederholt operativ versorgt werden musste (vgl. Urk. 7 /104/ 6).

Im Weiteren rutschte er am 9. Juni 2011 von der Leiter ab und verletzte sich am linken Bein. Es folgten mehrere Operationen am linken Knie (vgl. Urk. 7 /115/762 764, Urk. 7 /104/8).

Wegen der anhaltenden Beschwerden a m rechten Daumen und am linken Knie (vgl. dazu den Bericht über die kreisärztliche Abschlussuntersuchung vom 17. Juli 2017; Urk. 7 /115/406-412) sprach die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. August 2017 eine Invalidenrente bei einer Erwerbsunfähigkeit von 13 % zu (Urk.

7 /115/348-351). Dabei ging sie ebenfalls von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Verweistätigkeit aus (Urk. 7 /115/343). 4.3

Weitere getätigte Meldungen über gesundheitliche Beeinträchtigungen schloss die Suva folgenlos ab (vgl. dazu das parallel laufende Verfahren in der unfallver sicherungsrechtlichen Angelegenheit). 5. 5.1

Im mit der Neuanmeldung vom 21. April 2018 eingeleiteten Revisionsverfahren ergingen die folgenden medizinischen Unterlagen : 5.2

Am 10. März 2018 meldete der Beschwerdeführer der Suva , er sei am 24. Februar 2018 im Treppenhaus gestürzt und habe sich Verletzungen am linken und rechten Finger sowie am linke n und rechte n Knie zugezogen (Urk. 7 /115/319).

Am 26. März 2018 berichteten die Behandler der Klinik A.____ , der Beschwer deführer habe bei bekannter medialer horizontaler Meniskushinterhornläsion rechts progrediente Beschwerden. In dem zuletzt durchgeführten MRI beider Knie vom 6. Februar 2018 habe sich diese Läsion im Vergleich zu den Voruntersu chungen von 2013 weitgehend unv erändert gezeigt (Urk. 7 /115/313) . 5.3

Vom 19. bis 25. September 2018 hielt sich der Beschwerdeführer zur Zumutbar keitsbeurteilung in der Rehaklinik C.____

auf. Im Austrittsbericht vom 28. September 2018 (Urk. 7 /115/258-263) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1): - schwere depressive Episode ohne akute Selbst- oder Fremdgefährdung (ICD-10 F32.2) bei chronischer Schmerzstörung (vgl. dazu auch das psy chosomatische Konsilium vom 20. September 2018, Urk.

7 /115/275 277) - Unfall vom 24. Februar 2018: Daumendistorsion links - Anamnestisch Sturz vom 1. November 2017: Kniekontusion rechts - Unfall vom 9. Juni 2011: Kniedistorsion links mit Innenmeniskusläsion - Unfall vom 25. Oktober 1998: Distorsion des Daumengrundgelenks rechts - Gonalgien rechts seit 2013

Gemäss Austrittsbericht musste der

A ufenthalt in der Rehaklinik wegen wieder holter Gewaltankündigungen und fehlender Eigeninitiative bei den Therapien nach wenigen Tagen abgebrochen werden . Aus

psychiatrischer Sicht wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 7 /115/263).
5. 4

Vom 1. bis 26. Oktober 2018 war der Beschwerdeführer in der D.____ AG hospitalisiert . In
m Austrittsbericht vom 5. Dezember 2018 (Urk. 7 / 115/256 257) wurde aus
psychiatrischer Sicht die Diagnose einer mittel gradigen depressiven Episode gestellt
(ICD-10 F32.1). Psychopathologisch hätten

bei der Aufnahme ein niedergestimmter Affekt, eine formalgedankliche Grübel neigung ,
ein reduzierter Nachtschlaf sowie Zukunfts- und Existenzängste im Vordergrund
gestanden. Im Zuge verschiedener psychosozialer Belastungsfaktoren sei es zunächst zu
wiederkehrenden Stimmungseinbrüchen gekommen. Unter Medikation habe sich die
depressive Symptomatik gebessert und der Beschwerdeführer sei auf eigenen Wunsch in
teilremittiertem Zustand entlassen worden .

Gemäss Austrittsbericht vom 1. Februar 2019 wurde der Beschwerdeführer vom 3. bis am
11. Januar 2019 erneut

stationär in der D.____

behandelt . Gestützt auf die seitens des Beschwerdeführers geschilderte Symptomatik (Nie-
dergeschlagenheit, rasche Reizbarkeit, Antriebsmangel, Grübeltendenzen , Klagen über
Konzentrationsstörungen, Insuffizienz gefühle, Schlafstörungen und lebens müde
Gedanken) wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig
mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) gestellt . Der Beschwerdeführer sei ins multimodale
Therapieprogramm integriert worden und habe dort bei Auftreten von psychosozialen
Belastungssituationen wiederholt Drohungen geäussert. Zudem seien mehrfach dissoziativ
anmutende Bewusstseinsveränderungen aufgefallen , welche für eine korrekte
diagnostische Beurteilung einer weiteren Beobachtung bedürft hätten. Es sei dem
Beschwerdeführer schwer gefallen , sich auf die stationäre Behandlung einzulassen, so dass
die Basis für eine konstruktive therapeutische Zusammenarbeit als nicht gegeben erachtet
und der Austritt beschlossen worden sei. Bis dahin sei ihm eine Arbeitsunfähigkeits
bescheinigung mitgegeben worden

(Urk. 7 / 104/44-47). 5. 5

Am 26. Februar 2019 wurde in der Universitätsklinik E.____ eine

Bildgebung des linken Knies durchgeführt. Im Vergleich zu den Voruntersuchungen,
zuletzt vom 10. August 2017, ergaben sich aus dem aktuellen MRI stationäre ober-
flächliche Knorpelschäden femorotibial medial. Als vorbestehend wurden der Status nach
Teilmeniskektomie medial mit zunehmend mukoid degeneriertem Hinterhorn festgehalten
sowie ein stationär mukoid degeneriertes vorderes Kreuz band (Urk. 7 /115/225) . 5. 6

Am 6. August 2019 erging das MEDAS- Gutachten (Urk. 7 /104) in den Fachdisziplinen
Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie und Allgemeine Innere Medizin (S. 2). Als Diagnosen
mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Sachverständigen in der
Konsensbeurteilung eine Gonarthrose des linken Kniegelenks mit nachfolgenden drei
operativen Eingriffen , bei Zustand nach Verletzungsfolgen im August (richtig: Juni) 2011,
neurologisch jedoch ohne Hinweis auf einen neuropathischen Schmerz ; im Weiteren
nannten sie eine Gonalgie rechts sowie ein chronisches Schmerzsyndrom des rechten
Daumens (S. 8). Andere n

Diagnosen schrieben sie keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu: etwa den belastungsabhängigen Restbeschwerden des linken Daumens (nach einer Distorsion am 24. Februar 2018), einer deutlichen Fehlhaltung der Wirbelsäule mit ausgeprägter muskulärer Dysbalance bei Selbstlimitierung, einer Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) und der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0, hochgradig aggraviorisches Verhalten ; S. 9).

Dazu führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer sei aus orthopädischer Sicht in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten mit Belastungsspitzen von zirka 15 Kilogramm in temperierten Räumen im Wechsel zwischen Gehen und Stehen zu verrichten. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 Kilogramm ausserhalb des Körperlotes, kniende und hockende Tätigkeiten, ruckartige Bewegungen, das Besteigen von Leitern und Gerüsten sowie das Gehen auf unebenem Gelände. Der Beschwerdeführer solle keiner Kälte-, Nässe-, und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Spezielle Feinarbeiten, die eine Vollfunktionsfähigkeit des rechten Daumens erforderten, seien zu vermeiden (S. 9).

Aus neurologischer Sicht ergäben sich keine zusätzlichen Einschränkungen. Es bestünden keine Hinweise für eine neuropathische Schmerzsymptomatik. Der angegebene Schmerz könne sicher nicht neurogen/neuropathisch erklärt werden (S. 8 und S. 9). Bei substituierter Eisenmangelanämie, normaler Herzfrequenz und normalem Blutdruck sei auch aus internistischer Sicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 9).

Aus psychiatrischer Sicht ergäben sich unter Berücksichtigung der erhaltenden psychischen Funktionen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) im Bereich der Aktivitäten und der Partizipation keine relevanten Störungen. Wegen der narzisstischen Akzentuierung und der Neigung zur Dominanz in zwischenmenschlichen Beziehungen könne der Beschwerdeführer Schwierigkeiten haben und weniger motiviert sein. Die intellektuellen-kognitiven Fähigkeiten seien nicht eingeschränkt. Wegen der Dekonditionierung könnten vorübergehend Probleme auftreten mit Stress und Krisensituationen umzugehen, ebenfalls könne die Planungsfähigkeit leicht herabgesetzt sein. Die berichteten subjektiven Funktionsstörungen seien medizinisch (psychiatrisch) nicht begründet. Es sei von narzisstischen und histrionischen Zügen oder auch einer emotional instabilen Persönlichkeit auszugehen (S. 9). Es könne keine depressive Störung objektiviert werden; vielmehr sei von einem aggraviorischen Verhalten auszugehen, welches als Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen zu qualifizieren sei (S. 8).

Die vom behandelnden Psychiater (vgl. nachfolgend E. 5.8) beschriebene psychische Problematik erscheine in der Untersuchungssituation nicht echt und authentisch. Es seien manipulatorische Tendenzen erkennbar. Hinsichtlich der Belastungsfaktoren und Ressourcen falle auf, dass die neuen psychischen Auffälligkeiten erst im zeitlich engen Zusammenhang mit dem abweisenden Entscheid der Suva beschrieben worden seien. Es sei denkbar, dass der Taggeldbezug angesichts der begrenzten beruflichen Ressourcen bedeutsam sei für die protrahierten und für alle Therapien frustrierten Bemühungen. Andere psychosoziale Gründe würden nicht vorliegen. Trotz subjektiv starken Gedächtnisstörungen und Halluzinationen reise

er mit dem Auto in die Heimat und zur Untersuchung, beschreibe aber eine fast völlige Hilflosigkeit

und müsse von der Ehefrau zur Toilette begleitet werden. Für dieses insgesamt hochgradige, bewusst und selektiv weitgehend leistungsgemindert sich zeigende, aggravatorische Verhalten seien keine krankheitswerten psychischen Gründe feststellbar. Zur Konsistenz wurde aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, es hätten sich in allen Begutachtungen erhebliche Hinweise für Befundinkonsistenzen ergeben (Gegenhalten, Selbstlimitierungen, RMT 15, Kurzzeitgedächtnistest), die anamnestischen Angaben zu den Schmerzausprägungen seien angesichts fehlender Schmerzkorrelate, Therapieaktivität und Schmerzmittelaufnahme nicht glaubhaft. Eine mittelschwere oder schwere depressive Symptomatik könne nicht festgestellt werden; vielmehr entspreche das Verhalten des Beschwerdeführers den Kriterien der Diagnose ICD-10 F68.0 (Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen), welche versicherungspsychiatrisch nicht relevant sei. Dem Verhalten liege keine krankheitswertige psychische Störung zu Grunde. Jedoch sei der bisherige, scheinbar therapieresistente Verlauf trotz der im Kern anfangs zumindest leichten somatischen Anteile auf dieses nicht krankheitswürdige schwere aggravatorische Verhalten zurückzuführen (S. 10).

Aufgrund der orthopädischen Diagnosen seien körperlich schwere Arbeiten, wie wohl in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten im Baubereich, nicht mehr zumutbar. Dies gelte wahrscheinlich auch retrospektiv seit Juni 2016. In einer ideal leidens adaptierten Tätigkeit sei jedoch eine ganztägige Arbeitsfähigkeit medizinisch zumutbar. Es könne lediglich eine leichte Leistungsminderung von 10 % für vermehrte Pausen anerkannt werden. Da die erheblich aggravatorischen Verhaltensauffälligkeiten mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in der Vergangenheit vorgelegen hätten, seien die früheren aktenkundigen versicherungsmedizinischen Beurteilungen nicht hinreichend valide verwertbar (S. 11). 5. 7

Im Schreiben an die Kreisärztin med. pract. F.____, Fachärztin für Anästhesiologie, berichtete Dr. med. G.____, ihrerseits Fachärztin für Anästhesiologie, über ihre Untersuchung vom 1. Oktober 2019. Die Schmerzen am rechten Daumen und am linken Knie hätten neuropathische Schmerzanteile, es bestünden eine Hypästhesie mit Allodynie und zunehmend ein Ganzkörperschmerz mit invalidisierender Dimension. Der Beschwerdeführer könne sich schmerzbedingt kaum mehr vom Stuhl erheben, gehe zaghaft, langsam und vornübergebeugt und brauche nach seinen Angaben die Hilfe der Frau, um auf die Toilette zu gehen; Autofahren gehe. Mit der grossen psychosozialen Belastung und den starken Schmerzen werde die Arbeitsunfähigkeit bestehen bleiben (Urk. 7/115/54-55).

In ihrer Stellungnahme vom 4. November 2019 führte die Kreisärztin med. pract. F.____ aus, das Zumutbarkeitsprofil des Gutachtens der Invalidenversicherung sei gut und könne übernommen werden. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 21. (richtig: 17.) Juli 2017 habe sich das Zumutbarkeitsprofil nicht erheblich verschlechtert. Laut Gutachten könne aufgrund der vermehrten Pausen eine Leistungsminderung von 10 % anerkannt werden. Insofern sei von einer 90%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine wesentliche Verbesserung der aktuellen Zumutbarkeit sei nicht mehr zu erwarten (Urk. 7/114/41). 5. 8

Der seit Juni 2016 behandelnde eidg. dipl. Arzt H.____ berichtete am 26. Juli 2017 über eine schwere depressive Episode und erachtete die seitens der Suva am 24. Juli 2017 in Aussicht gestellte Einstellung der Taggelder per 31. August 2017

als verfrüht, weil noch kein medizinischer Endzustand erreicht

sei; der Kreisarzt definiere den «medizinischen Zustand» offensichtlich nach seinem Gusto (Urk. 7 / 115/395 -396).

Am 11. Februar 2020 äusserte er sich zuhanden der Rechtsvertreter in zum MEDAS-Gutachten (Urk. 7 /134) und stellte unter Hinweis auf die Bezahlung durch die IV-Stelle vorab die Unabhängigkeit der Experten in Frage . Das Gutachten bezwecke nichts anderes, als einen kranken Patienten gesund zu schreiben (S. 1 f.) . In Bezug auf die von den Gutachtern erhobene Aggravation wies der behandelnde Arzt darauf hin, dass er viele Tausend Soldaten behandelt habe und sehr schnell wisse, wer simuliere (S. 2). Der begutachtende Psychiater würdige die Berichte der Rehaklinik C.____ und der D.____ nicht oder anerkenne die dort gestellten Diagnosen nicht. Die Blutentnahme beweise eine perfekte Einnahme des Antidepressivums und

dass der Beschwerdeführer kein Simulant sei. Fraglich sei, weshalb der Gutachter keinen SKID-II- oder BDI-Test durch geführt habe (S. 3). Der Beschwerdeführer leide an einer schweren depressiven Störung und sei sowohl im primären als auch im sekundären Arbeitsmarkt zu 100 % arbeitsunfähig (S. 4). 5. 9

Am 4. Mai 2020 stellte sich der Beschwerdeführer notfallmässig im Spital I.____ vor, wo ein langjähriges chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert und die Weiterführung der Schmerzbehandlung im Schmerzzentrum des Universitäts spitals J.____ empfohlen wurde (Urk. 7 /136 ; vgl. auch Urk. 7 /141/10-11) .

Nach der Erstkonsultation vom 26. Mai 2020 unterzog sich der Beschwerdeführer aufgrund des

als instabile chronische Schmerzerkrankung gefassten Beschwerde bildes einer Infiltrationsserie im Schmerzambulatorium des J.____ , Institut für Anästhesiologie (Urk. 7 /138/1-11) . Die Behandlerin

gelange in ihrem Bericht vom 9. Juni 2020 zum Schluss, dass aus ihrer Sicht mehrere Rami infrapatellaris existieren könnten, welche die aktuellen beidseitigen Knieschmerzen des Beschwerdeführers erklärten. Es fänden eine erneute Abklärung und Vorbesprechung statt (Urk. 7 /138/9-11). 5. 10

Vom 19. Juni bis 7. Juli 2020 war der Beschwerdeführer im Sanatorium K.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 23. Juli 2020 wurde in psychiatrischer Hinsicht eine bei Austritt teilremittierte schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen diagnostiziert. Die empfohlene Wiederaufnahme einer regelmässigen Betreuung durch den Gewaltschutz (vgl. dazu Urk. 7 /141/25 -27 , und insbesondere das Konsilium der psychiatrischen Klinik L.____ , Klinik für Forensische Psychiatrie, vom 17. Juli 2020 betreffend Einschätzung des Fremdgefährlichkeitspotentials; Urk. 7 /143/12-21) konnte angesichts des Austrittswunsches des Beschwerdeführers nicht etabliert werden (Urk. 7 /143/ 3). 5.1 1

Die RAD-Ärztin Dr. med. M.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ersah aus den jüngsten Berichten keine Veränderung des psychischen Zustandes im Vergleich zum MEDAS- Gutachten . Weder eine schwer depressive, noch eine psychotische Symptomatik könne nachvollzogen werden. Allenfalls könne von einer Anpassungsstörung bei psychosozialen Belastungsfaktoren ausgegangen werden (Urk. 7 /145/4-5). 6.

E. 6

). Dieser Entscheid erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat sich verfügungsweise nicht mit der im Neuanmeldeverfahren entscheidenden Frage des veränderten Sachverhaltes im Vergleich zu den Verhältnissen im November 2015 (vorstehend E. 3.3) auseinandergesetzt (Urk. 2). Die Frage, ob sich die Umstände seit der MEDAS-Begutachtung verändert haben, beschlägt lediglich einen Nebenpunkt. Immerhin hat die Beschwerdegegnerin verfügungsweise eine umfassende neue Anspruchsprüfung durchgeführt, was darauf schliessen lässt, dass sie implizite einen seit November 2015 eingetretenen Revisionsgrund bejaht.

Die MEDAS-Gutachter haben sich nicht ausdrücklich zu den gesundheitlichen Veränderungen seit 2015 geäussert, was den Beweiswert des zwecks Revision erstellten Gutachtens grundsätzlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_322/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 2.3).

In die Liste ihrer Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist indes neu eine degenerativ bedingte Gonalgie rechts eingeflossen, was

für sich allein allenfalls einen Revisionsgrund begründen könnte. Die Sachverständigen haben eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund eines psychischen Leidens ausgeschlossen. Falls dieser Einschätzung nicht zu folgen wäre und dem psychischen Beschwerdebild - wie der Beschwerdeführer geltend machte - Einfluss auf die Leistungsfähigkeit beizumessen wäre, wäre eine veränderte Sachlage

evident

(Urteil des Bundesgerichts 8C_121/2021 vom 27. Mai 2021 E. 4.2.1).

Es rechtfertigt sich daher, zunächst auf die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers beziehungsweise auf die von den Gutachtern erhobene Aggravation einzugehen.

E. 6.2

Abweichend zu den anderen befassten Ärzten gingen die MEDAS-Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer unter keinem die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden psychischen Gesundheitsschaden leide, sondern vielmehr von einer Aggravation beziehungsweise von einer die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigenden, versicherungspsychiatrisch irrelevanten Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen auszugehen sei.

E. 6.3

Das MEDAS-Gutachten erfüllt die praxisgemässen formellen Anforderungen für eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Die Fachärzte waren qualifiziert zur Beurteilung des vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerdebildes, sie hatten Kenntnis der umfangreichen medizinischen

Vorakten und der zahlreichen, weitgehend erfolglos durchgeführten Behandlungen, sie setzten sich in angemessener Weise mit den geäusserten Beschwerden auseinander und begründeten ihre Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise.

E. 6.4

Was das umstrittene Vorliegen einer psychischen Erkrankung anbelangt, erfordert die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades rechtsprechungsgemäss einerseits, dass die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 2.5) schlüssig und wider spruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind, und andererseits, dass keine Ausschlussgründe, namentlich keine Aggravation, vorliegen.

Rechtsprechungsgemäss liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Hinweise auf solche und andere Äusserungen eines sekundären Krankheitsgewinns ergeben sich namentlich, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverstandigen unglaublich wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist. Nicht per se auf Aggravation weist blosses verdeutlichendes Verhalten hin (BGE 141 V 281 E. 2.2.1, 131 V 49 E. 1.2, je mit Hinweisen). Wann ein verdeutlichendes Verhalten (nur) verdeutlichend und unter welchen Voraussetzungen die Grenze zur Aggravation und vergleichbaren leistungshindernden Konstellationen überschritten ist, bedarf einer einzelfallbezogenen, sorgfältigen Prüfung auf einer möglichst breiten Beobachtungsbasis auch in zeitlicher Hinsicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer Störung gegeben sein sollten (vgl. Art. 7 Abs. 2 erster Satz ATSG). Soweit die betreffenden Anzeichen neben einer ausgewiesenen selbstständigen Gesundheitsschädigung auftreten, sind deren Auswirkungen derweil im Umfang der Aggravation zu bereinigen (BGE 141 V 281 E. 2.2.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_165/2021 vom 2. Juli 2021 E. 4.2.1 mit Hinweisen).
6. 5

Der begutachtende Psychiater der MEDAS hielt nach seiner Untersuchung des Beschwerdeführers fest, dass sich psychopathologisch keine reproduzierbaren Störungen ergeben hätten. Das Verhalten des Beschwerdeführers habe nicht authentisch, sondern aufgesetzt und theatralisch gewirkt, so dass insgesamt von einer Aggravation auszugehen sei (Urk. 7 /104/86). Diese Einschätzung wird untermauert durch die Beurteilung des begutachtenden Orthopäden . Dieser sprach ebenfalls von einer ausgeprägten Verhaltensauffälligkeit, erheblichen Diskrepanzen zwischen den objektiven Befunden und den gezeigten demonstrativen Einschränkungen sowie inkonsistenten Anamneseangaben und von einem Medikamentspiegel, welcher den Schmerzangaben widersprach (Urk. 7 /104 /98-99). Die gezeigte Darstellung des orthopädischen Befundes konnte er - abgesehen von den Knie - und Daumen beschwerden - nicht nachvollziehen (Urk. 7 /104/102). Selbst wenn diese gutachterliche Schlussfolgerung teilweise auf der vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung demonstrierten Selbstlimitierung, Abwehr- und Blockadehaltung beruhen sollte (Urk. 7 /104/102), ändert das nichts am Beweiswert des Gutachtens. Denn rechtsprechungsgemäss rechtfertigt die fehlende Mitwirkung an der

Untersuchung ohne stichhaltige Gründe die vom Beschwerdeführer verlangte (Urk. 1 S. 2) Anordnung einer neuen Abklärung nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_29/2020 vom 16. März 2020 E. 3.2.3).

Gegenüber dem Neurologen

gab

der Beschwerdeführer eine Schmerzstärke am linken Knie und an der rechten Hand an, die über der maximalen Skala von 10

- das heisst über den stärksten vorstellbaren Schmerzen - liege, konnte aber dennoch am Schluss der Untersuchung in ruhigem Sitzen mit der Maus in der rechten Hand den Computertest durchführen, was Diskrepanzen offen legt. Die Testbefunde waren auffällig bis hin zu einer schwergradigen Demenz (Urk. 7/10/138) und wies

jedenfalls auf eine suboptimale Anstrengungsbereitschaft hin (Urk. 7/10/133 134). Das gesamte Ausdrucksverhalten wirkte auf den Gutachter als hochgradig aufgesetzt und bewusst präsentiert, wohl mit Blick auf die erhältlichen Leistungen (Urk. 7/104/141).

Die vom Beschwerdeführer geklagten schweren Einschränkungen in somatischer wie auch in psychischer Hinsicht sowie die von ihm geltend gemachte Hilfsbedürftigkeit bei verschiedenen

alltäglichen Verrichtungen (vgl. dazu

den Abklärungsbericht betreffend Hilflosenentschädigung, Urk. 7/124/1) lassen sich weder mit den jährlichen Ferienreisen ins Ausland noch mit den regelmässigen Autofahrten (Urk. 7/104/70-71), welche zweifelsfrei eine stete Wachsamkeit und eine intakte Kognition erfordern, in Einklang bringen.

Im Weiteren fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer nicht nur die Medikation nicht regelmässig einnahm, sondern dass er sämtliche Hospitalisationen entweder selber abbrach oder sogar mittels unangebrachten, drohenden Verhaltens Anlass zum Therapieabbruch gab. Dies bestätigt die erheblichen Zweifel an einem krankheitswertigen Geschehen.

Vor diesem Hintergrund erweist sich das im MEDAS-Gutachten beschriebene aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers als nachvollziehbar und plausibel, weshalb von einem Ausschlussgrund im Sinne einer Aggravation der Beschwerden (vgl. vorstehend E. 6.4) auszugehen ist. 6.6

Von den Fachleuten der D.____

wurden im Austrittsbericht vom 1. Februar 2019 zwar vom Gutachten abweichende, krankheitswertige Diagnosen gestellt. Beobachtete Auffälligkeiten im Sinne von Bewusstseinsveränderungen wurden indes als weiter abklärungsbedürftig erachtet (vorstehend E. 5.4), so dass sich ihre Diagnose nicht als gefestigt erweist. Die Wertigkeit der Beurteilung und der postulierten Arbeitsunfähigkeit wird auch dadurch erheblich geschmälert, dass den Fachleuten die umfangreichen Vorakten offenbar nicht vorgelegen haben (Urk. 7/104/44-47).

Auch das in der Rehaklinik C.____

angefertigte, bloss rudimentär begründete psychosomatische Konsilium vom 20. September 2018 steht im Kontrast zur gutachterlichen Beurteilung, indem es von einer

schweren depressiven Episode und einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit ausging (vorstehend E. 5.3). Allerdings ist diese Einschätzung nicht geeignet, das Gutachten in Zweifel zu ziehen, da der Zweck des Konsiliums - anders als des Gutachtens - nicht in einer abschliessenden Würdigung der Krankheitssituation und der Leistungsfähigkeit bestand; vielmehr standen in der Rehaklinik die Abklärung der weiteren Behandlung sowie die Krankheits- und Schmerzbewältigung im Vordergrund (Urk. 7/115/276). Das Konsilium liess auch unberücksichtigt, dass der Beschwerdeführer nach wenigen Tagen mittels seines drohenden Verhaltens und bei fehlender Eigeninitiative den Therapieabbruch verschuldete, was seinen Beweiswert erheblich schmälert. Da auch eine Auseinandersetzung mit den massgebenden Indikatoren zur Plausibilisierung der Arbeitsunfähigkeit gänzlich unterblieb (vgl. vorstehend E. 2.5), kann dieser Beurteilung letztlich nicht gefolgt werden.

6.7

Auch die Berichte des eidg. dipl.

Arztes H. ___ sind nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken.

Aufgabe des Arztes im sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). Die vom Behandler zur Hauptsache aufgeworfenen Fragen betreffend die Unabhängigkeit der Gutachter beziehungsweise seine eigene Qualifikation sind hingegen vom Rechtsanwender zu prüfen, was der Arzt genauso zu verkennen scheint wie das der Gutachterperson zustehende Ermessen, welche Tests sie ihrer Begutachtung zugrunde legt (Urteil des Bundesgerichts 8C_573/2020 vom 6. Januar 2021 E. 6.2.1). Hinsichtlich seiner medizinischen Ausführungen ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Therapeuten im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5; Urteil des Bundesgerichts 8C_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 6.3.3).

Darüber hinaus fällt hier ins Gewicht, dass der eidg. dipl. Arzt H. ___

zwar gemäss eigenen Aussagen über eine breite ärztliche Erfahrung verfügt, aber keine Facharztausbildung in Psychiatrie hat, was die Nachvollziehbarkeit seiner Beurteilung herabsetzt. Zudem identifiziert er sich offensichtlich über das Mass hinaus, das bei einem behandelnden Arzt oder Therapeuten zu erwarten wäre, mit den Interessen des Beschwerdeführers, wie sich aus seinen - bereits erwähnten - als wenig sachlich zu erachtenden Erörterungen zur Befangenheit der Gutachter ebenso ergibt (Urk. 7/134) wie aus dem Umstand, dass er während der Begutachtung unangemeldet bei der Gutachterstelle erschienen ist (Urk.

7/104/74). Dies deutet darauf hin, dass ein Rollenwechsel vom behandelnden Therapeuten zum Parteivertreter stattgefunden hat, was den Beweiswert seiner Einschätzung rechtsprechungsgemäss mindert (Urteil des Bundesgerichts 8C_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3). Seine Schlussfolgerung, die nachgewiesene Einnahme des Antidepressivums beweise, dass der Beschwerdeführer kein Simulant sei, ist weder einleuchtend noch hinreichend validiert.

E. 6.8

Schliesslich vermag auch der Austrittsbericht vom 23. Juli 2020 des Sanatoriums

K.____ über die nach der Begutachtung angetretene Hospitalisation die MEDAS-Expertise nicht in Zweifel zu ziehen. Der Bericht erging offensichtlich in Unkenntnis der umfangreichen Vorakten, so dass eine Auseinandersetzung insbesondere mit dem in diagnostischer Hinsicht abweichenden MEDAS-Gutachten fehlt. Die Fachleute des Sanatoriums K.____ haben ein aggravatorisches Verhalten nicht in Betracht gezogen und vollumfänglich auf die Aussagen des Beschwerdeführers abgestellt. Dies wäre auch deshalb erforderlich gewesen, weil sich der Beschwerdeführer der angestrebten Wiederaufnahme der regelmässigen Betreuung durch den Gewaltschutz entzog (vgl. auch Urk. 7/143/17 unten). Ferner belastete das laufende invalidenversicherungsrechtliche Verfahren den Beschwerdeführer erheblich, welche psychosozialen Faktoren in Bezug auf das gesundheitliche Geschehen ausser Acht zu bleiben haben.

Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass die - wie gesagt nicht zuverlässige - Diagnose des Hausarztes H.____ einfach übernommen wurde, bezog sich der Austrittsbericht in der Diagnoseliste doch ausdrücklich auf das in der psychiatrischen Klinik L.____ veranlassten Konsilium vom 17. Juli 2020 (Urk. 7/143/1), das

seinerseits die Diagnose des Hausarztes übernahm (Urk. 7/143/18). Dazu kommt, dass die Behandlung zu einer Teilremission führte (Urk. 7/143/1), weshalb ein anhaltendes invalidisierendes Leiden von vornherein nicht ausgewiesen ist, wie auch die RAD-Ärztin am 4. September 2020 festhielt (Urk. 7/145/5).

Zudem ist dem Bericht keine medizinische Beurteilung zum Verlauf des Krankheitsgeschehens zu entnehmen, so dass er weder zur Frage betreffend die gesundheitliche Veränderung seit dem Jahr 2015 noch betreffend eine Verschlechterung seit der MEDAS-Begutachtung aussagekräftig ist. 6.9

Nach dem Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige MEDAS-Gutachten davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer in psychischer Hinsicht nicht lediglich ein verdeutlichendes Verhalten, sondern eine erhebliche bewusstseinsnahe Aggravation vorliegt, welche nicht ihrerseits auf eine verselbständigte, krankheitswertige psychische Störung zurückzuführen war. Demzufolge ist in psychischer Hinsicht ein erhebliches krankheitsmässiges Geschehen vorliegend nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_659/2017 vom 20. September 2018 E. 4.4). Damit ist der RAD-Ärztin und der Beschwerdegegnerin beizupflichten, dass diesbezüglich auch keine versicherte Gesundheitsschädigung gegeben ist (BGE 141 V 281 E. 2.2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_154/2016 E. 4.3), so dass ohne Weiteres von der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens abgesehen werden kann (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_728/2017 vom 31. August 2018 E. 3.2.2).

Insofern ist daher kein Revisionsgrund auszumachen.

E. 6.10

In somatischer Hinsicht postulierten die MEDAS-Gutachter wegen der beidseitigen Knie- und den Daumenbeschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 10%, was zu überzeugen vermag. Darauf ist abzustellen, zumal keine abweichenden ärztlichen Einschätzungen vorliegen.

Von ergänzenden Beweismassnahmen sind keine weiteren Erkenntnisse zu erwarten, weshalb entgegen des diesbezüglichen Rechtsbegehrens des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) von weiteren Abklärungen abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen).

Da im Referenzzeitpunkt in einer leidensangepassten Tätigkeit noch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit vorlag, kann - wie gesagt - ein Revisionsgrund angenommen und - ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen - ein neuer Einkommensvergleich vorgenommen werden. 7.

E. 7

/124). 2.

Gegen die Verfügung vom 7. September 2020 betreffend Invalidenrente erhob der Versicherte am 5. Oktober 2020 Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufgehoben und es sei ein Gerichtsgutachten einzuholen; eventualiter sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihn interdisziplinär (psychiatrisch und rheumatologisch/orthopädisch) begutachten zu lassen. Gestützt auf dieses Gutachten sei über seinen Rentenanspruch neu zu verfügen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdeführerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 16. November 2020 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wovon dem Beschwerdeführer am 25. November 2020 Kenntnis gegeben wurde (Urk. 8).

Im August 2021 brachte das Gericht durch telefonische Anfragen beim Sozialamt und bei der Einwohnerkontrolle Z. ___ (Urk. 9-10) sowie beim Migrationsamt des Kantons Zürich in Erfahrung, dass der Beschwerdeführer die Schweiz am 1.

September 2020, dem Tag des Erlasses der Ausweisungsverfügung durch das Bundesamt für Polizei fedpol, verlassen hatte (Urk. 11). Mit Gerichtsvorgang vom 2.

September 2021 setzte es den Parteien daraufhin Frist an, um sich zur örtlichen Zuständigkeit der IV-Stelle für den Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. September 2020 zu äussern (Urk. 12), was die IV-Stelle am 24. September 2021 (Urk. 15) und der Beschwerdeführer am 26. November 2021 (Urk. 17) tat.

Das Gericht stellte den Parteien die Eingabe der jeweiligen Gegenpartei am 29. November 2021 zur Kenntnisnahme zu (Urk. 18). 3.

Die Suva verneinte mit Verfügung vom

E. 7.1

Der Invaliditätsgrad ist mittels eines Vergleichs des

Valideneinkommens

mit dem Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage im Jahr 2018 zu erheben (vgl. BGE 129 V 222 E. 4.2 in fine, 128 V 174).

Denn in Anbetracht der Neuanmeldung am 21. April 2018 (Urk. 7 /67) könnte der Rentenanspruch frühestens sechs Monate später entstehen (Art. 29 Abs. 1 IVG), sofern das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG dann abgelaufen wäre.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich

verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 145 V 141 E. 5.2.1, 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf der Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3). 7.2

Die Beschwerdegegnerin ging verfügungsweise von einem Valideneinkommen von Fr. 79'654.-- für das Jahr 2019 aus (Urk. 2 S. 2), gestützt auf die für das Jahr 2015 ermittelten Einkommen als Lüftungsmonteur (Urk. 7/38, Urk. 7/108/1). Damals berücksichtige sie einerseits das im Fragebogen der N.____ GmbH vom 17. März 2014 (Urk. 7/12/2) für das Jahr 2012 angegebene - der Nominallohnentwicklung angepasste Einkommen von jährlich Fr. 56'550.-- und andererseits ein zusätzliches jährliches Einkommen von Fr. 21'469.20, das aus der O.____ GmbH stammt (Urk. 7/38, Urk. 7/81, Urk. 7/107).

Bis dahin hat die vom Beschwerdeführer geführte O.____ GmbH Fr. 42'600.-- (2013) und Fr. 18'000.-- (2014 und 2015) abgerechnet

(vgl. IK Auszüge vom 20. August 2018 und 18. November 2019, Urk. 7/81), was das von der IV-Stelle angenommene Einkommen von Fr. 21'469.20 nicht stützt. Zudem fällt ins Gewicht, dass in den IK-Auszügen für die folgenden Jahre keine Einkommen mehr verzeichnet sind,

was im Einklang steht mit der Aussage des Beschwerdeführers am

E. 11

Dezember 2019 und diese bestätigendem

Einspracheentscheid vom 9. April 2021 eine Erhöhung der bisherigen Invalidenrente der Unfallversicherung von 13%. Die gegen den Einspracheentscheid erhobene Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens UV.2021.00108 bildet, wird mit Urteil heutigen Datums ebenfalls entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

April 2019 gegenüber dem begutachtenden Psychiater der MEDAS, er habe bis 2015 gearbeitet (Urk. 8/104/70). Dies steht jedoch im Widerspruch zu den Angaben in den Unfallmeldungen, wonach der Beschwerdeführer noch im Jahr 2018 in seiner O.____ GmbH zu 100% tätig gewesen sein soll (vgl. dazu auch das parallel laufende Verfahren in der unfallversicherungsrechtlichen Angelegenheit).

Es bestehen daher erhebliche Zweifel an der tatsächlichen Einkommenssituation des Beschwerdeführers während der folgenden Jahre bis zum allfälligen Rentenbeginn im Jahr

2018. Vor diesem Hintergrund rechtfertigt sich, das massgebende Valideneinkommen gestützt auf die LSE festzusetzen (Urteil des Bundesgerichts 8C_126/2015 vom 18. Juni 2015 E. 4.2.3.2). 7.3

Laut der im Jahr 2018 aktuellsten LSE 2016, TA1, Baugewerbe, Ziff. 41-43, Kompetenzniveau 1,

beträgt das jährliche Einkommen Fr. 66'096.-- (Fr. 5'508.-- x 12). Dabei ist auf das Kompetenzniveau 1 abzustellen, da der Beschwerdeführer keine Berufsausbildung abgeschlossen hat (Urk. 7/2/4). Bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Betriebsarbeitszeit im Baugewerbe von 41.3 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, T.03.02.03.01.04.01) und angepasst an die Nominallohnentwicklung von 2016 bis 2018 (Bundesamt für Statistik, T39, Männer) ergibt sich ein jährliches Valideneinkommen von Fr. 68'884.-- (Fr. 66'096.-- / 40 x 41.3 / 2239 Punkte [2016] x 2260 Punkte [2018]). 7.4

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zu mutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa). Übt eine versicherte Person nach Eintritt eines unfallbedingten Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aus, so dass bei der Bestimmung des Invalideneinkommens nicht von dem mit der aktuellen erwerblichen Betätigung erzielten Verdienst ausgegangen werden kann, können nach der Rechtsprechung bei der Invaliditätsbemessung die Tabellenlöhne gemäss LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1).

Da die Einkommenssituation des Beschwerdeführers seit 2015 nicht hinreichend aktenkundig ist (vgl. vorstehend E. 6.2),

rechtfertigt sich, auch für das Invalideneinkommen die Tabellenlöhne der LSE 2016 heranzuziehen, und zwar das Total aller Hilfsarbeiten, Kompetenzniveau 1. Angepasst an die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden in allen Wirtschaftsabteilungen sowie an die Nominallohnentwicklung ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 67'430.-- (Fr. 5'340.-- x 12 / 40 x 41.7 / 2239 x 2260) respektive von Fr. 60'687.-- unter Berücksichtigung der ärztlicherseits diskutierte n Leistungsminderung von maximal 10 % für vermehrte Pausen bei einer ganztägigen Ausführung (Fr. 67'430.-- x 0.9; vgl. dagegen: Urteil des Bundesgerichts 9C_421/2017 vom 19. September 2017 E. 2.1.1 mit Hinweisen). Gründe für einen weitergehenden Abzug sind weder ersichtlich noch geltend gemacht. 7.5

Wird das Valideneinkommen dem Invalideneinkommen gegenüber gestellt, resultiert ein invaliditätsbedingter Minderverdienst von Fr. 8'197.-- (Fr.

68'884. . . / Fr. 60'687.--), was einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 12 % ergibt (zum Runden: BGE 130 V 121). Damit liegt keine erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades vor (vgl. vorstehend E. 2.4).

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 8.

8.1

Ausgangsgemäss gehen die Verfahrenskosten von Fr. 900.-- zulasten des unterliegenden Beschwerdeführers

(Art. 69 Abs. 1 bis IVG) . 8 .2

Da sich der Beschwerdeführer nicht mehr in der Schweiz aufhält (vorstehend E. 1.4 5) rechtfertigt es sich, das vorliegende Urteil auch der Invalidenversicherungs -Stelle für Versicherte im Ausland (IVSTA) zur Kenntnis zu bringen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Invalidenversicherungs-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA, Av . Edmond- Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2 sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

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

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