

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00508 vom 8. Mai 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00508](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00508)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00508 du 8 mai 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00508 del 8 maggio 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

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

### **E. 1.2**

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

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 1.4**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen).

#### **E. 1.5**

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

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 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). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen 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. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene leistungsabweisende Verfügung vom 27. Juli 2021 (Urk. 2) damit, dass

keine wesentlichen neuen Sachverhalte ausgewiesen würden. Aus psychiatrischer und somatischer Sicht liege eine unveränderte Situation vor. Im Vordergrund des Beschwerdebildes ständen nach wie vor die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen. Somit verändere sich auch nichts am Belastungsprofil, das bereits mit der Verfügung vom 2. Dezember 2016 festgestellt worden sei. Es bestehe weiterhin eine 100%ige

## Erwerbsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es lägen sowohl aus somatischer als auch psychiatrischer Sicht neue Diagnosen und Befunde vor. Bereits deshalb könne der Leistungsanspruch nicht ohne externes Gutachten verneint werden. Auf die Stellungnahmen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden (S. 4 - 8). Es liege ein veränderter Sachverhalt vor, welcher den Rentenanspruch berühre, ebenso klare Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Eine Aggravation liege nicht mehr vor, ebenso wenig eine Opioidabhängigkeit. Ein Revisionsgrund sei damit offensichtlich gegeben (S. 9-

### **E. 3**

) hob das hiesige Gericht die Verfügung der IV-Stelle auf und wies die Sache an diese zurück, damit sie nach ergänzenden Abklärungen über den Anspruch des Versicherten neu verfüge. Die IV-Stelle liess den Versicherten wiederum polydisziplinär begutachten (Expertise des Begutachtungszentrums B. \_\_\_ vom 29. Mai 2012; Urk. 6/10 9, und Ergänzung vom 15. März 2013, Urk. 6/13

### **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. 11**

). Die Beschwerdegegnerin verkenne ihre Pflichten im Rahmen eines Neuanmeldungsverfahrens. Mit teilweise nicht fachkundigen und jedenfalls selektiven Überlegungen hätten die RAD-Ärzte sich zwar zu den neuen medizinischen Berichten geäußert, eine umfassende rechtliche Prüfung, insbesondere unter Berücksichtigung der veränderten Rechtsprechung zu Schmerzstörungen, Depressionen und Suchtgeschehen, sei jedoch nicht erfolgt. Dieses Vorgehen sei bundesrechtswidrig (S. 12). Das Gutachten aus dem Jahr 2015 habe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 50 % ergeben. Davon müsste unter Berücksichtigung dieses Gutachtens heute ausgegangen werden. Sollte das Gutachten nicht mehr als genügende Grundlage für die heutige Diskussion der Standardindikatoren dienen, so ergebe sich aus dem Bericht des Zentrums T. \_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Stellungnahme des RAD bilde hingegen keine ausreichende medizinische Grundlage für eine rechtliche Indikatorenprüfung (S. 12-

### **E. 16**

). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustands bildet die vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 (Urk. 6/282) beziehungsweise vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 26. Juni 2017 (Prozess Nr. IV.2017.00054; Urk. 6/270) bestätigte Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. Dezember 2016 (Urk. 6/262), mit welcher sie das Gesuch um Ausrichtung einer Invalidenrente vom 24. Mai 2006 (Urk. 6/8) abwies. Zu prüfen ist, ob sich die

medizinische Situation seither revisionsrelevant ver schlechert hat. 4 .

Die Verfügung im Vergleichszeitpunkt stützte sich unter anderem auf das Gut achten des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 23. März 2015 (Urk. 6 /2

## E. 21

/1-178). Dr. med. D.\_\_\_\_ , Fach arzt für Innere Medizin FMH, med. pract . E.\_\_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie FMH, Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH sowie Facharzt für Psychiatrie und Psycho therapie FMH, Dr. sc. hum. H.\_\_\_\_ , Dip lompsychologin, und lic . phil. I.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, führten darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 152): - d epressive Störung mittelgradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) - p sychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Stö rungen durch Opiode, Abhängigkeitssyndrom gegenwärtig ständiger Sub stanzgebrauch (ICD-10 F11.25) im Sinne einer iatrogenen Abhängig keit

Zudem stellten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit (S. 152 f.): - m etabolisches Syndrom - arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I nach WHO - Hyperlipidämie - Verdacht auf beginnende Glucoseintoleranz - Diabetes insipidus - c hronifiziertes

Panvertebralsyndrom bei/mit - foraminaler

grössenregredienter Diskushernie L4/L5 links (MRI 15. November 2012) - altersnormalem MRI HWS und obere BWS 17. November 2011 - Blockwirbelbildung C2/C3 - ohne radikuläre Symptomatik - diffusen Missempfindungen und Sensibilitätsstörungen im Bereich der oberen und unteren Extremitäten ohne organisches Korrelat - massiver Selbstlimitierung - nicht indizierter Opiattherapie - l eichtes myofasziales Schultergürtelsyndrom rechts bei/mit - leichter muskulärer Dysbalance - schmerzhaften Ansatzentzündungen ventral - c hronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch - c hronische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Differentialdiagnose diffuse Kopfschmerzen im Rahmen einer somatofor men Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) - c hronische Insomnie bei aktenkundig schwerem obstruktivem Schlafap noe-Syndrom mit initial AHI 37.1/h ( Polysomnographie am 24. Mai 2013) - unter CPAP-Therapie Normalisierung des AHI (30. Juni 2014) - c hronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - l atente Hypothyreose - unter Substitution normales TSH

Ergänzend hielten die Gutachter fest, dass die chirurgisch-allgemeinmedizini sche Untersuchung das Bild eines 53-jährigen Beschwerdeführers mit einem meta bo lischen Syndrom ergeben habe. In den Laboruntersuchungen habe sich eine Hyperlipidämie gezeigt und das HbA1c sei im oberen Normbereich. Bei bekann tem Aneurysma der Aorta ascendens sei die Hyperlipidämie dringend zu thera pieren, um das kardiovaskuläre Risiko zu senken und ein Fortschrei ten der Erkrankung zu verhindern. Aus demselben Grund sei das HbA1c re gelmässig zu kontrollieren und bei Bedarf eine antidiabetische Behandlung einzuleiten. Diese Befunde würden jedoch keine langandauernde Arbeitsun fähigkeit begründen. Die Spirometrie zeige keine Hinweise auf eine obstruk tive oder restriktive Ventilationsstörung trotz ungenügender Compliance (S. 160).

Aus rheumatologischer Sicht hätten die im Gutachten des Zentrums C.\_\_\_\_ vom 29. Mai 2012 wiedergegebenen Beurteilungen betreffend den Bewegungsapparat auf grund des zwischenzeitlichen Verlaufes und der aktuellen Untersuchungsbe funde im Wesentlichen Gültigkeit. Es würden sich auch bei der aktuellen Untersuchung Zeichen für eine erhebliche Selbstlimitierung zeigen. Die seg mentalen passiven Bewegungstests na ch manualtherapeutischen / osteo pathischen Untersuchungs techniken und das spontane Bewe gungsverhalten seien weitgehend unauffällig, so dass hier massive Inkonsis tenzen vorlägen. Aus rheuma-orthopädischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sowie in einer leich ten bis mittelschweren Verweistätigkeit mit analogem Belastungsprofil voll schichtig ganztags zu mutbar. Was das myofasziale Schultergürtel-Syndrom rechts betreffe, so seien auch hier erhebliche Inkonsistenzen anzugeben: Obwohl bereits im ersten aktenmässig dokumentierten Bericht der damaligen Hausärztin der Verdacht auf Symptomausweitung festgehalten und in späteren fachärztli chen Berichten immer wieder bestätigt worden sei, habe der Beschwerdefüh rer eine intensive Zuwendung erhalten. Er scheine sich vor jeglicher Selbst verantwortung dispensiert zu haben. Weitere am Bewegungsapparat appli zierte therapeutische Massnahmen seien kontraindiziert und würden ihn nur weiterhin in seiner subjektiven Krankenwahrnehmung bestätigen. Was das Problem des Opiatentzugs betreffe, so sei ein solcher - und zwar erfolgreich durchgeführt - unabdingbar notwendig, vor jeglichen weiteren anderen Massnahmen (S. 161).

Bei der neurologischen Exploration bestehe eine chronische Kopfschmerz erkrankung. Aufgrund der diffusen Angaben und Vagheit der berichteten Symptomatik sei die Zuordnung der Kopfschmerzsymptomatik schwierig. Über wiegend wahrscheinlich handle es sich um chronische Kopfschmerzen bei Medikamentenübergebrauch und zusätzlich einem chronischen Kopf schmerz vom Spannungstyp. Die apparative Zusatzdiagnostik habe keinen Anhalt für eine Polyneuropathie oder eine rechtsseitige N. ulnaris - bezie hungsweise N. medianus -Neuropathie oder für chronisch-neurogene Verän derungen im Kennmuskel L4 links ergeben (S. 161 f.).

Bei der neuropsychologischen Untersuchung hätten die Befunde auf ein Aggra vationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen lassen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet wer den und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsy chologischen Befunde. Aus neuropsychologischer Sicht könne keine Ein schätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (S. 162).

Bei der psychiatrischen Exploration hätten im objektiven psychopathologi schen Befund Auffälligkeiten bestanden, die auf eine mindestens mittelgradig aus geprägte depressive Störung schliessen liessen . Insgesamt wirke der Be schwerde führer nicht schmerzgequält. Es lägen eine Verarmung, Starrheit, Insuffizienz der Affekte vor. Hilf- und Hoffnungslosigkeit seien spürbar. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien reduziert. Gestik und Mi mik seien angemessen und würden die depressive Stimmung affektsynthym unterstreichen. Die Spontan e ität und Eigeninitiative seien reduziert. Die sozi ale Teilnahme sei im privaten Bereich nicht eingeschränkt. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Drit ten/Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Akti vitäten seien mittelgradig eingeschränkt. Es müsse von einer ausgesproche nen Selbstlimitierung und

Aggravation ausgegangen werden. Nichts destotrotz würden sich klare Hinweise auf eine mindestens mittelgradige anhaltende depressive Störung objektivieren lassen. Inwieweit die depressive Symptomatik zusätzlich durch die Opiatabhängigkeit getriggert werde, müsse nach einem Opiatentzug erneut beurteilt werden. Es sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Die Ausprägung der Störung sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv mittelschwer einzu stufen. Es könne von einer verminderten tatsächlichen Überwindbarkeit der subjektiv erlebten Defizite ausgegangen werden. Die Kardinalsymptome einer Depression seien erfüllt. Gemäss dem ICD-10 sei diagnostisch von einer depressiven Störung gegenwärtig mittel gradiger Ausprägung mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) auszugehen. Im Weiteren liege eine psychische Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen, Störung durch Opioide, Abhängigkeitssyndrom mit gegenwärtigem ständigem Substanzgebrauch (ICD-10 F11.25) im Sinne einer iatrogenen Abhängigkeit vor (S. 162 f.).

Die Arbeitsfähigkeit für bestimmte Berufe, wie das Führen und Bedienen von Maschinen und eine aktive Teilnahme im Strassenverkehr, sei nicht gegeben. Aus psychiatrischer Sicht könne eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 163).

Es werde dringend im Rahmen einer Schadenminderungspflicht empfohlen, eine stationäre Entgiftungsbehandlung von Opiaten durchzuführen. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei gemäss den aktuellen Leitlinien zur Behandlung von unipolaren Depressionen zu intensivieren, darüber hinaus die medikamentöse Behandlung anzupassen, gegebenenfalls durch eine Augmentation mit einem zweiten Antidepressivum oder Lithium oder einem Schilddrüsenhormon (S. 165). Der Gesundheitszustand sei aus psychiatrischer Sicht seit 2008 konstant, wobei es den üblichen Verlauf mit schlechten Phasen und vorübergehend 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu beobachten gebe (S. 166).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit sowie für sämtliche dem Leiden optimal angepasste körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zu 50 % arbeitsfähig (S. 164). Das aktuell ermittelte Belastbarkeitsprofil gelte bezüglich der somatischen Befunde seit jeher. Seit Beginn der Erkrankung sei in sämtlichen Berichten darauf hingewiesen worden, dass keine objektivierbaren Befunde beständen, die eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Ebenso sei von Beginn weg auf ein Aggravationsverhalten hingewiesen worden. Dieses habe sich auch bei der aktuellen Begutachtung gezeigt und in der neuropsychologischen Untersuchung bestätigt werden können. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit mindestens 2008 eine mittelgradige depressive Störung. Seit 2008 könne aus psychiatrischer Sicht aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und von 100 % während den Hospitalisationen ausgegangen werden. Die Schwere der depressiven Symptomatik vor 2008 könne retrospektiv anhand der Akten nicht beurteilt und die Arbeitsfähigkeit nicht mit der notwendigen Objektivität fest gelegt werden (S. 163 f.).

Zur Frage der gesundheitlichen Veränderung führten die Gutachter aus, aus somatischer Sicht sei es insofern zu einer Verschlechterung gekommen, als sich zunehmend bei der klinischen Untersuchung demonstrative Komponenten zeigten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit mindestens 2008 eine mittel gradige depressive Störung. Der Gesundheitszustand sei seither konstant mit dem üblichen Verlauf mit schlechten Phasen und vorübergehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit zu beobachten gewesen (S. 166). 5.

Die angefochtene Verfügung stützte sich unter anderem auf folgende Berichte: 5.1

Die behandelnden Fachärzte des Sanatoriums J.\_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer sich vom 5. Februar bis 6. März 2019 in stationär-psychiatrischer Behandlung befand, hielten in ihrem Austrittsbericht vom 13. März 2019 (Urk. 6/ 298 /1-3) zu Händen des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ folgende Hauptdiagnose fest: - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (F33.2)

Zudem stellten sie folgende Nebendiagnosen: - sonstige somatoforme Störungen (F45.8) - Diabetes mellitus, Typ 2: mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: nicht als entgleist bezeichnet - Hypothyreose, nicht näher bezeichnet - unter Eltroxin Substitution - idiopathische Gicht: Knöchel und Füße (Füßwurzel, Mittelfüße, Zehen, Sprunggelenke, sonstige Gelenke des Fußes)

Dazu führten sie aus, es handle sich um einen freiwilligen Eintritt auf Zuweisung der ambulanten Behandlung aufgrund von zunehmender depressiver Symptomatik. Es werde von Angstzuständen, innerer Unruhe, Nervosität bei chronischen Schmerzen und aktuell zunehmenden suizidalen Ideationen im Zuweisungsschreiben berichtet (S. 1). Der Beschwerdeführer

habe während des gesamten Aufenthalts von starken Rücken-, Nacken- und Knieschmerzen berichtet. Trotz dieser Einschränkungen habe er am multimodalen Therapieprogramm teilgenommen und sich dort motiviert und engagiert gezeigt. Wiederholt hätten jedoch Gespräche und Therapie aufgrund der belastenden Schmerzen abgebrochen werden müssen. Es hätten sich insbesondere ein starker Aufmerksamkeitsfokus auf das Schmerzleiden, Rückzugs- und Vermeidungsverhalten sowie eine starke externe

Kontrollattribution hinsichtlich der Schmerzsymptomatik und der damit verbundenen depressiven Symptome gezeigt. Insgesamt habe sich der Beschwerdeführer unzufrieden und enttäuscht über den stationären Aufenthalt gezeigt. Er habe sich mehr Gesprächsangebote erhofft, gleichwohl schien er die in den Einzelsitzungen besprochenen eigenen Einflussmöglichkeiten gegenwärtig nur bedingt nutzen zu können. Es werde

deshalb eine Evaluation einer psychosomatischen Langzeittherapie und deren motivationalen Anforderungen an den Patienten empfohlen und es sei über das Angebot einer psychiatrischen Spitzambulanz aufgeklärt worden. Im Austrittsgespräch habe er von selbst- und fremdgefährdenden Ideationen berichtet, diese kenne er schon lange und er und seine Familie könnten damit umgehen. Zum Zeitpunkt des Austritts hätten sie keine akute Gefährdung gesehen und der Beschwerdeführer sei in unverändertem Zustand in sein angestammtes Umfeld entlassen worden (S. 2). 5.2

RAD-Ärztin L.\_\_\_\_, Fachärztin orthopädische Chirurgie und Traumatologie, hielt in ihrer Stellungnahme vom

8. Mai 2019 (Urk. 6/307/4-5) fest, der Austrittsbericht des Sanatoriums J.\_\_\_\_ vom 13. März 2019 enthalte zwar die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode, es werde jedoch kein psychopathologischer Befund mitgeteilt. Die Diagnose sei so mit nicht belegt. Zur psychischen Symptomatik enthalte der Bericht ausschliesslich die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Im Vordergrund der Behandlung habe

der Umgang mit den von ihm beklagten Schmerzen gestanden. Die Schmerzmedikation sei im Verlauf der stationären Behandlung angepasst worden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei die neue Diagnose einer schweren depressiven Episode anhand des Berichts des Sanatoriums J.\_\_\_\_ nicht nachvollziehbar. Zum somatischen Sachverhalt habe

Dr. med. M.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, am 26. September 2018 berichtet (vgl. Urk. 6/298/7-8), seit 2016 habe sich neu eine beginnende Gonarthrose beidseits gezeigt. Befunde zum Funktionszustand der Kniegelenke habe er nicht mitgeteilt. Die Klinik N.\_\_\_\_

habe hierzu am 13. Juni 2018 dokumentiert (vgl. Urk. 6/298/9-11): am linken Knie keine Schmerzprovokation, rechts Patella-Andruckschmerzen und Schmerzen bei Varus- und Valgusstress, leichte Schwellung rechts, gegenüber links minimal verminderte Beugung bei beidseits im Normbereich liegender Beweglichkeit (links 135°/rechts 140°, Norm: 120-150°). Das Gangbild werde als normal ohne Hinken beschrieben. Es sei eine Infiltration durchgeführt und Physiotherapie empfohlen worden. Im Bericht der Rehaklinik O.\_\_\_\_ vom 6. April 2018

(vgl. Urk. 6/298/15-16) werde zwar die neue Diagnose PHS links mitgeteilt, jedoch enthalte der Bericht keine Angaben zum Funktionszustand der Schulter. Ebenso seien keine Angaben zur Funktion der LWS bei im MRI nachgewiesenen Diskushernien L4/5 und L5/S1 enthalten. Der Bericht schlage wie schon in der Vergangenheit mehrfach andere Ärzte/Gutachter einen Opiat-Entzug sowie ein regelmässiges Heimübungsprogramm als Fortführung der

Therapie vor. Das schwere Schlafapnoe-Syndrom werde dem Bericht des Stadtsitals P.\_\_\_\_ vom 18. Juli 2017 zufolge (vgl. Urk. 6/298/20-21) erfolgreich mittels CPAP behandelt. Es ergebe sich daraus keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Wesentliche neue medizinische Sachverhalte seien

damit nicht ausgewiesen. Im Vordergrund des Beschwerdebilds ständen weiterhin die beklagten Schmerzen. Neue Funktionsminderungen im Bewegungsapparat würden nicht beschrieben. Es könne am Belastungsprofil körperlich leichte Tätigkeiten festgehalten werden. 5.3

Dr. med. MSc ETH Q.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie von der Neuropsychiatrie R.\_\_\_\_, hielt in seinem Untersuchungsbericht vom 26. März 2020 (Urk. 6/340/4-17) folgende Diagnosen fest (S. 1): - kognitive Defizite im Rahmen der schweren depressiven Episode (F33.2) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung in Behandlung (F45.3)

Dazu führte er aus, es fänden sich attentionale, exekutive und mnestiche Defizite, jedoch ohne Hinweis auf eine neurokognitive Störung im engeren Sinn wie eine Demenzerkrankung. Aufgrund des Leistungsprofils, der Symptomvalidierung und des EEGs sei von kognitiven Defiziten im Rahmen der schweren Depression mit zusätzlich Verdeutlichungstendenz auszugehen. Im psychopathologischen Befund wies er auf eine schwankende Konzentrations- und Anstrengungsbereitschaft hin (S. 1-2). Die neuropsychologische Untersuchung habe sich aufgrund einer Einengung auf die Schmerzsymptomatik sowie einer verminderten Belastbarkeit deutlich erschwert gezeigt. Vor diesem Hintergrund habe lediglich ein unvollständiges und teilweise inkonsistentes

Profil erhoben werden können. Die Befunde in den einzelnen Funktionsbereichen könnten folgendermassen umschrieben werden: Die erhobenen Befunde im Bereich der Aufmerksamkeitsaktivierung (Alertness) seien als nicht authentisch zu beurteilen. Die übrigen Aufmerksamkeitsfunktionen seien vor diesem Hintergrund sowie der verminderten Belastbarkeit nicht mehr erhoben worden. Im Bereich der mnestischen Funktionen hätten sich betreffend der visuell-räumlichen Gedächtnisleistungen altersentsprechende Befunde gezeigt. Die Leistungen im Bereich des verbalen Gedächtnisses hätten sich teilweise reduziert gezeigt. Bei unauffälliger primärer Wiedergabe einer Wortliste sei der Lernzuwachs im Verlauf ausgeblieben und es habe insgesamt eine deutlich reduzierte Lernsumme objektiviert werden können. Der verzögerte freie Abruf sowie das verzögerte freie Wiedererkennen hätten sich leicht reduziert gezeigt. Im Bereich der Exekutivfunktionen habe sich die

figurale Ideenproduktion leicht vermindert gezeigt. Eine Aufgabe zur verbalen Ideenproduktion habe aufgrund einer Blockade sowie Schwierigkeiten aufgrund der Fremdsprachigkeit keine validen Befunde geliefert. Im Rahmen eines Beschwerdevalidierungsverfahrens habe ein auffälliges Fehlerverhalten objektiviert werden können. Im Bereich des verbalen Gedächtnisses habe sich im Rahmen eines eingebetteten Beschwerdevalidierungsmasses eben falls ein auffälliges Resultat gefunden. Vor dem Hintergrund des beschriebenen Profils könne davon ausgegangen werden, dass das gezeigte Testverhalten nicht dem tatsächlichen Leistungsniveau des Beschwerdeführers entspreche. Es habe sich eine schwankende und teilweise ungenügende Anstrengungsbereitschaft gezeigt, welche möglicherweise durch ein Schonverhalten im Zusammenhang mit der Depressions- und Schmerzsymptomatik, möglicherweise aber auch im Zusammenhang mit einer Verdeutlichungstendenz erklärt werden könne. Über Art und Ausmass authentischer kognitiver Funktionseinbussen könnten aufgrund des vorliegenden Test-Profiles keine Aussagen gemacht werden (S. 7). 5. 4

Die behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht vom 7. Januar 2021 (Urk. 6/346/7-10) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3): - rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig schwer ohne psychotische Symptome - chronifiziertes panvertebrales Syndrom mit /bei - Status nach lumboradikulärem Schmerzsyndrom L4 links September 2005 - Diskushernie L4/5 links mit Nervenwurzelkompression links, mittelgrosse mediane Diskushernie L3/4 (LWS-CT 20. Mai 2005, LWS-MRT 24. März 2007) - Status nach CT-gezielter Nervenwurzel-Infiltration L4 links am 15. September 2005 - Status nach Prednison-Stoss-Therapie 5. bis 10. Januar 2006 - leichte thorakale Kyphose - Diagnose Dr. M.\_\_\_\_ : Spondylarthrose Th8-Th11 bei freien Foramina

intervertebralia

Zudem führten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 3): - Adipositas (BMI=30) - Diabetes insipidus

familiaris

Dazu hielten sie fest, der Beschwerdeführer sei seit dem 13. September 2005 bis heute auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig, dies auch auf längere Sicht. Er sei einmal im Monat in psychiatrischer Behandlung und viermal im Monat in psychotherapeutischen Einzelgesprächen (S. 2). Auf Grund des chronifizierten Verlaufs,

des Alters des Beschwerdeführers sowie der eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (kognitive Flexibilität, Aufmerksamkeit, Konzentration) falle die Prognose für den Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit negativ aus (S. 3). Die Arbeitsfähigkeit für den Haushalt sei zu 50 % eingeschränkt (S. 4). 5. 5

RAD-Arzt S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seiner Stellungnahme vom 4. Juni 2021 (Urk. 6/352/6) aus, im Austrittsbericht des Sanatoriums J.\_\_\_\_

(E. 5.1 hiervor) wie auch in den Berichten des Medizinischen Zentrums

K.\_\_\_\_ vom 22. April 2020 (Urk. 6/335/5-8) und 7. Januar 2021 (E. 5.4 hiervor) werde weiterhin am Vorliegen einer schwer ausgeprägten Depression festgehalten. Bereits im Bericht des Medizinischen Zentrums

K.\_\_\_\_ vom 28. März 2007 (Urk. 6/59) werde von «Schwere psychometrisch bestätigte Depression und deutliches Misstrauen verhiinderten grössere Veränderungen»

gesprochen.

In den folgenden Jahren seien weitere Berichte des Medizinischen Zentrums T.\_\_\_\_ / K.\_\_\_\_ mit einer als schwer ausgeprägt beurteilten Depression eingetroffen. In keinem der drei folgenden MEDAS Gutachten habe eine schwer ausgeprägte Depression nachgewiesen oder bestätigt werden können, unter Hinweis auf den Nachweis von Aggravation in der neuropsychologischen Untersuchung. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit liege eine andere Beurteilung desselben medizinischen Sachverhalts vor. Aus psychiatrischer Sicht könne an der RAD-Stellungnahme vom 8. Mai 2019 (E. 5.2 hiervor) festgehalten werden. 5.6

RAD-Arzt Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2021 (Urk. 6/352/7-10) fest, gemäss Bericht des Medizinischen Zentrums T.\_\_\_\_

vom 14. Januar 2021 (Urk. 6/350) habe die letzte Konsultation am 7. April 2020 stattgefunden. Unter der Kategorie «neue anamnestische Diagnosen ab 24. März 2015» werde Folgendes erwähnt (S. 7-8): - lumbosakralsyndrom: - es würden die radiologischen Befunde eines LWS-CT

vom 20. Mai 2005, eines LWS-MRT

vom 24. März 2007, eines LWS-MRT

vom 15. November 2012 sowie eines MRT LWS

vom 1. Juli 2019 aufgezählt; in wie weit das Funktionsniveau des Beschwerdeführers durch die Befunde eingeschränkt werde, sei nicht ersichtlich - cervicocephales Syndrom: - auch hier würden neben der nicht relevanten - da vor dem

24. März 2015 gestellten und somit nicht als neu anzusehenden - Diagnose von Dr. V.\_\_\_\_

vom 17. Juni 2006

(Urk. 6/15/5-7) wieder radiologische Befunde (MRI HWS

vom 17. November 2011, MRI HWS vom 14. Dezember 2016) aufgezählt, die nichts über das klinische Bild aussagen würden - Schulterschmerzen beidseits - auch hier ein sonographischer Befund vom 30. September 2016 sowie die Diagnose vom 29. April 2019 - keine Angabe zur funktionellen Beeinträchtigung - Thoraxwand Schmerzen - ein negativer kardiologischer Befund vom 7. Mai 2019, der die Schmerzen nicht zu erklären

vermöge - Zustand nach Rippenkontusion vor 20 Jahren: auch diese Diagnose könne mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Erklärung der anamnestischen Diagnose erbringen - « spondylarthrotische Veränderungen der Segmente Th8-11 bei freien Foramina intervertebralis (Diagnose Dr. W. \_\_\_ vom 08.06.2006) » : auch diese Diagnose sei somit keine « neue anamnestische Diagnose » und in diesem Zusammenhang irrelevant - Knieschmerzen beidseits (neu) - es werde ein radiologischer Befund eines MRI Knie rechts vom 13. Juni 2017 erwähnt - es

werde eine Diagnose aus der Arztpraxis Wangen vom 29. April 2019 aufgezählt - weiterhin eine Diagnose der Klinik N. \_\_\_ vom 13. Juni 2018, untermauert durch ein MRI vom Juni 2017 - es werde gleichzeitig eine Diagnostik (Punktat) und Therapie (Infiltration) vom 13. Juni 2018 in der Klinik N. \_\_\_ beschrieben - idiopathische Gicht (neu) - die Diagnose sei augenscheinlich im Sanatorium J. \_\_\_ (Psychiatrische Klinik) am 5. März 2019 gestellt worden - Erstdiagnose am 23. September 2017 im Spital XA. \_\_\_ - Schmerzen Finger unklarer Genese (ohne weitere Angaben) - Diabetes mellitus

Typ II - die Diagnose sei augenscheinlich aus einem Bericht des Sanatoriums

J. \_\_\_ (Psychiatrische Klinik) übernommen worden (5. März 2019) - auch werde die Verdachtsdiagnose einer diabetischen Polyneuropathie des Spitals

XA. \_\_\_

vom 10. Juli 2019 gestellt (dieser Verdacht hätte innerhalb der letzten zwei Jahre beobachtet oder entkräftet werden können bei entsprechender Relevanz) - schweres obstructives Schlafapnoe-Syndrom (neu) - die Diagnose sei augenscheinlich aus einem Bericht des Reha-Zentrums

XB. \_\_\_ vom 22. Dezember 2015 übernommen worden - es werde eine « erfolgreiche CPAP-Therapie seit 06.2013 (Spital P. \_\_\_, 18.07.2017) » erwähnt - somit handle es sich nicht um eine « neue » Diagnose ab dem 24. März 2015 - auch entfalle die Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit, wenn die Therapie als « erfolgreich » bezeichnet werde

Es gelte hierbei zu bedenken, dass « anamnestische Diagnosen » Diagnosen seien, die normalerweise aus der Befragung des Patienten oder der Aktenlage erfasst würden, nicht anhand einer entsprechenden Untersuchung, dann wäre es eine « gesicherte Diagnose » (S. 7).

Dann werde im Bericht aus Sicht verschiedener Fachärzte die Verbesserung/Verschlechterung der Beschwerden ab dem 24. März 2015 berichtet, wobei bezüglich der Aussage des Facharztes für Chirurgie aus versicherungsmedizinischer Sicht keine Relevanz bestehe, da hier keine fachärztliche objektive Befunderhebung erfolgt sei. Auch aus anästhesiologischer Sicht würden keinerlei verwertbare Aussagen bezüglich einer etwaigen Funktions Einschränkung getroffen. Aus dem Beschrieb des Tagesablaufs könne keine Verschlechterung festgestellt werden (S. 8-9). Beim Vergleich der 'neuen EMG Beurteilung' vom 21. April 2020 mit dem polydisziplinären Gutachten vom 23. März 2015 sei keine Verschlechterung mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu sehen, da das Wurzelreizsyndrom als « mäßig ausgeprägt » beschrieben werde (S. 9). Auch in den anderen - näher aufgeführten - Arztberichten sei somatischerseits keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der letzten Stellungnahme des RAD vom 8. Mai 2019 festzustellen (S. 10). 6. 6.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der leistungs abweisenden Verfügung vom 27. Juli 2021 auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärzte

L.\_\_\_\_, S.\_\_\_\_ und Dr. U.\_\_\_\_

vom 8. Mai 2019, 4. Juni 2021

und 20. Juli 2021 (E. 5.2 und E. 5.5-5.6 hiervor) . 6.2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte aber kaum je in Frage kommen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5). 6.3 6.3.1

Die Gutachter des Zentrums C.\_\_\_\_ hielten in ihrer Expertise fest, dass von Beginn weg auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführer s hingewiesen worden sei und dass sich dieses auch bei der aktuellen Begutachtung gezeigt habe und in der neuropsychologischen Untersuchung habe bestätigt werden können ( Urk. 6/221/163-164) . Auch das hiesige Gericht setzte sich im Urteil vom 26. Juni 2017 (Prozess Nr. IV.2017.00054; Urk. 6/270) mit den diversen den Akten zu entnehmenden erheblichen Inkonsistenzen und dem diskrepanten Verhalten des Beschwerdeführer s auseinander , ebenso das Bundesgericht in seinem Urteil 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 ( Urk. 6/282) . Die im vorliegenden Verfahren massgebenden Unterlagen weisen auf eine weiterhin bestehende erhebliche Selbstlimitierung hin. So ist dem Untersuchungsbericht von Dr. Q.\_\_\_\_

(E. 5.3 hiervor) ein auffälliges Fehlverhalten im Beschwerdevalidierungsverfahren so wie im Rahmen eines eingebetteten Beschwerdevalidierungsmasses im Bereich des verbalen Gedächtnisses ein auffälliges Resultat zu entnehmen. Daraus schloss Dr. Q.\_\_\_\_ , dass das gezeigte Testverhalten nicht dem tatsächlichen Leistungsniveau des Beschwerdeführers entsprach . Nachdem weder die behandelnden Fachärzte des Sanatoriums J.\_\_\_\_ noch des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ sich mit dieser Problematik auseinandersetzten, ist nicht zu beanstanden, dass die RAD-Ärzte in deren Berichten keine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu erkennen vermochten, sondern auf eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts schlossen. Soweit der Beschwerdeführer geltend machte ( Urk. 1 S. 6 -7 ), aus den Berichten der behandelnden Fachpersonen würden sich gegenüber den Befunden im Gutachten des Zentrums C.\_\_\_\_ weitaus gravierendere Befunde ergeben, kann daraus nicht auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geschlossen werden, vermochten doch bereits im Vergleichszeitpunkt die Gutachter nur weniger gravierende Befunde zu erheben als die Behandler. Entsprechend gingen die behandelnden Fachpersonen des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ - anders als die Gutachter des Zentrums C.\_\_\_\_ - bereits im Vergleichszeitpunkt von einer schweren depressiven Störung und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus (vgl. Urk.

6/271/20-22) . Auch im vorliegenden Verfahren diagnostizieren sie eine schwere depressive Störung sowie eine seit dem 13. September 2005 ununterbrochen bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit ( vgl. etwa E. 5.4 hiervor) , woraus auf einen

unveränderten psychischen Zustand zu schliessen ist .

Bei unverändertem Gesundheitszustand erübrigen sich Ausführungen zur Frage, wie sich die aus den Arztberichten ersichtlichen Befunde auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Aus den medizinischen Unterlagen ergeben sich somit keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen der RAD-Ärzte in Bezug auf die psychischen Beschwerden des Beschwerdeführer s. Insbesondere ist auf ihre Ausführungen nicht alleine schon deshalb nicht abzustellen, weil sich RAD-Ärztin L.\_\_\_\_ nicht nur zur somatischen, sondern auch zur psychischen Situation geäußert hat (vgl. Urk. 1 S. 6), nahm doch mit RAD-Arzt S.\_\_\_\_ auch ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Stellung zu den geltend gemachten psychischen Beeinträchtigungen .

Soweit der Beschwerdeführer bezüglich der Opioidabhängigkeit auf eine revisionsrelevant veränderte medizinische Situation hinwies ( Urk. 1 S. 10-11) , ist

im Übrigen festzuhalten, dass sich aus den Akten keine Hinweise auf eine statt gehabte Opioidentzugsbehandlung ergeben. Vielmehr ist ihnen wiederholt zu entnehmen, dass ein Opioidentzug

kaum möglich sei (vgl. etwa Urk. 6/147/4), wes halb die Beschwerdegegnerin von ihrer diesbezüglich zunächst auferlegten Schadenminderungspflicht wieder absah (Urk. 6/153). Entsprechend ist auch nicht davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne entsprechende Behandlung selbständig einen Entzug hätte durchführen können, ohne dass sich Hinweise darauf in den Unterlagen wieder gefunden hätten. Soweit der Beschwerdeführer angab, es liege keine Opioidabhängigkeit mehr vor, ist dies nicht glaubhaft. So nimmt er gemäss dem Bericht des Medizinischen Zentrums K.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2021 (Urk. 6/346/7-10) denn auch - wie schon im Vergleichszeitpunkt (vgl. Urk. 6/221/128) - regelmässig Targin ein (S. 3). Die behandelnden Fachpersonen berichteten zwar, der Beschwerdeführer nehme keine Drogen und betreibe keinen Medikamentenmissbrauch (S. 2), doch kann sich dies offensichtlich nicht auf die Opioidabhängigkeit

bezogen haben. Denn dasselbe berichteten sie bereits im Vergleichszeitpunkt (vgl. Urk. 6/167/5), in welchem ein Abhängigkeitssyndrom unbestritten ausgewiesen war. Auch dies bezüglich ist damit entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers kein Revisionsgrund gegeben. Ein erfolgreicher Entzug würde sodann eine Verbesserung der Gesundheitssituation bedeuten und keine Verschlechterung.

Bei unverändertem psychischem Zustand und insbesondere weiterhin vorhandenen Anhaltspunkten für eine Aggravation erübrigt es sich überdies - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9-17) - , erneut ein strukturiertes Beweisverfahren mit Prüfung der jeweiligen Standardindikatoren durchzuführen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_603/2019 vom 22. November 2019 E. 6.2) . Viel mehr ist an den Ausführungen des Bundesgerichts im Urteil 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 (Urk. 6/282) beziehungsweise des hiesigen Gerichts

im Urteil vom 26. Juni 2017 (Prozess Nr. IV.2017.00054; Urk. 6/270) festzuhalten und weiterhin von einer aus psychischer Sicht 100%igen Arbeitsfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen. 6.3.2

RAD-Ärztin L.\_\_\_\_

(E. 5.2) und insbesondere RAD-Arzt Dr. U.\_\_\_\_

(E. 5.6) setzten sich eingehend mit den somatischen Beschwerden auseinander und legten schlüssig dar, dass den diesbezüglichen Berichten der behandelnden Ärzte keine revisionsrelevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu entnehmen ist. So wird denn auch im Bericht des Medizinischen Zentrums

T.\_\_\_\_ vom 14. Januar 2021 (Urk. 6/350) in den «neue anamnestiche Diagnosen ab 24.03. 2015» auf etliche Abklärungen verwiesen, welche lange vor dem Vergleichszeitpunkt stattgefunden haben und im vorliegenden Verfahren nicht massgebend sind. Dr. U.\_\_\_\_ wies zudem darauf hin, dass die in den Berichten wiedergegebenen Befunde nichts über das klinische Bild aussagen und Angaben zur funktionellen Beeinträchtigung der geltend gemachten Beschwerden oftmals fehlten. Ebenso wies er darauf hin, dass «anamnestiche Diagnosen» in der Regel Diagnosen sind, die nicht anhand einer entsprechenden

Untersuchung, sondern aus der Befragung des Patienten oder der Aktenlage erfasst werden. Mit Blick auf das seit Jahren gezeigte Aggravationsverhalten wären jedoch lediglich gestützt auf eine Befragung des Beschwerdeführers gestellte Diagnosen mit Zurückhaltung zu würdigen.

Selbst die orthopädischen Fachärzte des Medizinischen Zentrums

T.\_\_\_\_

gingen im erwähnten Bericht vom

14. Januar 2021 zudem nicht davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten relevant eingeschränkt ist (Urk. 6/350/10).

Vorliegend bestehen keine Anhaltspunkte, um an der Fachkompetenz der RAD-Ärzte für die Beurteilung der geltend gemachten Kniebeschwerden zu zweifeln. Auch ist den Akten nicht zu entnehmen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit durch die - wohlgerne von den psychiatrischen Fachpersonen des Sanatoriums J.\_\_\_\_ diagnostizierte und in der Folge soweit ersichtlich nicht weiter behandelte - idiopathische Gicht eingeschränkt wäre. Inwiefern aus den Abklärungen zum Schlafapnoe-Syndrom auf einen verschlechterten Gesundheitszustand geschlossen werden sollte (vgl. Urk. 1 S. 7), ist zudem nicht ersichtlich, zeigte sich doch dabei ein unkomplizierter Verlauf und eine ausgezeichnete Therapieadhärenz (Urk. 6/298/20-21 und 6/340/2-3).

Dass die RAD-Ärzte somatischerseits keine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Vergleichszeitpunkt festzustellen vermochten, ist demnach gestützt auf die Aktenlage nachvollziehbar und es bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit ihrer Ausführungen. 6.4

Zusammenfassend verletzte die Beschwerdegegnerin entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 4-6) - mit der Berücksichtigung der beweiskräftigen RAD-Stellungnahmen den Untersuchungsgrundsatz nicht, vielmehr ist auf diese abzustellen. Auf die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragte externe medizinische Begutachtung ist entsprechend in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweisen) zu verzichten.

Eine sich auf die Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit auswirkende revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Vergleichszeitpunkt ist nach dem Gesagten nicht erstellt. Es besteht weiterhin kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig.

Die Gerichtskosten sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt.

3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

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