

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00570 vom 17. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00570

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00570 du 17 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00570 del 17 settembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1965, meldete sich am 1. Mai 2001 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Graubünden sprach ihm mit Verfügung vom 24. Mai 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 53 % eine halbe Rente ab Februar 2001 zu (vgl. Urk. 6/13, Urk. 6/289 lit. A).

Die IV-Stelle für Versicherte im Ausland hob die halbe Rente mit Verfügung vom 14. April 2014 auf (vgl. hierzu Urk. 9/137 und Urk. 9/176 S. 3 lit. D). Die dagegen vom Versicherten erhobene Beschwerde wurde vom Bundesverwaltungsgericht mit Urteil vom 17. September 2015 in dem Sinne gutgeheissen, als die Verfügung aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wurde, damit diese, nach erfolgter polydisziplinärer Abklärung, über den Rentenanspruch neu verfüge (Urk. 6/176).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, veranlasste sodann ein polydisziplinäres Gutachten, das von den Ärzten des Y.____ am 24. August 2016 erstattet wurde (Urk. 6/215), und hob mit Verfügung vom 24. Januar 2018 die bisher ausgerichtete Rente per Ende Mai 2014 auf (Urk. 6/266). Das hiesige Gericht hob diese Verfügung mit Urteil vom 12. November 2018 im Verfahren Nr. IV.2018.00187 mit der Feststellung auf, dass der Versicherte ab Juni 2014 Anspruch auf eine Viertelsrente habe (Urk. 6/282). Das Bundesgericht hob mit Urteil vom 5. März 2019 das kantonale Urteil und die Verfügung vom 24. Januar 2018 auf und wies die Sache zu ergänzenden Abklärungen an die IV-Stelle zurück (Urk. 6/289).

E. 1.2

Die IV-Stelle veranlasste sodann ein polydisziplinäres Gutachten, das von den Ärzten des Z.____ am 30. März 2020 erstattet wurde (Urk. 6/328), und lehnte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/337, Urk. 6/340) mit Verfügung vom 29. Mai

2020 eine Erhöhung der Rente ab (Urk.

E. 6

E. 5.2). Auch sei die Sache in Punkten, die für die - beschwerdeweise gerügte - Standardindikatorenprüfung allenfalls von Bedeutung sein könnten, nicht spruchreif (S. 6 f. E. 5.3). Ferner sei ungeklärt, ob die Arbeitsaufgabe im Jahr 2002 gesundheitliche Gründe gehabt habe, was für die Bemessung des Valideneinkommens von Bedeutung sei (S. 7 f. E. 5.4.2). Die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin begründete es unter anderem damit, dass offene Fragen zum Belastungsprofil aus Sicht der Atemwegserkrankung und zur Selbsteingliederungsfähigkeit nach über 15 Jahren Rentenbezugsdauer sowie Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nach der

Begutachtung bestünden (S.

E. 8

E. 6). 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob und gegebenenfalls wie die vom Bundesgericht aufgeworfenen Fragen zu beantworten sind und wie es sich demzufolge mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit im Zeitverlauf verhält .

Nicht Gegenstand des vorliegenden - die Verfügungen vom 29. Mai und 16. Juli 2020 betreffenden - Verfahrens sind die im Dezember 2020 eingereichten ärztlichen Berichte vom November/Dezember 2020 (Urk. 11/1-2). 3 .

3 .1

Die Rentenzusprache

ab Februar 2001 basierte im Wesentlichen auf dem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten der Ärzte des Spitals A.____ vom 20. August 2001 (Urk. 10/13/1-12). Darin wurden folgende Diagnosen mit relevantem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 9 Mitte): - anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei - funktionell mechanischem thorako-spondylogem Syndrom - Epicondylitis

humeri

radialis rechts

Als Diagnose mit relevantem Krankheitswert wurde ein Asthma bronchiale bei Nikotinabusus genannt (S. 9 Mitte). 3 .2

Aus rheumatologischer Sicht wurde festgehalten, die Rückenschmerzen würden als funktionell-mechanisches thorakospondylogenes Syndrom mit ungenügender Kraftausdauer der Rückenextensoren eingestuft. Als mögliche Ursache der unterschiedlichen Gelenkbeschwerden bestehe eine allgemeine Bandlaxität . Ein Fibromyalgiesyndrom liege nicht vor. Die Arbeitsfähigkeit sei seitens des Bewegungsapparates auf mindestens 50 % zu schätzen und verbessere sich nach einer Rehabilitation auf 75-100 % (S. 8 unten). Der Rheumatologe stellte im Rahmen seiner Untersuchung ein hörbares endexpiratorisches Giemen im Rahmen einer chronisch

obstructive

pulmonary

disease (COPD) bei chronischem Nikotinkonsum fest (Urk. 10/13/18-19 S. 2 oben). 3 .3

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/13/13-17) wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer leide seit mehreren Jahren an einem Schmerzsyndrom, für das es keine ausreichende körperliche Erklärung gebe und das am ehesten den Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung entspreche. Die Belastungen, die mit der Eröffnung eines Kebab-Standes einhergegangen seien, seien als Auslöser für die Schmerzproblematik denkbar (S. 4 Mitte). Das vorliegende psychiatrische Krankheitsbild reduziere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um etwa 50 % (S. 5 Mitte). Die Langzeitprognose sei ungewiss, da bereits eine Chronifizierung bestehe. Als prognostisch günstig sei die Tatsache zu werten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor zu etwa 40 % für den eigenen Betrieb arbeite (S. 5 unten). 3 .4

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung hielten die Gutachter fest, dass eine Objektivierung der vom Beschwerdeführer geklagten Symptomatik schwerfalle. So passen die im thorakolumbalen Übergangsbereich liegenden Schmerzen nicht mit den Symptomen im Bereich des rechten Beins im Sinne einer radikulären Symptomatik zusammen. Zeichen eines entzündlichen Prozesses hätten sich weder klinisch noch labormässig eruieren lassen. Der Beschwerdeführer zeige offen sichtlich einen Leidensdruck (S. 9 unten). In der bisherigen Tätigkeit seien Einschränkungen hinsichtlich der körperlich schwereren Arbeiten wie Heben von schweren Gewichten und Putzen vorhanden. Sämtliche administrativen Tätigkeiten seien jedoch zumutbar (S. 9 f.). Gesamthaft resultiere aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (S. 10 oben). Die aktuelle Arbeit entspreche grösstenteils den Erfordernissen einer angepassten Tätigkeit. Für schwere Tätigkeiten bestehe eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50-60 % (S. 10). Nach Durchführung der geforderten beruflichen und medizinischen Massnahmen dürfe die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zwischen 75 % und 100 % liegen (S. 10 unten). 4 . 4 . 1

Vom 14. Juli bis 3. August 2015 befand sich der Beschwerdeführer in der Klinik B.____. Im Austrittsbericht der Ärzte der B.____

vom 21. September 2015 (Urk. 10/254/5-8 = Urk. 6/274/26-29) wurden folgende psychiatrischen Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Die Ärzte der B.____ führten aus, der Beschwerdeführer gehe kaum noch aus dem Haus und verbringe den ganzen Tag im Bett oder vor dem Fernseher (S. 1 unten). Im Vordergrund stünden eine starke Anspannung und innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit mit Gedankenkreisen und starken Ein- und Durchschlafstörungen (S. 3 oben). Sie empfahlen die ambulante Weiterbehandlung und eine Optimierung der antidepressiven Therapie. Eine erneute stationäre Therapie der depressiven Störung erscheine indiziert (S. 4 Mitte).

Vom 5. August bis zum 30. Oktober 2015 war der Beschwerdeführer wiederum in der B.____ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 2. Dezember 2015

(Urk. 10/184/5-8) wurde ausgeführt, hinsichtlich der Symptomatik habe in den Bereichen Schlaf, Antrieb, Nervosität, Anspannung und Lebensmüdigkeit eine Stückweite Verbesserung, jedoch keine Remission erreicht werden können (S. 3 Mitte). 4 . 2

Dem Bericht der Ärzte des Spitals C.____, Pneumologie, vom 1. März

2016 (Urk. 10/192/1-3) sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - chronisch obstruktive Pneumopathie GOLD Stadium II, Risikogruppe B - gehäufte Infektexazerbationen - aktuell signifikant reversible obstruktive Ventilationsstörung, normale CO-Diffusion - Risikofaktor: persistierender Nikotinkonsum - lokalisierte Bronchiektasen im rechten Unterlappen mit Sekretansammlung - koronare Herzkrankheit - arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus, wahrscheinlich Typ 2 - schwere depressive Episoden

Die behandelnden Ärzte führten aus, dass neben der ausgebauten inhalativen Therapie ein Rauchstopp sowie eine regelmässige körperliche Aktivität essentiell seien. Beides könne sich der Beschwerdeführer aufgrund seiner psychischen Verfassung derzeit nicht vorstellen (S. 3 oben). 4 . 3

Die Ärzte des Y.____ erstatteten am 24. August 2016 ein polydisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 10/215), basierend auf einer allgemeinen internistischen,

einer psychiatrischen, einer rheumatologischen, einer kardiologischen und einer pneumologischen Untersuchung sowie den ihnen überlassenen Akten (vgl. S. 1 unten).

Sie nannten die folgenden

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30

Ziff. 5.1): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - zervikospondylogenes Syndrom bei leichten bis mässigen degenerativen Veränderungen und bei anamnestic Status nach HWS-Distorsion anlässlich Autounfall 2004 - thorakospondylogenes Syndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung - lumbospondylogenes Syndrom bei leichten degenerativen LWS-Veränderungen - Impingement-Syndrom linke Schulter - Verdacht auf Sulcus

ulnaris Syndrom beidseits - koronare Herzkrankheit/Koronarsklerose - Asthma bronchiale - sacculäre Bronchiektasen und Verdichtung im rechten posterobasalen Lungenunterlappen - Immunglobulin-Subklasse 4-Mangel

Zudem wurden unter anderem folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 30 Ziff. 5.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch - Verdacht auf Hepatopathie (Differentialdiagnose: medikamentös-toxisch)

Anlässlich der Exploration habe der Beschwerdeführer über weitgehend therapieresistente konstante generalisierte Rückenschmerzen mit Ausstrahlung gegen beide Schultern, gegen die Flanken und gegen das Becken, zudem über intermittierend auftretende Handgelenkschmerzen, eine allgemeine Angespanntheit, Unruhe, Ängste, einen Reizhusten mit Atemnot bereits beim Gehen in der Ebene und eine konstant vorhandene Müdigkeit geklagt (S. 31 oben).

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass der Beschwerdeführer freundlich und angepasst gewesen sei und die gestellten Fragen ausführlich beantwortet habe. Er habe durchwegs schwer geatmet und ein Giemen gezeigt. Er habe vor allem somatische Beschwerden mit diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat und Atembeschwerden angegeben (S. 16 unten). Beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, verminderten Appetit und negative Zukunftsperspektiven. Es sei im Verlauf auch zur Verschlechterung der depressiven Symptomatik mit Klinikbehandlung und teilstationärer Behandlung gekommen. Die somatischen Beschwerden liessen sich mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Es bestünden deutliche psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, auch mit lebensgeschichtlichen Belastungen. Der Beschwerdeführer betreibe einen regelmässigen Alkoholkonsum, rauche Zigaretten und es bestehe ein Analgetika-, aber auch Benzodiazepin- und Hypnotikamedikation, wodurch die Symptomatik verschlechtert werden könne. Diagnostisch handle es sich um einen schädlichen Substanzgebrauch (S. 19 unten). Das alkoholspezifische CDT sei nicht pathologisch erhöht gewesen, was gegen einen chronischen Äthylismus spreche (S.

17 Mitte). Aus psychiatrischer Sicht bestehe in allen Tätigkeiten, die auch somatisch angepasst seien, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 20 unten).

Aus Sicht des Bewegungsapparates sei dem Beschwerdeführer eine leicht bis mässiggradig eingeschränkte körperliche Belastbarkeit, insbesondere des Achsen skeletts, zu attestieren, so dass körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr, körperlich mittelschwere Tätigkeiten nur mit einer Einschränkung von 50 % zumutbar seien, wogegen in einer körperlich leichten Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Bei der Untersuchung des Bewegungsapparates habe eine gewisse Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden imponiert (S. 31 Mitte).

Aus kardiologischer Sicht weise der Beschwerdeführer eine koronare Herzkrankheit bei normaler Pumpfunktion auf. In der Fahrradergometrie sei der Beschwerdeführer mit Erreichen von 33 % der Soll-Leistung schlecht leistungsfähig gewesen. Aus kardiologischer Sicht seien körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten momentan nicht zumutbar. Hingegen bestehe in einer körperlich nicht oder leicht belastenden Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 31 unten).

Aus pneumologischer Sicht wurde ausgeführt, dass anamnestisch seit dem 30. Lebensjahr ein Asthma bronchiale bestehe. Computertomografisch hätten sich im Februar 2016 erstmals sacculäre Bronchiektasen im rechten posterobasalen Unterlappen mit Verdacht auf konsolidierende Pneumonie gefunden. Laborchemie zeige sich zudem ein Immunglobulin-Subklasse 4-Mangel als möglicher Co-Faktor für gehäufte Infektexazerbationen (S. 29 Mitte). Aus rein pneumologischer Sicht bestehe für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % (S. 31 unten)

Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, für die Diskrepanz zwischen dem Ausmass der subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung verantwortlich. Zudem könnten aktuell eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung und eine Störung durch Alkohol, schädlicher Gebrauch, diagnostiziert werden, welche sich jedoch nicht einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden (S. 31 f.). Dem Beschwerdeführer könne für sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 % (S. 33 Mitte). Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden, dies mit einem erhöhten Pausenbedarf von 10-15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement (S. 32 oben). Schon im Jahr 2002 sei die MEDAS nach Abheilung der Epicondylitis von einer baldigen Arbeitsfähigkeit von 75-100 % ausgegangen (S. 33 unten). Die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit seien mindestens seit der Verfügung der IV-Stelle für Versicherte im Ausland vom 14. Februar 2014 anzunehmen (S. 32 oben). Es handle sich um eine Besserung des Zustandes, die eigentlich schon lange zu erwarten gewesen, jedoch erst im Jahr 2013 überprüft worden sei (S. 34 oben). 4.4

Im Bericht der Ärzte der Universitätsklinik D.____, Orthopädie, vom 20. Januar 2017 (Urk. 10/233/1-2) wurde erwähnt, dass der Beschwerdeführer bereits im Sitzen kurzatmig sei. 4.5

Die Ärzte des Spitals C.____, Pneumologie, führten im Bericht vom 15. Februar 2017 (Urk. 10/233/6-8) aus, der Beschwerdeführer habe anlässlich der aktuellen Verlaufskontrolle zunehmende Belastungsdyspnoe beklagt, so dass er auch Alltagsaktivitäten praktisch nicht mehr bewältigen könne. In einer Fahrradergometrie mit Pulsoxymetriemessung habe der Beschwerdeführer nur gerade 23 % der Soll-Leistung erreicht; ihm müsse eine sehr schwer eingeschränkte Leistungsfähigkeit attestiert werden. Die Inhalationstherapie sei weiterzuführen, vordringlich sei die Teilnahme an einer pulmonalen Rehabilitation (S. 2 f.). 4 .6

Die Ärzte der Universitätsklinik D.____, Orthopädie, nannten im Bericht vom 9. Juni 2017 (Urk. 10/254/1-2 = Urk. 6/274/22-23) unter anderem folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - AC- Gelenksarthropathie sowie subacromiales Impingement Schulter rechts - artikulare Partialruptur der Supraspinatussehne, AC-Arthropathie, subacromiales Impingement Schulter links - Epicondylitis

humeri

radialis links

Der Beschwerdeführer habe bezüglich der linken Schulter von den Infiltrationen soweit gut profitiert, auch wenn er nicht komplett beschwerdefrei sei. Seit Anfang Mai habe er nun aber auch Beschwerden in der rechten Schulter (S. 1 unten). 4 .7

Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte im Bericht vom 21. Juni 2017 zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 10/254/3-4 = Urk. 6/274/24-25) aus, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2014 alle zwei bis drei Wochen zu ihm in die Praxis komme. Seit Beginn der Therapie habe sich sein Gesundheitszustand betreffend Depressionen und auch Lungenfunktion schrittweise und deutlich verschlechtert (S. 1). An eine Arbeitstätigkeit sei weiterhin nicht zu denken (S. 2). 4 .8

Die Ärzte des Spitals C.____, Pneumologie, nannten im Bericht vom 29. November 2017 (Urk. 6/262) über die pneumologische Verlaufskontrolle vom 20. Oktober bis 29. November 2017 die gleichen Diagnosen wie im März 2017 (vorstehend E. 5.2). Der COPD Assessment-Test vom 30. Oktober 2017 habe 30 von 40 Punkten ergeben, vereinbar mit einer schweren Beeinträchtigung durch die COPD (S. 2 Mitte). 4 .9

Die Ärzte des Spitals C.____, Pneumologie, nannten mit Bericht vom 16. Mai 2019 (Urk. 6/296 = Urk. 6/303/2-8) nebst den bisher gestellten Diagnosen (vorstehend E. 5.2) einen übermässigen Alkoholkonsum, eine Kapsulitis mit chronischer AC-Gelenksarthropathie rechts und eine Impingement-Symptomatik und AC-Gelenks-Arthropathie mit partieller Supraspinatus-Sehnenläsion Schulter links und Infiltration zirka Mai 2017 (Ziff. 2.5 Nr. 6-8).

Aus pneumologischer Sicht sei aufgrund der rasch progredienten Verschlechterung der Lungenfunktion von einer anhaltend schweren Einschränkung auszugehen. Rein lungenfunktionell bestehe eine medizinisch theoretische Ateminvaldität von mindestens 60 % . Mitberücksichtigt werden müssten jedoch auch die ausgedehnten somatischen Beschwerden und insbesondere die psychische Situation (Ziff. 2.7). 4 .10

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 6/296 Ziff. 1.1), führte mit Bericht vom 17. Mai 2019 aus, die Beschwerden hätten sich in den letzten Jahren zunehmend verschlechtert. Aus seiner Sicht sei und bleibe der Patient dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 6/297/7). 4 .11

Dr. E.____ (vorstehend E. 5.7) nannte mit Bericht vom 1. Juli 2019 (Urk. 6/300/8-12) als Diagnosen eine zunehmend therapieresistente depressive Symptomatik und die COPD (Ziff. 2.2) und attestiert e eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 2. Juli 2014 bis 28. Februar 2030 (Ziff. 1.3). 4 .12

Vom 19. Juni bis 27. Juli 2019 weilte der Beschwerdeführer stationär im Reha zentrum G.____ , wo mit Austrittsbericht vom 8. August 2018 (Urk. 6/307/10- 16) die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt wurden (S. 1): - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Differentialdiagnose (DD) mit Panikattacken - schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (ICD-10 F13.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.20) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren - Kapsulitis mit chronischer Schulter- und AC-Gelenkssymptomatik rechts - Impingement -Symptomatik und AC-Gelenks-Arthropathie mit partieller Supraspinatus-Sehnenläsion Schulter links - chronisch obstruktive Pneumopathie , aktuell GOLD-Stadium 3, Risiko gruppe D - lokalisierte Bronchiektasen im rechten Unterlappen - koronare Herzkrankheit - Diabetes mellitus, wahrscheinlich Typ 2 - Kapsulitis mit chronischer Schulter- und AC-Gelenkssymptomatik rechts

In der Beurteilung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe während des Aufenthalts vier von fünf Benzodiazepinen ausschleichen und absetzen können , womit subjektiv und objektiv eine Verbesserung der Selbstwirksamkeit und eine Regredienz der Ängste habe beobachtet werden können (S. 4 oben). 4 .13

Am 20. und 21. August 2019 war der Beschwerdeführer im Universitären Herz zentrum, Universitätsspital H.____ , hospitalisiert, wo mit Austrittsbericht vom 22. August 2019 (Urk. 6/311/2-6) die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt wurde (S. 1 f.): - Ausschluss koronare Herzkrankheit (KHK) - subsegmentale Lungenembolie im laterobasalen Unterlappen rechts und laterobasalen Unterlappen links, Erstdiagnose (ED) 17. August 2019 - chronisch obstruktive Pneumopathie , GOLD Stadium III, Risikogruppe D - Diabetes mellitus, wahrscheinlich Typ 2, ED unklar - metabolisches Syndrom - schwere depressive Episoden und generalisierte Angststörung - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Nach am 21. August 2019 erfolgter Koronarangiographie sei der Beschwerdeführer ins Spital C.____ zurückverlegt worden (S. 2 Mitte). 5 .

5 .1

Am 20. März 2020 erstatteten die Ärzte des Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/328). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (Urk. 6/327) , die Angaben des Beschwerdeführers (S.

E. 9

auszugehen. Da die diesbezüglichen Einschränkungen sich nicht kumulieren, ist somit die Arbeitsfähigkeit mit 60 % ab Juni 2016 und 50 % ab April 2019 zu beziffern. 7 .6

Die vom Bundesgericht bemängelte ungenügende Berücksichtigung der Standardindikatoren (vorstehend E. 3.3) dürfte mittels der vom Gericht eingeholten ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme (vorstehend E. 7) behoben sein.

Nicht geklärt hat die Beschwerdegegnerin hingegen - entgegen den Anweisungen des Bundesgerichts (vorstehend E. 3.3) - die Frage, ob die Arbeitsaufgabe im Jahr 2002 gesundheitliche Gründe gehabt habe, und die Frage der Selbsteingliederngsfähigkeit nach über 15 Jahren Rentenbezugsdauer.

Die Sache ist deshalb in Aufhebung der angefochtenen Verfügungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die vom Bundesgericht aufgeworfenen Fragen kläre und sodann - ausgehend von dem vorstehend festgelegten Grad der Arbeitsfähigkeit (E. 8.5) - die Invaliditätsbemessung vornehme und über den Rentenanspruch verfüge. In diesem Sinne sind die Beschwerden gutzuheissen. 8. 8. 1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8. 2

Die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, von den Z. ___ -Gutachtern eine zusammenhängende Stellungnahme zu den praxisgemäss massgebenden Standardindikatoren einzuholen, weshalb dies vom Gericht nachgeholt werden musste (vgl. Urk. 9). Somit ist sie zu verpflichten, die entsprechenden Kosten von Fr. 2'100.-- (Urk. 14) zurückzuerstatten. 8. 3

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Parteientschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zu züglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 29. Mai 2020 und 16. Juli 2020 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten der ergänzenden gutachterlichen Stellungnahme von Fr. 2'100.-- zu erstatten.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Ausfeld - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

E. 14

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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