

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00685 vom 31. August 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2021.00685](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00685)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00685 du 31 août 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00685 del 31 agosto 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 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. 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. 1.4**

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hier nach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

#### **E. 1.5**

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 Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 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 revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 201

### **E. 2**

Mit Schreiben vom 15. November 2021 (Urk. 4) leitete die IV-Stelle das Schreiben des Versicherten vom 15. Oktober 2021 (Urk. 1) als Beschwerde zuständigkeits halber dem hiesigen Gericht weiter. Gestützt auf die mit Verfügung vom 23. November 2021 (Urk. 6) angesetzte Frist zur Beschwerdeverbesserung beantragte der Versicherte mit Eingabe vom 7. Dezember 2021 (Urk. 8) die Zusprache der gesetzlichen Leistungen nach IVG. Mit Eingabe vom 10. Dezember 2021 beantragte der nun vertretene Versicherte die Zusprache der gesetzlichen Leistungen nach IVG. Die IV-Stelle sei zu verpflichten, mit ihm umfassende, zweckmässige berufliche Massnahmen durchzuführen und im Anschluss neu zu verfügen. Eventuell sei der Streitgegenstand an die IV-Stelle zur Neubeurteilung zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 9 S. 2). Am 5. Januar 2022 (Urk. 13) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. Januar 2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 17). Mit Replik vom 18. Januar 2022 (Urk. 15) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Mit Eingabe vom 9. Februar 2022 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf eine Duplik (Urk. 18), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 22. Februar

2022 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 20). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

und 9C\_253/2017 vom 6. Juli 2017 E. 2.2.1, je mit weiteren Hinweisen).

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_645/2017 vom 23. Januar 2018 E. 4.3.2 mit Hinweis; Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 132 zu Art. 28a). 6.2

Das interdisziplinäre

Gutachten datiert vom 22. Juni 2020. Ab diesem Zeitpunkt erlauben die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung zur Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter. Damals war der am 4. Juli 1963 geborene Beschwerdeführer rund 57 Jahre

alt und damit noch nicht in einem Alter, in dem eine Verwertbarkeit nicht mehr als realistisch erscheint: Selbst eine verbleibende Aktivitätsdauer von rund fünf Jahren bis zum Erreichen des AHV-Pensionsalters schliesst die Verwertbarkeit der verbleibenden Restarbeitsfähigkeit für sich alleine nicht aus (vgl. BGE 143 V 431 E. 4.5.2 mit Hinweis; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_28/2017 vom 19. Juni 2017 E. 5.2 mit Hinweis). Zudem ist auch aufgrund der hochprozentigen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Selbsteingliederung zumutbar. Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat wiederholt darauf hingewiesen, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 3.2 und 6.3 mit Hinweisen). 6.3

In Bezug auf die beantragten beruflichen Massnahmen ist festzuhalten, dass

der Beschwerdeführer bis zum Erlass des Vorbescheids vom 11. August 2021 keine Eingliederungsmassnahmen, sondern eine Rente beantragt hat. Erst nach Ablauf der Einsprachefrist hat er mit Schreiben vom 17. Oktober 2019 (Urk. 14/147; Datum falsch, Eingang bei der Beschwerdegegnerin am 24. September 2021, vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 14/147) solche beantragt.

Mit Schreiben vom 11. November 2021 (Urk. 14/152) nahm die Beschwerdegegnerin zum Antrag auf berufliche Massnahmen Stellung. Damit präsentiert sich der Sachverhalt anders als in der Beschwerde dargelegt (vgl. Urk. 9 Rz 7) und eine Verletzung des rechtlichen Gehörs und von Art. 29a der Bundesverfassung durch die Beschwerdegegnerin

(vgl. vorstehend E. 2.2) ist nicht ersichtlich.

Nachdem seitens des behandelnden Psychiaters eine Eingliederungsfähigkeit verneint wurde (vorstehend E. 4.7) und der Beschwerdeführer auch gegenüber dem Gutachter Dr. I. \_\_\_ grosse Einschränkungen bezüglich seiner Arbeitsfähigkeit äusserte (Urk. 14/117/41, Urk. 14/117/45,

Urk. 14/117/49), hat die Beschwerdegegnerin zu Recht keine Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. 6.4

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer im Eventualstandpunkt beantragte Rückweisung zur Neubeurteilung bleibt festzuhalten, dass angesichts der umfassenden medizinischen Aktenlage einschliesslich eines beweiskräftigen und psychiatrischen Gutachtens nicht davon auszugehen ist, dass weitere Abklärungen neue, für die Beurteilung des vorliegenden Falles entscheidende Erkenntnisse liefern könnten. Auf weitere Abklärungen ist demnach im Sinne der antizipierten Beweiswürdigung zu verzichten (BGE 122 V 157 E. 1d). 6.5

Nach dem Gesagten besteht kein Anspruch auf eine Rente. Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.7.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. 7.2

Nach Gesetz und Praxis sind in der Regel die Voraussetzungen für die Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung erfüllt, wenn der Prozess nicht aussichtslos, die Partei bedürftig und die anwaltliche Vertretung notwendig oder doch geboten ist (Art. 29 Abs. 3 BV; BGE 135 I 1 E. 7.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_686/2020 vom 11. Januar 2021 E. 1).

Mit Eingabe vom 10. Dezember 2021 (Urk. 9) beantragte der Beschwerdeführer die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege (S. 2). Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und der Beschwerdeführer bedürftig ist (Urk. 9, Urk. 16/1-2), ist ihm antragsgemäss (Urk. 9) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die dem Beschwerdeführer auferlegten Gerichtskosten sind demnach einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) aufmerksam gemacht.

Sofern der Beschwerdeführer mit seinem Gesuch um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege auch die unentgeltliche Rechtsvertretung verlangt, ist darauf hinzuweisen, dass das Sozialversicherungsgericht nach seiner bundesgerichtlichen bestätigten Praxis nur patentierte Anwältinnen und Anwälte zur unentgeltlichen Rechtsvertretung zulässt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_246/2012 vom 17. August 2012). Da der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers nicht über das Anwaltspatent verfügt (vgl. den Briefkopf in Urk.

## **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, er werde bald 60 Jahre alt und benötige aufgrund seines Alters professionelle Unterstützung für die Reintegration in den Arbeitsmarkt (Urk. 9 Rz

5). Die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör und Art. 29a der Bundesverfassung verletzt, indem sie jegliches Beratungsgespräch betreffend berufliche Massnahmen verweigert habe (Urk. 9 Rz

## **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist vorliegend, ob sich der anspruchrelevante Sachverhalt im Vergleichszeitraum seit Erlass der Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 14/70) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. September 2021 erheblich beziehungsweise in einer für den Rentenanspruch massgeblichen Weise verändert hat. 3.

## **E. 3**

E. 3.1.2). 1.

### **E. 3.1**

Die rentenabweisende Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 14/70) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der Medizinischen Abklärungsstelle (Medas) A.\_\_\_\_ GmbH vom 23. Mai 2016 zuhanden der

Beschwerdegegnerin. Das Gutachten umfasste die Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Psychiatrie, Neuropsychologie sowie Neurologie (Urk. 14/49/1-23; Teilgutachten Rheumatologie Urk. 14/49/26-34; Teilgutachten Psychiatrie Urk. 14/49/35-51 ; Teilgutachten Neuropsychologie Urk. 14/49/52-59; Teilgutachten Neurologie Urk. 14/49/60-63). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0), DD: dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom, keiner differenzierten Diagnose zuordbar, sowie einen zurzeit nicht klassifizierbaren Schwindel (S. 20).

Im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, wurde zusammenfassend ausgeführt, in ausschweifender Ausfüh rung werde vom Versicherten ein Ganzkörperschmerz an allen Tagen berichtet, dazu schlafe er nachts nur 2 ½ Stunden. Der Versicherte habe ein Verhalten im Zusammenhang mit auch thematisierten Schwindelerlebnissen demonstriert, das überwiegend geprägt gewesen und einzuordnen sei anhand von zum Teil grotesken Diskrepanzen und unspezifischen Verhaltensmustern. So sei auch die klinische Untersuchung des Bewegungsapparates nicht in allen Teilen aussagekräftig wegen thematisierten «Schwindelgefühlen». Es lasse sich aber ein entzündliches spezifisches Leiden oder eine anderweitig differenzierte Störung aus dem rheumatologischen Formenkreis ausschliessen. Die Gegenüberstellung und Wertung des funktionalen Verhaltens des Versicherten vor, während und nach der Expertise zeige auch keine Hinweise auf relevante morphologische Störungen oder Einschränkungen. Die Kriterien für eine Fibromyalgie-Symptomatik seien nicht erfüllt. Es werde ein chronisch erlebtes und auch nicht immer nachvoll ziehbar demonstriertes Körpererleben diagnostiziert, welches aus rheumatologischer Sicht keiner differenzierten Diagnose oder spezifischem Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis zuordbar sei. Für die frühere respektive eine angepasste Verweistätigkeit bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 16).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, geht zusammenfassend hervor, dass der Beschwerdeführer über Krämpfe im Kopf und Vergesslichkeit berichtet habe. In der Familie gebe es öfters Streitigkeiten, er bekomme manchmal Schwindel, «falle dabei um». Er schlafe 2 ½ Stunden pro Nacht. Eine eigentlich psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe zu keinem Zeitpunkt stattgefunden. Die Beschwerdeschilderungen seien diffus, auf psychiatrischem Gebiet fehlten sämtliche Details einer spezifischen Störung. Eine Diskrepanz liege zum Beispiel dahingehend vor, dass der Beschwerdeführer nach langer Anfahrt den ganzen Gutachtensnachmittag mit verschiedenen Untersuchungen verbringe mit Gang zum Labor und zurück. Dies sei nicht vereinbar mit der Vorstellung, dass der Beschwerdeführer zu Hause von der Familie gestützt werden müsse beim Duschen oder gar auf dem WC. Konsistenzparameter nach Widder seien in einigen Punkten positiv. Wahrscheinlicher sei Aggravation, nämlich die bewusstseinsnahe, ten den ziell überhöhende Darstellung vorhandener Beschwerden zur Erlangung von auch materiellen Vorteilen. Die diffuse Schmerzsymptomatik begleitet von Miss empfindungen und Schwindelanfällen sei möglicherweise im Rahmen einer Konfliktsituation am Arbeitsplatz entstanden, zumindest bestehe eine Exazer bation in diesem Rahmen. Es werde eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54) diagnostiziert. Aus diesen Störungsbildern entstehe keine dauerhafte

Behinderung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit. Für einfach strukturierte Arbeiten ohne Konflikt potenzial bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % infolge einer qualitativen Leistungsminderung (S. 16).

Aus dem neuropsychologischen Teilgutachten von lic. phil. Neuropsychologin D. \_\_\_ geht zusammenfassend hervor, dass vom Beschwerdeführer subjektiv Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite beschrieben würden mit Beginn vor zirka 10 Jahren und einer Verschlechterung seit 2-3 Jahren. Des Weiteren würden Schwindel, «Kopfkrämpfe» und Schlafprobleme erwähnt. In Art und Ausprägung bestehe eine nicht authentische kognitive Minderleistung in allen untersuchten kognitiven Bereichen. Bezüglich Glaubwürdigkeit gebe es klare Hinweise auf eine bewusste, grobe Verfälschung der Befunde. Würden die Resultate valide sein, würde der Beschwerdeführer eine kognitiv äusserst schwer eingeschränkte Person sein, was dem Bild einer mittelschweren bis schweren oder schweren Demenz entsprechen würde. Negative Antwortverzerrungen seien belegbar, so dass kein gültiges Testprofil habe erhalten werden können. Ob eine kognitive Störung (zum Beispiel als Symptom einer psychischen Problematik oder bei Schmerzen) den noch vorhanden sei, könne aufgrund der eingeschränkten Anstrengungsbereitschaft des Beschwerdeführers nicht beurteilt werden. Die Art und Intensität der objektivierten Defizite sei zudem auch nicht mit den in der Literatur zu findenden Störungen bei milden Schädelhirntraumen oder chronischen Schmerzen vereinbar (S. 17 oben).

Aus dem neurologischen Teilgutachten von Dr. med. E. \_\_\_ , praktischer Arzt, geht zusammenfassend hervor, dass der Beschwerdeführer seit mindestens 10 Jahren an einem chronischen täglichen Ganzkörperschmerzsyndrom leide. Aufgrund der Anamnese, der Semiologie der Schmerzen und des normalen Neurostatus bestünden derzeit keine Anhaltspunkte für eine Läsion des peripheren und/oder zentralen Nervensystems als mögliche Ätiologie. Ausserdem leide er an «Schwindel». Aufgrund der sehr schwierig zu erhebenden Anamnese und des normalen Neurostatus sei es zurzeit wirklich unmöglich, diesen Schwindel zu klassifizieren. Aus neurologischer Sicht liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Es werde auf ausgeprägte Diskrepanzen bei der Untersuchung verwiesen (S. 17 Mitte). Der neurologische Gutachter nannte als Diagnosen ein chronisches tägliches Schmerzsyndrom mit Schmerzen im ganzen Körper mit Schwerpunkt im Rücken sowie einen zurzeit nicht klassifizierbaren Schwindel mit anamnestischen häufigen Stürzen (Urk. 14 /49/60-63 S. 4 Ziff. 5).

Interdisziplinär werde festgestellt, dass die Begutachtungen von Aggravationen und auch mangelnder Kooperation geprägt gewesen seien. Trotzdem lasse sich festhalten, dass sich keine Hinweise auf ein wesentliches somatisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit finden liessen. Dies decke sich durchaus mit den Vorbefunden und einer 2015 durchgeführten Begutachtung. Die Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung gründe sich auf die diffuse Schmerzsymptomatik, begleitet von Missempfindung und Schwindelanfällen, einem subjektiven Schmerzsyndrom über Jahre bestehend, möglicherweise exazerbiert im Rahmen der Arbeitsplatzsituation. Alleine aus dem psychiatrischen Krankheitsbild könne eine qualitative Leistungseinschränkung von 20 % angegeben werden bei einer vollen zeitlichen Präsenz (S. 20).

Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich um eine einfach strukturierte Tätigkeit in Wechselpositionen, somit eine angepasste Tätigkeit. Hierfür bestehe eine volle Leistungsfähigkeit mit einer qualitativen Minderung von 20 %. Retrospektiv könne diese Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2014 angesetzt werden, als es nach Arbeitsplatzkonflikt

vermutlich zur Exazerbation der subjektiven Schmerz symptomatik gekommen sei (S. 22).

### **E. 3.2**

Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte mit Stellungnahme vom 11. Juni 2016 (Urk. 14/59/4-5) aus, es werde empfohlen, auf das Gutachten der Medas abzustellen. Es sollte von einem leichten bis mässigen psychiatrischen für die Arbeitsfähigkeit relevanten Gesundheitsschaden mit Beurteilung/Belastungsprofil gemäss Gutachten ausgegangen werden.

### **E. 3.3**

Nach Verfügungserlass führte med. pract. G.\_\_\_\_,

praktischer Arzt und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, mit Bericht vom 6. September 2017 (Urk. 14/74/4-5) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit dem 16. Juni 2017, und nannte als Diagnose eine schwere depressive Episode, mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen. Der Beschwerdeführer werde in Konsultationen zu mindestens einer Stunde Dauer im Abstand von etwa zwei Wochen behandelt. Bisher habe keine nennenswerte Zustandsveränderung erreicht werden können. Mittelfristig (in den nächsten Monaten) werde es wohl kaum zu einer Zustandsverbesserung kommen (S. 2).

### **E. 3.4**

Med. pract. G.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 5. April 2018 (Urk. 14/75/4-5) als Diagnosen eine schwere depressive Episode, mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen sowie einen Status nach mehreren Schädelhirntraumen mit deutlichen neuropsychologischen Defiziten. Den Beschwerdeführer sehe er in einem engmaschigen Behandlungssetting zirka alle zehn Tage. Die Konsultationen würden von einem Übersetzer begleitet und dauerten zirka eine Stunde. Der Beschwerdeführer sei aufgrund starkem Antriebsmangel, deutlichen Konzentrationsstörungen und fehlender psychischer Belastbarkeit zu 100% in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Er nehme motiviert mit Übersetzer eine engmaschige ambulante Behandlung wahr. Da er gemäss neuropsychologischem Gutachten nichts Neues mehr lernen könne und aufgrund von Schmerzen und Schwindel würde ein (teil-)stationärer Aufenthalt mit einem strukturierten Ganztagsprogramm für ihn nicht zumutbar sein (S. 1).

### **E. 3.5**

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 27. März 2017 einen Rentenanspruch mit der Begründung, dass aus versicherungsmedizinischer Sicht weder eine psychiatrische noch eine körperliche Einschränkung mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege.

### **E. 3.6**

Das hiesige Gericht erwog, dass sich die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers der Medas-Gutachter als schlüssig erweist (Urk. 14/77/20 E. 4.8). Bei einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20% habe die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch zu Recht verneint (Urk. 14/77/23 E. 5.3 f.).

### **E. 3.7**

Das Bundesgericht schützte diesen Entscheid mit Urteil vom 8. Januar 2019 (Urk. 14/83).  
4. 4.1

Seither sind die folgenden, wesentlichen Berichte zu den Akten genommen worden:

Die Fachpersonen des Sanatoriums H.\_\_\_\_ berichteten am 5. Februar 2019 (Urk. 14/87/8-10) über eine stationär-psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers vom 3. Januar bis 5. Februar 2019 und nannten als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung

, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (S. 1).

Von medikamentöser Seite sei eine Aufdosierung von Lamotrigin erfolgt. Aufgrund der Sprachbarriere seien längere Gespräche nur mit Hilfe eines Dolmetschers möglich gewesen. Der Beschwerdeführer habe ein sehr passives Verhalten mit einem externalisierenden Krankheitsverständnis gezeigt. Er sei auf seine somatischen Beschwerden fixiert gewesen, habe immer wieder von Schwindelgefühlen und thorakalen Beschwerden berichtet. Die im Hause durchgeführten Troponin - und EKG-Untersuchungen seien unauffällig gewesen, sodass die thorakalen Schmerzen am ehesten im Rahmen der bereits bestehenden Schmerzstörung interpretiert worden seien (S. 2 oben). 4.2

Med. pract . G.\_\_\_\_

nannte mit Bericht vom 13. März 2019 (Urk. 14/87/2-6) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - rezidivierende depressive Störung mit schwerer depressiver Episode, mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen seit mindestens 2017 - Status nach mehreren Schädelhirntraumen mit deutlichen neuropsychologischen Defiziten - ICD-10 F06.8 seit mehreren Jahren - chronischer Schwindel sowie Kopfschmerzen

Seit 15. Juni 2017 bestehe in jeder Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.3). Es bestünden neben körperlichen Einbussen auch Einbussen des Antriebes, der Konzentration, der Wachheit und kognitiven Einbussen (Ziff. 3.4) .

Med. pract . G.\_\_\_\_ nannte mit Bericht vom 2. Oktober 2019 (Urk. 14/97) dieselben Diagnosen wie im vorherigen Bericht (Ziff. 1.2). Der Zustand des Beschwerdeführers habe sich trotz einer intensiven verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapie sowie einer maximalen ausgebauten Psychopharmakotherapie kaum verändert. Ihm müsse eine schlechte Prognose gestellt werden (Ziff. 3.3). Es bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (Ziff. 4). 4.3

Die Fachpersonen des Sanatoriums H.\_\_\_\_ nannten mit vorläufigem Austrittsbericht vom 11. Oktober 2019 (Urk. 14/117/83-84) als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) ,

mit histrionischer Persönlichkeitsakzentuierung (S. 1

Mitte ). Vom 4. bis 14.

Oktober 2019 habe eine stationäre Behandlung stattgefunden (S. 1 oben).

Die Fachpersonen des Sanatoriums H.\_\_\_\_ nannten mit vorläufigem Austrittsbericht vom 3. Februar 2020 (Urk. 14/117/85-86 ) als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1; S. 1). 4.4 4.4.1

Am 22. Juni 2020 erstattete n Dr.

med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und dipl. psych. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie und für Psychotherapie FSP, ihr

bidisziplinäres Gutachten in den Fachrichtungen Psychiatrie und Neuropsychologie zuhanden der Beschwerdeführerin. Dabei nannten sie

in ihrer Konsensbeurteilung folgende psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/117/15 Ziff. 4.2.1): - Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) mit histrionischen und impulsiven Zügen bei Verdacht einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit histrionischen und impulsiven Anteilen - iatrogen schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1) mit differentialdiagnostischer Erwägung einer entsprechenden Abhängigkeit (ICD-10 F13.2)

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Simulation (ICD-10 Z76.5) von Erinnerungslücken, welche auch unter erheblichem und fortgesetztem Gebrauch von Sedativa oder Hypnotika nicht plausibel seien und auch nicht durch das Vorliegen eines Persönlichkeitsakzents (ICD-10 Z73.1) oder einer Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) erklärbar werden würden (Urk. 14/117/15 Ziff. 4.2.2). Eine Simulation beschreibe das bewusstseinsnahe (ICD-10 Z76.5) Vortäuschen von Krankheitssymptomen aus offensichtlicher Motivation (Rentenbegehren). Erkennbar werde eine Simulation durch die während der Untersuchung beobachtbare Steuerbarkeit (Urk. 14/117/14 oben).

Eine neuropsychologische Diagnose hielten sie nicht fest. Sie führten aus, es sei keine Differenzierung möglich. Es würden qualitativ und quantitativ nicht authentische neurokognitive Störungen in allen untersuchten Domänen vorliegen. Es sei von Aggravation, teilweise auch von Simulation kognitiver Einschränkungen (quantitativ und qualitativ) auszugehen (Urk. 14/117/15 Ziff. 4.2.3).

Die aktenkundige Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) lasse sich aufgrund im Vordergrund stehender Schmerzäußerungen des Beschwerdeführers und aufgrund des Fehlens häufig wechselnder körperlicher Symptome nicht bestätigen. Die aktenkundige Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren lasse sich nicht nachvollziehen, weil sich eine andernorts klassifizierbare Krankheit weder internistisch noch neurologisch oder rheumatologisch bestätigen lasse. Aufgrund einer fehlenden Beschreibung von Verhaltensmerkmalen lasse sich die aktenkundige Diagnose einer schweren (oder mittelgradigen) depressiven Episode (ICD-10 F32.2) nicht begründen. Da weder symptomfreie noch symptomarme Intervalle aktenkundig seien, sei auch kein episodisches Krankheitsgeschehen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) ausgewiesen (Urk. 14/117/15 Ziff. 4.2.4).

Zur Gesamtarbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, unter Berücksichtigung der Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht sei derzeit - und nach Bereinigung simulativer Effekte (ICD-10 Z76.5) - von einer leichten Einschränkung der Partizipation und Teilhabe auszugehen, entsprechend einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit (5-6 normproduktive Arbeitsstunden täglich bei einer uneingeschränkten Fähigkeit zur Anwesenheit, entsprechend 8 Stunden täglich). Diese Beurteilung sei auch retrospektiv bis zum massgeblichen Zeitpunkt vom 15. Juni 2017 anzuwenden (Urk. 14/117/19 Ziff. 4.9).

Eine angepasste Tätigkeit sei als eine einfach strukturierte Hilfstätigkeit ohne Publikumsverkehr und ohne hohe Teamabhängigkeit der Arbeitsprozesse zu definieren. Es sei davon auszugehen, dass die letzte, angestammte Tätigkeit die genannten Kriterien einer angepassten Tätigkeit erfülle ( Urk. 14/117/ 19 Ziff. 4.8.1 ). 4.4.2

Im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens führte Dr. I.\_\_\_\_ aus , a aufgrund der Mini-ICF-APP Erhebung sei nach Bereinigung der Simulation (ICD-10 Z76.5) und des Aggravationsverhaltens in der Gesamtschau von einer maximal leichten, persönlichkeitsdeterminierten Einschränkung in leidensangepasster Tätigkeit auszugehen. Gemäss Konsens entspreche eine leichte funktionelle Einschränkung einer Reduktion der Produktivität um einen Drittel (medizinisch zumutbare Fähigkeit zur uneingeschränkten Anwesenheit bei leichtgradiger Verminderung der Produktivität, 70%ige Arbeitsfähigkeit; Urk. 14/117/ 64). 4.4.3

Dipl. psych. J.\_\_\_\_

nannte im neuropsychologischen Teilgutachten vom 9. Juni

2020 (Urk. 14/11

#### **E. 7**

ff.). Die rechtlichen Voraussetzungen für berufliche Massnahmen sowie Wiedereingliederungsmassnahmen seien erfüllt (Urk. 9 Rz

23). Gemäss den behandelnden Fachärztinnen und Psychiatern leide er an Krankheiten, die eine Arbeitsfähigkeit ausschliessen würden (Urk. 9 Rz

16). Vorliegend weise die Beschwerdeführerin die Feststellungen des Gutachtens pauschal zurück, ohne nachvollziehbare Begründung und ohne inhaltliche Auseinandersetzung (Urk. 15 Rz 5).

#### **E. 8**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, führte mit Stellungnahme vom 4. August 2021 (Urk. 14/134/9-11) aus, in allen Gutachten seien keine relevanten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden. Zusätzlich werde in allen Gutachten Aggravation beschrieben. In allen Berichten des Behandlers wie auch bezüglich des Klinikaufenthalts seien die Diagnose einer schweren depressiven Störung gestellt worden, die allerdings jeweils aufgrund der psychopathologischen Befunde nicht nachvollzogen werden konnten. Insgesamt zeige sich beispielhaft, dass die Behandler auf subjektive Angaben des Beschwerdeführers abstellten (S. 3). 5. 5.1

Das hiesige Gericht erkannte dem Medas -Gutachten vom 23. Mai 2016 mit Urteil vom 16. August 2018 vollen Beweiswert zu, was vom Bundesgericht geschützt wurde (vgl. vorstehend E. 3.6 f.) . Deshalb ist für die Beurteilung, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Erlass der Verfügung vom 27. März 2017 (Urk. 14/70) erheblich beziehungsweise in einer für den Rentenanspruch

massgeblichen Weise verändert hat, das Medas -Gutachten als Vergleichsbasis heranzuziehen.

Der psychiatrische Medas -Gutachter Dr. C.\_\_\_\_

diagnostizierte eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) und eine dysfunktionale Krankheitsverarbeitung (ICD-10 F54). Diese gründe sich auf die diffuse

Schmerz symptomatik, begleitet von Missempfindung und Schwindelanfällen, einem subjektiven Schmerzsyndrom über Jahre bestehend, möglicherweise exazerbiert im Rahmen der Arbeitsplatzsituation. Interdisziplinär gingen die Medas -Gutachter aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes von einer 20%igen Leistungseinschränkung infolge einer qualitativen Leistungsminderung bei voller zeitlicher Präsenz aus, dies seit Oktober 2014. Sie hielten fest, dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit um eine einfach strukturierte Tätigkeit in Wechselpositionen handle, somit eine angepasste Tätigkeit. In psychiatrischer Hinsicht wurde Aggravation vermutet. 5.2

Mit diesem Sachverhalt ist derjenige zu vergleichen, welcher der hier angefochtenen Verfügung zugrunde liegt. Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das

bidisziplinäre Gutachten von Dr.

I. \_\_\_ und d ipl. psych. J. \_\_\_ und ging von keiner erheblichen Veränderung aus (vorstehend E. 2.1). Der Beschwerdeführer machte geltend, gemäss den behandelnden Fachärztinnen und Psychiater leide er an Krankheiten, die eine Arbeitsfähigkeit ausschliessen würden (vorstehend E. 2.2).

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre

Gutachten von Dr. I. \_\_\_

und d ipl. psych. J. \_\_\_

(vorstehend E.

4. 4 ) wurde unter Berücksichtigung der Akten, Erhebung der Anamnese und Durchführung umfassender Abklärungen erstattet und vermag den Anforderungen an den Beweiswert einer medizinischen Expertise (vgl. vorstehend E. 1. 7 ) vollumfänglich zu genügen. Die Gutachter nannten

nach genauer und sorgfältiger Abklärung als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) mit histrionischen und impulsiven Zügen bei Verdacht einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F61) mit histrionischen und impulsiven Anteilen sowie einen iatrogen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.1) mit differentialdiagnostischer Erwägung einer entsprechenden Abhängigkeit (ICD-10 F13.2). Insbesondere vermochte Dr. I. \_\_\_ genau aufzuzeigen, auf grund welcher Beobachtungen von Simulation ausgegangen werden müsse (vgl.

S. 49 ff. des psychiatrischen Teilgutachtens). Sie kamen zum Schluss, es sei von einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit angestammt und angepasst auszugehen (bei Anwesenheit 8 h täglich ; vorstehend E. 4.4.1 ). 5.3

Die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen .

Zur von den Fachpersonen des Sanatoriums H. \_\_\_ und des behandelnden Psychiaters genannten

Diagnose einer schweren (oder mittelgradigen) depressiven Episode hielt Dr. I. \_\_\_ nachvollziehbar fest, da weder symptomfreie noch symptomarme Intervalle aktenkundig seien, sei auch kein episodisches Krankheitsgeschehen im Sinne einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33) aus gewiesen (vgl. vorstehend E. 4.4.1 ). Zudem seien

von den Fachpersonen des Sanatoriums H.\_\_\_\_ ausschliesslich subjektive Beschwerden aufgelistet worden, die Beschreibung einer depressionskongruenten Verhaltensbeobachtung fehle. Da der Diagnose einer schweren depressiven Episode grundsätzlich eine vorwiegende Fremdbeurteilung zugrunde liege, lasse sich die Hauptdiagnose der ICD-10 F32.2 Störung nicht nachvollziehen. Ferner bleibe unklar, wie Anamnese und Befund erhoben wurden, ein Dolmetscher werde erwähnt, gleichzeitig aber nicht dargelegt, ob es sich um eine professionelle und daher unparteiliche Übersetzung gehandelt habe. Zwei erwähnte suchterzeugende Präparate ( Alprazolam und Clonazepam ) würden nicht diskutiert (Urk. 14/117/ 36). Auch die von den Ärzten der L.\_\_\_\_ nach der Begutachtung diagnostizierte schwere depressive Episode wurde nicht hinreichend begründet. So waren die einzigen auffälligen Befunde, dass der Beschwerdeführer affektiv niedergeschlagen und traurig gewesen sei (vgl. vorstehend E. 4.6 ).

Zudem legten die Gutachter zutreffend dar, dass die in einem Bericht der Fachpersonen des Sanatoriums H.\_\_\_\_ erwähnte histrionische Persönlichkeitsakzentuierung (vgl. vorstehend E. 4.3) sich zwar übereinstimmend mit dem vorliegenden Gutachten darstelle, aber im dortigen Bericht nicht durch Befundangaben beziehungsweise durch Angaben des Kontaktverhaltens begründet werde (vgl.

Urk. 14/117/16 Ziff. 4.4). Weiter lagen die Gutachten den behandelnden Fachpersonen nicht vor.

Soweit me d. pract . G.\_\_\_\_

wie bereits im letzten Verfahren eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. E. 3.13 und E. 3.15 des Urteils des hiesigen Gerichts vom 16. August 2018 , IV.2017.00550), erscheint dies wiederum nicht nachvollziehbar. Dr. I.\_\_\_\_ nahm auch zu den Berichten von me d. pract . G.\_\_\_\_

umfassend Stellung (vgl. Urk. 14/117/37-38) und erwähnte insbesondere den Umstand, dass vorwiegend subjektiv geäusserte Beschwerden und normabweichende psychopathologische Items ohne angemessene Differenzierung zwischen Selbst- und Fremdbeurteilung dargelegt worden seien (Urk. 14/117/37 unten) .

Schliesslich ist zu berücksichtigen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1). 5.4

Vorliegend stellt sich die Frage, ob es überhaupt zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes gekommen ist, da im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom Jahr 2016

im Wesentlichen derselbe Gesundheitszustand beschrieben wird wie im interdisziplinären Gutachten von Dr. I.\_\_\_\_

und dipl. psych. J.\_\_\_\_

vom Jahr 2020. Während 2016 eine Einschränkung von 20 % angenommen wurde, kamen die Gutachter nun zum Schluss, es liege eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 70 % vor.

Dr. C.\_\_\_\_

(vgl. Urk. 14/49/42-43) als auch Dr. I.\_\_\_\_

(Urk. 14/117/58-60) verneinten Bewusstseins- und Orientierungsstörungen. Auch Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen konnten beide nicht beobachten. Das formale Denken beurteilte Dr. C.\_\_\_\_ als geordnet, keine Störungen im Sinne von gehemmt, im Gespräch nicht verlangsamt erscheinend, selten umständlich, wenig eingeengt, nicht perseverierend. Dr. I.\_\_\_\_ hielt formale Denkstörungen im Sinne einer leichten Gehemmtheit, Verlangsamung, Umständlichkeit und Einengung und Perseveration («laut» sprechen) fest. Befürchtungen und Zwänge stellte Dr. C.\_\_\_\_ keine fest, soweit dies explorierbar war. Dr. I.\_\_\_\_ konnte Befürchtungen und Zwänge aufgrund eines nicht authentischen Antwortverhaltens des Exploranden nicht beurteilen. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, Wahnerleben sei nicht nachweisbar, es gebe keinen Hinweis auf Sinnestäuschungen und kein Hinweis auf Ich-Störungen. Dr. I.\_\_\_\_ gelangte zum selben Schluss. Dr. C.\_\_\_\_ hielt zur Affektivität fest, der Beschwerdeführer sei in ihrer Untersuchung weniger gereizt und leicht klagsam, jedoch nicht jammerig. Dr. I.\_\_\_\_ stellte eine zeitweilig auftretende und rasch fluktuierende dysphorische Gereiztheit sowie eine Klagsamkeit (Beschwerdeäusserungen und selbstdeklarierte funktionelle Einschränkungen) in mittelgradiger Ausprägung fest. Gemäss Dr. C.\_\_\_\_ bestand keine Affektlabilität, gemäss Dr. I.\_\_\_\_ war eine solche in leichter Ausprägung vorhanden. Beide hielten Insuffizienzgefühle fest. Unter Antriebs- und psychomotorische Störungen erwähnten beide Gutachter einzig theatralisches Verhalten. Beide Gutachter stellten keine zirkadianen Besonderheiten fest. Beide Gutachter erwähnten sozialen Rückzug. Dr.

C.\_\_\_\_ verneinte Aggressivität, Suizidalität und Selbstverletzung. Dr. I.\_\_\_\_ beobachtete eine Aggressivität, und ihm wurde von Suizidalität und Selbstverletzungen berichtet. Beide verneinten Hinweise auf Mangel an Krankheitsgefühl und Mangel an Krankheitseinsicht.

Im Medas -Gutachten von 2016 wurde Aggravation des Beschwerdeführers erwähnt (vgl. vorstehend E. 3.1). Auch im Rahmen der neusten Begutachtung wurde Aggravation und teilweise auch Simulation kognitiver Einschränkungen

festgestellt (vorstehend E. 4.4.1).

Der psychiatrische Gutachter Dr. I.\_\_\_\_ ging auch vom selben medizinischen Sachverhalt wie noch 2016 aus. Zum psychiatrischen Medas - Gutachten hielt Dr. I.\_\_\_\_ fest, es beschreibe Persönlichkeitsmerkmale, welche zumindest mit einem Persönlichkeitsakzent vereinbar seien (ICD-10 Z73.1), ein solcher welcher werde diagnostisch aber nicht festgehalten. In Übereinstimmung mit seinem Gutachten gelange das Medas -Gutachten zur Beurteilung einer nicht massgeblich eingeschränkten Leistungs- und Arbeitsfähigkeit. Es zeige Abweichungen bezüglich Diagnostik und funktioneller Herleitung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit Abweichungen zur Beurteilung des vorliegenden Gutachtens auf. Diese Abweichungen erklärten sich wiederum durch eine unterschiedliche Interpretation des gleichen medizinischen Sachverhalts (Urk. 14/117/34).

Der behandelnde Psychiater med. pract. G. \_\_\_ nannte im März 2019 mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode mit Verdacht auf bereits langjährige Chronifizierung (ICD-10 F32.2) mit somatischen Symptomen (vgl. vorstehend E. 4.2) dieselbe Diagnose wie bereits 2017 und 2018 (vorstehend E. 3.3 f.) und ging wiederum von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Auch dieser Umstand - soweit überhaupt darauf abgestellt werden kann - spricht für einen unveränderten Sachverhalt. Angesichts der im Juni 2021 nur noch als mittelgradig eingestuften depressiven Episode und des Umstandes, dass er dem Beschwerdeführer nun immerhin eine Tätigkeit im geschützten Rahmen für zwei Stunden täglich zutraute (vgl. vorstehend E. 4.7), bestehen sogar Hinweise, dass er von einem verbesserten psychischen Zustand ausging. Dementsprechend ist ein Revisionsgrund zu verneinen.

Hinzuzufügen ist, dass auf ein strukturiertes Beweisverfahren verzichtet werden kann: Steht fest, dass eine anspruchsausschliessende Aggravation oder ähnliche Konstellation im Sinne der Rechtsprechung gegeben ist, erübrigt sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_520/2019 vom 22. Oktober

2019 E. 6.1 und 9C\_371/2019 vom 7. Oktober

2019 E. 5.1.2). 5.5

Aber selbst wenn eine Verschlechterung zu bejahen wäre, wäre nach wie vor gestützt auf das Gutachten von Dr. I. \_\_\_

von einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit auszugehen, was sich, wie nachfolgend zu zeigen ist, nicht anspruchrelevant auswirkt.

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog.

Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs

massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundes gerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3 mit Hinweisen). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls ent spricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichti gung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentver gleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundes gerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

Bei einer mindestens 70%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer ange passten Tätigkeit resultierte demnach ein Invaliditätsgrad von 30 % und es bestünde nach wie vor kein Rentenanspruch. 6. 6.1

Der Beschwerdeführer machte geltend , er werde bald 60 Jahre alt und benötige aufgrund seines Alters professionelle Unterstützung für die Reintegration in den Arbeitsmarkt (vorstehend E. 2.2).

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Ein kommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln (Art. 16 ATSG; BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis). Dabei ist nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten auszugehen. Es können nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind. An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten si nd jedoch rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_910/2011 vom 30. März 2012 E. 3.1 mit Hinweis; vgl. BGE 138 V 457 E. 3.1). Der ausgeglichene Arbeits markt umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeits angebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nur noch in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesge richts 8C\_434/2017 vom 3. Januar 2018 E. 7.

## **E. 9**

S. 1 , wonach der Rechtsver treter nicht als Anwalt zugelassen ist ) ,

ist eine unentgeltliche Rechtsvertretung des Beschwerdeführers nicht möglich. Das Gericht beschliesst: 1. In Bewilligung des Gesuchs vom

## **E. 10**

Dezember 2021 wird de m Beschwerdeführer die un entgeltliche Prozessführung gewährt ; 2. Das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung wird abgewiesen ; und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichts kasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4

GSVGer hingewiesen. 3 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic . iur . Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 4 .

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensKeller

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