

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00168 vom 30. Oktober 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00168

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00168 du 30 octobre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00168 del 30 ottobre 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 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 aufgrund der am 2. Februar 2022 erfolgten Anmeldung zum Leistungsbezug

(Urk. 13/254) ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

E. 1.2

Dr. C.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Januar 2018 fest, bei den von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen eines grossen axillären Lymphoms mit Lymphomexzision am 27. Juli 2018, eines Rektumkarzinoms bei Status nach Resektion und Ileostoma am 20. April 2017 und Rückverlegung im Juli 2017, eines B-Zelllymphoms und einer Thalassämie sowie eines Distorsionsstraumas der Halswirbelsäule nach Auffahrunfall handle es sich im Wesentlichen um vorwiegend kurativmedizinische arbeitsfähigkeitsrelevante Diagnosen. Demnach sei ab der Darmoperation vom 20. April 2017 bis Oktober 2017 sowie etwa sechs Wochen ab dem 15. Oktober 2015 nach der Halswirbelsäulendistorsion von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, danach aber von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk.

13/203/7). 3.1.3

Im psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachten von Dr. D. ___ und Dr. E. ___ vom 8. und 19. Juli 2018 (Urk. 13/181, Urk. 13/189) hielt der psychiatrische Gutachter Dr. D. ___ fest, es könnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Den Diagnosen eines Status nach einer unklaren vorübergehenden psychotischen Störung mit möglichen Symptomen einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F23.1) sowie einer Angst und depressiven Störung gemischt (ICD-10 F41.2) mass er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 13/181/43).

Von den gemäss ICD-10 erforderlichen diagnostischen Kriterien einer paranoiden Schizophrenie sei beim Beschwerdeführer keines ausgewiesen. Aufgrund des Aktenstudiums werde bezweifelt, dass der Beschwerdeführer jemals an den Symptomen einer paranoiden Schizophrenie gelitten habe (Urk. 13/181/50). Insbesondere seien die Symptome einer paranoiden Schizophrenie zu keinem Zeitpunkt ausreichend nachweisbar gewesen. Die Angaben des Beschwerdeführers seien vage und diffus gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch im Rahmen der aktuellen Abklärung die genau gleichen Beschwerden beklagt. Aufgrund der fehlenden Schizophrenie-typischen psychopathologischen Auffälligkeiten sei die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie unhaltbar. Ein erheblicher Leidensdruck müsse bestritten werden. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung bestehe nicht. Die zum Zeitpunkt der Untersuchung als regelmässig eingenommen angegebenen Medikamente würden mit Verweis auf die im Rahmen der Untersuchung ermittelten Medikamentenspiegel nicht eingenommen. Das ermittelte Alltagsaktivitätsniveau des Beschwerdeführers mit Auslandsreisen und Gründung einer intakten Familie spreche gegen eine floride psychotische Symptomatik. Zudem habe die neuropsychologische Untersuchung Hinweise auf eine ausgeprägte Aggravation ergeben. Auf psychiatrischem Fachgebiet könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden (Urk. 13/181/55).

Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 19. Juli 2018 stellte Dr. E. ___ keine Diagnosen mit oder ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie kam zum Schluss, die Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) lasse auf ein Aggravationsverhalten des Beschwerdeführers schliessen. Daher könnten die Ergebnisse der Leistungstests nicht inhaltlich ausgewertet werden und würden wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde liefern, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene Leistungsniveau abbilden würden. Unter diesen Umständen bestehe natürlich das Risiko, dass tatsächliche und spezifische kognitive Defizite differenzialdiagnostisch nicht festgestellt werden könnten (Urk. 13/189/11). 3.1. 4

Das Gericht kam zum Schluss, aus somatischer Sicht bestünden keine Hinweise für eine längerdauernde gesundheitliche Einschränkung (Urk. 13/225/14). Des Weiteren sei angesichts der zahlreichen aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht aufgeführten, für eine Aggravation rechtsprechungsgemäss geradezu typischen Anhaltspunkte, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Aggravation und nicht bloss eine Verdeutlichungstendenz ausgewiesen. Dieses erstmals im Gutachten vom 8. und 19. Juli 2019 festgestellte Aggravationsverhalten bilde einen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Daraus, dass Dr. D. ___ und Dr. E. ___ lediglich das aufgeführte Aggravationsverhalten festgehalten und darüber hinaus keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hätten, erschliesse sich, dass neben der Aggravation keine verselbständigte Gesundheitsschädigung vorliege. Die vom Beschwerdeführer angegebene Leistungseinschränkung von 100 % beruhe daher rein auf dem dargelegten Aggra

vationsverhalten. Damit liegt ein Ausschlussgrund im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1) und es besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (Urk. 13/225/16). 3.2 3.2.1

Im aktuellen Neuanmeldungsverfahren wurden die folgenden medizinischen Unterlagen zu den Akten genommen:

Vom 26. Januar bis am 8. Februar 2021 hielt sich der Beschwerdeführer gemäss Kurzaustrittsbericht vom 23. Februar 2021 aufgrund

einer psychotischen Dekompensation stationär auf der Akutstation für Erwachsene der integrierten Psychiatrie H.____ auf. Die Behandler diagnostizierten auf ihrem Fachgebiet eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Urk. 13/256/1). Sie führten aus, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund einer Verschlechterung des Zustandes bei bekannter paranoider Schizophrenie spontan auf der Akutstation gemeldet und habe auf einer anderen Station eintreten können. Sie hätten wieder die vorbekannte Therapie mit Risperidon, Olanzapin und Escitalopram angesetzt, worauf sich eine rasche Besserung der Symptomatik gezeigt habe (Urk. 13/256/2). 3.2.2

Im Abschlussbericht vom 28. Juli 2021 diagnostizierte Dr. med. I.____, Oberarzt am Ambulatorium J.____ der H.____, bei dem sich der Beschwerdeführer vom 11. Februar 2020 bis am 16. März 2021 in Behandlung befunden hatte, eine paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0) sowie eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig Remittierung einer mittelgradigen Episode unter Escitalopram (ICD-10 F33.1; Urk. 13/257/1). Dr. I.____ hielt fest, es hätten insgesamt 13 Termine stattgefunden, wobei es um die Kontrolle und Abgabe der Medikamente gegangen sei, da seitens des Beschwerdeführers keine weiteren Anliegen bestanden hätten (Urk. 13/257/3). 3.2.3

Vom 4. Januar bis am 2. Februar 2022 hielt sich der Beschwerdeführer gemäss den behandelnden Ärzten wiederum

aufgrund einer psychotischen Dekompensation stationär in der Akutpsychiatrie für Erwachsene der H.____ auf, wobei im Austrittsbericht vom 21. Februar 2022 die Diagnose eines schizophrenen Residuum gestellt wurde (Urk. 13/260/1). Der Beschwerdeführer habe sich aufgrund eines paranoiden, halluzinatorischen und suizidalen Syndroms in Behandlung befunden, zusätzlich hätten eine Antriebsstörung, sozialer Rückzug und eine Affektminderung vorgelegen. Der Beschwerdeführer habe sodann angegeben, unter einer ausgeprägten Tag-Nacht-Umkehr zu leiden, welche ihn in seiner Funktionsfähigkeit im Alltag sehr beeinträchtige. Die vorbestehende Medikation sei wieder angesetzt worden, worauf sich eine allmähliche Besserung der psychotischen Symptomatik gezeigt habe. Sie würden von einem schizophrenen Residuum im Rahmen einer Psychose des schizophrenen Formenkreises, verstärkt durch fehlende Medikamenteneinnahme ausgehen. Die Tag-Nacht-Umkehr sähen sie zum einen bedingt durch die vor allem in der Nacht auftretenden Halluzinationen, zum andern jedoch im Rahmen seiner ausgeprägten Stuhlinkontinenz, wodurch er die Toilette mehrmals in der Nacht aufsuchen müsse. Er habe in gebessertem Zustandsbild entlassen werden können (Urk. 13/260/3).

Am 10. Oktober 2022 ergänzten die behandelnden Ärzte, der Beschwerdeführer sei während des stationären Aufenthalts vom 4. Januar bis am 2. Februar 2022 für sämtliche Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 13/292/1). Es bestehe ein schizophres Residuum mit psychomotorischer Verlangsamung, Affektverflachung, Passivität,

Initiativmangel und rezidivierender Suizidalität. Aufgrund der Diagnose sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt bleiben werde. Bezüglich der aktuellen Arbeitsfähigkeit könnten keine Aussagen gemacht werden, da der Beschwerdeführer nicht mehr bei ihnen in Behandlung sei (Urk. 13/292/3). 3.2.4

Dr. B.____

stellte am 1. Dezember 2021 die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie und einer Stuhlinkontinenz nach Operation eines Rektumkarzinoms und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19.

Januar 2010 bis auf Weiteres. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe kaum (Urk. 13/265/1). 3.2.5

Dr. med. K.____, Oberarzt, und MSc

L.____, Psychologin, beide vom Ambulatorium J.____ der H.____, wo sich der Beschwerdeführer seit dem 14. April 2022 in ambulanter Behandlung befindet, stellten in ihrem Bericht vom 12. Mai 2022 die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie (ICD-10 F20.0) mit chronischen Halluzinationen und ausgeprägter Negativsymptomatik und attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten. Es bestehe eine schwere und stark chronifizierte psychische Störung, die den Beschwerdeführer in allen Lebensbereichen stark einschränke. Es sei auch unter intensiver Therapie nicht davon auszugehen, dass er wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erlangen könne (Urk. 13/272/3). Der Beschwerdeführer sei in seiner Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Er bedürfe für alle Aktivitäten kleinschrittige Anweisungen, sei im Antrieb stark reduziert und könne keine Eigeninitiative aufbringen. Er sei nicht in der Lage, in adäquater Form mit anderen zu interagieren oder seine Bedürfnisse durchzusetzen. Stark eingeschränkt seien ebenso die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit, die Konzentration und Fähigkeit zur Selbstpflege (Urk. 13/272/4). 3.2.6

Die behandelnden Ärzte der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie des Universitätsspitals M.____ stellten in ihrem Bericht vom 13. April 2022 die folgenden Diagnosen (Urk. 13/273/10): - Rektumkarzinom 12 cm ab ano pT1 pN0 (0/13) cM0 G2 L1 V0 bei Status nach roboterassistierter, tiefer, anteriorer Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision und protektivem Ileostoma am 20. April 2017 sowie Status nach Ileostomarückverlegung am 27. Juli 2018 - grössenprogrediente Raumforderung axillär links, Differentialdiagnose Lipom - extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom, Stadium 1 A - Beta-Thalassämie - Commotio / Contusio cerebri 2008

Die behandelnden Ärzte hielten fest, dass der Beschwerdeführer habe sich planmässig fünf Jahre nach tiefer anteriorer Rektumresektion bei Rektumkarzinom in der Sprechstunde vorgestellt. Er habe berichtet, weiterhin beschwerdefrei zu sein. Schmerzen, Gewichtsverlust, Fieber oder Nachtschweiss seien verneint worden. Die Stuhlfrequenz sei wie bereits bekannt weiterhin fünf- bis siebenmal täglich, jedoch ansonsten unauffällig (Urk. 13/273/10). Bildgebend, klinisch oder laborchemisch habe sich weiterhin kein Hinweis auf ein Lokalrezidiv oder Fernmetastasen ergeben. Somit könne die reguläre Nachsorge beendet werden (Urk.

13/273/11). 3.2.7

Dr. B.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Mai 2022 eine paranoide Schizophrenie mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Situation sei mit Medikamenten

und Hilfsmitteln stabil, es bestehe eine Stuhlinkontinenz (Urk.

13/273/3 f.). Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zumutbar, die Prognose zur Eingliederung sei infaust. Der Eingliederung im Wege stehe die Wahnhaftigkeit des Beschwerdeführers (Urk.

E. 1.3

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterchiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je 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_477/2022 vom 18. Januar 2023 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 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

E. 1.5

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Hiergegen erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwältin Dina Raewel , am 20. März 2023 Beschwerde mit den Anträgen, die Verfügung der Beschwerde gegen er in vom 16. Februar 2023 sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente auszurichten; eventualiter sei er in psychiatrischer und proktologischer beziehungsweise onkologischer Hinsicht zu begutachten und seine effektive Arbeitsfähigkeit zu evaluieren. In formeller Hinsicht ersuchte er sodann um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Bestellung von Rechtsanwältin Dina Raewel als unentgeltliche Rechtsvertreterin (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 12. Juli 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 12), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 15. August 2023 in Kenntnis gesetzt wurde. Mit der gleichen Verfügung wurde n ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Dina Raewel als unentgeltliche Rechtsvertreterin bestellt (Urk.

14).

Am 1. September 2023 ging eine weitere Eingabe des Beschwerdeführers ein (Urk. 17), die der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die Abweisung des Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers damit, dass gemäss ihren Abklärungen und der Überprüfung durch den Regionalärztlichen Dienst seit der mit Verfügung vom 30. Oktober 2019 erfolgten und mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 22. Dezember 2020 gestützten Rentenaufhebung keine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei , welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen könnte (Urk. 2 S. 1).

In der Beschwerdeantwort ergänzte sie , da eine paranoide Schizophrenie im Gutachten von Dr. D. ___ ausgeschlossen worden sei, könne es auch nicht zu einer Exazerbation derselben kommen. Es seien auch keine oder wenig nachvollziehbare psychotische Symptome beschrieben worden. Aus somatischer Sicht handle es sich nach der Kontrolle im April

2022 um einen rezidivfreien Status nach Rektumresektion mit totaler mesorektaler Exzision. Nebst einer erhöhten Stuhlfrequenz lägen unauffällige Befunde vor. Zusammenfassend sei weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Hinsicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen (Urk. 12 S. 2 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, die Beurteilung von Dr. D.____, wonach keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könnten und von einer Aggravation auszugehen sei, sei nicht nachvollziehbar (Urk. 1 S. 7).

Er sei anders als in den Jahren 2009 bis 2019 ab dem Jahr 2019 jedes Jahr stationär hospitalisiert gewesen. Die behandelnden Ärzte hätten jeweils die Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie sowie einer rezidivierenden depressiven Störung gestellt und ihn für vollumfänglich arbeitsunfähig erklärt (Urk. 1 S. 8 ff.). Auch aktuell habe sich sein Zustand wieder verschlechtert, weshalb er sich Ende März 2023 wiederum in stationäre Behandlung begeben werde. Sodann würden auch die Berichte seines Hausarztes seine schlechte gesundheitliche Verfassung und vollständige Arbeitsunfähigkeit belegen. Somit sei spätestens seit Verfügungserlass vom 30. September 2019 eine Verschlechterung seiner psychischen Verfassung eingetreten beziehungsweise leide er aktuell an einer massiven psychischen Beeinträchtigung, die sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 1 S. 11 f.).

Gleiches gelte für seinen physischen Zustand. So habe er sich am 20. April 2017 einer fünfstündigen Krebsoperation im Zusammenhang mit einem Rektumkarzinom unterziehen müssen und leide aktuell unter einer schweren Inkontinenz als Operationsfolge. Somit habe sich sein physischer Zustand spätestens ab April 2021 verschlechtert. Die Beschwerdegegnerin halte denn auch fest, dass allenfalls im Belastungsprofil die Gewährleistung eines ungestörten Ganges zur Toilette zu berücksichtigen sei (Urk. 1 S. 13).

Vor dem Hintergrund der verstärkten depressiven Symptomatik, der Krebserkrankung und der im Zusammenhang mit der Stuhlkontinenz auftretenden

Tag-und-Nachturnkehr, die in Wechselwirkung mit seiner psychischen Verfassung stünden, sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen und es sei ihm eine ganze Invalidenrente auszurichten. Sollte an seinen Einschränkungen gezweifelt werden, sei eine erneute Begutachtung durchzuführen (Urk. 1 S. 14).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 2. Februar 2022 (Urk. 13/254) eingetreten und hat diese materiell beurteilt (Urk.

13/267). Demnach gilt es zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs basiert, verändert hat (vgl. E. 1.4 hiervor). Vorliegend bildet die - mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts IV.2019.00865 vom 22. Dezember 2020 bestätigte (Urk. 13/225) - Verfügung vom 30. Oktober 2019, mit welcher die Invalidenrente des Beschwerdeführers eingestellt worden war (Urk. 13/206), die massgebende Vergleichsbasis.

Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, dass der genannten Renteneinstellen die den Verfügung zugrunde liegende psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten vom

E. 5

September 2023 zugestellt wurde (Urk. 18). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 5.1

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

E. 5.2

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dina Raewel, machte mit Honorarnote vom 28. August beziehungsweise 5. September 2023 einen Gesamtaufwand von 20.26 Stunden à Fr. 220.-- geltend (Urk. 16, Urk.

19). Der geltend gemachte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses jedoch nicht angemessen. Insbesondere der für das Verfassen der rund vierzehnseitigen Beschwerde inklusive Aktenstudium ausgewiesene Aufwand von insgesamt 16.85 Stunden erscheint dabei als deutlich überhöht, zumal Rechtsanwältin Raewel darin unter anderem Ausführungen zum Beweiswert des bereits im Vorverfahren als beweiskräftig eingestuft

- und demgemäss nicht mehr Prozess thema bildenden - Gutachtens machte, die als unnötiger Aufwand nicht zu entschädigen sind. Zudem vertrat sie den Beschwerdeführer bereits im Einwandverfahren (Urk. 13/287), wobei sie zwar das Einwandschreiben (Urk. 13/277) nicht verfasste, indessen dennoch eine gewisse Aktenkenntnis vorausgesetzt werden kann. Der für die Erarbeitung der Beschwerdeschrift geltend gemachte Aufwand (inklusive Aktenstudium) ist daher auf 9 Stunden zu kürzen. Was die unaufgefordert eingereichte Stellungnahme vom 3. September 2023 (Urk. 17) betrifft, wiederholte Rechtsanwältin Raewel darin einzig die bereits in der Beschwerde gemachten Ausführungen, weshalb sich diese ebenfalls als unnötig erweist und der dafür geltend gemachte Aufwand nicht zu entschädigen ist. Im Übrigen erweist sich der in Rechnung gestellte Aufwand - abgesehen von 0.25 h für das Verfassen eines Schreibens an die SVA, das am 14. November 2022 und somit vor Erlass der angefochtenen Verfügung und dem aktuellen Verfahren erfolgte sowie 0.25 h für das Schreiben an das Sozialversicherungsgericht « re PU » vom 5. Juli 2023, das nicht aktenkundig ist und bereits am 11. April 2023 abgerechnet wurde - als angemessen. Insgesamt ist somit ein Aufwand von 9.91 Stunden gerechtfertigt. Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertreterin ist folglich auf Fr. 2'348.-- festzusetzen (Fr.

2'180.20 [= 9.91 h * Fr. 220.--] zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7%) und aus der Gerichtskasse zu bezahlen.

E. 5.3

Der Beschwerdeführer ist abschliessend auf § 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der

Gerichtskosten und der Entschädigung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge 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 Dina Raewel, Zürich, wird mit Fr. 2'348.-- (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 Dina Raewel -
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, zuzustellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
FehrEngesser

E. 8

und 19. Juli 2018 (Urk. 13/181, Urk. 13/189) sei mangelhaft (Urk. 1 S.

6

f.), ist darauf hinzuweisen, dass die Verfügung vom 30. Oktober 2019 beziehungsweise das die Renteneinstellung bestätigende Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 22. Dezember 2020 in Rechtskraft erwuchs, nachdem das Bundesgericht auf die dagegen geführte Beschwerde mit Urteil vom 3. März 2021 nicht eingetreten war (Urk. 13/225), was einer neuerlichen Überprüfung der Sachlage im vorliegenden Verfahren entgegensteht. Auf die Vorbringen des Beschwerdeführers zur Beweiskraft des Gutachtens vom 8. und 19. Juni 2018 ist daher nicht weiter einzugehen. 3. 3.1

3.1.1

Das Sozialversicherungsgericht stellte im Urteil IV.2019.00865 vom 22. Dezember 2020 in somatischer Hinsicht auf die Stellungnahme von RAD-Arzt Dr.

C.____ vom 21. Januar 2018 (Urk. 13/203/7) und betreffend den psychischen Gesundheitszustand auf das psychiatrisch-neuropsychologische Gutachten von Dr. D.____ und Dr. E.____ vom 8. und 19. Juli 2018 (Urk. 13/181, Urk. 13/189) ab und verneinte dementsprechend einen Anspruch des Beschwerdeführers auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung. 3.

E. 13

13/273/6). 3.2. 8

RAD-Arzt Dr .

C.____

hielt am 15. August 2022 fest, aus rein somatischer Sicht handle es sich nach Kontrolle im April 2022 um einen rezidivfreien Status nach Rektumresektion , so dass allenfalls qualitativ IV-relevant im Belastungsprofil die Gewährleistung eines ungestörten Gangs zur Toilette resultiere (Urk.

13/274/4).

RAD-Ärztin Dr.

G.____

ergänzte in ihrer Stellungnahme vom 16. August 2022, nachdem im Gutachten vom 8. Juli 2018 eine paranoide Schizophrenie ausgeschlossen worden sei, könne es auch zu keiner Exazerbation einer solchen kommen. In den medizinischen Berichten seien auch entweder keine oder wenig nachvollziehbare «psychotische» Symptome beschrieben worden. Zudem sei im Sozialbericht der H.____ vom 23. Februar 2022 die Arbeitsunfähigkeit mit dem Darmkrebs begründet worden. Ein psychisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Am ehesten handle es sich um falsch interpretierte , wenig glaubhafte Angaben des Beschwerdeführers (Urk. 13/274/6). 3.2. 9

Am 24. September 2022 berichtete Dr. B.____ von einer stabilen medizinischen Situation unter Medikation und Inkontinenzschutz. Der Beschwerdeführer sei für körperliche und intellektuelle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Urk.

13/282/2). Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er weiterhin die paranoide Schizophrenie sowie neu das Rektum-Karzinom (Urk.

13/282/3). Es sei schwierig, sich eine dem Leiden angepasste Tätigkeit, vorzustellen. Haushaltsarbeiten sollten dem Beschwerdeführer möglich sein (Urk.

13/282/5). 3.2. 10

Die behandelnden Fachpersonen des Ambulatoriums J.____ der H.____ hielten am 7. Dezember 2022 fest, seit Behandlungsbeginn könne der Zustand des Beschwerdeführers insofern als stabil bezeichnet werden, als dass kein weiterer stationärer Aufenthalt nötig geworden sei. Anhaltend bestünden eine deutliche Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen, Antriebsstörungen, sozialer Rückzug und Affektminderung sowie chronisch bestehende akustische und visuelle Halluzinationen in Form von Stimmenhören und Sehen von bedrohlichen Bildern. Der Beschwerdeführer gebe zudem an, an einer ausgeprägten

Tag-Nacht-Umkehr zu leiden, welche ihn in seiner

Funktionsfähigkeit im Alltag sehr beeinträchtigt. Die Stuhlinkontinenz erschwere den Alltag deutlich und führe zu ausgeprägtem Rückzug (aus Angst, nicht rechtzeitig eine Toilette aufsuchen zu können). Er habe keine Kollegen mehr und verlasse ungern und selten die Wohnung. Wiederkehrend habe er passive Todeswünsche geäußert (Urk.

13/294/2 f.). Sie stellten auf ihrem Fachgebiet die Diagnose einer paranoiden Schizophrenie mit unvollständiger Remission (ICD-10 F20.04) und beurteilten den Beschwerdeführer als anhaltend zu 100 % arbeitsunfähig für sämtliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es bestehe eine schwere und stark chronifizierte psychische Störung, die den Beschwerdeführer in allen Lebensbereichen stark einschränke. Es sei auch unter regelmäßiger und intensiver Therapie nicht davon auszugehen, dass er wieder eine Teilarbeitsfähigkeit erlangen könne (Urk.

13/294/3). 3.2.1 1

RAD-Ärztin Dr. G. ___ legte am 21. Dezember 2022 dar, unter einem schizophrenen Residuum werde das chronische Stadium einer Schizophrenie mit ausgeprägter Negativsymptomatik wie Antriebsminderung, Affektverflachung und kognitiven Beeinträchtigungen nach Rückgang der Positivsymptomatik verstanden. Im psychopathologischen Befund würden jedoch verschiedene Positivsymptome beschrieben, die allerdings eher ungewöhnlich und nicht vollends nachzuvollziehen seien. Insgesamt könne die psychiatrische Diagnose weiterhin nicht nachvollzogen werden, vor allem auch nicht nachdem im Gutachten vom 8. Juli 2018 eine paranoide Schizophrenie ausgeschlossen worden sei. Eine Verschlechterung des psychischen und somatischen Gesundheitszustandes sei nicht zu erkennen (Urk. 13/297/5). 4. 4.1

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass Dr. D. ___ und Dr. E. ___ im psychiatrisch-neuropsychologischen Gutachten vom 8. und 19. Juli 2018 Hinweise auf eine ausgeprägte Aggravation ausgemacht hätten, was dazu geführt hätte, dass sie keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten stellen können. Das Sozialversicherungsgericht kam gestützt darauf zum Schluss, die vom Beschwerdeführer angegebene Leistungseinschränkung beruhe rein auf dem dargelegten Aggravationsverhalten und es liege damit ein Ausschlussgrund im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1 ; Urk.

13/225/16).

Vor diesem Hintergrund bedürfen die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seinen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen besonders sorgfältiger Würdigung und Plausibilisierung. Dies gilt insbesondere bei der Beurteilung von Arbeitsunfähigkeitszeugnissen behandelnder Ärzte beziehungsweise Therapiekräfte, bei denen auch die Erfahrungstatsache, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), zu berücksichtigen ist. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützt sich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bzw. einer diesbezüglichen Veränderung auf die Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dr. C. ___ vom 15. August 2022 (Urk.

13/274/4) und Dr. G. ___ vom 16. August und 21. Dezember 2022 (Urk.

13/274/4 ff., Urk. 13/297/4 f.). Dabei handelt es sich um reine Akten gut achten. Diese sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen). 4.3

In somatischer Hinsicht verneinte Dr. C.____ implizit das Vorliegen einer Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, indem er von einem rezidivfreien Zustand nach Rektumresektion

mit totaler mesorektaler Exzision am 20. April 2017 ausging und einzig in qualitativer Hinsicht zusätzlich die Gewährleistung eines ungestörten Ganges zur Toilette für erforderlich hielt (Urk. 13/274/4) . Dem ist hinzuzufügen, dass die Exzision des Rektumkarzinoms bereits am 20. April 2017 und mithin vor dem vorliegend relevanten Vergleichs zeitpunkt erfolgte . Dennoch bestanden damals in somatischer Hinsicht keine Hinweise für eine längerdauernde gesundheitliche Einschränkung (Urk.

13/225/14) .

Seither klagte der Beschwerdeführer zwar gegenüber den behandelnden psychiatrischen Fachpersonen sowie dem Hausarzt jeweils über eine Stuhlinkontinenz und damit einhergehende Einschränkungen (Urk.

13/260/3,

Urk. 13/265/1, Urk. 13/292/3) . Bei den Nachkontrollen in der Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie - mithin gegenüber den für die Behandlung des Rektumkarzinoms zuständigen Ärzten - erwähnte er demgegenüber jedoch jeweils einzig eine erhöhte Stuhlfrequenz. Während er anlässlich der Kontrolle vom 28. April 2021 noch einen flüssigen Stuhlgang acht- bis zehnmal täglich angab , subjektiv indessen von Wohlbefinden berichtete und eine operative Therapie mittels einer Schrittmacherimplantation ablehnte (Urk.

13/243/1 f.), hielten die behandelnden Ärzte zuletzt am 13. April 2022 noch eine Stuhlfrequenz von fünf- bis siebenmal täglich fest , die jedoch ansonsten unauffällig sei . Ansonsten habe der Beschwerdeführer berichtet, beschwerdefrei zu sein . Da sich zudem keine Hinweise auf ein Rezidiv gezeigt hätten, beendeten die behandelnden Ärzte die reguläre Tumornachsorge (Urk. 13/273/10). Eine Stuhlinkontinenz ergibt sich dagegen nach dem Gesagten aus den Berichten der behandelnden Fachärzte nicht. Vor diesem Hintergrund ist übereinstimmend mit der Einschätzung von RAD-Arzt Dr. C.____

eine massgebliche Einschränkung des Beschwerdeführers durch die Folgen des Rektumkarzinoms nicht überzeugend und eine relevante Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes demgemäss nicht nachgewiesen . 4.4

4.4.1

In psychischer Hinsicht verneinte Dr. G.____ in ihren Stellungnahmen vom

E. 16

August und 21. Dezember 2022 - insbesondere unter Hinweis auf die fehlende Nachvollziehbarkeit der Diagnosestellung sowie der Befunde - eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (Urk. 13/274/6, Urk.

13/297/5) . Der Beschwerdeführer verweist dagegen auf die seit dem Jahr 2019 jährlich notwendigen stationären Aufenthalte sowie die von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnosen einer paranoiden Schizophrenie beziehungsweise eines schizophrenen Residuums sowie einer rezidivierenden depressiven Störung und die gestützt darauf attestierte Arbeitsunfähigkeit (Urk.

1 S.

8

ff.).

4.4.2

RAD-Ärztin Dr. G.____ verwies hinsichtlich der von den behandelnden Ärzten gestellten Diagnose einer Schizophrenie beziehungsweise eines schizophrenen Residuums - dessen Diagnosekriterien eine vorhergegangene Schizophrenie voraussetzen (vgl. Dilling / Mombour /Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.

Aufl., Bern 2015, S. 137)

- zu Recht auf die Beurteilung von Dr. D.____ im Gutachten von 8. Juli 2018 , worin dieser das Vorliegen einer Schizophrenie verneint hatte (Urk. 13/274/6; vgl. Urk. 13/181/50) . Dem ist hinzuzufügen, dass Dr. D.____ die vom Beschwerdeführer vorgetragene Symptome für nicht nachvollziehbar erachtete und vielmehr von einem Aggravationsverhalten ausging. Eine Schizophrenie verneinte er nicht nur für den Gutachtenszeitpunkt, sondern er ging davon aus, dass eine solche nie vorgelegen habe, da deren Symptome zu keinem Zeitpunkt ausreichend nachweisbar gewesen seien (Urk. 13/181/55) .

Zu prüfen ist nun , ob die neuerliche Stellung einer Schizophreniediagnose tatsächlich auf einer Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers basiert oder ob es sich dabei lediglich um eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhaltes

durch die behandelnden Ärzte handelt, was im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich ist (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen) . 4.4.3

Bezüglich den vom Beschwerdeführer als Nachweis für eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorgebrachten , seit 2019 jährlich durchgeführten stationären Aufenthalten

fällt zunächst auf, dass die Behandlungen vom 6. bis am 23.

Dezember 2019 sowie vom 26. Januar bis am 8. Februar 2021 (Urk. 13/213/1 ff., Urk. 13/256) direkt auf die Rentenaufhebungsverfügung vom 30. Oktober 2019 (Urk. 13/13/206) beziehungsweise deren Bestätigung durch das Urteil des Sozialversicherungsgericht s

IV.2019.00865 vom 22. Dezember 2020 (Urk. 13/225) folgten, wobei die fehlende Therapie unter anderem von Dr. D.____ als Inkonsistenz erwähnt worden war (Urk. 13/181/55) . Es handelte sich dabei um freiwillige Eintritte , nach dem der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben die Medikation abgesetzt und sich sein Zustand verschlechtert habe , worauf nach Wiedersetzen der Medikation eine Zustandsverbesserung eingetreten sei . Objektive Befunde sind den Berichten vom 23.

Dezember 2019 und 23. Februar 2021 nicht zu entnehmen, vielmehr gaben die behandelnden Fachpersonen jeweils nur die vom Beschwerdeführer subjektiv angegebenen Symptome wieder (Urk. 13/213/1 ff., Urk. 13/256), ohne diese unter dem Blickwinkel eines aggravatorischen Verhaltens kritisch zu hinterfragen. Die Berichte über die im Dezember 2019 und Januar bis Februar 2020 durchgeführten stationären Aufenthalte erweisen sich demgemäss von vornherein nicht als geeignet, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers überzeugend nachzuweisen. Es bestehen weder objektive Anhaltspunkte für eine entgegen dem Gutachten zu stellende Diagnose einer Schizophrenie, noch für die einzig im Bericht vom 23.

Februar 2021 erwähnte mittelgradige depressive Episode, zumal auch nicht auf das Gutachten Bezug genommen wurde.

Dasselbe gilt auch für den Bericht über die von Dr. I.____ vom 11. Februar 2020 bis am 16. März 2021 durchgeführte ambulante Behandlung, denn dabei handelte es sich lediglich um die Abgabe und Kontrolle der Medikation (Urk. 13/257), zusätzliche Therapiemassnahmen oder eine vertiefte Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers wurden nicht durchgeführt.

4.4.4

Was die Berichte betreffend den dritten stationären Aufenthalt vom 4. Januar bis am 2. Februar 2022 sowie die darauffolgende,

am 14. April 2022 aufgenommene ambulante Behandlung betrifft, stellten die behandelnden Fachpersonen jeweils die Diagnose eines schizophrenen Residuums, einer paranoiden Schizophrenie mit chronischen Halluzinationen und ausgeprägter Negativsymptomatik

beziehungsweise einer unvollständig remittierten Schizophrenie (Urk. 13/260, Urk. 13/272, Urk. 13/294) und gingen folglich allesamt von einer vorbestehenden Schizophrenie aus.

Auf die von Dr. D.____

angeführten Inkonsistenzen, welche die Verneinung der Diagnose der Schizophrenie zur Folge hatten (Urk. 13/181/55), gingen sie dabei nicht ein. Vielmehr unterblieb eine Prüfung, ob die Beschwerden des Beschwerdeführers die Diagnosekriterien einer Schizophrenie tatsächlich erfüllen. Vor diesem Hintergrund erschliesst sich nicht, dass nach dem Gutachtenzeitpunkt, in dem davon ausgegangen wurde, dass die Diagnosekriterien einer paranoiden Schizophrenie gar nie erfüllt gewesen waren, nun wiederum auf einer durchgemachten schizophrenen Erkrankung basierende Diagnosen zu stellen wären.

Gemäss der Rechtsprechung ist die konkrete diagnostische Einordnung einer psychischen Störung indessen nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Massgebend sind vielmehr in erster Linie der lege artis erhobene Befund, der Schweregrad der Symptomatik sowie die damit verbundenen Funktionseinschränkungen (vgl. BGE 136 V 279 E. 3.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_389/2019 vom 5. September 2019 E. 4.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch vorstehende E. 1.4). Die behandelnden Fachpersonen erwähnten als Befunde

jeweils Halluzinationen, sowie eine Negativsymptomatik unter anderem in Form von Antriebsstörungen, einer gedrückten Stimmung, reduzierten Leistungen von Gedächtnis,

Auffassung und Konzentration sowie einer Affektverflachung und Armut

und gingen von einer starken Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus (Urk. 13/260/2, Urk. 13/272/3 f., Urk. 13/292/2 f., Urk.

13/294/3 f.).

Das gezeigte Verhalten des Beschwerdeführers beziehungsweise die von ihm geschilderten Beschwerden stellten die behandelnden Fachpersonen jedoch objektiv nicht auf den Prüfstand und sahen davon ab, die subjektiven Angaben zu seinem psychischen Gesundheitszustand sowie die demonstrierte Antriebsstörung und Affektverflachung kritisch zu hinterfragen, was zur Symptomvalidierung bei der im Raum stehenden Aggravation unerlässlich gewesen wäre. Insbesondere ist in dieser Hinsicht darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer die von den behandelnden Fachpersonen aufgeführten Halluzinationen in leicht veränderter Form bereits gegenüber Dr. D. ___ angab, ebenso wie Konzentrations-, Gedächtnis- und Aufmerksamkeitsstörungen (Urk. 13/181/47). Diese erachtete Dr. D. ___ jedoch allesamt nicht als nachvollziehbar, worauf die Behandler nicht eingingen. Ein diskussionsloses Abstellen auf die vom Beschwerdeführer dargebotenen Beschwerden wirkt zudem auch vor dem Hintergrund der in somatischer Hinsicht aufgezeigten Diskrepanzen (vgl. vorstehende E. 4.2) als fragwürdig, zumal die behandelnden Fachpersonen die vom Beschwerdeführer beschriebene Tag-Nacht-Umkehr sowie den von ihm angegebenen sozialen Rückzug teilweise auf die Stuhlinkontinenz abstützten (Urk. 13/260/3, Urk.

13/294/3), deren Schweregrad beziehungsweise einschränkende Wirkung aufgrund der fachärztlichen Einschätzung der Somatiker nicht erstellt ist. Dass die behandelnden Fachleute ein kritisches Hinterfragen der dargebotenen Symptomatik unterlassen haben, ist mit Blick auf ihren Behandlungsauftrag zwar verständlich, doch ist ihre Beurteilung vor diesem Hintergrund nicht geeignet, eine gesundheitliche Veränderung als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen.

Demnach fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum

wesentlich verschlechtert hätte. 4.5

Nach dem Gesagten sind weder in somatischer noch in psychischer Hinsicht genügende Hinweise dafür ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Weise verschlechtert haben könnte. Es bestehen somit keine auch nur geringe Zweifel an den Beurteilungen der RAD-Ärzte Dr. C. ___ und Dr. G. ___ vom 15. und 16.

August sowie 21. Dezember 2022 (Urk. 13/274/4, Urk. 13/274/6, Urk.

13/297/5). Da zudem ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die genannten Aktenbeurteilungen abgestellt und einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint hat. Bei diesem Ergebnis besteht –

entgegen dem Beschwerdeführer – auch kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3 je mit Hinweisen).

Die Beschwerde ist somit abzuweisen. 5.

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