

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00474 vom 31. Mai 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-05-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00474](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00474)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00474 du 31 mai 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00474 del 31 maggio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da 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 eine Renten Erhöhung vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind 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). 1.

### **E. 1.3**

Die IV-Stelle holte in der Folge zwei psychiatrische Gutachten (Urk. 10/93, Urk. 10/120) sowie ein neuropsychologisches Gutachten (Urk. 10/117) ein und stellte mit Vorbescheid

vom 25. März 2019 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht ( Urk. 10/122).  
Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 10/125, 10/132,

Urk. 10/138, Urk. 10/144 ) sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 3. April 2020 eine halbe Rente mit Wirkung ab dem 1. Mai 2016 zu ( Urk. 10/151 - 152).

#### **E. 1.4**

Am 10. März 2021 machte der Versicherte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geltend und ersuchte um Erhöhung der Rente ( Urk. 10/177) . Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 10/204 -205, Urk. 10/209, Urk. 10/213, Urk. 10/218, Urk. 10/ 220, Urk. 10/ 226, Urk. 10/ 234) wies die IV-Stelle mit Verfügung vom 9. August 2022 das Erhöhungsgesuch ab ( Urk. 10/239 = Urk. 2).

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 9. September 2022 Beschwerde ( Urk. 1) gegen die Verfügung vom 9. August 2022 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und ihm sei eine höhere als eine halbe Rente der Invalidenversicherung auszurichten (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei die Verfügung vom 9. August 2022 aufzuheben und die Sache sei zur ergänzenden medizinisch-gutachterlichen Abklärung zum Verlauf ab August 2020 und neuem Entscheid über den eine halbe Rente übersteigenden Rentenanspruch an die IV-Stelle zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 10. Oktober 2022 ( Urk. 9 ) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 1. November 2022 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 ) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer

die Beschwerdeantwort zugestellt ( Urk. 11 ).

Mit Eingabe vom 15. November 2022 ( Urk. 13) hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest. Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 22. November 2022 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 16). Mit Eingabe vom 13. März 2023 ( Urk. 17) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht ( Urk. 18) zu den Akten.

Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Ablehnung des Erhöhungsgesuchs damit ( Urk. 2), dass sich seit dem letzten Entscheid keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes erwiesen habe. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente mit einem Invaliditätsgrad von 50 % (S. 1) . Es bestehe keine Notwendigkeit für eine erneute psychiatrische Begutachtung (S. 2).

#### **E. 2.2**

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), es sei ab August 2020 langsam zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Es sei eine schleichende Zunahme der depressiven Symptomatik festgestellt worden und hinzu seien auditive und visuelle Halluzinationen gekommen. Die zunehmende Verschlechterung habe im Frühjahr 2021 zu einer zwei monatigen stationären Behandlung im Sanatorium Y.\_\_\_\_ geführt. Seither sei er wieder in ambulanter Behandlung und erhalte Unterstützung durch

die psychiatrische Spitzex. Vom 31. Januar bis 25. Februar 2022 habe ein weiterer mehrwöchiger stationärer Aufenthalt in der Klinik Y.\_\_\_\_ stattgefunden (S. 5). Die Notwendigkeit zweier mehrwöchiger stationärer Behandlungen innert Jahresfrist zeige mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die Dauerhaftigkeit der Verschlechterung der psychischen Situation (S. 6;

vgl. auch Urk. 17). Im Übrigen habe

die Beschwerdegegnerin ungenügende Abklärungen getätigt; der Krankheitsverlauf seit der Rentenzusprache wäre gutachterlich zu klären gewesen

(Urk. 1 S. 6, Urk. 13).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der (psychische) Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Zusprache der halben Rente mit Verfügung vom 3. April 2020 verschlechtert hat, so dass er Anspruch auf eine höhere Rente hat. 3.

### **E. 3**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herab gesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 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). 1.

### **E. 3.1**

Der Verfügung vom 3. April 2020 lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde:

### **E. 3.2**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, erstattete sein psychiatrisches Gutachten am 11. Oktober 2017 (Urk. 10/93) gestützt auf

die Untersuchung des Beschwerdeführers sowie die Akten und nannte als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; S. 34). Er führte aus, aktuell bestehe keine leitliniengerechte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Eine solche sei dringend indiziert (S. 40 unten). Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich un schlüssiges, inkonsistentes Bild (S. 41). Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode sei der Beschwerdeführer aus rein psychiatrischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsbäcker als auch in allen ähnlichen Tätigkeiten mit reduziertem Kundenkontakt und der Möglichkeit sich zurückzuziehen, mit klar strukturierten Aufgaben und ohne Tätigkeiten, die eine hohe Daueraufmerksamkeit und Dauerkonzentration erfordern würden oder ein hohes Mass an Flexibilität und Kreativität voraussetzten, zu 50 % arbeitsfähig (S. 42 f.).

### **E. 3.3**

Dipl.-Psych. Dipl. Inf.-Wiss. A.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, erstattete sein neuropsychologisches Teilgutachten am 29. November 2018 (Urk. 10/117) und führte aus, aufgrund der auffälligen Ergebnisse der formalisierten kognitiven Beschwerdevalidierung sei es nicht möglich gewesen, ein gültiges Testprofil der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erstellen. Die tatsächlichen Leistungen seien aufgrund der eingeschränkten Mitwirkung des Beschwerdeführers psychometrisch nicht valide erfassbar und deshalb auch nicht ausreichend sicher beurteilbar. Eine neuropsychologische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit könne somit unter diesen Bedingungen nicht ausreichend sicher gestellt werden (S. 10).

### **E. 3.4**

Dr. Z.\_\_\_\_ erstattete ein weiteres psychiatrisches Gutachten am 9. Januar 2019 (Urk. 10/120) gestützt auf die Untersuchung des Beschwerdeführers sowie die Akten und nannte folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(S. 35): - mittelgradige depressive Episode mit psychotisch anmutenden Symptomen (ICD-10 F32.1)

Er führte aus, analog der Parameter der funktionellen Leistungsfähigkeit gemäss Mini-ICF-APP bestünden mittelgradige Störungen der Aktivität und Partizipation, insbesondere im Bereich der Items Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zu Spontanaktivitäten, Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, Durchhaltefähigkeit und Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen. Die Exploration des Tagesprofils weise auf ein reduziertes Alltagsaktivitätsniveau hin. Bei den Haushaltsarbeiten fühle sich der Beschwerdeführer aufgrund von psychischen Beschwerden eingeschränkt. In diesem Zusammenhang werde darauf hingewiesen, dass aufgrund der festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen die durch den Beschwerdeführer gemachten Angaben nicht ohne Weiteres verwertbar seien (S. 39). Die im Rahmen der aktuellen Abklärung ermittelten Medikamentenspiegel für Duloxetin seien im therapeutischen Bereich gelegen. Die Medikamentenspiegel für Quetiapin seien knapp im positiven Bereich gelegen (S. 40).

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Vergleich zur Voruntersuchung 2017 weder verbessert noch verschlechtert (S. 43). Der Beschwerdeführer könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vier Stunden pro Tag anwesend sein (S. 47 unten). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsbäcker und in einer mit den Ressourcen

der letzten Tätigkeit vergleichbaren Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 50 % arbeitsfähig, bezogen auf ein 100%iges Pensum (S. 48) . Aus psychiatrischer Sicht werde dringend zu einer stationären Behandlung und darüber hinaus einer entsprechenden Anpassung der psychopharmakologischen Behandlung geraten (S. 49). Die gutachterliche Konsistenzprüfung habe Hinweise auf nicht im geklagten Umfang vorhandene Funktionsbeeinträchtigungen ergeben. Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Beschwerden, Diskrepanzen zwischen den eigenen Angaben und den fremdanamnestischen Informationen einschliesslich der Aktenlage und Diskrepanzen zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und dem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung. Zusammenfassend ergäben die vorliegenden Befunde bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (S. 50) .

### **E. 3.5**

Dipl.-Psych. A.\_\_\_\_ erstattete ein weiteres neuropsychologisches Teilgutachten am 9. Januar 2019 ( Urk. 10/120/55-66) und führte aus, aufgrund der Auffälligkeiten in den eingesetzten Beschwerdevalidierungsverfahren könnten die Ergebnisse aus den Untersuchungen der Funktionsbereiche nicht eindeutig interpretiert und hinsichtlich ihres Schweregrades auch nicht sicher beurteilt werden. Die Ergebnisse aus den neuropsychologischen Leistungstests, die der Darstellung eines kognitiven Leistungsprofils dienen sollten, müssten somit als ungültig zurück gewiesen werden. Eine neuropsychologische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit könne somit unter diesen Bedingungen nicht ausreichend sicher gestellt werden (S. 10) . Auf der Grundlage der neuropsychologischen Befunderhebung könne keine Aussage über krankheitsbezogene Funktionsstörungen gemacht werden. Die Aufmerksamkeitsleistungen und die verbalen Lern- und Gedächtnisleistungen könnten aufgrund der auffälligen Ergebnisse in den Symptomvalidierungsverfahren weder inhaltlich noch in Bezug auf ihren Schweregrad ausreichend sicher interpretiert und beurteilt werden (S. 11) .

### **E. 3.6**

Dr. Z.\_\_\_\_ nahm am 21. Juli 2019 Stellung ( Urk. 10/138) und führte aus, mit Verweis auf die Untersuchungsergebnisse im Rahmen von beiden Untersuchungen des Beschwerdeführers sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere im Hinblick auf die festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen, darüber hinaus Hinweisen auf eine Aggravation unter Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Leitlinien vorgenommen worden. Dem könne mit Verweis auf die Diskussion im Gutachten nichts hinzugefügt werden (S. 10) . Mit Verweis auf die Informationen aus der Versicherungsakte, darüber hinaus die aktuelle Untersuchung hätten bis auf eine Mehlallergie und eine arterielle Hypertonie keine weiteren somatischen Komorbiditäten ausgemacht werden können. Im Falle des Beschwerdeführers sei bis dato keine Remission erreicht worden (S. 11). Beim Beschwerdeführer sei eine Dauer der depressiven Symptomatik von mehr als 24 Monate dokumentiert, dies entspreche einem chronischen Verlauf der unipolaren depressiven Störung. Die erfolgte Therapie sei evidenzbasiert, wobei nicht sämtliche medizinischen Massnahmen umgesetzt worden seien. Die Medikamentenspiegel seien im Rahmen der letzten Verlaufsuntersuchung nachgewiesen worden. Bis auf eine Augmentationsbehandlung könnten keine weiteren Massnahmen empfohlen werden. Die Prognose könne nicht abschliessend beurteilt werden. In der Regel müsse davon ausgegangen werden, dass bei einer Dauer von mehr als 24 Monaten und mehreren durchgeführten, jedoch erfolglosen

Behandlungsversuchen die sozio-medizinische Prognose ungünstig sei (S. 13). Gleichzeitig lägen beim Beschwerdeführer multiple nicht versicherungsmedizinisch relevante psychosoziale Belastungsfaktoren vor wie der Migrationshintergrund, keine ausreichenden Sprachkenntnisse, keine berufliche Ausbildung, finanzielle Probleme, Schulden, Alter und lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt (seit 2009), die bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit ausgeschlossen worden seien. Die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei alleine aufgrund des festgestellten Gesundheitsschadens attestiert worden (S. 14).

### **E. 3.7**

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin, nahm am 22. Juli 2019 Stellung (Urk. 10/141/3) und führte aus, die Einschätzung im psychiatrischen Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ könne bezüglich der Arbeitsunfähigkeit plausibel nachvollzogen werden. Da die neuropsychologischen Resultate aus psychiatrischer Sicht interpretiert werden müssten, könne auf eine Befragung des neuropsychologischen Gutachters verzichtet werden. Zusammenfassend könne vollumfänglich auf das interdisziplinäre Gutachten vom 9. Januar 2019 abgestellt werden. 4.

### **E. 4**

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. 74ter

lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden 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 2013 E. 3.1.2). 1.

### **E. 4.1**

1

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums E.\_\_\_\_ berichteten am 16. Februar 2023 (Urk. 18) und führten aus, seit 2020 seien zwei neue Diagnosen im Rahmen der Verschlechterung gesichert. 2021 sei es eine posttraumatische Belastungsstörung und 2022 eine schizoaffektive Störung dazugekommen. Es fänden sich folgende Symptome: depressive Stimmung, Unruhe, Antriebslosigkeit, extreme

Verlangsamung, Affektstarre, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedankenkreisen, Durchschlafstörungen und ein verringertes Selbstvertrauen neben den deutlichen Halluzinationen vom Teufel. Betreffend des Traumas (lebensgefährlicher Autounfall in 2020) bestünden zwei- bis dreimal pro Woche Flashbacks, erneute Angst, dazu Hyperarousal mit Tachykardie, Herzasen, Schweißausbruch, Schwindel, Angst vor Invasiven. Es bestehe daher unzweifelhaft eine deutliche Verschlechterung seit 2020 bis

heute (S. 2) .

#### **E. 4.2**

Die Ärzte des Sanatoriums Y.\_\_\_\_ berichteten am 10. März 2021 ( Urk. 10/177) und nannten folgende Diagnosen: - posttraumatische Belastungsstörung ( PTBS, ICD-10 F43.1) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1) - Differentialdiagnose: schizo affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F25.1) - arterielle Hypertonie - Vitamin D-Mangel

Sie führten aus, die Zuweisung des Beschwerdeführers sei am 12. Januar 2021 auf freiwilliger Basis durch die ambulante Behandlerin der integrierten Psychiatrie C.\_\_\_\_ aufgrund einer prolongierten depressiven Episode bei vorbeschriebenem schizoaffektivem Zustandsbild zur Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der medikamentösen Therapie sowie zur Organisation und Etablierung einer Tagesstruktur erfolgt (S. 1) . Die beschriebene Symptomatik habe sich als schwergradig erwiesen. Da sich in den Untersuchungen keine Hinweise auf eine somatische Ursache der aktuellen Symptomatik gezeigt habe, sei mit einer Anpassung der psychopharmakologischen Medikation begonnen worden. Es habe sich insbesondere eine Besserung der Alpträume und der nächtlichen Wahrnehmungsveränderungen gezeigt, ohne dass dies jedoch dauerhaft zu einer Besserung des psychischen Gesamtzustandes beigetragen habe. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes und auch nach telefonischer Rücksprache mit der Behandlerin der C.\_\_\_\_

hätten sich die Hinweise auf das Vorliegen einer bis jetzt noch nicht diagnostizierten Traumafolgestörung verdichtet. Sowohl anamnestisch als auch in der spezifischen fragebogenbasierten psychologischen Testdiagnostik hätten sich die Hinweise auf das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung in der Folge einer sequentiellen Traumatisierung in der Vorgeschichte bestätigt. Es sei von einer Reaktivierung traumabezogener Symptome im Rahmen der Arbeitslosigkeit und der nachfolgenden Schwierigkeiten auszu gehen (S. 3) .

#### **E. 4.3**

Die Ärzte des Sanatoriums Y.\_\_\_\_ berichteten am 12. März 2021 ( Urk. 10/188/7-11) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 12. Januar bis 15. März 2021 und nannten als Hauptdiagnose eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1), Differentialdiagnose schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F25.1). Als Nebendiagnose nannten sie eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) . Sie führten aus, bei Eintritt sei psychopathologisch ein depressives Syndrom mit leicht wahnhaft anmutender Komponente im Vordergrund gestanden. Weder in der neurologischen, noch in der körperlichen, der laborchemischen und der elektrokardiographischen Untersuchungen habe ein wegweisender Befund nachgewiesen werden können. Da sich in den Untersuchungen keine Hinweise auf eine somatische Ursache der aktuellen Symptomatik gezeigt hätten, sei zunächst mit einer Anpassung der psychopharmakologischen Medikation begonnen worden (S. 3) .

Eine Ursache für die aktuelle psychische Dekompensation habe vom Beschwerdeführer nicht genannt werden können. Als mögliche akute Ursachen seien der Aufenthalt in der Türkei und das damit verbundene Zusammentreffen mit dem Vater Ende 2020 sowie die Belastungen im Rahmen des drohenden Wohnungsverlusts durch die Kürzung der

Ergänzungsleistungen erarbeitet worden. Obwohl der Beschwerdeführer teilweise Erkenntnisse und Einsichten über sich und seine Erkrankung haben gewinnen können, sei eine Übertragung dieses Wissens auf seine Symptomatik bis zuletzt schwierig gewesen für ihn. Gemeinsam sei die Indikation für die Fortsetzung einer ambulanten psychiatrischen Betreuung gestellt und organisiert worden (S. 4). Unter der genannten (psycho)pharmakologischen Therapie, der stationären Reizabschirmung und Etablierung eines konstanten Tag-Nacht-Rhythmus sowie einer stabilen Tagesstruktur habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers stabilisiert. Der Beschwerdeführer habe in deutlich gebesserterem Zustand in die angestammte Häuslichkeit entlassen werden können (S. 5). 4. 4

Dr. med. univ. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 31. Mai 2021 (Urk. 10/188/1-6) und

nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 4 Ziff. 2.5):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode,  
Differentialdiagnose schizoaffektive Störung (ICD-10 F25.1) - Status nach  
Gewalterfahrungen in der Kindheit (ICD-10 Z61.6) - Mehlallergie - Status nach  
Auffahrunfall vom 29. März 2020 mit - HWS-Distorsion - Gleichgewichtsstörung,  
Konzentrationsstörung, Leistungsminderung, Ohrgeräuschen - Schädelprellung mit  
fortbestehenden Kopfschmerzen - Nackenschmerzen

Sie führte aus, da die depressive Symptomatik seit längerem vorliege und da es trotz stationärer Behandlung kaum zu einer Besserung der Symptomatik gekommen sei, sei die Prognose ungünstig (S. 4 Ziff. 2.7). Es bestünde eine niedergestimmte Stimmung, Grübeln, innere Unruhe sowie eine Schlafstörung. Dies führe zu Konzentrationsstörung sowie verminderter Leistung im Alltag (S. 5 Ziff. 3.4). Der Beschwerdeführer könne ein Mal in der Woche während 30 Minuten eine dem Leiden angepasste Tätigkeit ausüben (S. 5 Ziff. 4.2). Im Haushalt könne er 15-20 Minuten am Stück arbeiten, dann müsse er sich ausruhen. Er erhalte diesbezüglich täglich Unterstützung von seinen Cousins (S. 6 Ziff. 4.5).

#### **E. 4.5**

Die Ärzte des Medizinischen Zentrums E.\_\_\_\_ berichteten am 1. Juni 2021 (Urk. 10/189/7-10) und nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1) - posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - Mehlstaub-Allergie - Pollenallergie

Sie führten aus, der Beschwerdeführer werde seit dem 29. März 2021 ambulant durch sie behandelt. Es hätten bisher lediglich zwei Termine stattgefunden, da der Beschwerdeführer in Quarantäne gewesen sei. Die Behandlung finde eigentlich mit zweiwöchentlichen Terminen statt. Der Beschwerdeführer sei von 2010 bis jetzt zu 100 % arbeitsunfähig für alle Tätigkeiten des ersten Arbeitsmarktes. Aus Sicht des Beschwerdeführers würden die Beschwerden mit der aktuellen Belastung, niemanden sehen zu dürfen, zusammenhängen (S. 1). Der Beschwerdeführer klagt seit 2010 unter anderem über eine depressive Stimmung, Unruhe, Antriebslosigkeit, extreme

Verlangsamung, Affektstarre, Konzentrationsschwierigkeiten, Gedankenkreisen, Durchschlafstörungen und ein verringertes Selbstvertrauen. Seit dem lebensgefährdenden Autounfall 2020 bestünden ein Hyperarousal, eine Tachykardie, Alpträume, eine Vermeidung der Erinnerung sowie auditive und kinästhetische Halluzinationen,

Beeinflussungswahn, Angstzustände und Verfolgungswahn (S. 2). Die Prognose sei schlecht. Der Beschwerdeführer habe eine schizoaffektive Störung, eine Erkrankung, welche meist chronisch verlaufe und eine schlechte Prognose aufweise. Noch dazu komme, dass die Störung auch nach medikamentöser Einstellung und Klinikaufenthalten weiterhin bestehe. Auch die posttraumatische Belastungsstörung sei bislang erfolglos therapiert worden. Seit 2010 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei durch die posttraumatische Belastungsstörung und die schizoaffektive Störung kognitiv stark eingeschränkt (S. 3). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer eine Stunde pro Tag zumutbar (S. 4).

#### **E. 4.6**

RAD-Ärztin Dr. B.\_\_\_\_ nahm am 13. Dezember 2021 Stellung (Urk. 10/203/6) und führte aus, in beiden neu eingegangenen Arztberichten seien die gleichen «psychotischen» Symptome beschrieben worden, die schon bei der Begutachtung 2019 bekannt gewesen seien. Die neu genannte posttraumatische Belastungsstörung sei nicht plausibel nachzuvollziehen. Der Gesundheitszustand habe sich seit der letzten materiellen Prüfung nicht verändert.

#### **E. 4.7**

Die Ärzte der integrierten Psychiatrie C.\_\_\_\_ berichteten mit Abschlussbericht vom 18. Januar 2022 (Urk. 10/223) über die ambulante Behandlung des Beschwerdeführers vom 26. Januar 2018 bis 25. März 2021 und nannten folgende Diagnosen (S. 1 f.): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittel- bis schwergradige Episode (ICD-10 F33.1), Differentialdiagnose schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F25.1) - posttraumatische Belastungsstörung (Erstdiagnose 2021; ICD-10 F43.1) - benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise - Vitamin-D-Mangel, nicht näher bezeichnet

- Mehlstauballergie - Status nach Nierenstein (2015) - Status nach Gastritis

(2010)

Sie führten aus, in Absprache mit dem Beschwerdeführer sei die Behandlung bei ihnen am 25. März 2021 abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer werde die weitere Behandlung mit einem türkischsprechenden Therapeuten fortsetzen. Es bestehe keine Medikation. Der Beschwerdeführer sei Ende Januar 2018 aufgrund einer starken depressiven Symptomatik mit halluzinatorischen Erlebnissen bei bekannter schizoaffektiver Störung von seinem vorherigen Psychiater für eine weitere diagnostische Abklärung, medikamentöse Einstellung und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung überwiesen worden (S. 2). Das depressive Zustandsbild sei trotz hochdosierter Antidepressiva kaum veränderlich geworden. Nach einem kurzen Urlaub in der Türkei im Herbst 2020 sei es Anfangs November 2020 wieder zu erneuter Dekompensation gekommen. Trotz allen getroffenen medikamentösen und therapeutischen Massnahmen habe der Beschwerdeführer sehr niedergeschlagen gewirkt, ständig mit geschlossenen Augen während des Gesprächs, habe vermehrt über eine wahnhaft-psychotische Symptomatik berichtet und immer noch an Schlaflosigkeit, Albträumen und gelegentlich Halluzinationen in der Nacht gelitten, was die Hinweise auf das Vorliegen einer bis jetzt noch nicht diagnostizierten Traumafolgestörung gegeben habe (S. 3). Im weiteren Verlauf sei es dem Beschwerdeführer psychisch nicht besser gegangen. Es habe eine Malcompliance bezüglich der regelmässigen Medikation mit zu geringem Wirkspiegel der Medikation im Blut

bestanden, so dass zu weiteren Abklärungen und gegebenenfalls Anpassung der medikamentösen Therapie sowie zur Organisation und Etablierung einer Tagesstruktur eine stationäre Abklärung und Behandlung im Sanatorium Y.\_\_\_\_ veranlasst worden sei. Nach dreimonatiger Behandlung (12. Januar bis 15. März 2021) habe der Verdacht bestätigt

und eine posttraumatische Belastungsstörung in der Folge einer sequentiellen Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter diagnostiziert werden können (S. 4).

#### **E. 4.8**

Die Ärzte des Sanatoriums Y.\_\_\_\_ berichteten mit Austrittsmeldung vom 25. Februar 2022 (Urk. 10/219) über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 31. Januar bis 25. Februar 2022 und nannten als Hauptdiagnose eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, Differentialdiagnose schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen. Sie führten aus, der Beschwerdeführer berichte, dass er in letzter Zeit weniger Freude am Leben habe. Dies sei grundsätzlich schon seit Jahren so, nun aber verstärkt. Eine Neueinstellung beziehungsweise Anpassung der antidepressiven Medikation sei seitens des Beschwerdeführers explizit nicht gewünscht worden. Die bestehende antipsychotische Therapie sei initial mittels einer Erhöhung der Olanzapin-Dosis sowie unter Zusatz von Lorazepam ausgebaut worden (S. 1 f.). Im Verlauf sei bei Ausbleiben eines therapeutischen Effekts eine Augmentation mit

Haloperidol erfolgt. Hierunter habe sich ein geringfügiger Rückgang der psychotischen Symptomatik gezeigt. Im weiteren Verlauf sei mit dem Beschwerdeführer eine Umstellung der antipsychotischen Medikation beschlossen worden. Hierunter habe sich eine leichtgradige Stimmungsaufhellung und Antriebssteigerung sowie ein weiterer Rückgang der psychotischen Symptomatik gezeigt (S. 2).

Dem Austrittsbericht der Ärzte des Sanatoriums Y.\_\_\_\_ vom 16. März 2022 (Urk. 10/227) über den genannten stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 31. Januar bis 25. Februar 2022 ist die Hauptdiagnose eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv, Erstdiagnose 2018 durch die C.\_\_\_\_ (ICD-10 F25.1) zu entnehmen. Bei im Wesentlichen übereinstimmenden Ausführungen wurde festgehalten, dass der Austritt bei weiterhin bestehender depressiver und auch psychotischer Symptomatik auf dringlichen Wunsch des Beschwerdeführers hin erfolgt sei (S. 3).

#### **E. 4.9**

Dr. D.\_\_\_\_ berichtete am 4. März 2022 (Urk. 10/221/4-9) und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 Ziff. 2.5): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressive Episode (ICD-10 F25.1) - Differentialdiagnose: schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) - Mehlallergie

Sie führte aus, der Beschwerdeführer sei seit zirka drei Jahren zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.3). Es bestehe aktuell eine innere Unruhe, Ein- und Durchschlafstörungen, der Beschwerdeführer sei immer müde, könne sich nicht konzentrieren, es sei wenig Energie vorhanden und er schlafe auch am Tag (S. 3 Ziff. 2.2).

Aufgrund der erwähnten Symptomatik sei die Prognose aktuell ungünstig (S. 4 Ziff. 2.7).

#### **E. 5**

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.).

Geht es um psychische Erkrankungen (vgl. BGE 143 V 418 E. 7) sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren beachtlich, die - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits - erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und E. 4.1). 2.

### **E. 5.1**

Im Zeitpunkt der erstmaligen Zusprache einer halben Rente im April 2020 (vgl. Urk. 10/151-152) litt der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode mit psychotisch anmutenden Symptomen (vgl. vorstehend E. 3.4). Für seine bisherige sowie jede angepasste Tätigkeit wurde eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. vorstehend E. 3.4). Die Beschwerdegegnerin stellte auf diese Beurteilung ab (vgl. auch vorstehend E. 3.7) und sprach dem Beschwerdeführer bei einem Invaliditätsgrad von 50 % eine halbe Rente zu (vgl. Urk. 10/151-152).

Mit diesem Sachverhalt ist derjenige zu vergleichen, welcher der hier angefochtenen Verfügung (Urk. 2) zugrunde liegt.

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Stellungnahmen ihrer RAD-Ärztin (vgl. vorstehend E. 4).

### **E. 5.2**

Es gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, insbesondere in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 545 E. 7.1), Anlass zur Rentenrevision. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der psychopathologische Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (vgl. Urteil e

des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit

Hinweisen und 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

Auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschadet der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C\_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 5.3**

Aus psychiatrischer Sicht lässt die Gegenüberstellung der bei der letzten Rentenprüfung vorhandenen medizinischen Gutachten mit den seither eingegangenen medizinischen Berichten auf keine wesentliche beziehungsweise Verschlechterung des Gesundheitszustandes schliessen. Anlässlich der seit dem Rentenerhöhungsgesuch erfolgten Abklärungen wurden keine neuen psychopathologischen Befunde erhoben, die eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen könnten und nicht bereits zum Zeitpunkt der letzten Rentenprüfung bekannt gewesen wären.

So führte der Gutachter Dr. Z.\_\_\_\_ im Januar und Juli 2019 (vgl. vorstehend E. 3.4 und E. 3.6) zum psychischen Befund aus, dass eine durchgehend gedrückte, zum depressiven Pol verschobene Stimmung aufgefallen sei, der Beschwerdeführer vermindert schwingungsfähig gewesen sei und über ein reduziertes Gesamtspektrum der Emotionen verfügt habe. Der Gedankengang sei eingeschränkt gewesen und die Ein- und Umstellfähigkeit eher verlangsamt. Bei der Schilderung der Wahrnehmungsstörungen habe der Beschwerdeführer affektiv/emotional völlig unbeteiligt gewirkt. Der Antrieb und die Psychomotorik seien vermindert gewesen (Urk. 10/120 S. 28 f.). Während der Exploration hätten keine Wahrnehmungsstörungen oder Sinnestäuschungen in Form von Halluzinationen oder illusionären Verkennungen objektiviert werden können (S. 30). Der Beschwerdeführer habe ausführlich über vor dem Schlafengehen mit einer Frequenz von ein- bis zweimal/dreimal auftretende Halluzinationen in Form von Gestaltensehen, die ihn angreifen und an den Hoden anfassen würden, geschildert (S. 39). Der Gutachter erwähnte weiter, dass sowohl den Berichten der behandelnden

Dr. F.\_\_\_\_ von der C.\_\_\_\_ eine seit mindestens 2014 bestehende schizoaffektive Störung sowie eine schwere depressive Episode mit psychotischem Syndrom zu entnehmen sei (S. 36 f., S. 44), als auch Dr. G.\_\_\_\_ im Jahre 2017 eine chronifizierte schizoaffektive Störung diagnostiziert habe (S. 36). Das durch Dr. F.\_\_\_\_ beschriebene depressive Zustandsbild habe auch im Rahmen der aktuellen Exploration im Sinne einer mindestens mittelgradigen depressiven Episode objektiviert werden können (S. 45 unten). Die durch den Beschwerdeführer vorgetragene psychotisch anmutenden Wahrnehmungsstörungen mit unterschiedlicher Frequenz von ein- bis zwei- oder dreimal pro Woche sowie ohne psychotische Beschwerden an den anderen Tagen, sei für eine psychotische Störung sehr ungewöhnlich. Aufgrund der vagen Angaben, der festgestellten Inkonsistenzen und Diskrepanzen sowie der erheblichen Aggravation im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung müssten die Angaben des Beschwerdeführers in Frage gestellt werden (S. 45).

Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers, insbesondere die psychotischen Symptome, welche in den Berichten ab 2020 neu unter der (Differential-)Diagnose einer

schizoaffektiven Störung subsumiert werden, wurden somit ausdrücklich bereits im Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ von Januar 2019 beschrieben und gewürdigt. Unter diesem Aspekt gehen somit aus den im Rahmen des Rentenerhöhungsgesuchs ergangenen Berichten keine neuen Beschwerden hervor, und es werden auch keine psychopathologischen Befunde beschrieben, welche zu wesentlichen (neuen) funktionellen Einschränkungen führten. Es liegt viel mehr eine im Vergleich zu den früheren Gutachten andere Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes vor.

#### **E. 5.4**

Insoweit in gewissen neuen medizinischen Berichten die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne von ICD-10 F43.1 vorgebracht wurde, verfängt dies nicht.

Zum einen wurde die Diagnose der PTBS in den Berichten des Sanatoriums Y.\_\_\_\_ im Verlauf nicht mehr erwähnt, was die Diagnose oder zumindest deren Bedeutung beziehungsweise Auswirkungen bereits in Frage stellt. So wurde die Diagnose im Bericht vom 10. März 2021 noch als erste Diagnose aufgeführt (vgl. vorstehend E. 4.2), im Bericht vom 12. März 2021 lediglich noch als Nebendiagnose (vgl. vorstehend E. 4.3) und in den (Austritts-)Berichten vom Februar und März 2022 nach mehrwöchigem stationärem Aufenthalt fand sie keine Erwähnung in der Diagnoseliste mehr (vgl. vorstehend E. 4).

#### **E. 5.5**

Zusammenfassend wurde die Diagnose einer depressiven Episode sowie insbesondere auch die psychotisch anmutenden Symptome bereits im Gutachten von 2019 ausführlich gewürdigt und die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung erscheint nach dem Ausgeführten als nicht plausibel nachvollziehbar. Der in psychiatrischer Hinsicht gleich gebliebene Sachverhalt wurde somit lediglich anders beurteilt, was keinen Revisionsgrund darstellt. Eine Verschlimmerung des Zustandes liess sich nach dem Gesagten nicht dokumentieren, zumal keine neu hinzugekommenen Beschwerden und Befunde oder Pathologien feststellbar gewesen waren.

Der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind nach dem Gesagten aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären diesbezüglich keine neuen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3, 124 V 90 E. 4b). Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor sowohl in der angestammten Tätigkeit, als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig ist. Seit der

Rentenzusprache im April 2020 ist es somit weder zu einer wesentlichen Veränderung der festgestellten Befunde noch zu einer wesentlichen Veränderung der Arbeitsfähigkeit gekommen ist. Ein Revisionsgrund ist somit zu verneinen, womit von einem strukturierten Beweisverfahren abgesehen werden kann (vgl. BGE 141 V 281).

Der angefochtene Entscheid ist somit rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.  
6.

#### **E. 6**

und E. 4.1 0 ) und ging davon aus, dass keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege.

### **E. 6.1**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung werden diese jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen, dies mit Hinweis auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ).

### **E. 6.2**

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin machte mit Honorarnote vom 17. November 2022 einen Aufwand von 7 Stunden 20 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 48.40 geltend (Urk. 15), was angemessen erscheint , jedoch die Eingabe vom 13. März 2023 ( Urk. 17-18) noch nicht enthält . Unter Berücksichtigung des gerichts üblichen Ansatzes von Fr. 220.-- ist sie mit Fr. 1'900.-- inklusive Mehrwertsteuer ( MWSt ) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

### **E. 8**

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers , Rechtsanwältin Stephanie Schwarz , Winterthur , wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Stephanie Schwarz - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage einer Kopie von Urk. 18 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Grieder-MartensSchüpbach

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