

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00150 vom 20. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00150

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00150 du 20 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00150 del 20 marzo 2017

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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da der frühest mögliche Rentenanspruch vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 entstanden ist, sind 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

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben

eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.4

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

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

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

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, her abgesetzt 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 viel mehr 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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten

Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 11. März 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Februar 2022 (Urk. 2) und beantragte die Zusprache einer ganzen Rente, eventualiter die Rückweisung zur weiteren medizinischen Abklärung (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 28. April 2022 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 17. Mai 2022 mitgeteilt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 7. Februar 2022 (Urk. 2) führte die Beschwerdegegnerin aus, aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe seit Dezember 2019 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Chauffeur für Hotelgäste. Nach der Anpassung des Arbeitsplatzes durch den ehemaligen Arbeitgeber sei der Beschwerdeführer in einem Pensum von 80 % als Bell-Boy tätig gewesen, was einer angepassten Tätigkeit entspreche. In dieser angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Aus versicherungsmedizinischer Sicht werde am Medas-Gutachten festgehalten und es gebe keinen Anlass, weitere medizinische Abklärungen durchzuführen. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 22 %, was keinen Rentenanspruch begründe. Die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer sodann aufgrund des Alters nach wie vor möglich, da er diese Tätigkeit bis Ende September 2020 bei seinem ehemaligen Arbeitgeber ausgeübt habe. Auch auf berufliche Massnahmen bestehe kein Anspruch (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 28. April 2022 (Urk. 5) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, auch wenn zu Gunsten des Beschwerdeführers sein höchstes erwirtschaftetes Einkommen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung und das Invalideneinkommen nach LSE mit dem höchstmöglichen Abzug von 25 % bemessen würde, entstünde noch immer kein Rentenanspruch (S. 2 Rz 7). Auch das Durchführen eines strukturierten Beweisverfahrens würde nicht zur Annahme eines langandauernden IV-relevanten Gesundheitsschadens führen (S. 3 Rz 8).

E. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), im Gutachten werde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes beschrieben, ohne diese je doch näher zu diskutieren (S. 8 Rz 26-27). Die Annahme, wonach er in der angestammten Tätigkeit als Bell-Boy im Umfang von 80 % arbeitsfähig sei, entbehre jeglicher Grundlage (S. 9 Rz 30). Es sei erstellt, dass das Arbeitsverhältnis gekündigt worden sei, weil er im Rahmen seiner angestammten und auch an angepassten Tätigkeiten keine adäquate Arbeitsleistung mehr erbringen könne (S. 9 Rz 31). So könne sicherlich nicht vertreten werden, dass er bei einem neuen Arbeitgeber als Bell-Boy eine arbeitsmarktgerechte Leistung erbringen könne (S. 9 Rz 32). Offensichtlich könne nicht von einer Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ausgegangen werden. Diese gutachterliche Feststellung sei aktenwidrig und könne in Anbetracht der Aktenlage nicht zur Anspruchsbeurteilung herangezogen werden (S. 10 Rz 35). Das Zumutbarkeitsprofil einer Verweistätigkeit sei nicht im Detail abgeklärt

worden (S. 10 Rz 37). Gemäss den Ausführungen im Gutachten sei er energielos, weise kognitive Störungen auf, habe ausgeprägte Dauerschmerzen, Schwindel und Schlafstörungen, sei stress- und belastungsintolerant, habe Konzentrationsstörungen und sei antriebslos. Dennoch solle er zu 80 % in der angestammten Tätigkeit leistungsfähig sein. Dieser gesundheitliche Zustand erlaube auch keine Verweistätigkeit (S. 11 Rz 38-39). Das Medas -Gutachten sei sodann dem RAD nicht einmal zur Stellungnahme vorgelegt worden (S. 11 Rz 40). Es handle sich dabei um das Gutachten des Krankentaggeldversicherers, welches auf die Beurteilung von kurz- und mittelfristigen Leistungen ausgerichtet sei und sich nicht an sozialversicherungsrechtlichen Kriterien orientiere (S. 12 Rz 42). Das Gutachten beruhe sodann auf einer Untersuchung im April 2021, wobei die Beschwerdegegnerin im November 2021 über den Leistungsanspruch entschieden habe, ohne aktuelle medizinische Berichte der behandelnden Fachärzte einzuholen und mit dem Gutachten abzugleichen (S. 12 f. Rz 46). Obwohl im psychiatrischen Teilgutachten eine Leistungseinschränkung von 20 % bezogen auf ein Vollpensum in angepasster Tätigkeit attestiert worden sei, sei die Beschwerdegegnerin zum Schluss gelangt, dass kein Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (S. 13 Rz 47). Schlussendlich liege keine Verwertbarkeit mehr vor. Er sei im Zeitpunkt der gutachterlichen Abklärung 59 Jahre alt gewesen, ohne Berufsausbildung und habe während 29 Jahren im Hotel Y.____ als Chauffeur und Bell-Boy gedient. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit werde er keinen Arbeitgeber mehr finden, der ihn für eine geeignete Verweistätigkeit einstellen werde (S. 14 Rz 53-54).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist vorliegend der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente und damit verbunden die Frage, ob sich seit Erlass der Verfügung vom 20. März 2017 eine anspruchrelevante Veränderung ergeben hat (vgl. vorstehend E. 1.5).
3. 3.1

Im Rahmen der ersten Rentenbeurteilung wurde der Beschwerdeführer im Auftrag des Krankentaggeldversicherers am 7. November 2016 durch Dr. med. Z.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachtet. In seinem Gutachten vom 10. November 2016 (Urk. 6/3/13-29) nannte Dr. Z.____ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15): - leichte depressive Episode, möglicherweise im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.0/F33.1), DD organische affektive Störung - undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. Z.____ sodann psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen im Sinne von psychischen und Verhaltensstörungen durch Tabak, Abhängigkeitssyndrom, gegenwärtig aktiver Substanzgebrauch (S. 15). Im Vordergrund der aktuellen Beschwerden stünden ausgeprägte Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen im Sinne von Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, gedrückte, depressive Stimmungslage, Energielosigkeit und Müdigkeit. Darüber hinaus bestünden diverse somatische Beschwerden wie Völlegefühl und Magen-Darm-Probleme. Es sei davon auszugehen, dass es sich um eine durchaus authentische Beschwerdeschilderung handle. Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe keine Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionseinschränkungen ergeben. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liege nicht vor. Auch von einem Scheitern der ambulanten oder stationären Therapie könne nicht gesprochen werden. Gegenwärtig bestehe keine leitliniengerechte

psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Auf grund der unklaren diagnostischen Zuordnung werde dringend eine weitere somatische Abklärung empfohlen. Zusammenfassend würden die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich schlüssiges, konsistentes Bild ergeben (S. 14). In der zuletzt in einem Pensum von 100 % ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur im Y.____ Grand Hotel bestehe aufgrund der möglichen Eigen- und Fremdgefährdung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der Arbeitsplatz sei dem Beschwerdeführer gegenwärtig bis zur weiteren Abklärung nicht zumutbar (S. 15 f. Ziff. 2). Die angestammte Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer auch bei keinem anderen Arbeitgeber zugemutet werden (S. 16 Ziff. 3). In einer angepassten Tätigkeit mit reduziertem Kundenkontakt, der Möglichkeit, sich zurück zuziehen, sowie aufgrund der reduzierten kognitiven Flexibilität und den vor getragenen Konzentrationsstörungen ohne hohe Anforderungen an kognitive Funktionen, insbesondere ohne Erfordernis einer dauerhaften Aufmerksamkeit und Konzentration und ohne Überwachungsarbeiten, sei der Beschwerdeführer zumindest zu 50 % arbeitsfähig (S. 16 Ziff. 4). Es würden dringend weitere somatische Abklärungen empfohlen, um gegebenenfalls eine organische Ursache der im Vordergrund stehenden chronischen Müdigkeit abzuklären. Im Weiteren sollte eine Anpassung der medikamentösen Behandlung erfolgen. Nach Anpassung der Therapie sei spätestens innerhalb von acht Wochen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen (S. 16 f. Ziff. 6). 3.2

In seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2017 hielt RAD-Arzt med. pract . A.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, es liege mit über wiegender Wahrscheinlichkeit kein längerdauernder, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden vor. Die Arbeitsunfähigkeit von aktuell 100 % als Hotelchauffeur sei begründet mit vom Beschwerdeführer genannter, aber nicht objektivierbarer Einschränkung der Konzentration. Vom Gutachter werde zur Objektivierung eine Abklärung der Fahrtauglichkeit empfohlen (Urk. 6/11 S. 3). 3.3

Gestützt auf diese Aktenlage verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 20. März 2017 (Urk. 6/13) einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 4. 4.1

Im Nachgang der Neuanmeldung vom 28. Januar 2019 (Urk. 6/14) wurden die folgenden medizinischen Berichte eingereicht. 4.2

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, nannte in ihrem Bericht vom 4. Oktober 2018 folgende , verkürzt wiedergegebene Diagnosen (Urk. 6/14/4-7 S. 1): - wahrscheinliche Fibromyalgie - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - metabolisches Syndrom - rezidivierende Candida Infekte - anamnestisch Refluxösophagitis - Lymphknoten peripankreatisch - Fingerpolyarthrose

Seit dem Tod des Vaters im Jahre 2015 bestünden diffuse, wechselnd vorhandene Schmerzen im gesamten Körper, wobei vorwiegend die Muskeln betroffen seien und mit einer Schwäche wie auch Fiebergefühl und diversen anderen Begleiterscheinungen einhergingen. Nach Ausschluss diverser anderer Diagnosen komme am ehesten eine Fibromyalgie in Frage. Es werde weiterhin Gesprächstherapie und die Durchführung einer schmerzdistanzierenden Behandlung empfohlen, weiter werde ein Versuch mit Akupunktur gestartet (S. 3). Ursprünglich habe der Beschwerdeführer als Chauffeur im Hotel Y.____ gearbeitet. Von zirka Juli 2016 bis Mai 2017 sei er arbeitsunfähig gewesen und habe dann langsam wieder zu arbeiten begonnen. Aktuell sei er in einem Pensum von 80 % im

Empfang des Hotels beschäftigt (S. 2).

Am 7. Dezember 2018 hielt Dr. B.____ fest, unter der Akupunktur habe sich keine Veränderung eingestellt, so dass die Behandlung abgebrochen worden sei (Urk. 6/14/12-13 S. 2). 4.3

In seinem Bericht vom 28. Januar 2019 (Urk. 6/14/1-3) führte der bereits früher behandelnde (vgl. Urk. 6/2 Ziff. 6.3) Psychotherapeut C.____, Praktischer Arzt, bei im Wesentlichen bekannten Diagnosen (S. 1 f.; vgl. vorstehend E. 4.2) aus, seit der Ablehnung des letzten IV-Antrages habe sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers erheblich verschlechtert. Als er noch gesund gewesen sei, habe er in einem vollen Pensum gearbeitet, aufgrund der medizinischen und psychiatrischen Beschwerden sinke seine Arbeitsfähigkeit kontinuierlich (S. 2). 4.4

Nach einer Erstkonsultation im Schmerzambulatorium des Universitätsspitals D.____ nannten die Ärzte in ihrem Bericht vom 13. Mai 2019 insbesondere folgende Diagnosen (Urk. 6/22 S. 1): - multifokale Schmerzen am ganzen Körper - Fingerpolyarthrose - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome

Der Beschwerdeführer beschreibe Schmerzen am ganzen Körper, welche bei jeglichen körperlichen Anstrengungen deutlich an Intensität zunehmen würden. Da bereits eine fundierte Diagnostik durchgeführt worden sei, erscheine eine erneute interdisziplinäre Standortbeurteilung nicht sinnvoll. Auch würden bereits diverse medikamentöse Therapien ohne Beschwerdebesserung durchgeführt. Interventionell gebe es daher aus ihrer Sicht keine erfolgversprechenden Optionen. Es werde vielmehr die Fortführung der supportiven Behandlung bei Dr. C.____ sowie beim Hausarzt empfohlen (S. 2). 4.5

Der Hausarzt Dr. med. F.____, Praktischer Arzt, verwies in seinem Bericht vom 30. Dezember 2019 insbesondere auf eine psychische Erkrankung (Urk. 6/34 Ziff. 2.5) und teilte mit, der Beschwerdeführer sei aktuell im Sanatorium G.____ hospitalisiert (Ziff. 2.2). Fragen zur Arbeitsfähigkeit könne er nicht beantworten (Ziff. 4.2-4.3). 4.6

Vom 2. Dezember 2019 bis 10. Januar 2020 war der Beschwerdeführer stationär beziehungsweise teilstationär im Sanatorium G.____

hospitalisiert. In ihrem Bericht vom 7. Februar 2020 nannten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 6/35 Ziff. 2.5): - schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) - sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F60.8) - Fibromyalgie: mehrere Lokalisationen (ICD-10 M79.70)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte so dann folgende (Ziff. 2.6): - metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ II seit Oktober 2017 - Dyslipidämie - Adipositas mit Lebersteatose - Nikotinkonsum - rezidivierende Candida Infekte seit 2010 - anamnestiche Refluxösophagitis - Lymphknoten peripankreatisch - Fingerpolyarthrose

Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar und vollständig orientiert. Es bestünden leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, der Beschwerdeführer berichte zudem von starken Konzentrationsstörungen. Das formale Denken sei unauffällig. Es gebe keine Hinweise auf Befürchtungen oder Zwänge, wahnhaftige Störungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Im Affekt sei er schwingungsfähig, es bestünden keine Hinweise auf psychomotorische Störungen oder Störungen des Antriebs. Der Beschwerdeführer berichte von Kraft- und Antriebslosigkeit, circadiane Besonderheiten gebe es nicht. Er ziehe sich

sozial stark zurück und berichtet, dass ihm soziale Kontakte schnell zu viel seien. Er sei stark lärmempfindlich und klagt über undefinierte Schmerzen am ganzen Körper. Es gebe keine Hinweise auf selbstschädigendes Verhalten. Krankheitsgefühl und Einsicht seien vorhanden. Der Beschwerdeführer distanzieren sich aktuell klar von Suizidimpulsen, -plänen und vorbereitenden Handlungen, und berichtet von Schlafstörungen, der Appetit sei normal (Ziff. 2.4). Es sei eine ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit sowie starke Konzentrationsschwierigkeiten zu beobachten, zudem bestünden persistierende undefinierte Schmerzen sowie Schlafprobleme. Er scheine daher nicht in der Lage, mehrere Stunden lang eine Tätigkeit auszuüben (Ziff. 3.4). Aufgrund der schwerwiegenden Symptomatik sei es schwierig, Ressourcen zu erkennen. Ausserdem seien die Ressourcen seiner Persönlichkeit (Gewissenhaftigkeit, Ehrenhaftigkeit und Sittlichkeit), welche im Arbeitsleben stets hilfreich gewesen seien, im Genesungsverlauf eher hinderlich. Der Beschwerdeführer mache sich selber grossen Druck, um wieder leistungsfähig zu werden (Ziff. 3.5).

Da sich der Zustand des Beschwerdeführers während des Aufenthaltes nicht erheblich gebessert habe, und die Symptomatik bereits seit einigen Jahren bestehe, scheine die Wiedereingliederung in seinem angestammten Beruf als Chauffeur schwierig. Angepasste leichte Tätigkeiten werde der Beschwerdeführer für eine kurze Zeit vermutlich meistern können (Ziff. 4.3). 4.7

Die aktuell behandelnde Psychiaterin Dr. med. H.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte in ihrem Bericht vom 21. September 2020 im Wesentlichen die bekannten Diagnosen (Urk. 6/45 Ziff. 2.5-2.6) und führte aus, der Beschwerdeführer habe zuletzt bis am 16. März 2020 in einem Pensum von 80 % leichte Arbeit erledigt. Aktuell sei er in Kurzarbeit und arbeite nicht. Krankgeschrieben sei er nicht (Ziff. 1.3). Er klagt über starke, undefinierte Schmerzen am ganzen Körper, ausgeprägte Kraft- und Antriebslosigkeit und starke Konzentrationsschwierigkeiten. Er könne Lärm nicht vertragen, werde schnell müde und könne sich nicht entspannen und erholen (Ziff. 2.2). Der Beschwerdeführer sei im interpersonellen Kontakt offen und reflektiert. Es sei ein deutlicher Leidensdruck sowie ein guter affektiver Rapport spürbar. Die Psychomotorik, Gestik und Mimik seien regelrecht. Im gerichteten Antrieb sei der Beschwerdeführer stark gehemmt, die Impulskontrolle erscheine nicht reduziert. Es gebe leichte Störungen von Auffassung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis, ebenso bestünden Konzentrationsstörungen. Der Beschwerdeführer könne sich im Gespräch nicht konzentrieren, am Ende des Gesprächs habe er Mühe und ver suche, sich wieder zu konzentrieren. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent, es gebe keinen Anhaltspunkt für inhaltliche Denkstörungen, Sinnes täuschungen oder Ich-Störungen. Er sei affektiv niedergeschlagen, verzweifelt bei guten Regulationsmechanismen und erhaltener Schwingungsfähigkeit. Es bestehe ein starker sozialer Rückzug, soziale Kontakte seien ihm schnell zu viel, er sei lärmempfindlich. Der Beschwerdeführer beschreibe Zukunftsängste, Zwänge könnten nicht eruiert werden. Es bestünden ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen. Selbstschädigungen und Suizidalität würden auch in der Vorgeschichte durchgehend verneint, ebenso Suizidgedanken oder passive Todeswünsche. Ebenso bestehe kein Anhaltspunkt für Fremdgefährdung (Ziff. 2.4). Aktuell sei der Beschwerdeführer in einem Pensum von 80 % angestellt, aufgrund der Corona-Pandemie arbeite er jedoch nicht (Ziff. 3.1). Die Konzentrationsstörungen wie auch die Kraft- und Antriebslosigkeit seien mittelgradig bis schwer ausgeprägt. Es bestünden ausgeprägte, undifferenzierte Schmerzen,

Interesselosigkeit, Freudlosigkeit sowie ausgeprägte Schlafstörungen. Der Beschwerdeführer könne sich nicht erholen und nicht entspannen, es bestehe eine dauernde innere Unruhe. Insgesamt sei die Belastbarkeit reduziert (Ziff. 3.4). Aktuell liessen sich keine Ressourcen feststellen, die eine Verbesserung der Arbeitssituation herbeiführen würden (Ziff. 3.5). Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien ihm zumutbar (Ziff. 4.1-2). Aufgrund der psychischen Verfassung sei die Prognose für eine Eingliederungsmassnahme als ungünstig zu bewerten. Der Beschwerdeführer zeige sich auch unmotiviert und gebe an, dass er keine Kraft mehr habe (Ziff. 4.3). 4.8

In ihrem Bericht vom 11. Januar 2021 (Urk. 6/49) führte Dr. H. ___ weiter aus, der Beschwerdeführer habe Ende Dezember die Kündigung erhalten und seither habe sich sein Zustand wieder verschlechtert. Er klagte häufig über unklare Schmerzen im ganzen Körper, in letzter Zeit verspüre er die Schmerzen vermehrt im Bauchbereich (Ziff. 1.3). Die Prognose sei seit dem letzten Bericht gleich geblieben (Ziff. 3.3). Fragen zur Arbeitsfähigkeit könne sie nicht beantworten (Ziff. 4.1-2). 4.9

Am 15. Januar 2021 (Urk. 6/55/33-36) hielt Dr. H. ___ zuhause des Krankentaggeldversicherers bei unveränderten Diagnosen (S. 1) fest, der Beschwerdeführer leide seit dem Tod seines Vaters an Kraft- und Freudlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten und Schlafstörungen. Er habe sich verschiedenen Behandlungen unterzogen, eine Reduktion der Symptomatik habe jedoch nicht erreicht werden können. Auch nach dem Austritt aus dem Sanatorium G. ___ gehe es ihm genau gleich schlecht (Ziff. 2). Es finde eine stützende Gesprächstherapie statt. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, sich selbst zu reflektieren. Er klagte immer wieder über seine Schmerzen, wahrscheinlich als einziger Ausdruck seines psychischen Zustandes. Eine andere Form der Therapie habe nicht etabliert werden können (Ziff. 5). Am angestammten Arbeitsplatz bestehe seit dem 29. September 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 7). Auch eine angepasste Tätigkeit könne ihm nicht mehr zugemutet werden (Ziff. 9-11). In einem späteren Zeitpunkt könne eventuell ein ruhigerer Arbeitsplatz, mit einer langsamen Steigerung des Pensums sowie ohne Zeit- und Leistungsdruck die berufliche Wiedereingliederung unterstützen (Ziff. 12). 4.10

Am 8. sowie 22. April 2021 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag des Krankentaggeldversicherers rheumatologisch sowie psychiatrisch begutachtet. In ihrem Gutachten vom 9. Juli 2021 (Urk. 6/62/11-99) nannten Dr. med. I. ___ , Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, sowie med. pract. J. ___ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, insgesamt folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 81 Ziff. 4.2.1): - depressive Störung mit chronifiziertem Verlauf (ICD-10 F32.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter sodann folgende (S. 81 Ziff. 4.2.2): - diffuse myofasziale Weichteilschmerzen generalisiert bei myofaszialer Dysbalance ohne Hinweise auf konkrete rheumatologische Diagnosen (differentialdiagnostisch Fibromyalgie) - Hypertonie - Diabetes mellitus Typ II - Hypertriglyzeridämie - Adipositas

Im rheumatologischen Teilgutachten führte Dr. I. ___ aus, die vom Beschwerdeführer geschilderten, die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Beschwerden würden einerseits und vor allem die Stressintoleranz sowie intermistische Beschwerden wie Bauchschmerzen, Erbrechen und Übelkeit und andererseits Schmerzen am ganzen Bewegungsapparat,

vorwiegend lumbal aber auch zervikal sowie in beiden Schultern betreffen. Diese in den Muskeln ver spürten Schmerzen müssten aufgrund der vorliegenden Abklärungen als myofaszial und als unspezifische Weichteilschmerzen eingestuft werden (S. 33 Ziff. 6.3.1). Die funktionellen, somatischen Einschränkungen seien sehr diffus geschildert worden. In der aktuellen rheumatologischen Untersuchung seien keine funktionellen Einschränkungen objektivierbar (S. 33 Ziff. 6.4). Alle somatische orientierten Therapien seien ohne wesentliche Besserung geblieben. Die vertiefte Überzeugung des Beschwerdeführers, dass er nichts mehr arbeiten könne, reduziere die Heilungschancen (S. 34 Ziff. 7.2). Die subjektiv empfundene volle Arbeitsunfähigkeit könne mit den objektiv erhobenen Befunden nicht hinreichend erklärt werden. Es werde deswegen auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen (S. 35 Ziff. 7.3). Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer als Chauffeur zu 100 % arbeitsfähig (S. 36 Ziff. 8.1). Auch in einer leichten, wechselnd belastenden Tätigkeit ohne repetitives Heben von Gewichten über 7.5 bis 10 kg und möglichst frei einteilbarem Arbeitsrhythmus sowie frei wechselnder Arbeitsstellung bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 36 Ziff. 9).

Im psychiatrischen Teilgutachten hielt med. pract. J. ___ fest, im Vordergrund des Beschwerdebildes stünden eine Energielosigkeit, eine Anhedonie, kognitive Störungen, Schwindelattacken, Schlafstörungen und somatoforme Beschwerden sowie eine Stressbeziehungsweise Belastungsintoleranz. Die Beschwerden bestünden durchgehend seit dem Jahre 2014, mit dem Tod des Vaters als möglichem Auslöser. In der Zusammenschau zeige sich ein bereits vor bestehendes depressives Störungsbild, das sich nach der Kündigung akzentuiert, aber nicht wesentlich verschlimmert habe. Es fänden sich keine Hinweise für eine erhebliche oder längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine erhebliche Veränderung der Therapieintensität (S. 52 f. Ziff. 6.3). Die depressive Störung sei als leicht bis mässig einzustufen, da die Beschwerden mit einer Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit einhergehen, diese aber nicht vollständig aufheben würden, auch nicht nach der Akzentuierung der Beschwerden (S. 54 Ziff. 6.5). Es sei festzustellen, dass im Arbeitgeberbericht vom Juli 2019 angegeben werde, der Beschwerdeführer erledige seit eineinhalb Jahren verschiedene Hilfstätigkeiten und habe seit September 2018 in einem Pensum von 33.6 Wochenstunden gearbeitet. Damit liege die berufliche Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit deutlich höher als die im November 2016 attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine vorübergehende Verschlechterung nach der Kündigung sei nachvollziehbar, nicht jedoch eine dauerhafte 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aktuell bestehe - wie bereits in den Jahren zuvor - eine mittelgradige depressive Symptomatik, die mit der Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten beruflichen Hilfstätigkeit als Bell-Boy im Grandhotel mit einem Pensum von 33 Wochenstunden vereinbar sei, spätestens ab dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung am 9. April 2021 (S. 54 f. Ziff. 7.1). Das Behandlungssetting sei adäquat, eine weitere Optimierung der Behandlung nicht erforderlich. Im Vergleich zum Zeitpunkt der Krankenschreibung im Oktober 2020 zeichne sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes ab (S. 55 Ziff. 7.2). Hinweise für Inkonsistenzen fänden sich nicht, es bestehe nachvollziehbar eine depressive Symptomatik mit verschiedenen Begleitsymptomen, welche die berufliche Leistungsfähigkeit einschränkten (S. 55 Ziff. 7.3). Die Würdigung der Fähigkeiten und Ressourcen habe ergeben, dass der Beschwerdeführer durch die depressive Energielosigkeit im Wesentlichen in seiner Vitalität und in seinen volitionalen Ressourcen gehemmt werde (S. 59 oben). Aus rein medizinischer Sicht könne der Beschwerdeführer seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bell-Boy während sechs bis sieben Stunden pro Tag ausüben. Die Arbeitsfähigkeit betrage

80 % bei einem Pensum von 100 % und gelte ab der Begutachtung (S. 59 Ziff. 8.1). Die letzte berufliche Tätigkeit als Bell-Boy sei als optimal leidensangepasst anzusehen, da sie körperlich und geistig leicht sei und nicht mit einer Dauerbelastung einher gehe (S. 59 Ziff. 9.1). Eine solche Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer während sechs bis sieben Stunden pro Tag zugemutet werden. Ausgeschlossen seien dabei Arbeiten mit mittelschwerer bis schwerer körperlicher Belastung, Arbeiten mit erheblichem Termin- und Zeitdruck sowie Arbeiten, die ein hohes Konzentrationsvermögen respektive ein konzentratives Durchhaltevermögen erforderten (S. 59 f. Ziff. 9.2). Die Therapiemöglichkeiten seien ausgeschöpft (S. 60 Ziff. 10).

Zusammenfassend gelangten die Gutachter zum Schluss, dass das Beschwerdebild habe sich nach der unerwarteten Kündigung im September / Oktober 2020 akzentuiert. Der Beschwerdeführer berichte über eine psychische Verschlechterung im Sinne von Schlafstörungen, die sich unter der aktuellen Medikation mit Trittico jedoch wieder gebessert hätten. In der Zusammenschau zeige sich ein bereits vorbestehendes, depressives Störungsbild, das sich nach der Kündigung akzentuiert, aber nicht wesentlich verschlechtert habe. Es fänden sich keine Hinweise für eine erhebliche oder längerdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder eine erhebliche Veränderung der Therapieintensität (S. 79 Ziff. 4.1.3). Es sei somit nach wie vor von einer bereits längerdauernden depressiven Episode auszugehen, die zwischenzeitlich einen chronischen Verlauf genommen habe. Hinweise für besondere Belastungsfaktoren, die das depressive Störungsbild aufrechterhielten, fänden sich nicht. Darüber hinaus fänden sich auch keine Hinweise für eine relevante Persönlichkeitsstörung, die den Umgang mit den Beschwerden erschwere. Vor dem Hintergrund der Konzentrationsprobleme und der Stressintoleranz habe sich bereits im Vorfeld die Notwendigkeit zur Anpassung der beruflichen Tätigkeit ergeben, so dass der Versicherte nicht mehr als Chauffeur gearbeitet habe, sondern als Bell-Boy an der Rezeption des Grandhotels. Die Hintergründe für die Kündigung im Jahre 2020 seien nicht bekannt. Zum aktuellen Zeitpunkt ergäben sich keine Hinweise dafür, dass die Kündigung aufgrund einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers mit zunehmenden Arbeitsunfähigkeitszeiten ausgesprochen worden wäre. Die depressive Störung sei als leicht bis mässig einzustufen, da die Beschwerden mit einer deutlichen Beeinträchtigung der beruflichen Leistungsfähigkeit einhergehen, diese aber nicht vollständig aufheben würden, auch nicht nach der Akzentuierung der Beschwerden infolge Kündigung (S. 79 f. Ziff. 4.1.3).

Bezüglich der funktionellen Auswirkungen der Diagnosen hielten die Gutachter fest, der Beschwerdeführer schildere die somatischen Einschränkungen sehr diffus. In der aktuellen rheumatologischen Untersuchung seien keine funktionellen Einschränkungen objektivierbar und es seien für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ob beruflich oder im Alltag, keine objektivierbaren somatischen Einschränkungen feststellbar (S. 81 Ziff. 4.3). Die Würdigung der Fähigkeiten und Ressourcen habe ergeben, dass der Beschwerdeführer durch die depressive Energielosigkeit im Wesentlichen in seiner Vitalität und in seinen volitionalen Ressourcen gehemmt werde (S. 84 unten). Objektiv gesehen habe der Beschwerdeführer einen leichten Ressourcenüberhang, limitierend schienen die Stressintoleranz sowie die fehlende Zukunftsperspektive (S. 85 Ziff. 4.5). Hinweise für Aggravation oder Simulation beziehungsweise Dissimulation hätten nicht eruiert werden können. Auch Hinweise für Inkonsistenzen gebe es nicht. Es bestehe nachvollziehbar eine depressive Symptomatik mit verschiedenen Begleitsymptomen, welche die berufliche

Leistungsfähigkeit einschränkten (S. 86 oben). Sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Bell-Boy als auch in einer einfachen Verweistätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der Begutachtung am

8. April 2021. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (S. 86 Ziff. 4.7). 4.11

RAD-Arzt med. pract . A.____

hielt am 26. Januar 2022 fest, auf das Medas -Gutachten könne abgestellt werden, auch wenn strenggenommen die für die genannte Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode geforderten Kriterien nicht vollständig erfüllt seien. Im Bericht des Sanatoriums G.____ würden seit Dezember 2019 bestehende leichte Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen dokumentiert. Es könne somit von einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur für Hotelgäste seit Dezember 2019 ausgegangen werden. Nach einer Anpassung des Arbeitsplatzes durch den Arbeitgeber sei der Beschwerdeführer als Bell-Boy tätig, was gemäss Aktenlage der Tätigkeit eines Laufburschen für Hilfstätigkeiten im Hotelbetrieb entspreche. Für diese angepasste Tätigkeit bestehe seit jeher eine volle Arbeitsfähigkeit. Als optimal angepasstes Arbeitsprofil werde eine körperlich und geistig leichte Tätigkeit ohne Dauerbelastung beschrieben. Ungeeignet seien Arbeiten mit mittelschwerer bis schwerer körperlicher Belastung oder mit erheblichem Termin- oder Zeitdruck oder solche, die ein hohes Konzentrationsvermögen oder ein konzentratives Durchhaltevermögen erforderten. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 6/71 S. 4 f.). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging insbesondere gestützt auf das Medas -Gutachten vom 9. Juli 2021 (E. 4.10) davon aus, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Chauffeur zwar nicht mehr zugemutet werden könne, er jedoch in der angepassten Tätigkeit als Bell-Boy in seinem Pensum von 80 %

vollständig arbeitsfähig sei. Insgesamt bestehe damit kein Rentenanspruch (E. 2.1). 5.2

Was zunächst die somatischen Beschwerden betrifft, so gelangte der rheumatologische Gutachter zum Schluss, dass die Beschwerden aufgrund der vorliegenden Abklärungen als myofasziale und unspezifische Weichteilschmerzen einzustufen seien. Es seien keine funktionellen Einschränkungen objektivierbar und damit keine somatischen Einschränkungen feststellbar (E. 4.10). Diese Beurteilung deckt sich im Wesentlichen mit den Ausführungen mit den übrigen medizinischen Berichten. Die Rheumatologin Dr. B.____ hatte im Oktober 2018 erst nach Ausschluss diverser anderer Diagnosen eine Fibromyalgie festgestellt (E. 4.2) und auch die Ärzte des Schmerzambulatoriums des Universitätsspitals D.____ hatten multi fokale Schmerzen am ganzen Körper diagnostiziert (E. 4.4). Insgesamt präsentiert sich die rheumatologische Situation damit im Vergleich zur ersten Anspruchsprüfung im März 2017 weitgehend unverändert. Damals hatte Dr. Z.____ nebst einer leichten depressiven Episode eine undifferenzierte Somatisierungsstörung diagnostiziert (E. 3.1).

Aus somatischer Sicht ist der medizinische Sachverhalt damit als dahingehend erstellt zu betrachten, dass es seit der letzten Beurteilung im Jahre 2017 zu keiner Verschlechterung der gesundheitlichen Situation gekommen ist und der Beschwerdeführer weiterhin vollständig arbeitsfähig ist. 5. 3

Bezüglich der psychiatrischen Beschwerden liegt das Medas -Gutachten vom 9. Juli 2021 vor, welches die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.6).

Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbringt, es werde eine Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Krankschreibung im Oktober 2020 beschrieben, ohne diese näher zu begründen, und dabei auf Seite 55 Ziff. 7.2 des Gutachtens verweist, ist ihm entgegen zu halten, dass die Verbesserung mit der gemäss Gutachten nun objektiv wieder gegebenen Arbeitsfähigkeit begründet wird.

Die Gutachter führten aus, das Beschwerdebild habe sich nach der unerwarteten Kündigung im September beziehungsweise Oktober 2020 akzentuiert. Es sei zu einer Verschlechterung im Sinne von Schlafstörungen gekommen, die sich unter der aktuellen Medikation jedoch wieder gebessert hätten. Insgesamt zeige sich ein bereits vorbestehendes depressives Störungsbild, das sich nach der Kündigung akzentuiert, aber nicht wesentlich verschlechtert habe (Urk. 6/62 S. 79 Ziff. 4.1.3). Auch die übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers gegen das Gutachten vermögen nicht zu überzeugen. Insbesondere der Argumentation, wonach es sich um ein Gutachten zu Handen des Krankentaggeldversicherers handle, welches sich nicht an den sozialversicherungsrechtlichen Kriterien orientiere, kann nicht gefolgt werden. Die Gutachter legten überzeugend und detailliert begründet sowie unter Berücksichtigung von Anamnese, Befunden, relevanten Funktionen und Ressourcen dar, inwiefern sich die beklagten Beschwerden auf die Leistungsfähigkeit in der angestammten und in angepassten Tätigkeiten auswirken (vgl. Urk. 6/62 S. 74 ff. Ziff. 4.1.1-4.1.3, Ziff. 4.3-4.6). Inwiefern das Gutachten auf die Beurteilung von lediglich kurz- bis mittelfristigen Leistungen ausgerichtet sein soll, ist nicht ersichtlich. Ebenso wurde das Gutachten mindestens im Einwandverfahren dem RAD zur Prüfung vorgelegt (vgl. E. 4.11). Auch die Tatsache, dass die Begutachtung im April 2021 stattgefunden hat, die Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin jedoch erst im Februar 2022 erfolgt ist, vermag nichts an der Beweiskraft des Gutachtens zu ändern. Der Beschwerdeführer führte denn auch nicht begründet aus, inwiefern es in der Zwischenzeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen sein sollte, und reichte auch keine entsprechenden Arztberichte ein.

Auch die übrigen, bei den Akten liegenden Berichte vermögen an der Schlüssigkeit des Gutachtens nichts zu ändern. Sowohl bei Dr. H.____ (vgl. E. 4.7-4.9) als auch den Ärzten des Sanatoriums G.____, welche den Beschwerdeführer während seines gut fünfwöchigen Aufenthaltes betreut hatten (E. 4.6), handelt es sich um behandelnde Ärzte. Bezüglich ihrer Ausführungen ist daher der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Die Berichte von Dr. H.____ wie auch der Austrittsbericht des Sanatoriums G.____

enthalten zu wenig Angaben zu den Standardindikatoren, als dass für die hier zu prüfenden Fragen darauf abgestellt werden könnte.

Insgesamt erweist sich die Beurteilung durch Dr. I.____ und med. pract. J.____ als überzeugend und nachvollziehbar, weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 5. 4

Nachdem die Beschwerdegegnerin im Rahmen der ersten Anspruchsprüfung im Juli 2017 zum Schluss gelangt war, dass kein längerdauernder, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigender Gesundheitsschaden vorgelegen hatte, ist nun vom Vorliegen einer depressiven Störung mit chronifiziertem Verlauf auszugehen. Damit ist eine

Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten und es ist liegt ein Revisionsgrund vor. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, nach BGE 143 V 409 namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen (Änderung der Rechtsprechung). Speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen hielt das Bundesgericht in BGE 143 V 409 – ebenfalls im Sinne einer Praxisänderung – fest, dass eine invalidenversicherungsrechtlich relevante psychische Gesundheits schädigung nicht mehr allein mit dem Argument der fehlenden Therapieresistenz auszuschliessen sei (E. 5.1). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind somit auch bei den leichten bis mittelgradigen depressiven Störungen systematisierte Indikatoren beachtlich, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungs vermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1).

Eine leicht- bis mittelgradige depressive Störung ohne nennenswerte Interferenzen durch psychiatrische Komorbiditäten lässt sich im Allgemeinen nicht als schwere psychische Krankheit definieren. Besteht dazu noch ein bedeutendes therapeutisches Potential, so ist insbesondere auch die Dauer haftigkeit des Gesundheitsschadens in Frage gestellt. Diesfalls müssen gewichtige Gründe vorliegen, damit dennoch auf eine invalidisierende Erkrankung geschlossen werden kann (BGE 148 V 49 E. 6.2.2 mit Hinweis). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen An spruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nach gewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Res sourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleich baren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidens druck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 6.2

Nach dem Gesagten ist im Folgenden zu prüfen, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen. Eine schlüssige Prüfung der massgebenden Standardindikatoren ist gestützt auf das Gutachten vom 9. Juli 2021 möglich, weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich. 6.3.6.3.1

Im Rahmen der ersten Kategorie des «funktionellen Schweregrades» ergibt sich mit Bezug auf den ersten Indikator («Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome») aus dem psychiatrischen Teilgutachten, dass keine Hinweise für eine Beeinträchtigung im Bereich der Aufmerksamkeit oder der Gedächtnisfunktionen vorlagen. Ebenso wenig fanden sich Hinweise für Aufmerksamkeitschwankungen, eine nachlassende Konzentrationsfähigkeit oder eine zunehmende Ermüdung. Die Aufmerksamkeit konnte über die gesamte Dauer der Untersuchung gleichmässig aufrechterhalten werden. Es fanden sich keine Hinweise für Gedankenabbrüche oder Gedächtnislücken. Die Berichterstattung war gut strukturiert, flüssig und kohärent. Es fanden sich keine Hinweise für ein unständliches, sprunghaftes oder eingeengtes Denken. Ebenso lagen keine Hinweise für ein psychotisches Erleben, eine wahnhaftige Störung oder eine Störung der Ich-Grenzen, für Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen vor. Die Stimmung war zum negativen Pol hin ausgelenkt, die Vitalität und die Schwingungsfähigkeit waren beeinträchtigt. Die Stimmung war aber stabil. Der Antrieb war reduziert, die Psychomotorik soweit erkennbar unauffällig. Der Beschwerdeführer verneinte eine Appetitlosigkeit, Störungen im Bereich der Libido wurden jedoch bejaht. Es fanden sich sodann keine Hinweise für Selbst- oder Fremdgefährdung (Urk. 6/62 S. 47 f. Ziff. 4.3). Im Mini-ICF-APP-Rating zeigten sich Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Proaktivität und Spontanaktivität sowie Widerstands- und Durchhaltefähigkeit (Urk. 6/62 S. 56 ff. Ziff. 7.4). Insgesamt sind damit die beim Beschwerdeführer bestehenden psychischen Beeinträchtigungen leicht ausgeprägt.

Zum zweiten Indikator («Behandlungserfolg oder -resistenz») ergibt sich aus dem Bericht des früheren Psychotherapeuten C.____

- welcher nicht Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist (vgl. medregom.admin.ch, zuletzt besucht am 26. Oktober 2022) -

vom 28. Januar 2019, dass der Beschwerdeführer seit November 2015 bei ihm in Behandlung war (Urk. 6/14/1-3 S. 1), bevor er im August 2020 zu Dr. H.____ wechselte. Die Therapiestunden finden wöchentlich bis zweiwöchentlich statt (Urk. 6/45 Ziff. 1.1). Zusätzlich findet eine medikamentöse Therapie mit Venlafaxin sowie Anxiolit statt (Urk. 6/55/34 Ziff. 4). Dr. H.____ hielt in ihrem Bericht vom 15. Januar 2021 zudem fest, dass neben der stützenden Gesprächstherapie keine andere Therapieform aufgebaut werden können (Urk. 6/55/35 Ziff. 5). Vom 2. Dezember 2019 bis 10. Januar 2020 war der Beschwerdeführer zudem stationär im Sanatorium G.____ behandelt worden (vgl. E. 4.6). Der Beschwerdeführer wird somit psychotherapeutisch sowie medikamentös behandelt. Gemäss Gutachten ist die Behandlung adäquat, wobei noch ein Versuch mit Pregabalin möglich sei (vgl. S. 55 Ziff. 7.2 des Gutachtens).

Als somatische Komorbidität liegen insbesondere diffuse myofasziale Weichteilschmerzen generalisiert bei myofaszialer Dysbalance ohne Hinweise auf eine konkrete rheumatologische Diagnose vor (E. 4.10). Diesbezüglich ist jedoch zu beachten, dass der

rheumatologische Gutachter ausführte, es seien für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten keine objektivierbaren somatischen Einschränkungen festzustellen und die subjektiv empfundene volle Arbeitsunfähigkeit könne mit den objektiv erhobenen Befunden nicht hinreichend erklärt werden, weshalb auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen werde (Urk. 6/62 S. 34 f. Ziff. 6.4.1 und 7.3).

Eine psychiatrische Komorbidität liegt nicht vor. 6.3.2

Bezüglich Persönlichkeit ergeben sich sodann keine wesentlichen einschränkenden Faktoren. Es liegen auch keine Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung oder akzentuierte Persönlichkeitszüge vor. Dem Beschwerdeführer war denn auch bis zumindest 2014 eine angemessene persönliche, berufliche, soziale und familiäre Lebensbewährung möglich. Erst nach dem Tod des Vaters im Jahre 2014 traten zunehmend Beschwerden am Bewegungssystem auf (Urk. 6/62 S. 34 Ziff. 7.1). 6.3.3

Betreffend den sozialen Kontakt ist bekannt, dass der Beschwerdeführer seit 39 Jahren verheiratet ist und zwei erwachsene Kinder sowie Enkelkinder hat, wo bei regelmässig gegenseitige Besuche stattfinden. Zudem telefoniert er täglich mit seiner Mutter. Zu seinem Freundeskreis hat er keinen Kontakt mehr, wobei der Beschwerdeführer als Grund dafür angibt, dass jeder seinen eigenen Weg gegangen sei und er keine Menschen mehr ertrage. Früher spielte der Beschwerdeführer sodann Akkordeon, derzeit habe er dafür jedoch keinen Antriebspunkt. In seiner Freizeit schaut der Beschwerdeführer fern, lese im Internet die Nachrichten und informiere sich über komplementärmedizinische Verfahren und Ernährung. Sport habe er noch nie gemacht (Urk. 6/62 S. 45 f. Ziff. 3.2.9-10).

Zum Tagesablauf führte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung aus, er stehe gegen halb neun Uhr auf. Danach telefoniere er mit seiner Mutter, gehe einkaufen und mache Spaziergänge. Das Mittagessen nehme er alleine ein, da seine Frau arbeite. Nachmittags lege er sich hin und schaue fern. Seine Frau komme gegen fünf Uhr nach Hause, danach trinke er mit ihr Kaffee. Nach dem Abendessen schaue er fern. Zuletzt sei er im Juni 2020 in Serbien in den Ferien gewesen, er habe sich dort ein Haus gebaut (Urk. 6/62 S. 45 Ziff. 3.2.10).

Damit verfügt der Beschwerdeführer zwar über wenig soziale Kontakte, trifft sich jedoch regelmässig mit seiner Familie und telefoniert täglich mit seiner Mutter. Der Kontaktabbruch zum Freundeskreis scheint sodann nicht ausschliesslich in seiner gesundheitlichen Situation begründet.

E. 6.4

Zu prüfen ist weiter die zweite Kategorie der Konsistenz. Bei der Umschreibung des sozialen Umfeldes im Rahmen des Indikators «gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen» fällt auf, dass der Beschwerdeführer mit Ausnahme von Familienangehörigen wenig soziale Kontakte hat. Hobbies übt er keine aus, schaut jedoch fern und informiert sich im Internet über die Nachrichten und komplementärmedizinische Verfahren und Ernährung. Er ist fähig, in die Ferien zu fahren, wo er ein Haus gebaut hat (vorstehend E. 6.3.3). Insgesamt lässt sich eine relativ gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erheben.

Hinsichtlich des Gesichtspunktes des «behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks» ist schliesslich festzuhalten, dass sich der

Beschwerdeführer seit 2015 in psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung befindet und auch eine antidepressive Medikation erhält. Die Therapiestunden finden wöchentlich bis zweiwöchentlich statt, zudem war der Beschwerdeführer einmal während fünf Wochen stationär in Behandlung. Insgesamt bestehen damit hinsichtlich des psychiatrischen Gesundheitszustandes keine Zweifel am bestehenden Leidensdruck.

E. 6.5

). Er ist sprachgewandt und hat beste Umgangsformen (vgl. S. 35 Ziff. 7.4 des Gutachtens). Seine langjährige Tätigkeit für den selben Arbeitgeber spricht für hohe Loyalität und Vertrauenswürdigkeit. Unter Berücksichtigung dieser Umstände und der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, gemäss welcher die Nichtverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund fortgeschrittenen Alters in der Regel eine Ausnahme bildet (vgl. Marco Weiss, Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit aufgrund vorgerückten Alters - Rechtsprechungstendenzen, SZS 2018, S. 630 ff., S. 640 mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung), lässt das Alter des Beschwerdeführers für sich alleine nicht auf eine Unverwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit schliessen. Da dem Beschwerdeführer aufgrund fehlender massgeblicher somatischer Einschränkungen eine Vielzahl von Hilfs- und Kontrolltätigkeiten offenstehen, Hilfsarbeiter auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt werden und das Bundesgericht relativ hohe Hürden für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen entwickelt hat (vgl. Urteil 8C_803/2018 vom 6. Juni 2019 E. 5.3 mit Hinweisen; vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Auflage 2014, Art. 28 N 13 f.), ist ein invaliden versicherungsrechtlich erheblicher fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt zu verneinen. Zu dem vom Beschwerdeführer angeführten Urteil 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 ist anzumerken, dass der dabei betroffene Versicherte ein viel enger gefasstes Belastungsprofil beachten musste, konnte er doch schmerzbedingt nur eingeschränkt ziehen oder stossen und Verrichtungen mit den Händen vornehmen, weshalb selbst bei leichten Montage-, industriellen Fertigungs- oder Abpackarbeiten mit einem unterdurchschnittlichen Arbeitstempo und vermehrtem Pausenbedarf zu rechnen war. Darüber hinaus verhinderten gehäuft auftretende symptomatische Hypoglykämien Schichtdienste sowie das Führen von Fahrzeugen und Maschinen (E. 3.2.1). Dies ist beim Beschwerdeführer nicht der Fall.

E. 8

.2) ergibt sich insgesamt eine Einkommenseinbusse von Fr. 5'144.--, was einem renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von rund

E. 8.5

Bei einem Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 52'262.-- (vorstehend E.

E. 9

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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