

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00018 vom 26. Oktober 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-10-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00018

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00018 du 26 octobre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00018 del 26 ottobre 2012

Erwägungen

E. 1

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

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

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs.

E. 1.3

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

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung 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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf das MEDAS-Gutachten davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 17. April 2018 in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter beeinträchtigt sei. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm indes bereits zum Zeitpunkt der Anmeldung vom 16. Juni 2018 zu 100 % zumutbar gewesen (S. 1 unten). Gestützt auf statistische Werte ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 0 % , weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe (S. 2 oben). Mit dem neu eingereichten Arztbericht des Behandlers seien keine neuen medizinischen Sachverhalte geltend gemacht worden. Die Diagnosen respektive genannten Störungen seien alle bereits bekannt gewesen. Sie seien vor dem jetzigen Behandler auch durch die Vorbehandler attestiert worden. Es könne daher weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden (S. 2 Mitte). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), sein Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Er sei mehrmals wegen Herzproblemen hospitalisiert gewesen, letztmals sei am 1. August 2020 eine Herzoperation durchgeführt worden . Vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) sei denn auch eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % in der bisherigen Tätigkeit sowie vom 17. April 2018 bis 7. Mai 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 8. Mai 2018 bis zum 16. April 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % für jegliche Tätigkeit ermittelt worden. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb sich die Arbeitsfähigkeit nach dem 16. April 2019 wieder verbessert haben sollte. Aufgrund des IV-Gesuchs vom 16. Juni 2018 hätte ohnehin bis zum 16. April 2019 eine Rente zugesprochen werden sollen (S. 2 Mitte).

In der Replik (Urk. 12) machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe nicht ausgeführt, weshalb die im Arztbericht des Behandlers vom 26. Oktober 2020

genannten gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben sollten. Sie bestreite deren Bestehen nicht, womit sie diese indirekt anerkenne (S. 2 oben). Dem MEDAS-Gutachten sei auch zu entnehmen, dass eine Einschätzung der Konsistenz und Plausibilität schwerfalle. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb trotzdem eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit angenommen werde. Das zusätzliche Arzteugnis des Behandlers hätte Anlass geboten, diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen. Es sei auf dieses Arzteugnis abzustellen oder die Angelegenheit zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (S. 2 unten). 2.3

Streitig und zu prüfen ist zunächst das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Demnach ist die Frage zu beantworten, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs im Februar 2017 wesentlich verändert hat (vgl. E. 1.3-4). Erst in einem allfälligen zweiten Schritt ist zu prüfen, ob nunmehr ein Rentenanspruch besteht. 3. 3.1

Der rentenabweisenden Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 20. Februar 2017 (Urk. 7/152) beziehungsweise dem bestätigenden Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Oktober 2017 (Urk. 7/159) lagen in erster Linie folgende Akten zugrunde: 3.2

Am 28. März 2011 erstatteten Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Zentrum B.____, ihr orthopädisch-psychiatrisches Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/64/1-27).

Als somatische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 24 Ziff. 8.1) nannten die Gutachter eine Läsion des medialen Meniskus bei Status nach lateraler Teilmenisektomie April 2008 und subtotaler lateraler Menisektomie mit Entfernung eines anterolateralen Ganglions Juni 20

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Da die entsprechenden Voraussetzungen gegeben sind, ist dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren (§ 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) und die Gerichtskosten sind demzufolge einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 6.2

Da die Voraussetzungen für die Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Bewilligung derselben Rechtsanwalt Georg Engeli als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (§ 16 Abs. 2 GSVGer).

Dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers wurde mit Verfügung vom 7. September 2021 (Urk. 19) die Möglichkeit eingeräumt, dem Gericht eine detaillierte Zusammenstellung über den Zeitaufwand und die angefallenen Barauslagen einzureichen. Er hat diese Möglichkeit nicht wahrgenommen, weshalb seine Entschädigung wie angekündigt nach Ermessen festzusetzen ist.

Sie bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streit Sache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung auf Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 12. Januar 2021 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und es wird ihm Rechtsanwalt Georg Engeli, Winterthur, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. und erkennt sodann: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Georg Engeli, Winterthur, wird mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Georg Engeli -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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 Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem

Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

links bei reduziertem femorotibialen Alignement .

Aus orthopädischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter in einem Sanitätsgeschäft 40 % (S. 8 Ziff. 5.5), seien indes seit jeher körperlich leichte Tätigkeiten zu 100 % zumutbar, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, nicht mit häufigem Gehen auf unebenem Boden, Treppen, Leitern sowie schrägen Ebenen verbunden seien und bei denen nicht häufig kniende Positionen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten (S. 8 Ziff. 5.6). 3.3

Dr. Z.____ äusserte sich am 13. Dezember 2011 unter Bezugnahme auf den Bericht über eine am

21. Juni 2011 erfolgte kreisärztliche Untersuchung (Urk. 7/70) noch einmal zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/73).

Dabei hielt er fest , aus rein orthopädischer Sicht betrage die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit basierend auf der Läsion des medialen Meniskus 40 % , adaptierte Tätigkeiten seien zu 100 % zumutbar. 3.4

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. März 2014 (Urk. 7 / 159) wurde festgehalten , in somatischer Hinsicht sei mit den Parteien davon auszugehen, dass für die leidensangepassten Tätigkeiten gemäss dem orthopädischen Belastungsprofil eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 9 E. 4.1).

In psychiatrischer Hinsicht hingegen lägen ausgesprochen divergente Beurteilungen vor (S. 9 E. 4.2), auf die psychiatrische Beurteilung im von der Beschwerde gegnerin eingeholten Gutachten könne aus näher genannten Gründen nicht abgestellt werden (S. 9 f. E. 4.3). Die Sache wurde entsprechend an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie eine aussagekräftige psychiatrische Beurteilung veranlasse (S. 10 f. E. 4.5). 3.5

3.5.1

Am 22. März (richtig Juni; vgl. Urk. 7/132, Inhaltsverzeichnis Gutachten S. 3 sowie Aktenverzeichnis zu Urk. 133) 2016 erstattete Dr. med. C.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Konsiliararzt des Zentrums für Begutachtungen, Rehaklinik D.____ , ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/133/1-68). 3.5.2

Dr. C.____ nannte folgende Diagnosen (S. 58 Mitte): - keine nachweisbare psychische Störung mit Psychopathologie von Krankheitswert (unter anderem keine Depression, keine Demenz) - keine anhaltende somatoforme Schmerzstörung - wahrscheinlich auffällige Persönlichkeitsstruktur, mindestens im Ausmass einer sogenannt akzentuierten Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1) - Muster von nicht-authentischer Beschwerdedarstellung (betrifft vor allem angegebene Gedächtnisdefizite), Z76.5

Es beständen multipelste, hochgradige und eklatante Inkonsistenzen der beklagten Beschwerden untereinander und unter Zusammenschau von verschiedenen Befundebenen (inhaltliche Angaben, Verhalten, objektive Befunde, Hinweise auf Emotionalität, Angaben zum Funktionsniveau aus dem Alltag; S.

58 Mitte). 3.5.3

Die diagnostische Beurteilung betreffend führte Dr. C.____ aus, diese sei nur in Zusammenschau mit Aspekten der Konsistenzbeurteilung möglich, und begründete dies wie folgt (S. 55 ff.): Oberflächlich besehen scheinen (...) in erster Linie schwerste, kognitive Defizite zu bestehen, die deutlich über das Ausmass hinausgehen, wie es bei selbst schwer hirnerkrankten Patienten vorzufinden wäre. Dazu ist zu bemerken, dass beim Versicherten nie das Bestehen einer relevanten Hirnerkrankung zur Diskussion stand. Diese angegebenen, schwersten Defizite der Orientierung (zeitlich, auto psychisch und situativ) und schwersten Erinnerungsdefizite für Inhalte des Altgedächtnisses entsprechen keinem Muster, wie es bei relevant Hirnerkrankten der Fall ist, und diese demonstrierten Defizite stehen auch in eklatantem Widerspruch dazu, dass der Versicherte berichtet, in seinem Alltag einzelne Funktionen auszuüben, wo es eine prompte und allseitige Orientierungsfähigkeit braucht, so z.B. beim Steuern eines Autos - und wie er dies auch dadurch manifestierte, dass er sich implizit in den meisten Teilen der Untersuchung durchaus situationsadäquat verhielt, obwohl andererseits von ihm angegeben wurde, sich nichts merken zu können und entsprechend auf Hilfe und Begleitung im Rahmen unserer Klinik (zum zeitgerechten Auffinden der Treffpunkte) angewiesen zu sein. Diese Art der demonstrierten Schwerbesinnlichkeit und das teilweise Daneben antworten (bei andererseits wieder erhaltener Auffassungsfähigkeit für die übersetzten Fragen) entspricht dabei viel eher der naiven Vorstellung von Laien über Art und Ausprägung von geistigen Defiziten. Es wird in diesem Zusammenhang auch auf die (mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit als nicht-authentisch beurteilte) Leistungspräsentation und Darstellung von Defiziten im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen. Der Versicherte klagte ferner insbesondere über einen qualitativ nicht näher spezifizierbaren „Lärm im Kopf“, über Kopfschmerzen, Schmerzen in beiden Beinen und insbesondere auch eine aggressive, innere Spannung und eine schlechte Stimmung. Diese angegebenen Beschwerden entsprachen vom Inhaltlich-Qualitativen her und auch in ihrer Darstellung jedoch nicht psychiatrisch typischen, syndromalen Störungsbildern, wie sie z. B. für eine relevante Depression typisch wären. Insbesondere wurde auch keine aggressive Spannung im eigentlichen Sinne festgestellt, denn der Versicherte zeigte sich - wenn es situativ erforderlich war - prompt freundlich und zeigte dann im Verhalten mindestens für kurze Sequenzen ein lebenswürdiges Verhalten im Kontakt, dies durchaus situationsadäquat. Bei einer effektiv schweren, aggressiv hochaufgeladenen Spannung wäre dies aus psychiatrischer Sicht nicht so prompt möglich gewesen. Auch seine emotionalen Äusserungen waren atypisch im Sinne von lautem Klagen mit hoher, teils lauter und kläglichlicher Stimme und verzerrten Gesichtszügen, dies alles nicht Mustern entsprechend, wie sie bei Betroffenen mit relevant schweren Depressionen oder aggressiver Gespanntheit gewöhnlich beobachtet werden. Insgesamt ist aus psychiatrischer Sicht festzuhalten, dass im Rahmen der Untersuchung ein massiv abnormes Verhalten und ebenso gänzlich atypische Beschwerden festgestellt werden mussten, einhergehend mit insgesamt seltenen und überzeichnet wirkenden mimischen Äusserungen und ferner mit inhaltlichen Angaben, die - soweit überhaupt verwertbar - ausgesprochen diffus und ohne zureichende Kontur blieben. Dies alles entspricht lauter Merkmalen der Beschwerdedarstellung, die viel eher einer naiven Vorstellung psychischer Gestörtheit entsprechen, die sich medizini-sch ungebildete Personen über psychische Störungen bilden können. Sie entsprechen insbesondere auch Mustern der Schilderung angeblich eigenen Verhaltens und eigenen Befindens, die nach aller medizinischer Erfahrung nicht auf der Schilderung von selber,

real erlebten Episoden im eigenen Alltag beruhen. Auch ein Versuch der Klassifizierung der gezeigten, emotionalen Äusserungen und der angegebenen Defizite gemäss einer Kategorisierung der Psychopathologie nach AMDP gelangte zu keinen verwertbaren Aussagen (da AMDP ein Klassifizierungssystem echter Psychopathologie ist). Insgesamt ergibt sich daraus, dass aktuell kein erkennbares Profil einer nur annähernd typischen psychischen Störung im Verhalten und in der Beschwerdedarstellung des Versicherten abgegrenzt werden kann, so z.B. nicht eine relevante Depression oder auch eine annähernd typisch ausgeprägte, aggressive Spannung. Ebenfalls liess sich kein Beschwerdeprofil abgrenzen, welches nur annähernd typisch für eine somatoforme Schmerzstörung wäre. Hinter dieser „vordergründigen Wand“ von massiv inkonsistenter Beschwerdedarstellung könnten - möglicherweise - eine geringfügiger ausgeprägte, psychische Missbefindlichkeit oder eine deutlich leichtere psychische Störung vorhanden sein, was jedoch angesichts des vordergründigen, massiv abnormen Verhaltens letztlich im Dunkeln bleiben muss. Ein Argument dafür wäre ja auch, dass sich der Versicherte in einer real misslichen sozialen und beziehungs mässigen Situation befindet. Ob diese vermutete dahinterliegende Missstimmung einen eigenen Krankheitswert hätte oder eher eine sog. normalpsychologische Reaktion auf missliche Umstände darstellt, muss offenbleiben - es ist eher das Letztere der Fall. Es ist in diesem Zusammenhang überwiegend wahrscheinlich, dass eine mögliche, dahinterliegende psychische Störung nicht das Ausmass erreicht, welches versicherungsmedizinisch relevant wäre (...). Hauptsächlich ist somit für diese geschilderte, abnorme Beschwerdedarstellung eine bewusstseinsnahe bis vollbewusste Steuerung der Beschwerdedarstellung verantwortlich. 3.5.4

Zur Persönlichkeitsstruktur führte Dr. C.____ unter anderem aus (S. 57 unten), aus näher dargelegten Gründen ergebe sich der Schluss, dass der Versicherte in einer chronifizierten Streitsituation mit Ehefrau, Stiefsohn, aber auch vielen Nachbarn und Kontaktpersonen stehe, dies verstärkt durch schlechtes Sprachverständnis und schlechte Akkulturation. Das fortgesetzt auffällige Verhalten bei seiner Psychiaterin stelle somit eher auch ein zielgerichtetes Verhalten dar, sich fortgesetzt als krank zu präsentieren. Trotz dieser Argumente liege wahrscheinlich eine gestörte Persönlichkeitsstruktur vor, nicht aber notwendigerweise im Grad einer eigentlichen Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 F60, es handle sich also (im Mindesten) um akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1). 3.6

Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Oktober 2017 (Urk. 7/159) wurde festgehalten, es bestünden keine Hinweise auf eine relevante Veränderung in somatischer Hinsicht (S. 9 Ziff. 6.1). Das durch Dr. C.____ erstellte psychiatrische Gutachten überzeuge in jeder Hinsicht (S. 9 Ziff. 6.3). Es liessen sich keine krankheitswertigen psychiatrischen Diagnosen stellen und die diagnostizierte akzentuierte Persönlichkeit vermöge keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (S. 10 Ziff. 6.4). 4. 4.1

Der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2020 (Urk. 2) lagen die folgenden medizinischen Akten zugrunde: 4.2

Lic. phil. E.____, therapeutischer Leiter, und med. pract. F.____, Assistenzärztin, Klinik G.____, Psychiatrie H.____, berichteten am 9. Mai 2018 (Urk. 7/174/4-7) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 17. April bis 7. Mai 2018. Sie nannten folgende Diagnosen (S. 1 unten): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)

- anamnestisch generalisierte Angststörung (F41.1) - anamnestisch Zwangsstörung (F42.2) - Verdacht auf abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7) - koronare Zweigefässerkrankung mit - erhaltener linksventrikulärer Funktion - Status nach akutem Koronarsyndrom mit PTCA/ Stent x3 (Juli 2011) - kardiovaskuläre n Risikofaktoren (cvRF): Dyslipidämie , Nikotinabusus, positive Familienanamnese (pos. FA), arterielle Hypertonie , Nikotin - chronischer Knieschmerz links - Verdacht auf Gonarthrose links (2012) - Status nach Teilmeniscek tomie (2005/2008) links nach Arbeitsunfall - chronischer Fersenschmerz links

Es habe sich um einen freiwilligen Eintritt auf Zuweisung der behandelnden Ärztin Dr. I.____

gehandelt (S. 2 oben). Das Zustandsbild des Patienten bei Eintritt sei durch ein depressives Syndrom mit diversen Schmerzsymptomen gekennzeichnet gewesen. Medikamentös seien unter anderem Sertralin 50mg/Tag und Mirtazepin

E. 15

mg/Tag eindosiert worden (S. 2 f.) . Die aktuelle Symptomatik werde im Rahmen einer schweren depressiven Episode gesehen, psychotische Symptome seien während der akutstationären Behandlung nicht eruierbar gewesen. Bei oberflächlicher Exploration hätten sich keine Hinweise auf Symptome einer generalisierten Angststörung oder einer Zwangsstörung ergeben. Aufgrund der immer noch bestehenden Schmerzsymptomatik werde eine Weiterführung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bei Dr. I.____ empfohlen (S. 3 Mitte). 4.3

Dr. med. I.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, beantragte mit ihrem Bericht vom 16. Juni 2018 (Urk. 7/ 165 = Urk. 7/ 167) eine « Reaktivierung des IV-Bezugs » (vgl. Titel sowie S. 3 unten). Sie nannte nebst den bereits genannten (vgl. E. 4.2) folgende zusätzlichen Diagnosen (S. 1 f.): - rezidivierende depressive Störung F33.3 - gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome F33.2 - stationär 17. April bis 7. Mai 2018 H.____ Klinik G.____ - ausgeprägte kognitive Dysfunktion - spezifische Phobien F40.2 - Lift, Höhe, geschlossene Räume, Kontaminationsangst - Bruxismus - generalisierter psychogener Pruritus F45.8 - Vitamin D-Mangel

Der Patient befinde sich seit dem 12. Februar 2018 bei ihr in türkischsprachiger Behandlung, zuvor sei er von 2008 bis 2017 regelmässig zu Frau Dr. J.____ gegangen (S. 1 Mitte). Diese habe ihm immer wieder seine vollständige Arbeitsunfähigkeit mitgeteilt. Jedoch sei es zu einem sehr schmerzhaften abrupten Behandlungsabbruch durch Dr. J.____ gekommen. Sie habe sich geweigert, das mündlich zugesprochene Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen. Bis heute belaste diese Situation den Patienten sehr stark (S. 2 Mitte).

Nach dem stationären Aufenthalt in der Klinik G.____ sei der Patient von den Sozialdiensten zum Besuch eines Deutschkurses aufgeboten worden. Es zeigten sich jedoch ausgeprägte kognitive Probleme in Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Exekutivfunktionen und Verarbeitungsgeschwindigkeit. Er gerate im bewussten Erleben dieser kognitiven Defizite schnell in Anspannung und Panik bis hin zur zusätzlichen kognitiven Blockade. Er komme regelmässig zu den wöchentlichen Gesprächen (S. 2 f.). Es lägen schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen vor, die die anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit des Patienten begründeten (S. 3 unten). 4.4

Im Bericht vom 6. September 2018 (Urk. 7/176) nannte Dr. I.____ folgende zusätzliche , hier teilweise verkürzt wiedergegebenen - Diagnosen (Ziff. 2.4): - Thoraxschmerz unklarer Ätiologie 6. August 2018 - Differentialdiagnose (DD) : entzündlich, Angststörung, Angina pectoris - Computertomographie (CT) Thorax am 6. August 2018 ohne Anhaltspunkte für Lungenembolie. Zirkuläre Wandverdickung des Oesophagus sowie retromediastinale Zeichnungsvermehrung mit Dichteanhebung auf Höhe des 6. Brustwirbelkörpers (BWK), kein Infiltrat (Notfallstation Kantonsspital K.____) - posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, F43.1) - Verdacht auf abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung (F60.7) - DD: paranoide Persönlichkeitsstörung - chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (F45.41) - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Am 6. August 2018 habe via Selbstzuweisung eine ambulante Notfallbehandlung im K.____ wegen atypischen Thoraxschmerzen stattgefunden, nachdem der Patient ähnliche Beschwerden wie bei einem Herzinfarkt bemerkt habe und fast synkopierte gewesen sei (S. 5 Mitte Ziff. 2.2). Er sei vollständig arbeitsunfähig (Ziff. 2.7). 4.5

PD Dr. med. L.____ und Dr. med. M.____ , Fachärzte für Neurologie, Praxis N.____ , nannten im Bericht zur Elektroenzephalographie (EEG) vom 11. Januar 2019 (Urk. 7/180) folgenden Befund: Alpha-Grundaktivität, Nachweis von etwa 3 Sekunden anhaltender generalisierter Verlangsamung mit Theta-Aktivität mit Slow-Wave-Komplex als Hinweis für komplex-fokale Anfälle.

Im Bericht zum gleichentags abgehaltenen Neurologischen Konsilium (Urk. 7/181) nannte Dr. M.____

als Diagnose einen Verdacht auf einen komplex-fokalen Ausfall bei Epilepsie derzeit unklarer Genese (S. 1 oben). Auch wenn die Anamnese mit kurzer Bewusstseinsbeeinträchtigung ohne folgende Reorientierungsphase und den Auren mit thorakalem Engegefühl in erster Linie an eine Synkope denken liess, so sei der EEG- Befund mit Nachweis eines Slow-Wave-Musters eindeutig für ictale Ereignisse in Form von komplex-fokalen Anfällen sprechend. Beim genaueren Nachfragen biete der Beschwerdeführer laut Angaben der Familienangehörigen oft einen wenige Sekunden anhaltenden Tunnelblick, was genauso als ictales Ereignis zu werten sei. Zur weiteren Objektivierung sei mit der Frage nach einem strukturellen Korrelat eine Magnetresonanztomographie (MRI) des Kopfes in die Wege geleitet worden (S. 1 Mitte). 4.6

PD Dr. med. O.____ , Fachärztin für Radiologie, hielt im Bericht zum MRI Schädel vom 16. Januar 2019 (Urk. 7/186/7) fest, es hätten sich keine Pathologien gezeigt. 4.7

Dr. M.____ nannte in seinem Bericht vom 3. April 2019 (Urk. 7/186/1-5) als Diagnose komplexe fokale Anfälle bei kryptogener Epilepsie, Erstdiagnose (ED) Januar 2019 (Ziff. 1.2 Formularteil). Die Leistungsfähigkeit sei um 100 % vermindert (Ziff. 2.2). Die komplexen fokalen Anfälle könnten lediglich reduziert, nicht jedoch komplett aufgehoben werden. Daher seien weiterhin Anfälle mit Alltagsrelevanz zu erwarten (Ziff. 3.3). Im MRT-Kopf sei kein pathomorphologisches Korrelat zu erkennen (Berichtsteil S. 1 Mitte). 4.8 4.8.1

Am 8. April 2020 erstatten die Gutachter der MEDAS

Y.____ nach Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung einer allgemein-internistischen, orthopädischen, psychiatrischen, kardiologischen, neurologischen sowie neuropsychologischen Untersuchung ihr polydisziplinäres Gutachten

(Urk. 7/203). 4.8.2

Dr. med. P.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin sowie für Physi kalische Medizin und Rehabilitation, hielt im Fachgutachten Allgemeine I nnere Medizin (Urk. 7/203/16-69) fest, die Einschätzung von Konsistenz und Plausibi lität falle schwer, insgesamt zeigten sich Hinweise auf eine Verdeutlichung (Ziff. 7.3). In der bisherigen Tätigkeit als Sanitär-Hilfsarbeiter müsse in Anbetracht der Präsentation eine mindestens teilweise Arbeitsunfähigkeit erwar tet werden. Aus rein internistischer Sicht und auch bei bekannter koronarer Herz krankheit (KHK) fänden sich hierfür jedoch keine ausreichenden Gründe. Aus rein internistischer Sicht könne für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechsel belastende Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Ziff. 8). 4.8 .3

Dr. med. Q.____ und Dr. med. R.____, Fachä rzt e für Orthopädi sche Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannten im Fachgutachten Orthopädie (Urk. 7/203/70- 112) folgende Diagnosen mit Auswir kung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 6.1): - beginnende laterale posttraumatische Gonarthrose Knie links mit/bei - Kniedistorsion links am 10. März 2008 - Status nach Kniearthroskopie mit lateraler Teilmeniskektomie links am 28. April 2008 - Status nach Kniearthroskopie mit subtotaler lateraler Meniskusent fernung und Entfernung eines anterolateralen Ganglions am 2. Juni 2010 - gerader Beinachse - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - Osteochondrose L1/2, L2/3, L3/4, Zeichen einer foraminalen Diskusher nie L2/3, L3/4 links ohne wesentliche Wurzelkompression - ausgeprägte muskuläre Dysbalancen - chronifizierter Fersenschmerz links mit/bei - rezidivierender Bursitis Calcanei - ausgeprägter Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur

Aktuell sei für den Versicherten die Atemnot mit Ohnmachtsanfällen am meisten einschränkend. Anschliessend kämen die Knieschmerzen (S. 33 Ziff. 3.2) .

Aus orthopädischer Sicht sei bei Status nach lateraler Teilmeniskektomie und nun beginnender degenerativer Veränderung in der bisherigen Tätigkeit von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % beziehungsweise einer Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen. Vor allem die körperlich belastenden Tätigkeiten seien hier einschränkend, das Tragen von schweren Lasten werde nicht möglich sein (S. 40 Ziff. 8).

In einer optimal angepassten wechselbelastenden Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 10 kg sei aus orthopädischer Sicht ein volles Arbeitspensum ohne Einschränkungen möglich (S. 41 oben Ziff. 8). Bezüglich Knie, Rücken und Fuss schmerzen scheine die Situation weitestgehend unverändert (S. 42 oben Ziff. 8) . 4 . 8. 4

Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im psychiatrischen Fachgutachten (Urk. 7/203/113-161) keine Diagnosen im psychiatrischen Bereich mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 41 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (Ziff. 6.2): - somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychologischen Anteilen (ICD-10 F 45.41) - Dysthymie (ICD-10 F34.1) - rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradig bis remittiert (ICD-10 F 33.4) - Klaustrophobie (ICD-1 0 F40.2) - akzent uierte Persönlichkeitszüge (ICD- 10 Z73.1)

Es fänden sich mehrere psychiatrische Diagnosen, welche aber insgesamt alle als nicht schwergradig einzustufen seien. Als Hauptdiagnose finde sich eine soma toforme Schmerzstörung mit körperlichen und psychologischen Anteilen. Erwachsen sei das Schmerzsyndrom aus einem Arbeitsunfall mit Meniskusläsion, wobei es über die Jahre eine

Schmerzausweitung gegeben habe, primär finde sich aber ein ausgeprägtes Schonverhalten und ein Hyperfokussieren auf den Schmerz. In dieser Untersuchung habe der Beschwerdeführer den Schmerz relativ beschreiben können und habe vor allem auch eine sehr ausgeprägte Schmerzvariabilität und tiefere Schmerzwerte beschrieben, als dies in den meisten anderen Untersuchungen der Fall gewesen sei, wo er den Schmerz meist als maximal beschrieben habe. Eine völlige Einengung auf den Schmerz fehle, aber es sei davon auszugehen, dass die Erkrankung durch eine Konfliktvermeidung aufrecht erhalten werde, wobei es um Vermeidung von Gesichtsverlust im privaten und beruflichen Bereich gehe. Die somatoforme Schmerzstörung sei aber nicht als schwergradig einzustufen (S. 43 oben Ziff. 7.1.4).

An zweiter Stelle finde sich eine affektive Störung, hier liege klar eine Dysthymie vor, entstanden aus einer Anpassungsstörung. Aktuell zeigten sich keine Anzeichen für eine signifikante depressive Symptomatik. Diesbezüglich könnte einerseits davon ausgegangen werden, dass die vorbeschriebene rezidivierende depressive Störung aktuell zumindest teilweise remittiert sei, oder die Diagnose selbst sei in Frage zu stellen. Es sei vorstellbar, dass Auslöser der Hospitalisation in der Klinik G.____ die epileptischen Anfälle gewesen seien und der Beschwerdeführer erneut eine Anpassungsstörung gezeigt habe. Die Diagnose der schwergradigen depressiven Episode erscheine nur sehr begrenzt nachvollziehbar, und auch die therapeutischen Massnahmen und die kurze Hospitalisationsdauer stünden nicht ganz im Einklang mit dieser Diagnose (S. 43 unten Ziff. 7.1.4).

Nebst einer Klaustrophobie fänden sich schliesslich akzentuierte Persönlichkeitszüge. Der Beschwerdeführer zeige insgesamt eine Mischung aus narzisstischen, paranoiden, aber auch eher ängstlich-vermeidenden und abhängigen Zügen. Die Kriterien für eine spezifische Persönlichkeitsstörung seien aber nicht erfüllt (S. 44 oben Ziff. 7.1.4).

Der Beschwerdeführer habe selbst angegeben, über Jahre in psychologischer Betreuung gewesen zu sein, welche primär supportiv gewesen sei. Aktuell sei er bei einer Psychosomatikerin in Behandlung. Medikamentös sei bis anhin relativ wenig probiert worden, allerdings sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer die Medikamente nicht einnehme, zumal in dieser Untersuchung sehr klar gewesen sei, dass er sich als psychisch gesund erachte und deshalb auch keine Notwendigkeit sehe (S. 45 Ziff. 7.2).

Die Beurteilung des Beschwerdeführers habe sich in fast allen Untersuchungen bis anhin immer sehr schwierig gestaltet. Auch in den meisten Untersuchungen bei der MEDAS Y.____ sei dies so gewesen. Diesbezüglich sei erstaunlich gewesen, dass er sich in dieser psychiatrischen Begutachtung sehr adäquat beteiligen konnte. Das Erzählte sei in sich konsistent gewesen. Auf dieser Basis könne eine verlässliche Schlussfolgerung für das psychiatrische Fachgutachten gezogen werden (S. 45 f. Ziff. 7.3).

Aus rein psychiatrischer Sicht finde sich in der bisherigen Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Diese Beurteilung gelte seit der letzten psychiatrischen Beurteilung. Ausgenommen davon sei die Zeit des stationären Aufenthalts in der H.____ (S. 47 Ziff. 8.1).

Aus rein psychiatrischer Sicht sei an und für sich keine Anpassung der Tätigkeit nötig. Damit der Beschwerdeführer die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aber effektiv umsetzen könnte, wären aufgrund der Dekonditionierung primär Hilfsmassnahmen notwendig im Sinne eines langsamen Aufbaus der Belastbarkeit, und die Tätigkeit sollte im Anforderungsprofil eher niederschwellig sein, da der Beschwerdeführer begrenzte

strukturelle Ressourcen mitbringe (S. 48 Ziff. 8.2).

Im psychiatrischen Bereich finde sich seit der letzten sehr ausführlichen psychiatrischen Begutachtung von 2016 keine relevante Veränderung des Gesundheitsschadens (S. 49 Ziff. 8.4). 4 . 8. 5

Dr. med. T.____, Facharzt für Kardiologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Fachgutachten Kardiologie (Urk. 7/203/162-171) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6 Ziff. 6.1). Als – hier verkürzt wiedergegebene - Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine koronare Zweigefässerkrankung. Es bestünden keine Hinweise für eine noch bestehende, belastungsabhängige Myokardischämie. Die eingeschränkte Leistungsfähigkeit erkläre sich durch eine körperliche Dekonditionierung (S. 7 Ziff. 7). Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage 100 % (S. 8 Ziff. 8). 4.8.6

Prof. Dr. med. U.____ sowie Dr. med. V.____, Fachärzte für Neurologie, und med. pract . W.____

nannten im Teilgutachten Neurologie (Urk. 7/203/172-219) folgende Diagnosen (S. 36 f. Ziff. 6): - rezidivierende transiente Bewusstseinsverluste und kurze Abwesenheitszustände unklarer Ätiologie - chronische und episodische Kopfschmerzen unklarer Ätiologie - DD Spannungskopfschmerzen, DD medikamenteninduzierter Kopfschmerz - axonale Neuropathie des Nervus

peroneus links - chronisches lumbales Schmerzsyndrom - ohne Hinweise auf radikuläres Syndrom - chronische Schmerzen der linken Fußsohle

Die Ätiologie der Bewusstseinsverluste und der Abwesenheitszustände bleibe unklar. Aufgrund der schwammigen Anamnese und Fremdanamnese gelinge keine klare Zuordnung. Anamnestisch gebe es sowohl Aspekte, die zu epileptischen Anfällen passen könnten, als auch solche, die zu nicht-epileptischen Anfällen passten. Inkongruent seien zudem seine Angaben bezüglich der absenzenartigen Abwesenheitszustände mit den Angaben seiner Ehefrau als auch in sich selbst. Bei der Untersuchung habe er gesagt, dass diese Episoden alle 2-3 Tage aufträten und von der Familie beobachtet würden. Seine Ehefrau könne aber keine solche Episode beschreiben. Zudem sage er erst, dass er während der Episoden sofort antworten könne, später widerspreche er sich und sage das Gegenteil (S. 38 Ziff. 7.1).

MR-tomographisch zeigten sich keine strukturelle epileptogene Läsionen. Von Dr. M.____ sei ein print-screen der pathologisch beurteilten EEG-Aktivität angefordert worden, die extern als Slow-Wave-Muster beschrieben worden sei. Diese Beurteilung könne nicht bestätigt werden. Auf dem print-screen zeigten sich keine Slow Waves, sondern eine normale Grundaktivität. Auch das intern durchgeführte EEG habe keine epilepsietypische Aktivität gezeigt. Aufgrund der unklaren Anamnese bei ansonsten unauffälligem MRI Schädel und normalem EEG könne die Diagnose einer Epilepsie nicht bestätigt werden. Zur weiteren Diagnostik werde eine Langzeit-Video-EEG-Ableitung über 72 Stunden empfohlen. Bei unauffälligem Langzeit-EEG sei eine Epilepsie zu 98.4 % ausgeschlossen (S. 38 f. Ziff. 7.1).

Während der Untersuchung habe sich der Explorand wenig Mühe gegeben, die gestellten Fragen zu beantworten. Immer wieder habe er widersprüchliche Angaben gemacht. Das Gangbild habe fluktuiert und in der beobachteten Situation zugenommen. Zudem habe sich

als positives Zeichen für eine funktionelle Ausweitung der Beschwerden ein « giving way » in der Kraftprüfung gezeigt (S. 40 Ziff. 7.3).

Aus neurologischer Sicht bestehe keine Diagnose, die eine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit aufweise, wobei die Ätiologie der rezidivierenden Bewusstseinsverluste nicht abschliessend geklärt sei (S. 40 f. Ziff. 8). Im Vergleich zu 2016 habe keine relevante Veränderung des Gesundheitsschadens stattgefunden (S. 41 unten Ziff. 8). 4.8 .7

Lic . phil. AA. _ _ , Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP, führte im Fachgutachten Neuropsychologie (Urk. 7/203/220-242) aus, während der ganzen Anamneseerhebung habe der Beschwerdeführer einen äusserst labilen Affekt gezeigt, habe ununterbrochen geweint und durch den Untersucher immer wieder beruhigt werden müssen (S. 16 Ziff. 3.2). Die durchgeführten Symptom validierungsverfahren seien alle sehr auffällig ausgefallen. Die Ergebnisse lägen in allen Verfahren weit unter dem Zufallsniveau. Im Vergleich zu leistungsmotivierten gesunden Erwachsenen, zu Personen mit schwerem Schädelhirntrauma, depressiven Patienten oder Schmerzpatienten habe der Beschwerdeführer deutlich schlechtere Leistungen erzielt (S. 19 Ziff. 4.3). Die Diagnoseerhebung ergebe einen unspezifischen Befund aufgrund einer mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit präsentierten nicht-authentischen kognitiven Minderleistung (S. 20 Ziff. 6.1). Die Arbeitsfähigkeit in bisheriger oder angepasster Tätigkeit sei entsprechend nicht beurteilbar (S. 21 Ziff. 8). 4 .8 .8

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Urk. 7/203/2-15) hielten die Gutachter fest, durch das letztlich nicht definitiv einordenbare Anfallsleiden ergäben sich im Konsens keine relevanten Funktionsstörungen (S. 9 Ziff. 4.3).

In der bisherigen Tätigkeit als Sanitärhilfsarbeiter bestehe im Konsens aufgrund der verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule (LWS) und vor allem des linken Knies eine Einschränkung für die teils körperlich belastende Tätigkeit mit einer globalen Restarbeitsfähigkeit von 60 % , wobei aufgrund der Abwesenheitszustände Arbeiten auf Gerüsten, in der Höhe oder mit Absturzgefahr sowie das Bedienen von gefährlichen Maschinen ausgeschlossen werden müssten. Diese Angabe gelte, soweit anhand der Aktenlage beurteilbar, am ehesten bereits seit 2016 (S. 10 Ziff. 4.7).

Für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten unter 10 kg, ohne häufiges Gehen, insbesondere über Treppen und Leitern, ohne häufiges Bücken und Knien, ohne Arbeiten auf Gerüsten, in der Höhe oder mit Absturzgefahr , und ohne Bedienen von gefährlichen Maschinen bestehe im Konsens eine volle Arbeitsfähigkeit, geltend seit spätestens Mitte 2018. Eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit davor könne anhand der Aktenlage nicht mit ausreichender Sicherheit gemacht werden, im Konsens könne jedoch keine relevante Veränderung der Situation bereits seit 2016 festgestellt werden.

Dabei müsse festgestellt werden, dass die Ursache der rezidivierenden Anfälle bisher nicht restlos geklärt worden sei, aktuell jedoch die Diagnose einer Epilepsie nicht bestätigt werden könne. Differentialdiagnostisch könnten die Anfälle nach definitivem Ausschluss einer Epilepsie aus psychiatrischer Sicht als dissoziative Anfälle eingeordnet werden. Das Vorhandensein der rezidivierenden Anfälle sei entsprechend im Belastungsprofil für die bisherige und für eine angepasste Tätigkeit berücksichtigt worden (S. 11 Ziff. 4.8). Es

werde erwartet, dass auch durch die empfohlene Langzeit-Video-EEG-Ableitung keine Epilepsie bestätigt werden könne. Nebst dissoziativen Krampfanfällen müsse differentialdiagnostisch auch Malingering in Betracht gezogen werden (S. 11 f. Ziff. 4.10).

Dass im Vergleich zu 2016 eine Veränderung des Gesundheitsschadens stattgefunden habe, werde durch alle Fachgutachter auf ihrem Fachgebiet wie auch im Konsens verneint (S. 12 Mitte Ziff. 4.10). 4.9

Dr. med. AB. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers verfassten Bericht vom 26. Oktober 2020 (Urk. 7/214) aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 29. Mai 2020 in seiner Behandlung (S. 1 gemäss Paginierung durch das Gericht). Er nannte folgende Diagnosen (S. 5 unten): - F33.3 rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode - F41.0 Angststörung - F45.40 anhaltende Schmerzstörung

Als Symptom der erstgenannten Diagnose nannte er unter anderem Selbstvorwürfe: «Schuldgefühle gegenüber ihren Kindern. Sie habe Selbstvorwurf, weil sie sich nicht um ihre Kinder kümmern könne» (S. 6 Mitte). Zur aktuellen Situation wurde unter anderem festgehalten: «Er fühle sich wie betäubt. Sie sagte: 'ich bin innerlich tot'» (S. 3 oben).

Mit dem Patienten sei eine ambulante Weiterbehandlung vereinbart worden. Er sei auf Psychopharmaka eingestellt worden (S. 7 unten). Aufgrund der psychischen Störungen sei er nicht in der Lage, eine leichte Tätigkeit auszuführen. Die Arbeitsunfähigkeit liege bei 100%. Dieser Anhaltspunkt sei im Gutachten nicht erhoben worden. Deswegen sei das Gutachten mangelhaft. Man könne dieses Gutachten nicht berücksichtigen und bewerten (S. 8 unten). 4.10

Dipl. med. AC. ____, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 25. November 2020 (Urk. 7/216 S. 3) aus, im neu eingereichten Arztbericht von Dr. AB. ____, würden keine neuen medizinischen Sachverhalte geltend gemacht, die genannten Störungen seien alle bekannt und seien auch bereits durch die Vorbehandler attestiert worden. Es könne weiterhin auf das MEDAS-Gutachten abgestellt werden. 5. 5.1

Das sehr sorgfältig erstellte, ausführliche polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 8. April 2020 (E. 4.8) ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben, leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet. Es ist demnach beweiskräftig (E. 1.5), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5.2

Die zentrale Eingangsfrage (vgl. E. 2.3), ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs im Februar 2017 beziehungsweise seit der letzten Begutachtung im März 2016 wesentlich verändert hat, verneinten die Gutachter in ihren jeweiligen Fachgutachten durchgehend (E. 4.8.2-7). Konsistenterweise blieben sie auch in der Konsensbeurteilung bei dieser Einschätzung, wobei sie differenziert und nachvollziehbar darlegten, eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit gelte spätestens seit Mitte 2018, eine Aussage zur Arbeitsfähigkeit davor könne anhand der Aktenlage nicht mit ausreichender Sicherheit gemacht werden, im Konsens könne jedoch keine relevante Veränderung der Situation bereits seit 2016

festgestellt werden (E. 4.8). 5.3

Entsprechend findet die Einschätzung eines nicht wesentlich veränderten Gesundheitszustands denn auch ihren Niederschlag in einer weiterhin attestierten vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster körperlich leichter Tätigkeit, wie sie bereits im Vergleichszeitpunkt vom Februar 2017 vorgelegen hatte (vgl. E. 3.2 -6). Das gutachterlich definierte Belastungsprofil präsentierte sich damals (E. 3.2) wie heute (E. 4.8 .8) sehr ähnlich. Unterschiede finden sich etwa darin, dass damals das Tragen von Lasten bis zu 5 kg, heute hingegen von immerhin 10 kg als zumutbar erachtet wurde , wobei aufgrund der neu berücksichtigten Abwesenheitszustände Arbeiten auf Gerüsten, in der Höhe oder mit Absturzgefahr sowie das Bedienen von gefährlichen Maschinen ausgeschlossen werden müssen. Diese leichte Modifikation im Belastungsprofil stellt keine wesentliche Veränderung, die etwa bei der Invaliditätsbemessung zu einem massgeblichen leidensbedingten Abzug (vgl. BGE 134 V 322 E. 5.2) und somit zu einem wesentlich höheren Invaliditätsgrad führen könnte, und entsprechend

für sich allein keinen Revisionsgrund dar (E. 1.4) .

Wie dargelegt, berücksichtigten die Gutachter explizit auch die Bewusstseinsverluste beziehungsweise Abwesenheitszustände, obwohl die Diagnose einer Epilepsie mit überzeugender Begründung nicht bestätigt werden konnte (E. 4. 8.6), und mittlerweile offenbar auch vom Beschwerdeführer selber verworfen wird (vgl. sogleich).

Nicht dokumentiert ist die beschwerdeweise geltend gemachte Herzoperation vom 1. August 2020 (E. 2.2). Im Einwand vom 28. August 2020 (Urk. 7/210) hatte der Beschwerdeführer angegeben, im Juli/August 2020 habe sich herausgestellt, dass die Diagnose Epilepsie falsch gewesen sei und vielmehr Herzprobleme beständen. Seine gesundheitliche Situation habe sich aufgrund der nun geänderten Diagnose und Behandlung gebessert (S. 1 Mitte). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer somit über einen verbesserten Gesundheitszustand berichtete, bestand und besteht kein Anlass zu weiteren kardiologischen Abklärungen beziehungsweise für ein Abweichen von den gutachterlichen Einschätzungen. 5.4

Höchstens von untergeordneter Bedeutung ist , ob und inwiefern sich der Gesundheitszustand in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit verändert hat. Nachdem diesbezüglich damals (E. 3.2-3) wie heute (E.4.8.8) gutachterlich eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, ergeben sich auch hieraus ohnehin keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines massgeblich veränderten Gesundheitszustands. Zwar haben sich mittlerweile Rücken- und Fersen beschwerden (vgl. E. 4.8.3) zu den vorbestehenden Kniebeschwerden (vgl. E. 3.2) gesellt, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ergibt sich gemäss der überzeugenden interdisziplinären Gesamtbeurteilung indes weiterhin vor allem aufgrund der verminderten Belastbarkeit des linken Knies, was sich auch mit der Einschätzung durch den Beschwerdeführer deckt, welcher die Atemnot mit Ohnmachtsfällen als am meisten einschränkend empfindet, gefolgt von den Knieschmerzen (E. 4.8.3). 5.5

In somatischer Hinsicht ist somit ein im Wesentlichen unveränderter Gesundheitszustand seit Februar 2017 ausgewiesen.

Die im gutachterlichen Konsens eingeschätzte vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit setzt notwendigerweise auch eine entsprechende vollständige Arbeitsfähigkeit in

psychiatrischer Hinsicht voraus, wie sie im entsprechen den Teilgutachten denn auch attestiert wurde (E. 4.8.4) .

Hier setzt die Kritik des Beschwerdeführers an. Gestützt auf den Bericht seines behandelnden Psychiaters vom 26. Oktober 2020 (E. 4.9) bestreitet er eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (E. 2.2).

Nicht gefolgt werden kann dabei seiner Argumentation, die Beschwerdegegnerin bestreite die im Bericht genannten Beeinträchtigungen nicht und anerkenne diese damit indirekt. Denn einerseits äusserte sich die Beschwerdegegnerin klar dahin gehend, dass sie sich nicht auf den Arztbericht vom Oktober 2020, sondern auf das MEDAS-Gutachten stütze (E. 4.10), andererseits kommt in sozialversicherungsrechtlichen Verfahren ohnehin die Untersuchungsmaxime zum Tragen. 5.6

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. S.____ nannte keine Fachdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit und gelangte mit ausführlicher, gut nachvollziehbarer Begründung zum Schluss, es fänden sich zwar mehrere psychiatrische Diagnosen, welche aber insgesamt alle als nicht schwergradig einzustufen seien (E. 4.8.4).

Dies lässt sich gut in Einklang bringen mit der Einschätzung

durch den psychiatrischen Vorgutachter Dr. C.____ im März 2016 (E. 3.5). Dieser stellte lediglich Diagnosen aus der Z-Kategorie (Kapitel XXI) des ICD-10 Systems (E. 3.5.2), welche keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden darstellen (Urteil des Bundesgerichts 9C_894/2015 vom 25. April 2016 E. 5.1, vgl. Urteil des hiesigen Gerichts betreffend den Beschwerdeführer vom 5. Oktober 2017; Urk. 7/159).

Dr. C.____ hatte festgehalten, es könnten hinter der vordergründigen Wand von massiv inkonsistenter Beschwerdedarstellung möglicherweise eine geringfügig ausgeprägte psychische Missbefindlichkeit oder eine deutlich leichtere psychische Störung vorhanden sein, was jedoch angesichts des vordergründigen, massiv abnormen Verhaltens letztlich im Dunkeln bleiben müsse (E. 3.5.3). Ganz offen bar gelang Dr. S.____ ein Schritt aus diesem Dunkel hinaus, so dass er hinter die genannte vordergründige Wand blicken konnte. So hielt er denn auch explizit fest, es sei erstaunlich gewesen, dass der Beschwerdeführer sich nun sehr adäquat habe beteiligen können, das Erzählte sei in sich konsistent gewesen. Auf dieser Basis könne eine verlässliche Schlussfolgerung für das psychiatrische Fachgutachten gezogen werden (E. 4.8.4). In der Tat ist die gezogene Schlussfolgerung einer weiterhin vollen Arbeitsfähigkeit und fehlender relevanter Veränderung des Gesundheitsschadens verlässlich und plausibel, nachdem Dr. S.____ – wie von Dr. C.____ erahnt – zwar psychiatrische Störungen vorfand, diese aber als nicht schwergradig einstufte. Zudem erachtete sich der Beschwerdeführer selbst nicht als psychisch beeinträchtigt (vgl. vorstehend E. 4.8.4). 5.7

Dr. S.____ überzeugt auch mit seiner einlässlichen Auseinandersetzung mit den von den Behandlern gestellten Diagnosen. Zentral ist, dass er die seitens der H.____

nach stationärem Aufenthalt in der Klinik G.____

gestellte Diagnose einer schwer gradigen depressiven Episode (E. 4.2) mit Verweis auf die kurze dortige Hospitalisationsdauer und die getroffenen therapeutischen Massnahmen in gut nachvollziehbarer Weise verwarf. Anzuführen bleibt, dass am entsprechenden Bericht auch kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie mitwirkte, was seine Überzeugungskraft weiter schwächt.

Einen einschlägigen Facharztstitel kann denn auch die Hausärztin Dr. I.____ nicht vorweisen, welche den Beschwerdeführer ab Februar 2018 gesprächstherapeutisch betreute (vgl. E. 4.3) , bevor er sich ab 29. Mai 2020 beim Psychiater Dr. AB.____ in Behandlung begab. Die Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit durch Dr. I.____ im Juni und September 2018 (E. 4.3-4) ist auch vor dem Hintergrund zu hinterfragen, dass es mit der langjährigen Vorbehandlerin zum Bruch kam, als diese sich weigerte, ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen , und dies Dr. I.____ bekannt war (E. 4.3). Die von Dr. I.____ im Juni 2018 geschilderten kognitiven Probleme (E. 4.3) lassen sich mit Blick auf die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung präsentierte nicht-authentische kognitive Minderleistung (E. 4.8.7) jedenfalls ebenso wenig erstellen wie die im September 2018 ohne nähere Begründung genannte

Diagnose einer PTBS (E. 4.4).

Schliesslich hat das Gericht bei Berichten von behandelnden Ärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), sprich deren Gesundheitsbeeinträchtigung tendenziell eher gravierender und deren Arbeitsfähigkeit tendenziell eher tiefer einschätzen als dies objektiv gerechtfertigt wäre. 5.8

Mit einer gewissen Vorsicht ist daher auch dem Bericht des seit Kurzem behandelnden Psychiaters Dr. AB.____ (E. 4.9) zu begegnen , welcher am 26. Oktober 2020 während laufenden Vorbescheidverfahrens verfasst wurde.

Der genannte Bericht vermag denn auch inhaltlich kaum zu überzeugen. So lässt sich dem achtseitigen, in oft mangelhaftem und teilweise schwer verständlichem Deutsch verfassten Bericht wenig über die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers entnehmen. Es handelt sich dabei vor allem um formelhafte Standardsätze ohne ersichtliche Anpassung auf den konkreten Fall, was sich insbesondere daran zeigt, dass der Verfasser an gewissen Stellen die weibliche anstatt die männliche Form verwendete (vgl. E. 4.9). Insbesondere setzte sich Dr. AB.____ mit dem MEDAS-Gutachten nicht vertieft auseinander. Er scheint dieses einzig deshalb als nicht verwertbar zu halten, weil es die von ihm attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigte. Diese Argumentation verfängt selbstverständlich nicht.

Die Überzeugungskraft des neutralen MEDAS-Gutachtens und damit dessen Beweiswert werden somit weder durch die Berichte der H.____ und von Dr. I.____ noch durch den Bericht von Dr. AB.____

erschüttert, weshalb letzterer entgegen dem Beschwerdeführer (E. 2.2) auch nicht Anlass zu weiteren Abklärungen bot. 5.9

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers hat sich nach dem Gesagten seit der Abweisung des ersten Leistungsgesuchs im Februar 2017 nicht wesentlich verändert. Damit fehlt es an einem Revisionsgrund (E. 1.4). 5. 10

Im Feststellungsblatt vom 25. Juni 2020 (Urk. 7/206) wurde durch die Sachbearbeitung der Beschwerdegegnerin geprüft, ob das Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt sei (vgl. E. 1.2). Dies wurde bei einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit von 100 % vom 17. April bis 7. Mai 2018 und von 60 % vom 8. Mai 2018 bis 16. April 2019 bejaht (S. 8 Mitte). Entgegen dem Beschwerdeführer (E. 2.2) wurde diese Feststellung somit

weder vom RAD getroffen, noch verleiht sie einen Anspruch auf eine Rente bis zum 16. April 2019, nachdem sie sich über das Vorliegen einer Invalidität (vgl. E. 1. 1-2) nicht äussert und ein Rentenanspruch eben erst nach Ablauf dieses Wartejahres entstehen würd e. Ein allfälliger Rentenanspruch scheitert vorliegend ohnehin bereits am fehlenden Vorliegen eines Revisionsgrundes (E. 5.9), was im Übrigen auch die Beschwerde gegnerin übersehen zu haben scheint.

5.11

Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

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