

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00534 vom 27. Juni 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-06-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00534

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00534 du 27 juin 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00534 del 27 giugno 2023

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) und hier ein Rentenanspruch bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt (vgl. nachstehende E. 7.6 u. 10), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend 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 herstellen, 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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.5

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.7

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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich 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). Hin gegen 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). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2021 aus, nach der Wiederanmeldung des Beschwerdeführers im Januar 2017 seien zunächst Wiedereingliederungsmassnahmen eingeleitet worden. Das Aufbautraining sei jedoch erfolglos abgebrochen worden, weswegen hernach die Rentenprüfung eingeleitet worden sei. Da die damals vorliegenden ärztlichen Berichte nicht ausreichend gewesen seien, sei bei den Ärzten von B.____ das interdisziplinäre psychiatrische und neuropsychologischen Gutachten vom 30. September 2019 eingeholt worden. Die Gutachter hätten keine Leiden festgestellt, die eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit zur Folge hätten. Eine Arbeitsunfähigkeit habe nur für die Dauer des tagesklinischen Aufenthaltes im Jahr 2016 bestanden und von März 2017 bis Juni 2018 habe psychisch bedingt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Die Beschwerden seien hernach jedoch zurückgegangen. Aufgrund der Einwände im Vorbescheidverfahren sei eine weitere umfassende ärztliche Begutachtung in den Fachgebieten Psychiatrie und Neuropsychologie erfolgt. Hierbei habe sich herausgestellt, dass die rezidivierende depressive Störung seit längerem remittiert und demgemäss keine Beeinträchtigung der erwerblichen Ressourcen ausgewiesen sei. Der behandelnde Psychiater habe die unzureichende Persönlichkeitsdiagnostik im Gutachten

bemängelt und den Standpunkt vertreten, das Funktionsniveau des Beschwerdeführers sei erheblich beeinträchtigt, weswegen in einer angepassten Tätigkeit lediglich eine Arbeitsfähigkeit zwischen 25 und 50 % bestehe. Tatsächlich sei die Kritik von Dr. A.____ nicht gerechtfertigt. Die Gutachter Dr. F.____ und lic. phil. E.____ hätten unter Berücksichtigung der vorhandenen Akten sowohl die Anamnese als auch die Befunde sorgfältig erhoben und nachvollziehbar begründet, weswegen insbesondere keine Persönlichkeitsstörung vorliege. Aus dem Umstand, dass der Beschwerdeführer sich seit Jahren in Behandlung befinde und eine Wiedereingliederung bislang nicht geglückt sei, lasse sich noch nicht der Schluss ziehen, dass ein ins Gewicht fallendes psychisches Leiden bestehe. Aus verschiedenen Unterlagen könne insbesondere der Schluss gezogen werden, dass beim Beschwerdeführer ein Motivationsmangel bestehe, was invalidenversicherungsgesetzlich nicht von Belang sei (Urk. 2 S. 2 f.).

In der Vernehmlassung vom 18. Oktober 2021 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf weitere Ausführungen zur Sache (Urk. 8), ebenso in der Eingabe vom 24. April 2023 (Urk. 20). 2.2

Der Beschwerdeführer führte in der Beschwerdeschrift vom 10. September 2021 aus, die Beschwerdegegnerin habe gestützt auf die beiden eingeholten Gutachten den Anspruch auf eine Rente verneint. Beide Gutachten seien beweisrechtlich nicht verwertbar. In beiden Fällen habe die Beschwerdegegnerin im Rahmen der unüblich ausführlich formulierten Gutachtaufträge ihre Erwartungen an die Gutachter klar angegeben und ebenso, wie das Gutachten auszufallen habe, was einer Beeinflussung gleichkomme. In der Folge seien die Gutachten so ausgefallen wie die Beschwerdegegnerin dies erwartet habe. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Experten die Begutachtungen ergebnisoffen durchgeführt hätten (Urk. 1 S. 5 f.).

Dr. F.____ habe sich kaum dazu geäußert, weswegen trotz fortgesetzter Bemühungen, auch solcher seitens der Beschwerdegegnerin, eine berufliche Eingliederung nicht gelungen sei. Während des im Abklärungsverfahren durchgeführten Belastbarkeitstrainings sei die Arbeitsleistung in Drucksituationen kaum verwertbar gewesen, es seien in extremem Ausmass Migräneanfälle aufgetreten und im privaten Bereich sei es zu einer Verwahrlosung gekommen. Gleichzeitig hätten die Eingliederungsverantwortlichen die Motivation als intakt beschrieben. Dr. F.____ habe sich mit diesen Informationen nicht auseinandergesetzt, sondern nur mit den weit, das heisst elf Jahre zurückliegenden Erfahrungen aus der beruflichen Abklärungsstelle Appisberg. Generell habe sich der Gutachter einseitig mit den Vorakten auseinandergesetzt, indem er Akteninhalte mit Hinweis auf eine Arbeitsunfähigkeit nicht erwähnt habe oder diesbezüglich von Dekonditionierung oder Selbstlimitierung ausgegangen sei. Die mehrjährige Beobachtung zeige indessen ein anderes Bild. Sodann habe Dr. F.____ keine Persönlichkeitsdiagnostik gemäss ICD-10 durchgeführt, obschon die beiden Gutachter genau dies beim behandelnden Psychiater beanstandet hätten. Letzterer habe dargelegt, dass die Merkmale für eine Persönlichkeitsstörung tatsächlich erfüllt seien. Die betreffenden Kriterien seien bei der Begutachtung nicht aktiv nachgefragt worden, was deren Ergebnis verwische und relativiere (Urk. 1 S. 6-8).

Die Experten von B.____ hätten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt, obschon aus neuropsychologischer Sicht eine rasch nachlassende Ausdauer und Konzentration festgestellt und betont worden sei, die Arbeitsfähigkeit lasse sich grundsätzlich nur mittels einer praktischen Arbeitserprobung feststellen. Auch die

RAD-Ärztin sei anlässlich der Neuanschuldung im April 2017 der Ansicht gewesen, die tatsächliche Arbeitsfähigkeit lasse sich nur mittels eines Arbeits- und Belastungstrainings feststellen. Ein solches Training sei sodann auch erfolgt, jedoch seien die Ergebnisse desselben in der Folge nicht berücksichtigt worden. Die B. ___ -Gutachterin med. pract. G. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Psychiatrie und Psychotherapie, habe - wie auch Dr. F. ___ - keine genügende Persönlichkeitsdiagnostik durchgeführt und sie habe keine Akten- und keine Fremdanamnese vorgenommen. Die Schlussfolgerung der Gutachterin, es sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, stehe in diametralem Widerspruch zu den Berichten der beruflichen Abklärungsstellen. Gleichzeitig enthielten deren Berichte keine Anhaltspunkte dafür, das Arbeitsverhalten des Beschwerdeführers sei nicht einwandfrei motiviert gewesen. Der Einschätzung der Eingliederungsfachpersonen, die Eingliederungsfähigkeit sei nicht gegeben, komme daher umso mehr Bedeutung zu. Widersprüchlich seien die Feststellungen von Dr. G. ___ auch dahin gehend, dass sie die kognitiven Einschränkungen auf einen regelmässigen Konsum von Alkohol, Sedativa und Cannabinoide zurückführe, wohingegen die neuropsychologische Expertin und auch der behandelnde Psychiater festgehalten hätten, das kognitive Ausfallprofil lasse sich weder vor dem Hintergrund einer depressiven Symptomatik noch eines Alkohol- oder Benzodiazepinabusus erklären. Sodann habe Dr. G. ___ auch die Konsistenz nicht nachvollziehbar begründet. Es treffe nicht zu, dass lediglich eine medikamentöse Behandlung stattfinde. Auch eine Psycho- und eine Ergotherapie seien etabliert. Mit Blick auf die Wahrnehmungen der Eingliederungsfachpersonen könne ferner von einem authentischen Leidensdruck, deutlichen Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag, insbesondere auch bei der Erledigung des Haushaltes, und auch von einem erheblichen sozialen Rückzug ausgegangen werden. Zu Unrecht sei die Gutachterin auch von einer fehlenden Motivation ausgegangen. Tatsächlich sei eine solche beispielsweise für eine Tätigkeit in einem Archiv gegeben. Von einer Leistungsfähigkeit von 80 %, wie sie noch im Gutachten der MEDAS-Z. ___ im Jahr 2012 attestiert worden sei, könne allerdings auch in einem ruhigen und geschützten Betrieb mit geringer Stressbelastung und geregelten Arbeitszeiten nicht mehr ausgegangen werden (Urk. 1 S. 9-12).

Die Eingliederungsfachpersonen von K. ___ hätten festgestellt, dass trotz gegebener Motivation weder ein Leistungsaufbau noch ein Ausbau der Präsenzzeit möglich gewesen sei und auch die Ziele der beruflichen Massnahme insgesamt nicht erreichbar gewesen seien. Zum einen seien starke Hauterkrankungen aufgefallen und ebenso Migräneanfälle aufgetreten. Die Flexibilität und die psychische und physische Stabilität seien im Laufe der Massnahme immer geringer geworden und unter der Belastung der Massnahme seien die persönlichen Belange, insbesondere die Besorgung des Haushaltes, zunehmend vernachlässigt und auch keine Freizeitaktivitäten mehr gepflegt worden. Eine Integration auf dem freien Arbeitsmarkt sei so nicht möglich. All diese Umstände und auch die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchungen festgestellten kognitiven Einschränkungen seien nicht hinreichend berücksichtigt worden. Die Beurteilungen durch Dr. F. ___ und Dr. G. ___ seien mithin nicht beweiskräftig. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass bereits aus somatischer Sicht eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit von 70 - 80 % in angepasster Tätigkeit bestehe, rechtfertige es sich, auf die Einschätzung des behandelnden Psychiaters und die Berichte der Eingliederungsberatung abzustellen. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht mehr gegeben (Urk. 1 S. 12-14).

In der Eingabe vom 6. April 2023 ergänzte der Beschwerdeführer, aktuelle neuropsychologische Abklärungen hätten Auffälligkeiten im Sinne eines ADHS und einer Autismus-Spektrum-Störung (Asperger-Syndrom) gezeigt. Diese Ergebnisse passten zur Vorgeschichte. Da die neuen Tatsachen mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stünden, seien sie hier zu berücksichtigen (Urk. 17). 3.

Die letzte materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung, die rechtsprechungsgemäss den zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet (vgl. vorstehende E. 1.7), geht auf die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2013 zurück (Urk. 9/159). Diese wurde im Rahmen des nachfolgenden Rechtsmittelverfahrens bestätigt (Urk. 9/166; vgl. auch Urk. 9/174). Die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 7. Februar 2014 (Urk. 9/169) schloss die Beschwerdegegnerin am 23. Januar 2017 mit einem Nichteintretensentscheid ab (Urk. 9/205). Es erfolgte hier mithin keine materielle Prüfung des Leistungsanspruchs. 4. 4.1

In der Verfügung vom 11. Februar 2013 hatte die Beschwerdegegnerin festgehalten, ohne den Gesundheitsschaden würde der Beschwerdeführer seiner erlernten Tätigkeit als Schreiner nachgehen. Aus gesundheitlicher Sicht weiterhin zumutbar sei ihm eine körperlich leichte und schulterschonende Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von 5 kg und unter Vermeidung von dauerhaften mechanischen Reizen sowie ohne Arbeiten in einer feuchten Umgebung. Eine derart angepasste Tätigkeit sei ihm in einem Umfang von 80 % zumutbar und damit liesse sich ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Aus dem Vergleich von Validen- und Invalideneinkommen resultiere ein Invaliditätsgrad von 36 % (Urk. 9/159/1 f.). 4.2

Das Sozialversicherungsgericht führte sodann mit Urteil IV.2013.00270 vom 14. November 2013 zusammengefasst aus, es sei gerechtfertigt, der Invaliditätsbeurteilung die Schlussfolgerungen im polydisziplinären Gutachten der MEDAS- Z. ___ vom 16. November 2012 zu Grunde zu legen, da dieses als beweiskräftig zu beurteilen sei. Aus rheumatologischer Sicht, das heisse wegen des Schulterleidens, sei die bisherige Tätigkeit als Schreiner nicht mehr geeignet. Es bestehe eine erhebliche Minderbelastbarkeit der linken Schulter und des linken Armes hinsichtlich kraftaufwändiger Verrichtungen und auch für Arbeiten mit dem linken Arm an respektive über der Schulterhorizontalen und ebenso für jegliche körperlich schweren und mittelschweren Arbeiten mit der linken oberen Extremität. In körperlich ausschliesslich leichten und schulterschonenden Tätigkeiten unter gänzlicher Vermeidung des Einsatzes des linken Arms auf oder über der Schulterhorizontalen und unter Einhaltung eines Gewichtslimite von 5 kg sei dem Beschwerdeführer weiterhin ein Arbeitseinsatz von 100 % zumutbar. Zu beachten seien in Bezug auf manuelle Tätigkeiten die dermatologischen Befunde und die dadurch resultierende Behinderung. Aus psychiatrischer Sicht sei aufgrund der subsyndromalen bis leichten Depression und der damit einhergehenden Stressintoleranz bei einer Präsenzzeit von 100 % mit einer Einschränkung von 20 % zu rechnen. Berücksichtigt sei hierbei die medikamentöse Umstellung des Antidepressivums Amitriptylin auf ein besser verträgliches Medikament. In Bezug auf die Kopfschmerzproblematik bestehe retrospektive eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %, jedoch sei ein erhebliches Potential vorhanden, die Migräne vorbeugend und akuttherapeutisch effizienter anzugehen. Aus interdisziplinärer Sicht geeignet sei mithin eine körperlich ausschliesslich leichte Tätigkeit mit einer Gewichtslimite von 5 kg und ohne Einsatz des linken Armes auf oder über der

Schulterhorizontalen. Erforderlich sei sodann der Einsatz in einem ruhigen Betrieb mit wenig Stressmomenten, mit geregelten Arbeitszeiten und Aufgabenfeldern. In einer solchen Tätigkeit könne unter Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigungen ein Arbeitspensum von 80 % geleistet werden (E. 3 f.; Urk. 9/166/5 ff.). Gestützt auf dieses Belastbarkeitsprofil ergab sich in der Folge aus dem Vergleich des Valideneinkommens mit dem Invalideneinkommen, selbst unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 %, ein Invaliditätsgrad von unter 40 % mit der Folge, dass ein Rentenanspruch zu verneinen war (E. 5; Urk. 9/166/11-14). 4.3

Indem das Bundesgericht auf die vom Beschwerdeführer gegen das Urteil IV.2013/00270 vom 14. November 2013 erhobene Beschwerde (Urk. 9/167/2-18) mit Urteil 9C_103/2014 vom 16. Mai 2014 nicht eintrat (Urk. 9/174), wurde der sozialversicherungsgerichtliche Entscheid rechtsverbindlich. Mit der Neuankündigung vom 16. Januar 2017 hat der Beschwerdeführer eine seit der Anspruchsbeurteilung im Jahre 2013 eingetretene Verschlechterung seines gesundheitlichen Zustandes geltend gemacht (Urk. 9/202). Nachdem die Beschwerdeführerin auf das erneute Leistungsgesuch eingetreten ist und Sachverhaltsabklärungen vorgenommen hat, ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob eine auf eine Rente Anspruch gebende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, was der Beschwerdeführer geltend macht, oder ob gemäss dem Standpunkt der Beschwerdegegnerin keine die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Diagnose vorliegt, weswegen der Anspruch auf eine Rente auch weiterhin zu verneinen ist (Urk. 2 S. 2). 5. 5.1

Der Beschwerdeführer macht aus formalen Gründen eine Unverwertbarkeit beider im Abklärungsverfahren eingeholter Gutachten mit der Begründung geltend, in beiden Fällen sei der Gutachtensauftrag auffallend ausführlich formuliert worden. Darin habe die Beschwerdegegnerin ihre Erwartungen an die zu erstattenden Gutachten zum Ausdruck gebracht und insbesondere, wie das Gutachten auszufallen habe. Dies stelle eine unzulässige Beeinflussung dar. Entsprechend seien die Gutachten auch so ausgefallen, wie die Beschwerdegegnerin dies erwartet habe (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. III.1). 5.2

Sowohl der Gutachtensauftrag vom 14. Februar 2019 an die Ärzte von B.____ (Urk. 9/265) als auch derjenige an Dr. F.____ vom 1. März 2021 (Urk. 9/317) enthalten eine ausführliche Darstellung der Ausgangslage, das heisst eine Verfahrenschronologie und inhaltliche Angaben. Danach folgt die eigentliche Fragestellung an die Gutachter. Inwiefern die Beschwerdegegnerin damit respektive darin zum Ausdruck brachte, in welchem Sinne das Gutachten ihrer Auffassung zufolge auszufallen habe, lässt sich nicht nachvollziehen. Weder die Ausführungen zur Ausgangslage noch die Fragestellung lassen einen solchen Schluss zu. Entsprechend begründete der Beschwerdeführer seinen Einwand auch nicht näher. Damit ist weder eine Unverwertbarkeit des B.____-Gutachtens vom 30. September 2019 noch eine solche des Gutachtens von Dr. F.____ und lic. phil. E.____ vom 3. Mai 2021 aus formalen Gründen dargetan. 6. 6.1

Die psychiatrische Gutachterin von B.____, med. pract. G.____, nannte in ihrem Gutachten vom 30. September 2019 keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F13.1), psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F10.1), und psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide, schädlicher Gebrauch, derzeit abstinent (ICD-10 F12.1). Sodann hielt sie fest, das klinische

Zustandsbild des Beschwerdeführers könne keiner Störung auf psychiatrischem Fachgebiet zugeordnet werden. Hinweise auf eine depressive Störung seien aktuell nicht vorhanden. Erwähnung finde die remittierte depressive Störung, da der Beschwerdeführer mit einem Antidepressivum behandelt werde. Auf die erwähnte Schlafstörung sei der Beschwerdeführer nicht weiter eingegangen, weswegen davon auszugehen sei, dass sich diese im Alltag nicht problematisch auswirke. Die Angaben zum Konsum von Temesta seien insgesamt diffus geblieben. Wie lange und in welcher Menge der Beschwerdeführer das Medikament eingenommen habe respektive einnehme, habe nicht geklärt werden können, weswegen ein Missbrauch nicht bestätigt werden könne. Die Schilderungen des Beschwerdeführers über das Kopf an schlagen im Kindesalter seien wenig authentisch gewesen. Der Beschwerdeführer sei sichtlich auf die Reaktion von ihr als Gutachterin bedacht gewesen und habe versucht, sie von einer Tendenz zur Selbstzerstörung zu überzeugen. Weitere Ereignisse dieser Art habe der Beschwerdeführer nicht erwähnt, weswegen davon auszugehen sei, dass im weiteren Verlauf keine Ereignisse dieser Art mehr stattgefunden hätten und somit diesbezüglich nicht von einer Krankheitswertigkeit auszugehen sei (Urk. 9/289/45). Anhaltspunkte für eine Traumatisierung hätten sich nicht ergeben. Der Beschwerdeführer habe keine Symptome geschildert, die in einen Zusammenhang mit einer posttraumatischen Belastungsstörung gebracht werden könnten. Es bestehe ein guter Kontakt zum Bruder, obschon dieser den Beschwerdeführer in der Jugend sexuell missbraucht habe. Ein Leidensdruck oder eine emotionale Bezogenheit sei während der Schilderung nicht spürbar geworden. Die Gesamtheit aller erhobenen Befunde spreche gegen eine Traumatisierung in der Kindheit. Auch eine ängstlich-vermeidend e Persönlichkeitsstruktur des Beschwerdeführers mit misstrauischen Zügen habe in der Untersuchung nicht bestätigt werden können. Das Auftreten in der Untersuchung, die rasche Anpassungsfähigkeit und die Schilderungen mit dem Zweck, verständnisvolle Reaktionen hervorzurufen, widerlegten eine solche Annahme. Das Verhalten mit aktiver korrespondenter Beteiligung spreche für ein hohes Funktionsniveau. Insgesamt könne daher nicht vom Vorliegen eines psychiatrisch relevanten Krankheitsbildes ausgegangen werden. Auch ein Suchtleiden lasse sich nicht objektivieren. Die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung durch lic. phil. H. ___ (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten vom 5. Juli 2019 (Urk. 9/289/54 ff.) festgestellte und als leicht zu bewertende kognitive Einschränkung lasse sich zwar als Folge eines regelmässigen Alkoholkonsums interpretieren, die Laborbefunde aber bestätigten kein Suchtverhalten (Urk. 9/289/46). Nach Abschluss der obligatorischen Schulzeit habe der Versicherte eine Ausbildung zum Schreiner abgeschlossen und habe bis Ende 2014 gearbeitet, zuletzt als Einrahmer von Bildern. Aufgrund der Untersuchung seien die Durchsetzungs- und Durchhaltefähigkeit und die Selbständigkeit als gegeben zu erachten. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, Ansprüche an andere zu stellen und entsprechend der eigenen Vorstellung zu handeln. Der Beschwerdeführer sei aktiv bemüht gewesen, einen ausgeprägten Leidensdruck zu vermitteln, währenddem die Eigeninitiative fehle, um sein Leben aktiv zu verändern. Auffälligkeiten im Sozialverhalten bestünden nicht, auch die familiäre Einbettung sei intakt. Der Beschwerdeführer erhalte von seinem Umfeld umfangreiche Unterstützung. Seine Angelegenheiten regle er selber und benötige dazu keine Hilfestellung. Der Behandlungsverlauf hinsichtlich der früher diagnostizierten Depression sei als positiv zu bewerten. In diesem Zusammenhang bestünden keine wesentlichen Einschränkungen mehr. Die bisherige Behandlung sei auf das depressive Zustandsbild ausgerichtet gewesen. Dieses sei inzwischen remittiert. Der schädliche

Konsum von Alkohol und Medikamenten sei bislang noch nicht therapeutisch angegangen worden (Urk. 9/289/48). Aus psychiatrischer Sicht sei aber insgesamt von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Ausgenommen sei die Zeit einer tagesklinischen Behandlung im Jahr 2016. Für deren Dauer habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 12. März 2017 bis 30. Juni 2018 sei sodann von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % und vom 1. Juli bis 27. Oktober 2018 von einer solchen von 30 % auszugehen, begründet durch das depressive Leiden. Seit dem 28. Oktober 2018 habe keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestanden. Die Arbeitsfähigkeit sei an keine angepasste Umgebung gebunden. Eine rückwirkende Beurteilung des gesundheitlichen Zustandes sei schwierig. Auszuschliessen sei aber eine posttraumatische Belastungsstörung. Die erst spät gestellte Diagnose sei in Anbetracht einer früheren psychiatrischen Behandlung, ohne dass das auslösende Ereignis ansatzweise thematisiert worden sei, kaum glaubhaft. Sollte der erwähnte sexuelle Übergriff durch den Bruder begangen worden sein, sei das ebenfalls geschilderte einwandfreie familiäre Verhältnis nicht nachvollziehbar. Das bisherige psychiatrische Setting jedenfalls sei auf die depressive Symptomatik ausgerichtet gewesen. Dieses Leiden sei zwischenzeitlich remittiert, was auch der behandelnde Psychiater Dr. A. ___ bestätigt habe. Auf fallend sei die hohe Erwartungshaltung des Beschwerdeführers hinsichtlich finanzieller Unterstützung (Urk. 9/289/45-47, Urk. 9/308). 6.2

Der Gutachter Dr. F. ___ hielt im psychiatrischen Gutachten vom 3. Mai 2021 fest, in Anlehnung an die internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 lasse sich festhalten, dass im Rahmen der Untersuchung keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer organischen, einschliesslich einer symptomatischen psychischen Störung, einer Störung durch psychotrope Substanzen, einer Schizophrenie sowie einer schizotypen oder wahnhaften Störung festzustellen gewesen seien. Der Beschwerdeführer habe angegeben, seit rund sechs Jahren kein Cannabis mehr zu rauchen. Eine Alkoholabhängigkeit habe der Beschwerdeführer verneint, was zu den ermittelten Laborresultaten passe. Auch der Konsum von anderen psychotropen Substanzen sei verneint worden. Dies passe zu den Angaben in den Vorakten. Weder bei früheren Begutachtungen noch von den Behandlern sei eine Suchterkrankung im Zusammenhang mit dem Konsum von Alkohol oder Cannabis diagnostiziert worden. Gegenwärtig bestünden noch nicht einmal Anzeichen für einen schädlichen Gebrauch (Urk. 9/327/97 f. Ziff. 6.1).

Bei der aktuellen Untersuchung sei die Grundstimmung euthym gewesen und die affektive Modulationsfähigkeit nicht eingeschränkt und der Beschwerdeführer habe berichtet, dass letztmals im Dezember 2020 Stimmungsschwankungen aufgetreten seien. Meistens gebe es für solche Stimmungsschwankungen einen konkreten Auslöser, in erster Linie, dass er viel alleine sei. Meist würde die schlechte Stimmung aber nicht länger andauern und er könne sich mit Ablenkung wieder auffangen. In dieser Situation könne jedenfalls aktuell nicht von einer depressiven Episode ausgegangen werden. Auch aktenanamnestisch, das heisse unter Bezugnahme auf Berichte seit dem Jahr 2008, seien die Kriterien einer depressiven Symptomatik höchstens vorübergehend erfüllt gewesen (Urk. 9/327/98-100).

Das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung sei in den medizinischen Vorakten verschiedentlich diskutiert worden, namentlich anlässlich der MEDAS- Begutachtung im Jahr 2012 durch den psychiatrischen Experten Dr. med. I. ___ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vgl. Urk. 9/148/42 ff.). Eine entsprechende Diagnose habe dieser dann aber nicht gestellt, sondern er sei unter anderem von psychogenen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen ausgegangen und habe auch

unter Berücksichtigung der damals feststellbaren depressiven Symptomatik schliesslich eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit von 20 % angenommen. Bereits damals habe mit Blick auf die Berichte der mit der Durchführung der Eingliederungsmassnahmen betrauten Institutionen eine erhebliche Diskrepanz zwischen der medizinisch-theoretisch attestierten Arbeitsfähigkeit und der sozialpraktisch ermittelten schwankenden Leistungsfähigkeit bestanden und es sei darin vermerkt worden, der Beschwerdeführer sei der Meinung gewesen, auf eine Teilrente angewiesen zu sein (vgl. die Berichte der BEFAS Appisberg vom 18. März 2010 und von ESPAS vom 19. Oktober 2010 und 7. September 2011; Urk. 9/59, Urk. 9/89, Urk. 9/124). Diese Diskrepanz ziehe sich auch durch die weiteren Akten. Ins Auge falle, dass die Beurteilungen der behandelnden Psychiater, das heisse der vormals behandelnde Arzt Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und hernach Dr. A.____, sich wesentlich an den sozialpraktischen Erfahrungen ausgerichtet hätten, indem im Rahmen der Diagnosestellung dem Umstand Rechnung getragen worden sei, dass die medizinisch-theoretisch zu erwartende Arbeitsfähigkeit sozialpraktisch nicht umgesetzt worden sei. Als Diagnosen genannt worden seien nebst der depressiven Symptomatik eine Dysthymie, eine ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge, eine Traumafolgestörung, eine posttraumatische Belastungsstörung oder auch eine Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Nachvollziehbare Herleitungen für die gestellten Diagnosen fehlten weitgehend. Insbesondere seien Veränderungen bei der Diagnosestellung, das heisst ängstlich-vermeidende Persönlichkeitszüge anstelle der zuvor genannten ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsstörung oder der Entfall der zuvor diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung ohne hinreichende Begründung geblieben. Die für Dr. A.____ bezüglich der psychopathologischen Auffälligkeiten im Vordergrund stehende Störung des Kontaktverhaltens habe weder anlässlich der Begutachtung durch Dr. G.____ noch aktuell bestätigt werden können. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 9/327/123 ff.) hätten sich überdies keine Anhaltspunkte für wesentliche Beeinträchtigungen der kognitiven Fähigkeiten ergeben, sondern es sei eine normvariante Intelligenz mit einem Gesamt-IQ von 100 festgestellt worden. Es sei nur eine minimalste neuropsychologische Hirnfunktionsschwäche eruierbar gewesen. Auch Dr. G.____ sei zum Schluss gelangt, dass abgesehen von der als remittiert zu beurteilenden depressiven Störung keine psychiatrisch relevante Diagnose gestellt werden könne. In der Exploration habe der Beschwerdeführer nach den Feststellungen von Dr. G.____ eine intakte Anpassungsfähigkeit gezeigt und sie habe aus dem Gespräch und dem beobachteten Verhalten auf ein unbeeinträchtigtes Funktionsniveau geschlossen, was für eine entscheidungs- und handlungsfähige Persönlichkeit gesprochen habe (Urk. 9/327/100 -106).

Zu beachten sei überdies, dass Dr. A.____ mit Bezug auf das Gutachten von Dr. G.____ eingewandt habe, es seien darin keine plausiblen Gründe für das Abweichen von den Verlaufsbeobachtungen im Rahmen der Eingliederungsmassnahmen genannt worden. Tatsächlich aber sei auch Dr. A.____ in seiner Beurteilung davon abgewichen, indem er ebenfalls davon ausgegangen sei, es liege ein sekundärer Krankheitsgewinn vor und auch er das Vorhandensein von deconditionierenden und selbstlimitierenden Effekten bejaht habe. Anders als die Eingliederungsfachpersonen, namentlich diejenigen von K.____, die eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt ausgeschlossen hätten, habe auch Dr. A.____ eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt grundsätzlich für zumutbar erachtet, indessen mit einer eingeschränkten Arbeitsfähigkeit. Offen kundige kognitive Defizite bestünden allerdings entgegen der Auffassung von Dr. A.____

nicht. Dies habe die aktuelle neuropsychologische Untersuchung klarerweise gezeigt (Urk. 9/327/106 f.).

Insgesamt lasse sich festhalten, dass keine Hinweise für das Vorliegen einer neuartigen Belastungs- oder somatoformen Störung bestünden und sich insbesondere keine Hinweise für eine posttraumatische Belastungsstörung gezeigt hätten. Eine dafür sprechende Symptomatik habe sich nicht feststellen lassen. Auch Dr. G.____ habe diese Diagnose nachvollziehbar ausgeschlossen

(Urk. 9/327/107-108). Was das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung betreffe, sei erneut zu betonen, dass sich auf der Kontaktebene keine Auffälligkeiten bei der Untersuchung gezeigt hätten. Läge ein derartiger Störung vor, hätte dies aber zwangsläufig der Fall sein müssen. Denn eine Störung dieser Art trete definitionsgemäss andauernd und gleichförmig auf (Urk. 9/327/108). Ausgehend vom akuten Verlauf und unter Ausklammerung der selbstlimitierenden und dekonditionierenden Faktoren falle es beim Beschwerdeführer schwer, eine tiefgreifende und schwer korrigierbare Verhaltens- und Erlebnisrigidität in allen Lebenslagen mit zeitlich überdauernder Beeinträchtigung der sozialen Funktions- und Leistungsfähigkeit festzustellen. Solches ergebe sich weder aus der Schilderung des Tagesablaufs noch bezüglich der übrigen Aktivitäten. Auch im Rahmen früherer Beurteilungen hätten sich keine entsprechenden Anhaltspunkte dafür ergeben. Vom Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung lasse sich daher nicht ausgehen. Diskutieren lasse sich allenfalls das Vorliegen von akzentuierten Persönlichkeitszügen, wobei es sich um eine Z-Diagnose handle, die weder Einschluss- noch Ausschlusskriterien enthalte. Aus der Schilderung des Beschwerdeführers gehe zwar ein Gefühl von Anspannung und Besorgtheit hervor, eine ausgeprägte Sorge aber, in sozialen Situationen kritisiert oder abgelehnt zu werden, eine Abneigung, sich auf persönliche Kontakte einzulassen, ein eingeschränkter Lebensstil wegen des Bedürfnisses nach körperlicher Sicherheit oder die Vermeidung sozialer und beruflicher Aktivitäten, die zwischenmenschliche Kontakte voraussetzen, aus Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung, liessen sich aber aus den Schilderungen des Beschwerdeführers nicht ableiten. Im Gegenteil habe er davon berichtet, dass es ihm schlecht gehen würde, wenn er zu lange alleine sei, und er habe auch über eine erhöhte Sensibilität berichtet und über eine Tendenz, Sachen aufzuschieben und er habe über eine geringe Belastbarkeit unter Druck berichtet (Urk. 9/327/110).

Zusammenfassend ergebe sich, dass eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht gestellt werden könne. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei die remittierte rezidivierende depressive Störung. Die Behandlung der Störung in der Vergangenheit sei erfolgreich gewesen und sie sei seit Jahren remittiert (Urk. 9/327/117 Ziff. 7.4.1). Aktuell nicht erfüllt seien sodann die Kriterien für ein Suchtleiden und es hätten sich auch keine Anhaltspunkte dafür finden lassen, dass der früher betriebene Konsum von Alkohol oder Cannabis zu anhaltenden Beeinträchtigungen geführt habe. Eine gleichmässige Beeinträchtigung des Aktivitätsniveaus in allen Lebensbelangen liege nicht vor. Angesichts der Schilderung des Tagesablaufs sowie der übrigen Aktivitäten seien die in Bezug auf die berufliche Leistungsfähigkeit geltend gemachten Einschränkungen nicht zu beobachten gewesen. Für diesen Bereich seien vom Beschwerdeführer kaum gravierende Einschränkungen beschrieben worden (Urk. 9/327/120-121 Ziff. 8.3.7). Von Seiten der Behandler sei immer wieder mit den neuropsychologischen Einschränkungen argumentiert worden, allerdings bestünden solche nicht, wie auch die aktuellen

Abklärungen erneut ergeben hätten. Es hätten sich eine durchschnittliche Intelligenz mit einem ausgeglichenen Leistungsprofil und nur minimalen neuropsychologischen Hirnleistungschwäche gezeigt, wobei letzteres keine erhebliche Einschränkung begründe (Urk. 9/327/115 Ziff. 7.3.1). Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung seien keine gravierenden Divergenzen oder Widersprüche aufgefallen. Grundsätzlich seien kaum Einschränkungen und Symptome im Alltag beschrieben worden. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung sei explizit eine Symptomvalidierung erfolgt, die unauffällig gewesen sei (Urk. 9/327/116 Ziff. 7.3.2, Urk. 9/327/111 ff.).

Noch einmal sei zur abweichenden Einschätzung von Behandlerseite Stellung zu nehmen. Dr. A. ___ gehe von einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung aus und begründe damit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 %. Eine Persönlichkeitsstörung aber sei in keinem der Vorgutachten genannt worden. In allen Vorgutachten sei ebenfalls keine höhergradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Lediglich im ersten Gutachten (der MEDAS- Z. ___ vom 16. November 2011) sei zum Untersuchungszeitpunkt aufgrund von einer leichten depressiven Episode von einer geringfügig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit um 20 % ausgegangen worden. Das depressive Leiden sei zwischenzeitlich seit längerem remittiert, wovon auch der Behandler ausgehe. Damit lasse sich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr begründen. Die sozialpraktisch abweichenden Erfahrungswerte änderten nichts an der medizinisch-theoretischen Beurteilung. Letztlich sei auch darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer eine Berufsausbildung abgeschlossen und danach für eine gewisse Zeit auch gearbeitet habe. Auch dies spreche gegen die Hypothese einer schweren Persönlichkeitsstörung (Urk. 9/327/116-117 Ziff. 7.3.3). Der Beschwerdeführer sei somit aus psychiatrischer Sicht nicht in seinen erwerblichen Fähigkeiten eingeschränkt (Urk. 9/327/117-118 Ziff. 8.1-8.2). 7.

E. 7

f.). Gestützt auf diese weiteren Abklärungen kamen die Ärzte des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) in ihrer Stellungnahme vom 25. August 2009 (Urk. 9/48) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Schreiner aus orthopädischer Sicht (Schulterbeschwerden) und dermatologischer Sicht (Handekzem) eingeschränkt sei, jedoch in angepasster Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Daraufhin gewährte die IV Stelle mit Verfügung vom 28. August 2009 Berufsberatung und eine Evaluation der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten (Urk. 9/40). Eine erste Abklärung fand anfangs 2010 in der BEFAS Appisberg statt (Urk. 9/59). Ab August 2010 erfolgte bei ESPAS Zürich sodann eine weitere berufliche Abklärung (Urk. 9/74) und darauffolgend ein Arbeitstraining (Urk. 9/81), welches bis Ende Februar 2011 dauerte (Urk. 9/91). Ab März 2011 bis Ende August 2011 absolvierte der Versicherte schliesslich ein Arbeitstraining im Atelier Y. ___

in Zürich (Urk. 9/102, Urk. 9/111). Mit Mitteilung vom 30. August 2011 schloss die IV-Stelle die berufliche Massnahme ab (Urk. 9/121). Gleichentags unterzeichnete der Versicherte einen Arbeitsvertrag beim Atelier Y. ___ mit Arbeitsbeginn ab September 2011 (Urk. 9/122).

Nachdem die IV-Stelle im Hinblick auf die Prüfung des Rentenanspruchs noch weitere medizinische Berichte eingeholt hatte (Urk. 9/127-129), liess sie den Versicherten durch die Ärzte der MEDAS Z. ___ polydisziplinär begutachten (Expertise vom 16. November

2012; Urk. 9/148). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/152-158) verneinte die IV Stelle mit Verfügung vom 11. Februar 2013 mangels eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades einen Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 9/159). Die gegen diese Verfügung erhobene Beschwerde von X.____ wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2013.00270 vom 14. November 2013 ab, soweit es auf diese eintrat (Urk. 9/166). Auf die vom Versicherten dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 9C_103/2014 vom 16. Mai 2014 mangels Bezahlung des Kostenvorschusses nicht ein (Urk. 9/174).

E. 7.1

Bei der Würdigung des Gutachtens von Dr. F.____ ist zunächst zu berücksichtigen, dass es für die zu klärenden Belange umfassend ist, auf einer fachpsychiatrischen Untersuchung beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten, nach Erhebung einer Anamnese und der Befunde abgegeben worden ist (Urk. 9/327/7 ff.). Ergänzt wird das psychiatrische Gutachten durch die neuropsychologische Expertise von lic.

phil

E.____. Diese gründet auf einer neuropsychologischen Untersuchung unter Berücksichtigung der Vorakten, der Erhebung von Anamnese und der Befunde, dies wiederum

unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (Urk. 9/327/124 ff.). Als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie kommt Dr. F.____ für die Erstellung einer psychiatrischen Expertise die nötige Qualifikation zu. Dies trifft ebenso auf den Fachpsychologen für Neuropsychologie lic. phil. E.____ zu (vgl. dazu vorstehende E. 1.5).

Das Nämliche trifft auf das psychiatrische Gutachten von med. pract. G.____ vom 30. September 2019 zu (Urk. 9/289/4 ff.), welches durch die neuropsychologische Expertise von lic. phil. H.____ vom 5. Juli 2019 ergänzt wird (Urk. 9/289/54 ff.). Die Gutachterin führt einen Facharztstitel auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie und lic. phil. H.____ ist Fachpsychologin für Neuropsychologie.

Zu prüfen ist nachfolgend, ob die Ausführungen der Experten in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtend und ob die Schlussfolgerungen begründet sind.

E. 7.2

Der Beschwerdeführer kritisiert in erster Linie, Dr. F.____ habe sich kaum dazu geäußert, weswegen trotz fortgesetzter Bemühungen eine berufliche Eingliederung nicht gelungen sei. Tatsache sei, dass im Rahmen des Belastbarkeitstrainings unter Druck die Arbeitsleistung kaum verwertbar gewesen sei und gleichzeitig auch im privaten Bereich Probleme aufgetreten seien, unter Vernachlässigung administrativer Angelegenheiten. Gleichzeitig hätten die Eingliederungsverantwortlichen die Motivation aber als intakt beschrieben. Damit habe sich Dr. F.____ nicht auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.1).

Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass es nicht Aufgabe des psychiatrischen Gutachters ist darzulegen, weswegen eine berufliche Eingliederung nicht gelingt. Seine Aufgabe ist vielmehr die Klärung, welche Tätigkeiten aus medizinischer Sicht in welchem Umfang zumutbar sind. Was die sozialpraktischen Erfahrungen im Rahmen der

Eingliederungsmassnahme betrifft, hob Dr. F.____ nachvollziehbar hervor, dass die dort gezeigten Leistungen des Beschwerdeführers nicht auf die medizinische Beurteilung übertragbar sind, da sie nicht das objektiv Zumutbare wiedergäben, sondern nur das, was sich der Beschwerdeführer selber subjektiv zumutete oder für zumutbar erachte. Auch Dr. A.____ als behandelnder Arzt habe nicht auf diese Erfahrungen abgestützt, sondern auch dessen Beurteilung fusse auf medizinisch-theoretischen Überlegungen. Weiter legte Dr. F.____ ausführlich dar, dass kein medizinisches Substrat eruiert worden ist, welches das sozialpraktisch beobachtete geringe Leistungsvermögen entsprechend zu erklären vermöchte, da sich keine Befunde für eine depressive Episode, für eine posttraumatische Belastungsstörung oder für eine Persönlichkeitsstörung hätten erheben lassen (Urk. 9/327/107 f.). Richtig ist, dass im Bericht von K.____ vom 9. August 2018 nebst Problemen im Aufbautraining selber auch Schwierigkeiten im privaten Bereich des Beschwerdeführers, das heisst im Haushalt und bei administrativen Belangen erwähnt wurden, indessen handelt es sich hier um die Wiedergabe der Angaben des Beschwerdeführers selber (Urk. 9/260/3). Von psychiatrisch relevanten Befunden kann daher nicht gesprochen werden. Sodann gab der Beschwerdeführer in der Untersuchung bei Dr. F.____ an, dass er in der Lage sei, den Haushalt und seine persönlichen Belange selber zu besorgen und seinen Alltag selbständig zu gestalten (Urk. 9/327/90 f.). Die Verhaltensbeobachtung anlässlich der Untersuchung und die sprachliche Verständigung zeigten keine Auffälligkeiten (Urk. 9/327/93) und auch der erhobene Psychostatus ergab keine wesentlichen Befunde (Urk. 9/327/94 f.), die eine relevante Beeinträchtigung im erwerblichen oder persönlichen Belangen zu erklären vermöchten. Vor diesem Hintergrund ist der Umstand, dass trotz der nach Einschätzung der Eingliederungsverantwortlichen von K.____ vorhandenen Motivation des Beschwerdeführers das Aufbautraining scheiterte (Urk. 9/260/5 f.), aus medizinischer Sicht nicht nachzuvollziehen.

E. 7.3

Der Beschwerdeführer macht sodann geltend, Dr. F.____ habe sich hauptsächlich auf die Beurteilung der BEFAS Appisberg abgestützt, wobei diese Abklärung aber bereits lange zurückliege. Zwischenzeitlich habe sich die Situation verschlechtert. Es wäre zu erwarten gewesen, dass sich der Gutachter vertiefter mit den Eingliederungsbemühungen seit der Neuanmeldung befasst hätte. Insofern seien die Darlegungen von Dr. F.____ selektiv (Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.2 f.).

Richtig ist, dass Dr. F.____ auf den Bericht der BEFAS Appisberg vom 18. März 2010 (Urk. 9/59) Bezug genommen hat (Urk. 9/327/101). Dies trifft aber auch auf die Erfahrungen im Rahmen der beruflichen Massnahme bei K.____ zu (Urk. 9/327/103 f., Urk. 9/327/106). Wie in vorstehender E. 7.2 dargelegt wurde, lassen sich die im Aufbautraining demonstrierten Einschränkungen nicht mit den Untersuchungsergebnissen erklären, was auf invaliditätsfremde Ursachen schliessen lässt. Unbegründet ist dementsprechend die Kritik des Beschwerdeführers, Dr. F.____ habe zu Unrecht den Schluss gezogen, dass aus medizinischer Sicht die Leistungsfähigkeit ohne dekonditionierende und selbstlimitierende Faktoren nicht wesentlich eingeschränkt sei (Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.3). Dekonditionierung ist kein invalidisierender Gesundheitsschaden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_793/2021 vom 30. März 2022 E. 5.3).

Analog verhält es sich mit dem Bericht der Ergotherapeutin N.____ vom 20. August 2021 (Urk. 3/6). Diese beschrieb darin verschiedene hindernde Faktoren, namentlich ein Vermeidungsverhalten verbunden mit dem Gefühl von Überforderung und Angst vor neuen

und unbekanntem Situationen oder Prokrastination bis hin zu Erledigungsblockaden. Über die Ursachen dieses Verhaltens enthält der ergotherapeutische Bericht keine Angaben. Dies zu beantworten ist Aufgabe der medizinischen Fachperson. Dr. F.____ als psychiatrischer Experte hat - wie dargelegt wurde - kein psychisches Leiden mit Krankheitswert feststellen können, das als Ursache in Betracht fällt.

Daran ändert die Stellungnahme von Dr. A.____ vom 27. Juni 2021 zum Gutachten von F.____ nichts, worin der Therapeut zur Begründung der von ihm als eingeschränkt erachteten Arbeitsfähigkeit auf die Erfahrungen im Zusammenhang mit den Integrationsbemühungen verweist (Urk. 9/332/3). Von diesen jedoch kann, worauf in vorstehender E. 7.2 bereits eingegangen wurde, nicht direkt auf die medizinische Beurteilung geschlossen werden. Die Leistungen im Rahmen der Eingliederungsmassnahme sind in erster Linie Ausdruck der subjektiven Leistungsbereitschaft, die sich nicht mit dem aus medizinisch-theoretischer Sicht Zumutbaren decken muss.

E. 7.4

Der Beschwerdeführer bemängelt ferner, der Gutachter Dr. F.____ habe bei seiner Untersuchung auf eine Persönlichkeitsdiagnostik verzichtet (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 2.4 f.). Die Beurteilung durch Dr. F.____ erweist sich insgesamt als sehr detailliert und sorgfältig, unter ausführlicher Bezugnahme auf die Vorakten und insbesondere auf die abweichenden Beurteilungen von früher untersuchenden Ärzten und von behandelnden Ärzten (Urk. 9/327/97 ff.; vgl. auch vorstehende E. 6.2). Dr. F.____ legte nachvollziehbar und schlüssig dar, weswegen er die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht für gegeben erachtet (Urk. 9/327/105

ff.). Entsprechende Diagnosen stellte im Übrigen auch Dr. G.____ im Vorgutachten vom 30. September 2019 nicht (Urk. 9/289/45 ff.). Zusammenfassend gelangte Dr. F.____ nachvollziehbar zum Schluss, dass keine gravierenden Symptome oder Einschränkungen hätten festgestellt werden können und auch die vom Behandler postulierten neuropsychologischen Beeinträchtigungen bestünden nicht (Urk. 9/327/115). Im Zusammenhang mit der Kritik an der fehlenden Persönlichkeitsdiagnostik und zur Untermauerung des Standpunktes, unter einer Persönlichkeitsstörung zu leiden, führte der Beschwerdeführer eine Liste von Kriterien an, die vom Gutachter Dr. F.____ in der Untersuchung nicht nachgefragt worden seien (Urk. 1 S. 8). Dieselben Kriterien finden sich in der Stellungnahme von Dr. A.____ vom 27. Juni 2021. Anhand dieser abstrakten Kriterien allein lässt sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung im Falle des Beschwerdeführers aber nicht begründen. Dr. A.____ unterliess es darzulegen, inwiefern diese Kriterien beim Beschwerdeführer konkret als erfüllt zu betrachten sind (Urk. 9/332/2 f.). Am Untersuchungsergebnis von Dr. F.____ ergeben sich somit keine begründeten Zweifel und es ist vor dem Hintergrund der in der eigenen Untersuchung erhobenen Befunde (Urk. 9/327/93 ff.) und den Ergebnissen der ergänzenden neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 9/327/123 ff.) nicht zu beanstanden, dass Dr. F.____ nebst dem als remittiert zu beurteilenden depressiven Leiden - auch Dr. A.____ war im Bericht vom 28. Oktober 2018 an die Beschwerdegegnerin zum nämlichen Schluss gelangt (Urk. 9/264/1) - folgte, eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lasse sich nicht stellen.

Im Übrigen hob Dr. A.____ in seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2021 selber hervor, das Gutachten von Dr. F.____ weise keine Fehler im Sinne falscher oder fehlerhafter Inhalte auf. Als Mängel aus seiner Sicht nannte Dr. A.____ die unzureichende Persönlichkeitsdiagnostik, eine nur cursorische Ressourcenprüfung und eine unzureichende Berücksichtigung des Längsverlaufs (Urk. 9/332/4). Zum erstgenannten Aspekt wurde in vorstehender E. 7.3 eingegangen und fest gestellt, dass Dr. A.____ das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung nicht nachvollziehbar darzulegen vermochte. Mit Blick auf seine Berichte vom 24. Juni 2016 (Urk. 9/220), vom 12. März 2017 (Urk. 9/219) und vom 28. Oktober 2018 (Urk. 9/264) ist dies auch ohne Weiteres nachvollziehbar. Sie enthalten keine valide Herleitung einer entsprechenden Diagnose. Vom Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung oder Traumafolgestörung - erwähnt noch in den Berichten vom 24. Juni 2016 und vom 12. März 2017 (Urk. 9/219 f.) - geht sodann Dr. A.____ selber nicht mehr aus. Im Bericht vom 28. Oktober 2018 wurde keine solche Diagnose mehr gestellt und eine Kritik an den diesbezüglichen Darlegungen von Dr. F.____ fehlt in der Stellungnahme vom 27. Juni 2021. Entgegen der Auffassung von Dr. A.____ nahm Dr. F.____ sodann ausführlich Stellung zu den aus medizinischer Sicht vorhandenen Ressourcen. Im entsprechenden Abschnitt 7.1.2 (Urk. 9/327/114) in seinem Gutachten verwies er auf die detaillierten Ausführungen Abschnitt 6.1 in seinem Gutachten (Auflistung und Herleitung der Diagnosen; Urk. 9/327/97 ff.). Darin kommt er nachvollziehbar zum Schluss, dass nebst der als remittiert zu beurteilenden Depression kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festzustellen war. Erkenntnisse zu den Ressourcen ergeben sich des Weiteren auch aus dem Abschnitt 7.3 des Gutachtens (Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität; Urk. 9/327/115 f.). Im erwähnten Abschnitt 6.1 des Gutachtens analysierte Dr. F.____ überdies den langjährigen Verlauf aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen, wozu auch die Berichte der behandelnden Ärzte und von Eingliederungsinstitutionen zählen. Damit ist auch dieser Einwand von Dr. A.____ unbegründet. Es verhält sich vielmehr so, dass in seinen Berichten und Stellungnahmen weder eine im Einzelnen begründete Ressourcenprüfung noch eine Analyse des langjährigen Verlaufs zu finden ist (Urk. 9/219 f., Urk. 9/264, Urk. 9/332).

E. 7.5

Im Sinne eines Zwischenfazit lässt sich festhalten, dass an der Begründetheit der Darlegungen des Gutachters Dr. F.____ keine ins Gewicht fallenden Zweifel bestehen. Er weist sich das Gutachten von Dr. F.____ als überzeugend und daher verwertbar, so braucht auf die Kritik des Beschwerdeführers betreffend das Gutachten von Dr. G.____ zuvor verfasste psychiatrische Gutachten (Urk. 1 S. 9 ff.) nicht näher eingegangen zu werden. Festzuhalten bleibt, dass auch sie zum Schluss gelangte, es könne keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, weswegen sie unter Berücksichtigung der Ergebnisse der ergänzenden neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 9/289/54 ff.) von einer insgesamt uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausging (Urk. 9/289/45 u. 56 f.). Die durch lic.

phil. H.____ vorgenommene

ergänzende neuropsychologische Untersuchung zum Gutachten von Dr. G.____ ergab nur leichte kognitive Einschränkungen, die nach Einschätzung von lic. phil. H.____ grundsätzlich keine Einschränkung der allgemeinen Leistungsfähigkeit begründeten, wobei sie zur abschliessenden Beurteilung auf die praktische Arbeitserprobung verwies (Urk.

9/289/63). Soweit eine solche stattfand, insbesondere im Rahmen des Aufbautrainings bei K.____ (Urk. 9/260), ergaben sich aus psychiatrischer Sicht aber keine aussagekräftigen und damit konkret verwertbaren Ergebnisse, worauf Dr. F.____ ausführlich verwies (Urk. 9/327/107). Bei dieser Ausgangslage ist es schliesslich auch nicht zu beanstanden, dass RAD-Ärztin Dr. D.____ zur Auffassung gelangte, es sei auf das Gutachten von Dr. F.____ abzustellen (Urk. 9/334/3). Da die gutachterlichen Schlussfolgerungen, dass kein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht, begründet sind, und die ärztlichen Experten ihre Arbeitsunfähigkeitsschätzung unter Beachtung der massgebenden Indikatoren (Beweisthemen) hinreichend und nachvollziehbar begründet haben (vgl. BGE 145 V 361 E. 4.2.2), erübrigt sich die Durchführung des strukturierten Beweisverfahrens zu Plausibilisierung der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (BGE 145 V 215 E. 7). Nachdem beweiskräftige medizinische Abklärungen vorliegen, sind überdies auch weitere medizinische Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragt hat (Urk. 1 S. 2), entbehrlich.

E. 7.6

Eine Abweichung zwischen Dr. F.____ und Dr. G.____ ergibt sich in dem Sinne, dass Dr. F.____ betreffend den Zeitpunkt der Remission des depressiven Leidens festhielt, es habe schon lange keine depressive Episode mehr bestanden (Urk. 9/327/98). Die Darlegungen von Dr. G.____ enthalten hierzu detailliertere Angaben, wozu unter Bezugnahme auf weitere ärztliche Angaben näher einzu gehen ist.

Gemäss dem Bericht der psychiatrischen Klinik L.____ (L.____) befand sich der Beschwerdeführer dort vom 4. Januar bis zum 30. Juni 2016 wegen einer mittelgradigen depressiven Störung und schädlichem Alkoholkonsum in teilstationärer Behandlung (Urk. 9/220/4-6). Zum Verlauf lässt sich dem Bericht entnehmen, der Beschwerdeführer habe sich in der tagesklinischen Behandlung stabilisieren und sein Wissen im Umgang mit Krisen erweitern und sich zusätzliche Strategien zur Emotionsregulation aneignen können (Urk. 9/220/5). Im ärztlichen Bericht vom 12. März 2017 beurteilte Dr. A.____

die Depression noch nicht als remittiert, sondern ging noch von einer mittelgradigen depressiven Episode aus (Urk. 9/219). Erst im Verlaufsbericht vom 28. Oktober 2018 bezeichnete er die depressive Störung als remittiert (Urk. 9/264/1). Dr. G.____ attestierte in ihrem Gutachten vom 30. September 2019 respektive in der ergänzenden Stellungnahme vom 1. September 2020 aufgrund der depressiven Symptomatik temporär eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit wie folgt: 100 % während der tagesklinischen Behandlung im Jahr 2016, 50 % ab 12. März 2017 bis 30. Juni 2018, 30 % vom 1. Juli bis 27. Oktober 2018 und 0 % ab 28. Oktober 2018. Hier bei stützte sie sich einerseits auf die Angaben von Dr. A.____ und andererseits auf die Dokumentation von K.____ und kam zum Schluss, im Zeitpunkt der Begutachtung sei die Depression eindeutig remittiert gewesen. Für den Zeitraum davor könne eine einflussnehmende psychische Komponente hingegen nicht ausgeschlossen werden (Urk. 9/289/50, Urk. 9/309/1).

Dieser Beurteilung ist zu folgen, da keine nachvollziehbar begründeten ihr widersprechenden ärztlichen Beurteilungen aktenkundig sind und der damalige Verlauf aufgrund zusätzlicher Abklärungen nicht verlässlicher festgestellt werden könnte (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5). Auszugehen ist von einer Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit für die genannten Zeiträume. Mit Blick auf den im Referenzzeitpunkt ermittelten Invaliditätsgrad (vgl. vorstehende E. 4) kann für die Zeit

nach Ablauf der Frist von sechs Monaten seit der Neuanmeldung vom 16. Januar 2017 (Art 29 Abs. 1 IVG) und mit Blick auf Art. 29 Abs. 3 IVG ein vorübergehender Rentenanspruch ab Juli 2017 nicht ausgeschlossen werden. Voraussetzung ist das erfolgreiche Bestehen des Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG zu diesem Zeitpunkt.

Der Antritt der tagesklinischen Behandlung am 4. Januar 2016 und die damit einhergehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % ist geeignet, die Wartefrist gemäss Art. 28 Abs. 1 lit . b IVG auszulösen. Die tagesklinische Behandlung dauerte bis zum 30. Juni 2016 an (Urk. 9/220/4). Für die Zeit danach bis Anfang Januar 2017 ist keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Während der auf den 4. Januar 2016 folgenden zwölf Monate bestand somit durchschnittlich eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %, jedoch dauerte diese hernach nicht mehr im erforderlichen Mindestumfang von 40 % weiterhin an. Damit sind bezogen auf den Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ab 4. Januar 2016 die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit . c IVG nicht erfüllt. Ab dem 12. März 2017 bestand indessen wiederum eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und diese verringerte sich am 1. Juli 2018 auf 30 % und dauerte noch bis zum 27. Oktober 2018 an. Mit Ablauf von zwölf Monaten ab 12. März 2017 gerechnet und mit durchgehender und nach Jahresfrist auch anhaltender Arbeitsunfähigkeit von 50 % ist das Wartejahr als bestanden zu betrachten, weswegen ab März 2018 ein Rentenanspruch in Betracht fällt, dies unter späterer Berücksichtigung der Besserung ab Juli 2018 bis zum Wegfall der Arbeitsunfähigkeit ab 28. Oktober 2018. Die erwerblichen Folgen dieser Arbeitsunfähigkeit sind in nachstehender E. 10 zu prüfen.

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. 8.1

Mit Eingabe vom 6. April 2023 (Urk. 17) reichte der Beschwerdeführer Unterlagen über im Dezember 2022 respektive im Januar 2023 durchgeführte Untersuchungen durch Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, ein (Urk. 18/1-4). Der Beschwerdeführer führte dazu aus, die Abklärungen hätten neuropsychologische Auffälligkeiten ergeben, insbesondere im Sinne eines ADHS und einer Autismus-Störung (Asperger-Syndrom). Es sei anzunehmen, dass diese Diagnosen zur Vorgeschichte passten (Urk. 17 S. 1).

E. 8.2

Unter Bezugnahme auf eine am 6. Dezember 2022 erfolgte Anamnese (Urk. 18/2 S. 1 f.) und eine Schilderung der Beschwerden durch den Beschwerdeführer am 30. Januar 2023 sowie ein nicht näher erläutertes Testverfahren, durchgeführt am 6. Dezember 2022 und am 30. Januar 2023 (Urk. 18/1 S. 2 f., Urk. 18/2 S. 3 f.) hielt Dr. M.____ am 6. Dezember 2022 fest, die neuropsychologische Untersuchung habe unterschiedlich stark ausgeprägte Befunde im Sinne von leichten bis mittelgradigen Beeinträchtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und des verbalen Gedächtnisses gezeigt. Auf der Verhaltensebene seien neben Defiziten im Bereich der Aufmerksamkeit schwerpunktmässig Auffälligkeiten im nonverbalen Bereich und der Interaktion aufgefallen. Die neu

ropsychologischen Befunde einschliesslich der anamnestischen Angaben und der Verhaltensbeobachtung seien zu vereinbaren mit dem Vorliegen einer ADHS. Die Befunde dürften jedoch über eine ADHS-Symptomatik hinausgehen. Das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) sei möglich (Urk. 18/2 S. 5).

Am 30. Januar 2023 hielt Dr. M.____ fest, mit den neuropsychologischen Testbefunden hätten qualitative Defizite in der sozialen Kognition objektiviert werden können. In der Aufgabe zur Theory of

Mind (Faux Pas) hätten sich grund sätzlich vorhandene Kenntnisse über soziale Normen gezeigt. Die Zuschreibung mentaler und affektiver Zustände habe hingegen grosse Mühe bereitet und sei wenig differenziert erfolgt. Das Vorgehen in der Aufgabenbearbeitung sei analy sierend und zeitaufwändig. Der Beschwerdegegner habe jeweils verschiedene Möglichkeiten für kognitive und affektive Zustände durchdacht und gegeneinander abgewogen. Die sachlichen Kontrollfragen seien alle korrekt beantwortet worden. In einer weiteren Aufgabe zur Theory of

Mind (RMET) habe sich eine erhöhte Fehlerzahl und damit eine qualitativ unterdurchschnittliche Leistung in der Zuschreibung emotionaler Zustände gezeigt. Der Lösungsansatz sei analy sierend und ratend gewesen und das Arbeitstempo verlangsamt. Der Beschwerdeführer habe in beiden Aufgaben zur sozialen Kognition berichtet, es sei für ihn schwierig und er könne ohne weitere Informationen keine klare Antwort geben. Teilweise habe er schlichtweg keine Antwort gewusst. Der Beschwerdeführer habe angegeben, eine der beiden Aufgaben (RMET) bereits vorgängig im Internet gelöst zu haben. Die Verhaltensbeobachtung anlässlich der Tests habe eine zum Teil erschwerte Konzentrationsfluktuation und Aufmerksamkeitszuwendung gezeigt. Die Befunde der Screenings zu den sozial-kognitiven Fertigkeiten sowie die eigenanamnestischen Angaben und die Verhaltensbeobachtung sprächen für das Vorliegen einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS; Urk. 18/1 S. 4; vgl. auch Urk. 18/3-4).

E. 8.3

Inwiefern, wie der Beschwerdeführer geltend macht, die Diagnosen zur Vorge schichte passen, bleibt offen. Dies wird in den Darlegungen von Dr. M.____ nicht erörtert. Auch eine Bezugnahme auf vorausgehende ärztliche Beurteilungen, das heisst insbesondere auf die umfassenden psychiatrischen und neuropsychologischen Untersuchungen in den Jahren 2019 und 2021 fehlt.

Auffallend sind die Resultate der im Einzelnen nicht nachvollziehbaren neuropsychologischen Untersuchung vom 6. Dezember 2022, die gemäss den Angaben von Dr. M.____ im Vergleich zu den genannten neuropsychologischen Vorbeug achtungen signifikantere Werte im Sinne von leichten bis mittelgradigen Beein trächtigungen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Exekutivfunktionen und des verbalen Gedächtnisses ergeben haben (Urk. 18/2 S. 5). Mangels einer vergleichenden Analyse mit den früher ermittelten Resultaten liegt indessen eine schlüs sige Erklärung nicht vor. Da es sich aber um Testresultate handelt, die in zeitlich deutlichem Abstand zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. August 2022 (Urk. 2) ermittelt wurden und der richterlichen Beurteilung der Sachverhalt zu Grunde zu legen ist, wie er sich bis zu diesem Zeitpunkt verwirklicht hat (BGE 144 I 11 E. 4.3, 131 V 164 E. 2.1, 125 V 413 E. 1a) , ergibt sich diesbezüglich kein weiterer Handlungsbedarf. Eine allfällige Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes seit Verfügungserlass ist nicht in diesem Verfahren zu prüfen.

Was die weitem durchgeführten Testungen im Sinne der Theory of

Mind betrifft, fällt in Betracht, dass diese, wie den Darlegungen von Dr. M.____ zu entnehmen ist, entscheidend auf den vom Probanden gegebenen Antworten basieren. In den Schlussfolgerungen von Dr. M.____ fehlen Angaben zur Validität des Antwortverhaltens des Beschwerdeführers respektive darüber, inwiefern der Aussagewert gegebenenfalls willentlich gesteuert oder beeinflusst werden kann. Dies wäre umso wichtiger gewesen, als gemäss den Angaben von Dr. M.____ für den Beschwerdeführer die Möglichkeit bestand, mindestens einen der beiden Tests vorgängig bereits über das Internet abzurufen. Vor diesem Hintergrund kann nicht von gesicherten Schlussfolgerungen ausgegangen werden und es bleibt fraglich, ob effektiv von einer ADHS respektive gar von einer Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ausgegangen werden kann oder ob von einer bloss anderen Sachverhaltswürdigung auszugehen ist, die die viel fundierter begründeten Schlussfolgerungen im Gutachten von Dr. F.____ nicht in Zweifel zu ziehen vermag, zumal bei Dr. M.____ eine Auseinandersetzung mit den Darlegungen von Dr. F.____ und auch mit denjenigen weiterer medizinischer Fachpersonen, insbesondere auch den Darlegungen des behandelnden Arztes Dr. A.____, fehlen. Weder von Seiten der behandelnden Ärzte noch von Seiten der bislang in dieser Sache konsultierten Gutachter fand der von Dr. M.____ vertretene diagnostische Ansatz auch nur am Rande Erwähnung. Sodann enthalten die neu eingereichten Unterlagen keine Ausführungen zu den erwerblichen Folgen. Neue Beweise, die am Ergebnis der bisherigen Abklärungen, die den langjährigen Verlauf und insbesondere auch die Sicht der behandelnden Ärzte berücksichtigen, begründete Zweifel aufkommen lassen, liegen nicht vor.

E. 9

Veränderungen aus rheumatologischer Sicht, die bei Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2013

(Urk. 9/159) eine Beeinträchtigung bezüglich körperlich belastender Tätigkeiten bewirkten mit der Folge, dass körperlich belastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar sind (Urk. 9/148/39 f.), wurden weder geltend gemacht noch ergeben sich hierfür aus den Akten entsprechende Anhaltspunkte. Nicht ausgewiesen ist sodann eine ins Gewicht fallende, das heisst andauernde Veränderung der erwerblichen Auswirkung der Kopfschmerzproblematik, die bereits im Rahmen der Abklärungen vor Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2013 und auch davor schon Gegenstand der Abklärungen bildete oder auch eine dauerhafte Beeinträchtigung durch die ebenfalls seinerzeit schon bekannte Hautproblematik (Urk. 9/148/2 ff. u. 9/148/26 ff, Urk. 9/148/53 f.). Die im Bericht von K.____ vom 9. August 2018 beschriebene Akzentuierung dieser Beschwerden im Rahmen des Aufbautrainings (Urk. 9/260/3) blieb soweit aktenkundig zeitlich beschränkt. Ist zusammenfassend kein dauerhaftes psychisches Leiden ausgewiesen, das heisst nach Remission der Depression, und bei Fehlen eines anderweitigen psychischen Leidens (vorstehende E. 7), und hat sich nach Aktenlage auch der übrige Gesundheitszustand seit Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2013 nicht verändert, so liegt mit Bezug auf die später remittierte Depression zwar zunächst ein Revisionsgrund vor und gibt dieser Anlass zu einer befristeten Rente, hernach ist im Vergleich zu 2013 indessen leichtgradig sogar eine Besserung festzustellen, das heisst es ist auch aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster, das heisst schulterschonender Tätigkeit gegeben.

E. 10.1

Vor Erlass der Verfügung vom 11. Februar 2013 hat die Beschwerdegegnerin die zur Feststellung des Invaliditätsgrades erforderlichen Vergleichseinkommen ermittelt. Das Valideneinkommen hat sie auf Fr. 73'558.85 und das Invalideneinkommen auf Fr. 47'419.35 festgelegt. Beim Invalideneinkommen hat sie insbesondere einen leidensbedingten Abzug von 5 % berücksichtigt und auf diesem Wege einen Invaliditätsgrad von 36 % ermittelt (Urk. 9/150/1-2). Im Beschwerdeverfahren nach Anfechtung der Verfügung vom 11. Februar 2013 erfolgte im Urteil IV.2013.00270 vom 14. November 2013 eine Überprüfung dieser Berechnung mit leichter Anpassung. Das für 2010 massgebende Valideneinkommen wurde auf Fr. 69'639.60 und das Invalideneinkommen auf Fr. 58'812.-- bezogen auf ein Vollzeitpensum respektive auf Fr. 47'049.60 bezogen auf die damals verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Der leidensbedingte Abzug von 5 % der Beschwerdegegnerin wurde nicht beanstandet, aber letztlich die Einkommenseinbusse gestützt auf den vom Beschwerdeführer geltend gemachten Abzug von 10 % ermittelt, woraus ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 39 % resultierte (Urk. 9/166/11-14).

E. 10.2

Eine Veränderung der erwerblichen Bemessungsfaktoren hat der Beschwerdeführer weder bei der Neuanmeldung vom 16. Januar 2017 (Urk. 9/202) noch später im Abklärungsverfahren geltend gemacht und für eine solche Veränderung ergeben sich ebenso wenig aus den Akten konkrete Anhaltspunkte. Daher sind die beiden Vergleichseinkommen an die Nominallohnentwicklung bis 2018 anzupassen. Für 2018 ist von einem Valideneinkommen von Fr. 73'169.-- auszu gehen (Fr. 69'639.60 : 2'151 x 2'260; vgl. Bundesamt für Statistik, Entwicklung der Nominallöhne, Konsumentenpreise und der Reallöhne, 2010-2022, Tabelle T39, Männerlöhne; abrufbar im Internet). Das Invalideneinkommen (basierend auf einem Vollzeitpensum) erhöht sich gestützt auf dieselben Berechnungsfaktoren bis 2018 auf Fr. 61'792.-- (Fr. 58'812.-- : 2'151 x 2'260). Unter Berücksichtigung des im Urteil IV.2013.00270 vom 14. November 2013 als ausgewiesen beurteilten leidensbedingten Abzuges von 5 % (Urk. 9/166/14) beläuft es sich auf Fr. 58'702.--.

E. 10.3

Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, das heisst ab März 2018, bestand aufgrund der depressiven Symptomatik auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % und vom 1. Juli 2018 eine solche von 30 % und ab 28. Oktober 2018 war der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht wieder voll arbeitsfähig (vgl. vorstehende E. 7.6). Ab März 2018 ist somit von einem Invalideneinkommen von Fr. 29'351.-- (50 % von Fr. 58'702.--). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 73'169.-- resultiert eine Erwerbseinkommenseinbusse von Fr. 43'818.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 60 % entspricht. Dies gibt ab März 2018 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

Ab Juli 2018 verringerte sich die Arbeitsunfähigkeit auf 30 %. Diese Besserung ist gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Massgebender Zeitpunkt für die Anpassung der Rente ist somit der 1. Oktober 2018. Ausgehend von einer Arbeitsunfähigkeit von 30 % beläuft sich das

Invalideinkommen auf Fr. 41'091.-- (70 % von Fr. 58'702.--). Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 73'169.-- resultiert eine Erwerbs einbusse von Fr. 32'078.--, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 44 % entspricht. Dies gibt ab Oktober 2018 Anspruch auf eine Viertelrente.

Vom 28. Oktober 2018 an bestand aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Da auch aus somatischer Sicht der uneingeschränkten Verwertung der Restarbeitsfähigkeit in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit nichts im Wege steht (vgl. vorstehende E. 9) und nach Massgabe von Art. 88a Abs. 1 IVV bestand ab Februar 2019 kein Anspruch auf eine Rente mehr.

Da mit Bezug auf die Neuanschuldung vom 16. Januar 2017 ein vorübergehender Rentenanspruch ausgewiesen ist, ist die Beschwerde in diesem Sinne teilweise gutzuheissen. Im Übrigen aber ist die Beschwerde abzuweisen, da die Anspruchsvoraussetzung zum Bezug einer Invalidenrente weiterhin nicht erfüllt sind.

E. 11.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) auf Fr. 900.-- festzusetzen. Entsprechend dem Verfahrensausgang sind sie beiden Parteien im Verhältnis von 6/9 (Fr. 600.--) dem Beschwerdeführer und zu 3/9 (Fr. 300.--) der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 11.2

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine « Überklage » nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1 und 8C_500/2020 vom 9. Dezember 2020 E. 4.4).

Weder liegt ein ziffernmässig bestimmtes Rechtsbegehren vor (Urk. 1 S. 2) noch kann davon ausgegangen werden, dass für die Prüfung des befristeten Rentenanspruchs allein der nämliche Aufwand erforderlich gewesen wäre. Der Beschwerdeführer hat damit Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Im weitergehenden Umfang ist der unentgeltlichen Rechtsvertreterin für ihren Aufwand und ihre Auslagen eine Entschädigung zu Lasten der Gerichtskasse zuzusprechen.

Mit Eingaben vom 29. Dezember 2021 und 5. Mai 2023 reichte die unentgeltliche Rechtsvertreterin betreffend ihren Aufwand und die Auslagen die abschliessende Aufstellung ein (Urk. 13, Urk. 23). Den Aufwand bezifferte sie abschliessend auf 18,45 Stunden und für die Auslagen beantragte sie eine Entschädigung im Umfang von 3 % des Aufwandes (Urk. 23 S. 1 u. 2). Trotz der Schwierigkeit der Streitsache und dem Umstand, dass zwei psychiatrische Gutachten zu würdigen waren, erweist sich der geltend gemachte Aufwand als überhöht, insbesondere mit Blick auf den Aufwand von 11,66 Stunden für die Beschwerdeschrift (Urk. 13 S. 2). Diese umfasst total 15 Seiten, wobei sich die Ausführungen inhaltlicher Art auf deren 12 beschränken. Dies rechtfertigt die Kürzung des Aufwandes um insgesamt zwei Stunden auf insgesamt 16,45 Stunden. Damit beläuft sich die Entschädigung unter Berücksichtigung des praxisgemässen Ansatzes von Fr. 220.- pro

Stunde auf Fr. 3'619.--. Zuzüglich der Auslagenentschädigung von 3 % und der Mehrwertsteuer von 7,7 % beträgt die Entschädigung Fr. 4'015.--.

Im Umfang von 3/9 entsprechend Fr. 1'338.-- (Auslagenersatz und Mehrwertsteuer inbegriffen) hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, wobei die Beschwerdegegnerin diese direkt an die unentgeltliche Rechtsvertreterin ausbezahlen hat. Im Umfang von 6/9 entsprechend Fr. 2'677.-- (Auslagenersatz und Mehrwertsteuer inbegriffen) steht der unentgeltlichen Rechtsvertreterin eine Entschädigung zu Lasten der Gerichtskasse zu. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. August 2020 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer

ab dem 1. März 2018 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und ab dem 1. Oktober 2018 bis und mit Januar 2019 Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer zu sechs Neunteln sowie der Beschwerdegegnerin zu drei Neunteln auferlegt.

Zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen IV-Stelle nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'338.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang wird die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, mit Fr. 2'677.-- (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: - Rechtsanwältin Lotti Sigg -
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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber Grieder-MartensWilhelm

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