

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00070 vom 7. November 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00070

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00070 du 7 novembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00070 del 7 novembre 2023

Erwägungen

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 1. Februar 2023 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend auf den Ablauf der Wartefrist (Neuanmeldung am 25. Mai 2018) eine ganze IV-Rente auszurichten. Zudem sei ihm die Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung zu bewilligen (S. 2). Am 13. März 2023 (Urk. 9) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen. Mit Verfügung vom 31. März 2023 (Urk. 11) gewährte das hiesige Gericht dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung und bestellte ihm Rechtsanwalt Peter Bolzli, Zürich, als unentgeltlichen Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren unter gleichzeitiger Anordnung eines zweiten Schriftenwechsels. Mit Eingabe vom 15. Juni 2023 (Urk. 15) teilte der Beschwerdeführer mit, dass er auf das Einreichen einer Replik verzichte, was der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 16. Juni 2023 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 16). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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 vorbehaltlich 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen 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 die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden. 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). 1.3

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

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

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

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene rentenabweisende Verfügung vom 29. Dezember 2022 (Urk. 2) damit, dass - aus näher dargelegten Gründen - auf das Gutachten der B.____ AG abzustellen sei. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seiner Rückenbeschwerden in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur zu 20 % eingeschränkt. In einer angepassten Tätigkeit bestehe jedoch eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 2).

Im Rahmen der Beschwerdeantwort ergänzte die Beschwerdegegnerin, die neuropsychologischen Ergebnisse würden auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen lassen, welches eine abschliessende Auswertung verunmögliche. In der psychiatrischen Begutachtung habe ein demonstratives Verhalten festgestellt werden können. Die Behandler des Beschwerdeführers hätten keine neuropsychologischen Testungen gehabt, wodurch auch das aggravierende Verhalten nicht habe festgestellt werden können. Im Übrigen lägen mehrere psychosoziale Belastungsfaktoren vor (Urk.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), das psychiatrische Teilgutachten sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht haltbar. Das B.____-Gutachten stelle keinen tauglichen Beweis für die Feststellung seiner Arbeitsfähigkeit dar. Der aktuelle Umstand, dass er - derzeit im Vollzugszentrum C.____

inhaftiert - Ende November 2022 aus dem Strafvollzug hinaus für einen mehrwöchigen stationären Aufenthalt der Psychiatrischen Universitätsklinik D.____ zugewiesen worden sei, stelle ein gewichtiges Indiz für die Ernsthaftigkeit seiner psychischen Störung dar. Sollte das Gericht die Einschätzung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht teilen, so wäre ein gerichtliches Gutachten einzuholen oder die Sache zwecks erneuter Einholung eines Gutachtens durch die Beschwerdegegnerin an diese zurückzuweisen (S. 5-8). 3.

Vergleichszeitpunkt für eine für die Neuanmeldung relevante Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers bildet die Verfügung vom 6. Januar 2014

(Urk. 10/90), mit welcher die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Gutachten der MEDAS A.____ (Urk. 10/75) das Leistungsbegehren abgewiesen hat. Auf die Neuanschuldung vom 25. September 2015 hin erfolgte keine vertiefte Abklärung des medizinischen Sachverhalts, trat die Beschwerdegegnerin doch auf diese gar nicht ein (Verfügung vom 31. Mai 2016, Urk. 10/135). 4.

Die rentenabweisende Verfügung vom 6. Januar 2014 stützte sich insbesondere auf das Gutachten der MEDAS A.____ vom 26. April 2013 (Urk. 10/75). Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie FMH, Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, med. prakt. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin, und Dr. med. I.____, Facharzt für physikalische Medizin FMH spez. Rheumatologie, stellten darin keine Diagnosen mit und folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur (S. 14): - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Osteochondrose und Spondylose L4/5 und L5/S1 - klinisch fehlende Hinweise auf aktuelle radikuläre Kompression/Irritation - muskuläre Dysbalance - Psoriasis vulgaris ohne Verdacht auf hiermit assoziierte Arthritiden - chronisch wiederkehrende Zervikalgien bei diskret beginnenden degenerativen Wirbelveränderungen und angedeuteter Wirbelsäulenfehlstatik - diskrete Sprunggelenkarthrose rechts - osteosynthetisch versorgte knöchern fest konsolidierte Fersenbein-Fraktur links - Spreizfuss beidseits mit beginnender Grosszehengrundgelenk-Arthrose links - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig überwiegend leichte Episode, phasenweise mittelgradige Episode mit fraglich psychotischen Symptomen (ICD

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Das polydisziplinäre Gutachten der B.____ AG vom 4. August 2022 (vor stehend E. 5.3) beruht auf den erforderlichen allgemeininternistischen, orthopädischen, psychiatrischen, neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Insbesondere wiesen sie auf zahlreiche Inkonsistenzen und ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers hin (vgl. etwa Urk. 10/277 S. 5-7 und S. 9-11 und Urk. 10/279 S. 7, S. 33 und S. 50). Sie begründeten, dass aufgrund der unauffälligen Kindheit und Jugend des Beschwerdeführers keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert werden kann und wiesen auf zahlreiche psychosoziale Belastungsfaktoren hin. Sie zeigten auf, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf neurologischem Gebiet verschlechtert hat, was zu einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten, aber einer unveränderten Arbeitsfähigkeit in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit führt. Die Gutachter gelangten sodann zur begründeten und nachvollziehbaren Ansicht, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt, hingegen aus somatischen Gründen spätestens seit Juli 2018 in der angestammten Tätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig ist und dass in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit keine

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 10/279 S. 9 und S. 11). Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. vorstehend E. 1.5).

Dies ist bezüglich der allgemeininternistischen, orthopädischen, neurologischen und neuropsychologischen Teilgutachten zwischen den Parteien denn auch unbestritten. Ebenso ist unbestritten und ausgewiesen, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers seit dem Vergleichszeitpunkt verschlechtert hat, er aber aus somatischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit dennoch zu 80 % und in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist.

E. 6.2

Der Beschwerdeführer und die behandelnden Fachpersonen des Zentrums P.____ kritisierten hingegen das psychiatrische Teilgutachten (vgl. Urk. 1 S. 5-8 und Urk. 10/293). Dazu ist festzuhalten, dass med. pract . R.____ seit 2014 über einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapie verfügt (vgl. Medizinalberuferegister , einsehbar unter [www.medregom.admin.ch/medreg/ search](http://www.medregom.admin.ch/medreg/search)) . Ihre psychiatrische Erfahrung anzu zweifeln, weil sie - im Unterschied zu den behandelnden Fachpersonen - keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stellte, geht nicht an. Med. pract . R.____ begründete nachvollziehbar, weshalb aufgrund der Biographie des Beschwerdeführers eine Persönlichkeitsstörung nicht diagnostiziert werden kann, mit Blick auf die von ihr erhobenen Befunde (vgl. Urk. 10/279 S. 30-32) ist auch die leichtgradige depressive Episode begründet. Dass sie unter Hinweis auf das aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers die von ihm geltend gemachten akustischen Halluzinationen in Frage stellte, ist im Übrigen einleuchtend. Zu Recht wies überdies Dr. med. XA.____ , Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie vom regionalen ärztlichen Dienst, in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Angabe der behandelnden Fachpersonen, wonach der Beschwerdeführer trotz der Behandlung mit Aripiprazol und Paliperidon Halluzinationen haben sollte, hellhörig mache (Urk. 10/295/3).

Nachdem das Bundesgericht teilweise zwanzigminütige Explorationsgespräche als ausreichend für die Erstellung eines psychiatrischen Gutachtens erachtet hat (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1 mit Hinweis), erscheint eine einstündige Untersuchung durch med. pract . R.____ des Weiteren nicht als unangemessen kurz. Ohnehin kann nach konstanter Rechtsprechung aus einer - verhältnismässig - kurzen Dauer der psychiatrischen Exploration nicht von vornherein auf eine Sorgfaltswidrigkeit des Gutachters geschlossen werden. Für den Aussagegehalt eines medizinischen Berichts kommt es nämlich nicht in erster Linie auf die Dauer der Untersuchung an. Massgeblich ist vielmehr, ob der Bericht inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist. Der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand hängt stets von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie ab. Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet - gegebenenfalls neben standardisierten Tests - die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2023 vom 8. August 2023 E. 4.4.4 mit weiteren Hinweisen). Das psychiatrische Teilgutachten ist vollständig und schlüssig begründet und die Dauer der Exploration entsprechend nicht zu beanstanden.

Der Beschwerdeführer und die ihn behandelnden Fachpersonen gehen zudem mit keinem Wort auf sein von den Gutachtern mehrfach festgestelltes aggravierendes Verhalten ein. Diverse Inkonsistenzen wurden im Übrigen bereits durch die Gutachter der MEDAS A.____ festgestellt (vgl. vorstehend E. 4). Das Bezirksgericht Zürich hielt in seinem Urteil vom 28. August 2019 (Geschäfts-Nr. DG190053/U, Urk. 10/218/1-76) zudem fest, dass der Beschwerdeführer während 11.5 Jahren ohne Bedenken und Gewissensbisse delinquent und eine eklatante Unverfrorenheit an den Tag gelegt hat (S. 59), und verurteilte ihn unter anderem wegen gewerbsmässigen Betruges zum Nachteil der Stadt XB.____, Soziale Dienste, zu einer Freiheitsstrafe von 45 Monaten. Weiter führte es aus, dass die Aussagen des Beschwerdeführers im Strafverfahren alles andere als glaubhaft sind und sein allgemeines Aussageverhalten teilweise beinahe schon als renitent bezeichnet werden kann (S. 28). Falsche Aussagen, Inkonsistenzen und Aggravation wurden damit nicht nur von den Gutachtern der B.____ AG festgestellt. Dass bei einem solchen Verhalten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, ist entsprechend nicht der psychiatrischen Gutachterin, sondern dem Beschwerdeführer selbst anzulasten, weshalb sich Weiterungen zu den aus Sicht der behandelnden Fachpersonen bestehenden Einschränkungen erübrigen, zumal diesen das aggravierende Verhalten des Beschwerdeführers nicht bewusst zu sein scheint.

Die Einwendungen des Beschwerdeführers und der ihn behandelnden Fachpersonen vermögen zusammenfassend nichts an der Beweiskraft des Gutachtens der B.____ AG zu ändern und es ist auf dieses abzustellen. Das Einholen eines weiteren Gutachtens ist entsprechend - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) - nicht erforderlich. Damit steht fest, dass eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres nicht ausgewiesen, mithin das Wartjahr (E. 1.3) nicht erfüllt ist.

E. 6.3

Der Beschwerdeführer befindet sich offenbar seit ungefähr August 2022 im Strafvollzug (vgl. Urk. 3 S. 2). Dass eine Inhaftierung mit einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes einhergehen kann, ist nicht auszuschliessen. Wohl dürfte es sich dabei aber in der Regel um eine durch die psychosoziale Problematik im Zusammenhang mit der Inhaftierung ausgelöste vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes handeln, welcher sich spätestens mit der Entlassung wieder verbessert. Aus seinem Eintritt in die Psychiatrische Klinik D.____ am 28. November 2022 kann jedenfalls nicht geschlossen werden, dass der Beschwerdeführer zuvor in einem invalidenversicherungsrechtlich relevanten Ausmass eingeschränkt gewesen wäre. Dergleichen lässt sich jedenfalls dem Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.____ vom 4. Januar 2023 (Urk. 3) nicht entnehmen. Nachdem während des Straf- oder Massnahmenvollzugs Leistungen der Invalidenversicherung ein gestellt werden (vgl. Art. 21 Abs. 5 ATSG), ist eine allfällige vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers während des Strafvollzugs für das vorliegende Verfahren - in welchem der Sachverhalt in zeitlicher Hinsicht massgebend ist, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 29. Dezember 2022 (Urk. 2) verwirklicht hat (vgl. BGE 131 V 242 E. 2.1 mit Hinweis) - ohnehin nicht von Belang, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen.

Die Beschwerde ist nach dem Gesagten abzuweisen. 7. 7.1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Da ihm mit Verfügung vom 31. März 2023 (Urk. 11) die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde, sind sie jedoch einst weilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 7.2

Mit derselben Verfügung wurde Rechtsanwalt Peter Bolzli, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. Für seine Aufwendungen im vorliegenden Verfahren ist Rechtsanwalt Peter Bolzli aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nachdem der Beschwerdeführer keine Honorarnote ein gereicht hat, wird die Entschädigung vom Gericht nach Ermessen (vgl. dazu Urk. 16 S. 2) und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festgesetzt (§ 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend ist Rechtsanwalt Peter Bolzli eine Parteientschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWST) auszurichten. 7.3

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Peter Bolzli, Zürich, wird mit Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Peter Bolzli -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub Lanzicher

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1.4

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

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 9

S. 2).

E. 10

F33.0/F33.2) - prädisponierende Persönlichkeit mit dissozialen und emotional instabilen Elementen, Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung (ICD-10 F60.3)

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen im lumbalen Bereich mit Ausstrahlungen ins linke Bein und teilweise nach oben bis zum Nackenbereich sowie über Missempfindungen in der Grosszehe links geklagt. Bisweilen trete auch eine Schmerzausstrahlung ins rechte Bein auf. Ausserdem leide er unter Schlafstörungen, manchmal auch unter Kopfschmerzen und Schwindel. Er sei nervös und seine Stimmung sei schlecht. Er höre auch Stimmen. Die Rückenschmerzen seien erstmals 1993, dann wieder 2003 und gehäuft seit 2006 aufgetreten (S. 7, S. 12, S. 16, S. 21, S. 29, S. 34). Zum Tagesverlauf habe der Beschwerdeführer angegeben, überwiegend zu Hause zu sein, wegen der Müdigkeit viel zu liegen oder zu schlafen. Teilweise gehe er aber auch etwas spazieren. Manchmal erhalte er Besuch oder gehe zu Kollegen. Er helfe, die Kinder zur Schule und in

die Kinderkrippe zu bringen. Im Sommer gehe er öfter an den See. Den Einkauf mache er mit seiner Frau zusammen. Der Haushalt werde von der Frau geführt (S. 8, S. 17, S. 21, S. 34).

Bei der klinischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule durch den neurologischen Gutachter habe der Beschwerdeführer eine eher geringe Druckempfindlichkeit über den Nervenaustrittspunkten respektive nur einen geringen Klopf schmerz tief lumbal angegeben. Auch während der gesamten einstündigen Anamnese sei er ruhig unter Vermeidung von Bewegung und mit steif gehaltenem Rücken auf dem Stuhl gesessen. In der Lasègue-Probe habe keine radikuläre Reizsymptomatik ausgelöst werden können (S. 10).

Sodann bemerkte der neurologische Gutachter, aus dem Gutachten von Dr. med. J.____, Chefarzt an der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Stadtspitals Z.____ (damals Leitender Arzt), vom 2. Juni 2009 (Urk. 10/27; vgl. auch E. 4.3 des Urteils IV.2010.01207) seien MRI-Befunde vom 27. Februar 2007 sowie vom 27. Mai 2009 referiert worden, welche unter anderem eine Diskusprotrusion L5/S1 mediolateral rechts mit Kontakt zur Nervenwurzel S1 rechts zeigten. Die klinische Symptomatik sei aber auf das linke Bein projiziert angegeben worden. Dr. J.____ beschreibe in seinem neurologischen Status schon beim Eintreten des Beschwerdeführers ins Sprechzimmer ein groteskes Gangbild mit Schonung des linken Beines, welches abgespreizt werde. Dieses habe in der aktuellen Untersuchung nicht mehr gesehen werden können. Hinsichtlich der ehemals diffusen Sensibilitätsstörung gebe der Beschwerdeführer heute eine Taubheit im Grosszehenbereich links, dem L5-Segment entsprechend, hin gegen eine normale Sensibilität im S1-Segment an. Insgesamt könne man, insbesondere in Korrelation mit den Bildbefunden, die aktuellen Beschwerden des Beschwerdeführers nur teilweise nachvollziehen. Objektiv bestehe zwar eine Diskuspathologie in den Ebenen L4/5 und L5/S1, jedoch erscheine eine relevante neurokompressive Symptomatik nicht vorzuliegen. Auch sei gemäss der aktuellen Anamnese eine typische radikuläre Schmerzausstrahlung L5 oder S1 segmental nicht beschrieben worden. Eine ältere L5-radikuläre Defizitsymptomatik am Grosszehen scheine, wenn man den heutigen Sensibilitätsbefund heranziehe, jedoch wahrscheinlich (S. 10 f.).

Auch in der psychiatrischen Untersuchung hätten sich deutliche Indizien für demonstrative, teilweise in der Tat grotesk anmutende Verhaltensweisen gezeigt. Es seien Inkonsistenzen aufgetreten. So habe der Beschwerdeführer immer wieder die Meinung vertreten, sich an Sachverhalte nicht zu erinnern. Andererseits habe er diverse Details gut und folgerichtig wiedergeben können. Ausserdem habe er in der Begutachtungssituation prompt und folgerichtig reagieren können. Nichtbeantwortungen seien aus Sicht des Gutachters keinesfalls als Einschränkungen der Konzentration oder des Gedächtnisses zu interpretieren gewesen, sondern vielmehr als Produkt einer gereizten, innerlich abwehrenden, kaum von Kooperation getragenen Grundhaltung, welche am ehesten seiner prädisponierenden, emotional instabilen, dissozialen Persönlichkeitsstruktur geschuldet sein dürfte. Dieses Verhalten bedinge allerdings leider eine Einschränkung des psychiatrischen Erkenntnisgewinnes. Der Beschwerdeführer habe weiter akustische Halluzinationen beschrieben und auf Nachfrage Verfolgungs- sowie Beeinträchtigungserleben bestätigt. Die dargelegten Symptome deckten sich mit den in den Berichten aus dem Jahr 2009 von Dr. med. K.____, Leitender Arzt beim Psychiatrisch-Psychologischen Dienst L.____ (damals Stv. Oberarzt), dargestellten psychopathologischen Beschreibungen (vgl. Urk. 10/30 und

Urk. 10/33; ferner E. 4.4 im Urteil IV.2010.01207). Auf fällig für den Untersucher sei gewesen, dass der Beschwerdeführer während des Vortragens der Symptome keine spürbare emotionale Beteiligung gezeigt habe. Er habe eine depressive Herab gestimmtheit und resignative Haltung sowie Impulsdurchbrüche beschrieben. Bei deren Schilderung sei ein mangelndes Bewusstsein für soziale Normen deutlich geworden (S. 26).

Bezogen auf die angegebene psychisch beeinträchtigende Symptomatik falle eine erhebliche Widersprüchlichkeit zum beschriebenen alltäglichen Funktions niveau des Beschwerdeführers auf. So liessen sich bei der Schilderung des Alltages keine hinreichenden Indizien für einen relevanten sozialen Rückzug erkennen. Fraglich bleibe, ob die akustischen Halluzinationen und paranoiden Ideen tatsächlich noch hinreichend ausgeprägt vorhanden seien oder letztlich nur zweckgebunden Erwäh nung fänden. Selbst bei wohlwollender Würdigung der vorgetragenen Symptomatik sei kein handlungsbestimmender, den Lebens erfolg signifikant einschrän kender Charakter der akustischen Halluzinationen vor handen, was durch das Aktivitätsniveau, welches der Beschwerdeführer bei Nachfrage nach seinem Lebensalltag schildere, gut verdeutlicht werde (S. 26).

Die psychischen Beeinträchtigungen seien bei gegebenen therapeutischen Mög lichkeiten, unter Aufbringung eines entsprechenden Willens und unter Berück sichtigung der inzwischen moderaten Ausprägung, überwindbar. Voraussetzung sei eine aktive Mitarbeit im therapeutischen Prozess. Aus fachärztlicher Sicht sei die beschriebene depressive Störung in der geschilderten Ausprägung nicht medi zinisch invalidisierend. Eine somatoforme Schmerzstörung könne weder hinrei chend diagnostiziert, noch hinreichend ausgeschlossen werden, da der Beschwerde führer hierzu notwendige Angaben, auch bei insistierender Nach frage, unterlassen habe. Selbst bei Vorhandensein einer somatoformen Störung oder einer chronischen Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Fak toren bestehe kein sozialer Rückzug. Es sei kein primärer Krankheitsgewinn im Sinne eines unlösbaren Konfliktes zu erkennen. Weiterhin bestehe keine anhal tende tiefgreifende Komorbidität, welche nicht unter Ausschöpfung sämtlicher Massnahmen und vor allem beim Vorhandensein einer ausreichenden Motiva tion überwindbar wäre. Ebenso fehle eine ausgeprägte, permanente, chronische, rele vante, körperliche Erkrankung (S. 27).

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung hätten die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen in der Wirbelsäule, in den Sprunggelenken und im lin ken Vorfuss nicht durch objektivierbare, pathologische Befunde erklärt wer den können. Insbesondere nicht objektivierbar seien das linksseitige Schonhin ken und die Schmerzen beim Betasten der Wirbelsäule, der Sprunggelenke und des linken Fusses. Zu bemerken sei, dass der Beschwerdeführer sich beim Ent kleiden von Hosenbein und Strumpf jeweils im sicheren Einbeinstand ausziehe. Hinweise auf das Vorliegen einer radikulären Reizsymptomatik seitens der Wirbelsäule fänden sich bei der aktuellen Begutachtung nicht. Dies stehe im guten Einklang mit den Befunden in den Akten (S. 37).

In der interdisziplinären Beurteilung kamen die MEDAS-Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule keine körperlich schweren Arbeiten verrichtet werden könnten. Hingegen sei eine ange passte Tätigkeit in einer leichten bis kurzfristig mittelschweren Arbeit medizi nisch-theoretisch zumutbar. Die Gewichtslimite werde bei 15 kg definiert. Zu ver meiden seien Zwangshaltungen mit nach vorne geneigter oder gebeugter Arbeits haltung sowie Tätigkeiten in Nässe, Kälte oder Zugluft. Ideal seien Tätig keiten im Wechselrhythmus. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als

Chauffeur sei unter Einhaltung dieser Bedingungen und bei entsprechender Einhaltung rückendisziplinärer Massnahmen theoretisch medizinisch vollzeitig ohne Leistungsminderung zumutbar. Die davor ausgeübte Tätigkeit im Reinigungsteam würde jedoch das Rückenleistungsvermögen überfordern. Die Beschwerden im rechten Rückfuss seien bei Berücksichtigung des oben genannten Fähigkeitsprofils und bei Gebrauch geeigneter Schuhe mit Pufferabsatz, genügender Polsterung der Ferse dorsal und in einer festen Sohle ebenfalls nicht relevant (S. 13 f.). Auch retrospektiv sei seit 2007 von keiner längerdauernden Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit auszugehen (S. 15). 5.

Die angefochtene Verfügung vom 29. Dezember 2022 (Urk. 2) basierte unter anderem auf folgenden Berichten: 5.1

Med. pract. M.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. phil. N.____, Klinischer Psychologe, und MSc

O.____, Fachpsychologin FSP und Eidg. anerk. Psychotherapeutin, vom Zentrum P.____

stellten in ihrem Bericht vom 22. Dezember 2020 (Urk. 10/229/7-9) keine Diagnosen ohne und folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2-3): - rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10, F33.3) - sonstige abnorme Gewohnheiten der Impulskontrolle (F63.8) - dissoziale Persönlichkeitsstörung (Klinik D.____) (F60.2) - lumbovertebrales Syndrom m/b - breitbasiger Diskushernie L4/5 in Kontakt zu beiden L5-Wurzeln - unveränderter flacher, rechtsbetonter Protrusion L5/S1 - stationären leichten bis mässigen Foraminalstenosen L5/S1 - leichter Facettengelenksarthrose L4/5 rechts und L5/S1 beidseits (MRI vom 12. Juni 2017) - Status nach Treppensturz am 12. Juni 2012 m/b - dislozierter Calcaneus-Fraktur (S92.0) - Status nach perkutaner Schrauben-Osteosynthese - Status nach HWS-Distorsion 2017 m/b - mildem Schädel-Hirntrauma - AC-Gelenksverletzung Rockworth II-III rechts

Dazu führten sie aus, der Zustand des Beschwerdeführers sei nach wie vor durch die depressiven Symptome, durch Schmerzen, Aggressionen und Impulsivität sowie früher auch durch akustische Halluzinationen geprägt. Diese Symptomatik begründe die 100%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers auch für angepasste Tätigkeiten (S. 1). Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe seit 2008 bis heute (S. 2). 5.2

Im Austrittsbericht der Psychiatrischen Klinik D.____ vom 19. Februar 2021 (Urk. 10/278/6-11), in welcher der Beschwerdeführer vom 14. Januar bis 16. Februar 2021 hospitalisiert war, sind folgende Hauptdiagnosen aufgeführt (S. 1): - schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv - VD kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen - VD sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle - lumbale und thorakale Bandscheibenschäden mit Radikulopathie seit ca. 2005 - Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden - gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis - latente Hypothyreose - Hyperlipidämie

Die behandelnden Ärzte führten aus, der Eintritt des Beschwerdeführers sei freiwillig auf Zuweisung des ambulanten Psychiaters bei schwerer depressiver Symptomatik mit psychotischen Symptomen erfolgt. Es sei eine schizoaffektive Störung diagnostiziert und die Medikation im Verlauf angepasst worden. Aufgrund von Schwierigkeiten bei der Anpassung an Stationsregeln sei der Beschwerdeführer am 16. Februar 2021 in teilremittiertem Zustand ausgetreten. Es habe kein Anhalt für akute Selbst- oder

Fremdgefährdung bestanden (S. 4). 5.3

Dr. med. Q.____, Facharzt Neurologie FMH, med. pract. R.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. S.____, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. T.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. sc. hum. Dipl. Psych. Univ. U.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, stellten in ihrem Gutachten vom 4. August 2022 (Urk. 10/277 und Urk. 10/279) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/279 S. 8): - lumboradikuläre sensible rezidivierende Irritation L5 bds. (rechtsbetont) bei LWS-Degeneration (ICD10: M54.16)

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 10/279 S. 8): - depressive Episode, leichtgradig (ICD10: F32.0) - sensible Irritation des Nervus

ulnaris im Sulcusbereich

bds. (ICD10: G56.2) - degenerative Veränderungen der HWS und der LWS, erosive Osteochondrose L4/S1 (M42.12, M42.17, M42.18) mit pseudoradikulären Schmerzabstrahlungen im Bereich BWS/HWS (ICD10: M54.03) - Status nach AC-Gelenksverletzung rechts, beschwerdefrei (ICD10: S43.1) - Status nach Calcaneusfraktur links, nach perkutaner Schraubenosteosynthese, nach Metallentfernung, leichte Wetterfühligkeit (ICD10: S92.0) - phobischer Attackenschwankschwindel (ICD10: H81.1) - Psoriasis vulgaris - Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis (ICD-10: K21.9) - akutenanamnestisch latente Hypothyreose, aktuell euthyreote Stoffwechsellage - Hyperlipidämie (ICD-10: E78.5) - Harnentleerungsstörungen bei Prostata-Obstruktionssyndrom Stadium I

Dazu führten sie aus, bei den Untersuchungen hätten sich multiple Inkonsistenzen und nicht plausible Befunde gefunden. Im Rahmen der aktuellen Begutachtungen habe der Beschwerdeführer von Gedächtnisstörungen berichtet, welche sich im Rahmen der Untersuchung jedoch nicht hätten abbilden lassen. Insbesondere in aufgebrachtten Momenten habe der Beschwerdeführer mit lauterer Stimme, in schnellerer Geschwindigkeit und sehr flüssig berichtet, ohne beispielsweise Wortfindungsschwierigkeiten oder bemerkbare konzentrierte oder Gedächtnisstörungen. Klinisch hätten sich insofern und auch nach sonstigem Befund keine Hinweise für überdauernde kognitive Defizite ergeben. Es seien auch keine Erkrankungen des Gehirngewebes dokumentiert oder feststellbar, auch eine traumatische Hirnschädigung nach dem Unfall mit HWS-Distorsion lasse sich nicht feststellen. Die Merkfähigkeitsstörungen seien zudem nur selektiv und nicht homogen. Beispielsweise beträfen sie biographisch wichtige Daten wie den Hochzeitstag oder die strafrechtlich relevanten Handlungen, teilweise würden dann wiederum unwichtige Details erinnert. Eine solche Verteilung der Defizite sei hirnbedingt nicht zu erklären. Im Rahmen der neuropsychologischen Testung hätten sich massive Anzeichen für eine Aggravation gezeigt. Im Hinblick auf die vom Beschwerdeführer geäußerten akustischen Halluzinationen in Form von Stimmen, welche ihn zum Suizid auffordern würden, könnte ebenfalls ein aggravierendes Verhalten des Beschwerdeführers zugrundeliegen. In diesem Zusammenhang könnte es allerdings auch möglich sein, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner schwierigen sozialen Situation mit massiven finanziellen Schwierigkeiten seine eigene Stimme laut höre im Sinne eines Gedankenlaut werdens. Für diese Theorie spreche die Tatsache, dass der Beschwerdeführer angebe, die akustischen Halluzinationen würden vorwiegend auftreten, wenn er alleine sei (Urk. 10/279 S. 7).

Bei der körperlichen Untersuchung fänden sich Inkonsistenzen in

Form der positiven Zeichen nach Waddell. Es hätten auch zeitweise Schmerzbekundungen stattgefunden, wie schmerzbedingte Zuckungen, Auflegen der Hand auf schmerzende Körperstellen, kurze Anspannung der Mimik. Insgesamt habe sich der Beschwerdeführer auch psychomotorisch sehr leidend dargestellt. Bei einem zwischenzeitlichen Ärgernis (der Referent habe um etwas präzisere Auskünfte hinsichtlich beruflicher Tätigkeiten gebeten) habe der Beschwerdeführer kurzfristig gereizt reagiert, wobei dann eine doch ziemlich aktive Körpermotorik ohne schmerzbedingte Hemmung beobachtet werden können. Insgesamt hätten sich erhebliche Zweifel daran ergeben, dass die geschilderte Schmerzintensität rein somatisch zu begründen sei. Konsistent sei aber, dass aufgrund der körperlichen Störungen wie auch der psychischen Störungen Einschränkungen nicht nur für die berufliche, sondern auch für die private Sphäre berichtet würden. Die Serumspiegel der bestimmten, nach Angabe dauerhaft eingenommenen Medikamente würden Werte im therapeutischen Level für Aripiprazol, Vortioxetin, Paliperidon sowie Lamotrigin zeigen. Pregabalin erreiche den Serumspiegel nicht ganz und sei daher vermutlich zu niedrig dosiert. Hinsichtlich Aripiprazol falle auf, dass die Serumkonzentration eher niedrig und der Metabolit unternormal sei, was ursächlich geklärt werden sollte, aber auch bei einer nicht regelmässigen Einnahme vorkommen könne (Urk. 10/279 S. 7).

Einschränkungen ergäben sich beim Beschwerdeführer weniger aufgrund LWS-Degenerationen selbst, jedoch aufgrund der Möglichkeit der Auslösung sensibler lumboradikulärer Irritationen L5 beidseits. Dadurch komme es dann doch zur Einschränkung für LWS-belastende Tätigkeiten. Es würden Tätigkeiten mit Heben und Bewegen von Lasten über 15 kg, in ungünstigen Körperpositionen und längerer Haltungskonstanz entfallen, ferner auch Tätigkeiten, die nicht durch selbstbestimmte Pausen unterbrechbar seien, somit auch Tätigkeiten mit engem Zeitlimit (Urk. 10/279 S. 8).

Beim Beschwerdeführer beständen in der Anamnese Hinweise für eine dissoziale Persönlichkeitsakzentuierung aufgrund mehrmaliger Strafanzeigen und auch einem Gefängnisaufenthalt in der Vergangenheit wie auch aufgrund impulsiver gewalttätiger Ausbrüche. Es bestehe eine Neigung, Regeln zu brechen. Der Beschwerdeführer gebe aktuell an, seine Straftaten zu bereuen, es sei also nicht von einer ausgeprägten Gewissenlosigkeit auszugehen. Unklar bleibe allerdings, ob er die Taten selbst bereue oder vielmehr die Tatsache, erwischt und bestraft worden zu sein. Der Beschwerdeführer sei aber in der Vergangenheit in der Lage gewesen, berufliche Tätigkeiten aufzunehmen und für mehrere Jahre durchzuführen. Er gebe an, aufgrund von Rückenschmerzen aus dem Berufsleben ausgeschieden zu sein. Gegen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche auch, dass diese im Jugendalter entstehe und sich definitionsgemäss in der frühen Adoleszenz manifestiere. Es sei also nicht davon auszugehen, dass sich eine solche Störung beim Beschwerdeführer erst im späten Erwachsenenalter neu manifestiert habe. Aktuell beständen im Übrigen auch keine weiteren psychiatrischen Erkrankungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die gemäss Mini-ICF-App zu beurteilenden höheren psychischen Fähigkeiten seien beim Beschwerdeführer auch nicht beeinträchtigt. Belastungsfaktor stelle die Erkrankung der LWS dar, vor allem die damit in Zusammenhang auftretenden lumboradikulären Irritationen mit Einschränkungen der körperlichen Belastbarkeit für häufig mittel schwere und schwere Tätigkeiten. Belastungen seien auch die unsichere berufliche und finanzielle Zukunft, die Schulden und die Arbeitslosigkeit. Als Ressource könnten die beruflichen Erfahrungen im Rahmen von 3 Anstellungen (3-5 Jahre) sowie die

Unterstützung durch die Ehefrau gewertet werden. Gut adaptiert sei eine Tätigkeit mit zwischenzeitlichen selbstbestimmten Pausen, somit auch ohne enges Zeitlimit, mit Heben und Tragen von Gewichten bis maximal 15 kg, ohne Arbeiten in unphysiologischer Stellung der Lendenwirbelsäule, wobei auf hohen Publikumsverkehr verzichtet werden sollte und eine wohlwollende Arbeitsatmosphäre vorteilhaft wäre (Urk. 10/279 S. 9).

Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergäben sich nur aus Sicht des neurologischen Fachgebietes, jedoch auch nur in bisheriger Tätigkeit. Auf orthopädischem und psychiatrischem sowie allgemein-internistischem Gebiet ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. Laut Dossier sei anzunehmen, dass die bisherige Tätigkeit die eines Chauffeurs mit Transport von Postgut gewesen sei. In einer solchen Tätigkeit beständen durch die Möglichkeit der Auslösung lumboradikulärer sensibler Irritationen L5 beidseits, weniger durch die LWS-Degeneration selbst, polydisziplinär Leistungseinschränkungen von 20 %. Bei Möglichkeit selbstbestimmter Pausen sei die zeitliche Präsenzfähigkeit nicht eingeschränkt. Die Arbeitsfähigkeit betrage in bisheriger Tätigkeit somit polydisziplinär 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 % ; Urk. 10/279 S. 9).

Aus gutachterlicher Sicht seien die psychiatrischen Symptome des Beschwerdeführers massgeblich als Folge der verschlechterten sozialen Situation, insbesondere der finanziellen Schwierigkeiten, zu sehen. Es sei nachvollziehbar, dass sich die Stimmung verschlechtert und eine zuvor bereits bestehende Impulsivität verstärkt habe in einer Situation der sozialen Notlage, wie sie beim Beschwerdeführer bestehe. Die depressive Symptomatik sei damit massgeblich anhand der sozialen Schwierigkeiten zu erklären. Es werde daher die Fortführung der stützenden psychiatrischen Behandlung empfohlen. Weitere medizinische Massnahmen mit Verbesserungspotential seien nicht vorhanden. Ansonsten sei die Arbeitsfähigkeit lediglich eingeschränkt durch das Auftreten lumboradikulärer Irritationen, die aber auf der Degeneration der LWS beruhen würden, die selbst kausal nicht behandelbar sei (Urk. 10/279 S. 10).

Im Vergleich zum Gutachten der MEDAS A.____ vom 26. April 2013 habe sich auf neurologischem Gebiet eine Veränderung des Gesundheitszustandes ergeben. Aktuell lasse sich sehr gut die Symptomatik einer lumboradikulären sensiblen Irritation L5 rechts abgrenzen, wobei diese Symptomatik gut mit den bildmorphologischen Befunden beim zuletzt eingeholten MRI LWS vom 13. September 2019 korreliere. Dadurch komme es nunmehr (anders als bei der neurologischen Vorbegutachtung im Gutachten der MEDAS A.____ vom April 2013) etwa seit Juli 2015, spätestens aber seit Juli 2018 zur Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit auf neurologischem Gebiet. Dadurch habe sich die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit verändert, nicht aber in angepassten Tätigkeiten (Urk. 10/279 S. 11). 5.4

Die behandelnden Fachpersonen des Zentrums P.____ hielten in einer Stellungnahme zum psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. R.____ vom 21. November 2022 zu Händen des Beschwerdeführers (Urk. 10/293) fest, offenbar fehle med. pract. R.____ die psychiatrische Erfahrung, diagnostiziere sie doch nach vier psychiatrischen Langzeitbehandlungen mit den Diagnosen drei Mal schwere Depression sowie Persönlichkeitsstörungen und zuletzt schizoaffektive Störung nur eine leichte Depression. Sogar im MEDAS-Gutachten von 2013 seien fragliche psychotische Symptome und eine Persönlichkeitsstörung mit dissozialen und emotional instabilen Elementen zusätzlich zur Depression diagnostiziert worden. Med. pract. R.____ stehe damit völlig quer zu allen Diagnosen der Langzeitbehandler. Zweifel an der Kompetenz von med. pract. R.____

erwecke auch die falsche Schreibweise von Brintellix (Printelix). M ed.

pract .

R.____ meine zudem, die Halluzinationen seien fraglich, nachdem sämtliche Langzeitbehandler solche in den Behandlungen mit dem Beschwerdeführer fest gestellt hätten. Dass er seine eigene Stimme hören könnte und diese als Halluzination bezeichne, sei jenseits der klinischen Realitäten. Der Beschwerdeführer sehe manchmal alles schwarz, habe seit 2019 Angst, jemand verfolge ihn, die Stimmen würden ihm befehlen, sich mit Elektrizität oder einem Sprung in die Tiefe zu suizidieren. Zudem stehe er nachweisbar unter Aripiprazol und Paliperidon und habe diese Halluzinationen trotzdem. Die Untersuchung bei med. pract . R.____ habe zudem weniger als eine Stunde gedauert, was die oben genannten befremdlichen Einschätzungen ebenfalls teilweise erklären dürfte. Auch sei der Beschwerdeführer nicht zwei - , sondern viermal in einer längeren psychiatrischen Behandlung gewesen. Auch die Einschränkungen der Gutachterin der Fähigkeitsbeeinträchtigungen (Mini-ICF-APP) seien unrichtig. Med. pract . R.____ sehe nirgendwo eine Beeinträchtigung. Es sei bei der letzten Arbeitsstelle bei der Post wegen Streits gekündigt worden, das gleiche sei wegen einer Schlägerei bei der V.____

und bei W.____

geschehen (drei Mal fristlose Kündigung). Dass der Beschwerdeführer keine Beeinträchtigungen in seinen Fähigkeiten haben solle, sei daher falsch. Die psychiatrische Einschätzung von med. pract . R.____ sei daher fern jeglicher klinischer Realitäten und basiere auf einer deutlich mangelhaften und unobjektiven Beurteilung mit falschen Angaben betreffend Vorbehandlungen. Die Einschätzungen der Vorbehandler würden zudem weitgehend ignoriert. Die aus Sicht der behandelnden Fachpersonen immer noch richtigen Einschränkungen vom 22. Dezember 2020 (vorstehend E. 5.1) gälten leider immer noch (S. 2). 6.

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