

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00703 vom 1. Mai 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00703

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00703 du 1 mai 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00703 del 1 maggio 2021

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (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 gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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).

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) . Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

und 2.7).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen sind der Gesundheitszustand, die Arbeitsfähigkeit und ein allfälliger Rentenanspruch des Beschwerdeführers. 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die beim Beschwerdeführer vorliegenden Leiden würden die Erwerbsfähigkeit nicht einschränken. Ungeeignet seien Arbeiten mit Heben und Tragen von mittel schweren und schweren Lasten, insbesondere unter ungünstigen Hebelwirkungen und gehäufte Arbeiten oberhalb der eigenen Schulterhöhe (S. 1 unten). Aus dem Gutachten der Z.____

gehe keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hervor. Das Abhängigkeitssyndrom, im Gutachten als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angegeben, werde weiterhin als nicht IV-relevant beurteilt (S. 2 Mitte). Auch nach Vorlage aktueller Befundberichte der Schmerztherapeuten, Kardiologen, Psychiater und Gastroenterologen hätten sich keine neuen Aspekte ergeben, die ein Abweichen von der bisherigen Einschätzung der medizinischen Situation ergäben. Der therapierefraktäre Krankheitsverlauf des letzten halben Jahres mit komplettem Versagen der Schmerztherapie verdeutliche seinerseits weiterhin die Notwendigkeit auf Optimierung der psychiatrischen Ausgangslage durch einen dringlichen stationären Xanax-Entzug (S. 3 unten). 2.3

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass das Gutachten der Ärzte der Z.____ bezüglich der psychiatrischen Fragestellung widersprüchlich sei. Im psychiatrischen Teilgutachten sei der Benzodiazepin-Abusus ausdrücklich als invalidisierend und die Arbeitsfähigkeit als nicht abschliessend beurteilbar bezeichnet worden, während die betreffende Diagnose in der Gesamtbeurteilung als nicht invalidisierend aufgeführt worden sei. Im Gegensatz zum Gutachten gingen der behandelnde Psychiater Dr. A.____, aber auch der Hausarzt Dr. B.____ sowie die Ärzte des Spitals C.____, von einer wesentlichen depressiven Erkrankung aus (S. 5 oben). Zudem werde die Frage der psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit im psychiatrischen Teilgutachten nicht abschliessend beantwortet. Der wesentliche Mangel des Gutachtens liege darin, dass keine neurologische Begutachtung durchgeführt worden sei. Die bereits Mitte 2017 festgestellte kognitive Störung könnte ohne weiteres einen neurologischen Ursprung haben, insbesondere im Zusammenhang mit der im Oktober 2017 mittels MRI festgestellten Hirnschädigung. Auch die rezidivierenden Synkopen und die verschiedentlich in den Berichten erwähnten Halluzinationen würden das Bild einer neurologischen Schädigung durchaus abrunden (S. 5 unten). Auf das Gutachten der Ärzte der Z.____ könne nicht abgestellt werden. Auch die weiteren ärztlichen Stellungnahmen würden nicht genügen, um über den Anspruch auf eine Invalidenrente entscheiden zu können. Als invalidisierende Gesundheitschäden stehe ein die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendes Abhängigkeitssyndrom im Vordergrund, allenfalls verbunden mit weiteren psychiatrischen Diagnosen, zudem eine neurologisch ungenügend abgeklärte kognitive Störung. Auch primäre Abhängigkeitssyndrome seien IV-relevant und einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Die medizinischen Abklärungen seien ungenügend (S. 6 Ziff. 7). 3.

E. 3

0. Juni 2017 als Koch für die Y.____ GmbH tätig (Urk. 11/ 25).

A m 28. Juni 2018

meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 11/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und teilte dem Versicherten am 10. Dezember 2018 (Urk. 11/15) mit, dass aufgrund des Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien.

E. 3.1

8

Die Ärzte des Spitals D.____ berichteten am 20. Oktober 2019 (Urk. 11/68/25-27) über die notfallmässige Selbstvorstellung des Beschwerdeführers bei Status nach Synkope mit Sturz am Vortag (S. 1 Mitte). In Zusammenschau der Befunde bleibe die Ursache der Synkope nicht abschliessend geklärt. Der Beschwerdeführer habe eine stationäre Abklärung abgelehnt. Eine weitere Abklärung der rezidivierenden Synkopen werde dringend empfohlen (S. 2 unten). 3.19

Das polydisziplinäre Gutachten der Ärzte der Z.____ vom 6. Januar 2020 (Urk. 11/67) basiert auf einer

internistischen, einer rheumatologischen, einer neuropsychologischen und einer psychiatrischen Beurteilung (Untersuchungen vom 11. und 13. November 2019; vgl. S. 2 oben) sowie den vorhandenen Akten (vgl. Urk. 11/67/36 ff.). Aus interdisziplinärer Sicht wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 6

Ziff. 4.2.1). Es wurden jedoch folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (S. 7 Ziff. 4.2.2): - psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine, derzeit Abhängigkeitssyndrom - chronisches linksthorakales und (zervikales) thorakovertebrales Schmerzsyndrom mit nicht organoneurologischer diffuser Hypaesthesie Thorax und Arm links - klinisch initiale Fingerpolyarthrose vom Heberden Typ - rezidivierende

Gonalgie rechts ohne fassbares klinisches oder adäquates radiologisches Korrelat - arterielle Hypertonie - anamnestische Hypercholesterinämie - anamnestische Lebersteatose - anamnestischer Vitamin D Mangel - koronare 2-Gefässkrankheit - obere Gastrointestinalblutung 28. Januar 2019 - Ektasie der Aorta ascendens - Adipositas Grad I - leichte normochrome

normozytäre Anämie - aktuell minimale leichte Nierenfunktionseinschränkung unter NSAR - Status nach Hämorrhoiden Operation

Der rheumatologische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten (Urk. 11/67/12-20) fest, dass vom Beschwerdeführer geschilderte muskuloskelettale Beschwerdebild im Bereich des linken Thorax und linken Arms sei nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden erklärbar. Nachvollziehbar sei aus rheumatologischer Sicht eine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit bezüglich schwerer rückenbelastender Arbeiten aufgrund der bildgebend nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der ganzen Wirbelsäule. In körperlich leichten und mittel schweren beruflichen Tätigkeiten könne eine geminderte Arbeitsfähigkeit nicht mit pathologischen rheumatologischen Befunden begründet werden. Therapeutisch sei bei Zeichen einer chronischen Schmerzstörung die Anbindung des Beschwerdeführers an ein interdisziplinäres Schmerzzentrum zur ganzheitlichen Behandlung nach multimodalem Therapieschema in Erwägung zu ziehen (S. 19 unten; S. 20 Ziff. 8.1-8.3).

Im internistischen Gutachten (Urk. 11/67/29-35) wurde festgehalten, dass in der Zusammenschau eine koronarischämische Genese der thorakalen Beschwerden habe ausgeschlossen werden können. Die Ursache der nicht kardialen thorakalen Beschwerden sei unklar. Differentialdiagnostisch seien unter anderem muskuloskeletale Beschwerden sowie auch eine gastrointestinale Ursache möglich; auch an psychosomatische Beschwerden sollte gedacht werden (S. 34 Mitte). Die Dyspnoe bei Anstrengung wie bei Aufregung und angegeben in geschlossenen Räumen sei suspekt für eine psychogene Ätiologie (S. 35 Ziff. 7.3). Aufgrund der aktuellen ergometrischen Leistungsfähigkeit und der angegebenen Anstrengungsdyspnoe beziehungsweise Stress-Dyspnoe sowie der Aortenektasie seien eigentliche Schwerarbeiten wie repetitive Belastungen von über 20 kg nicht angesagt (S. 35 Ziff. 7.4). Aus internistischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit - mit Einschränkung bezüglich körperlicher Schwerarbeit im Sinne von Heben und raschem Gehen - gegeben (S. 35 Ziff. 8.1 und 8.2). Die kardiale Therapie sei unbedingt weiterzuführen und eine medizinische Trainingstherapie sei empfehlenswert. Eine Kontrolle der diskreten normochromen, normozytären Anämie sei angesagt. Die NSAR-Behandlung sei zu überdenken (S. 35 Ziff. 8.3).

Die Neuropsychologin hielt in ihrem Gutachten vom 14. November

2019 (Urk. 68/1-6) fest, dass sich im Gegensatz zur Anamnese, in welcher der Beschwerdeführer die ihm gestellten Fragen auswendig und mit unauffälliger Sprechgeschwindigkeit habe beantworten können, in der Testung überwiegend unterdurchschnittliche Ergebnisse ergeben hätten, die sogar häufig weit unterdurchschnittlich ausgeprägt seien. Auch einfachste Anforderungen, die beispielsweise auch Kinder oder Demente bewältigen könnten, bearbeitete der Beschwerdeführer erstaunlicherweise nicht erfolgreich. Ausserdem benötige er einen extrem erhöhten Zeitaufwand (S. 4 Mitte). Der Beschwerdeführer beschreibe sich als nicht leistungsfähig und teilweise emotional aggressiv. In der neuropsychologischen Testung hingegen wirke er durchgängig ruhig und gelassen, wobei sein hohes Durchhaltevermögen beeindruckte (S. 5 Mitte).

In der klinischen Verhaltensbeobachtung, in den Testergebnissen und in den durchgeführten Beschwerdevalidierungsverfahren werde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer überwiegend nicht authentischen Anstrengungsbereitschaft ausgegangen. Das auffällige Verhalten in der Testsituation werde aus psychologischer Sicht mit den vorliegenden Informationen vor allem als Demonstration des Beschwerdeführers gesehen, aktuell nicht leistungsfähig zu sein. Die kognitiven Testergebnisse könnten deshalb nicht als ausreichend valide angesehen werden (S. 5 unten). Das aktuelle kognitive Leistungsvermögen lasse sich mit den vorliegenden Daten aus neuropsychologischer Sicht leider nicht abschliessend beurteilen (S. 6). Die Einschätzung einer mittelschweren kognitiven Störung des

D.____ aus dem Jahr 2017 könne nicht nachvollzogen werden (S. 5 oben).

Im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 11/67/21-28) wurde ausgeführt, dass sich im Gespräch sehr schnell gezeigt habe, dass der Beschwerdeführer den Anfang des aktuellen Leidensweges am ehesten mit der Intervention durch den Herzkatheter und der Einlegung der Stents in Verbindung bringe. In diesem Zusammenhang schildere er ein psychotisch anmutendes Zustandsbild, welches drei bis vier Mal wöchentlich auftrete, meistens mit einem «Blackout» beginne, in welchem noch die Möglichkeit bestehe, sich vorher

hinzusetzen, das alles in einer hohen Detailgenauigkeit geschildert. Diese Detailtreue verliere sich aber im weiteren Gespräch, beispielsweise bei der Beschreibung früherer Therapien, der Kindheit, der Anamnese der früheren Berufe und der Medikamente. In diesen Bereichen mache der Beschwerdeführer Gedächtnislücken geltend. Die Schilderung dramatischer Vorkommnisse rund um die Bedrohung mit einem Messer und der Vorstellung, Organe entnommen zu bekommen, sei zu keinem Zeitpunkt emotional besetzt gewesen. Die aktuelle Therapiefrequenz von einmal monatlich bei Dr. A. ___ stehe nicht im Verhältnis zur Angabe der geschilderten Schwere der Symptome. Ebenfalls wäre unter den geschilderten Lebensumständen eine eigenständige Lebensführung nicht mehr möglich; dies spiegle sich aber nicht in der geschilderten Tagesstruktur wider (S. 26 Mitte). Die Angaben zum Krankheitsverlauf seien insgesamt wenig präzisierbar. Die in der Aktenanamnese geschilderte Depression seit 1983 werde vom Beschwerdeführer nicht aufgegriffen.

Als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte der psychiatrische Gutachter eine psychische und Verhaltensstörung durch Benzodiazepine, derzeit Abhängigkeitssyndrom (S. 26 unten). Aufgrund der mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestehenden nicht authentischen Beschwerdeschilderung könne auf die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich der Funktionseinschränkung im Mini-ICF App nicht abgestellt werden. Sowohl als Ressourcen als auch als Belastungsfaktor müsse die vollumfängliche Versorgung durch die Ehefrau angesehen werden. Einerseits halte diese den sekundären Krankheitsgewinn aufrecht, andererseits würden durch die Ehefrau die Bereiche Haushalt und Essen vollumfänglich abgedeckt (S. 27 Ziff. 7.4). Die Arbeitsfähigkeit sei bei nicht-authentischer Beschwerdeschilderung nicht abschliessend beurteilbar (S. 28 oben). Um aus psychiatrischer Sicht die Situation noch nachhaltig verändern zu können, werde ein stationär-psychiatrischer Aufenthalt mit den Grundpfeilern Benzodiazepin-Entzug, Konzept des sekundären Krankheitsgewinns, Erarbeitung eines prospektiven Lebensentwurfs empfohlen (S. 28 Ziff. 8.3).

Aus interdisziplinärer Sicht (Urk. 11/67/5-11) bestünden keine Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten, mit gelegentlichem Heben/Tragen von Lasten bis 10 kg verbundenen Tätigkeit als Koch oder in vergleichbaren Berufstätigkeiten. Aus somatischer Sicht seien körperlich überwiegend mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten zu vermeiden (S. 6 unten; S. 8 Ziff. 4.7 und 4.8). Aus somatischer Sicht korrelierten die vom Beschwerdeführer glaubhaft geklagten Beschwerden nicht mit den objektivierbaren pathologischen Befunden (S. 8 Ziff. 4.6). Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine objektivierbaren Funktionseinbußen. Die durch die vorbehandelnden Ärzte aus psychiatrischer Sicht attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit werde aufgrund der nicht nachvollziehbaren diagnostischen Einschätzungen nicht bestätigt (S. 8 Ziff. 4.9).

3. 20

Die Ärzte des Spitals C. ___, Klinik für Kardiologie, führten im Bericht vom 12. Mai 2020 (Urk. 11/82/7-9) aus, beim Beschwerdeführer bestehe unverändert ein chronisches nicht-kardiogenes thorakobrachiales Schmerzsyndrom, weswegen er in der hausinternen Schmerzsprechstunde angebunden sei und regelmässig Physiotherapie erhalte. Zudem gebe er ein belastungsinduziertes thorakales Druckgefühl entsprechend einer Angina pectoris CCS II an, welches jeweils in Verbindung mit Herzklopfen und Belastungsdyspnoe NYHA II auftrete. Jene Beschwerden seien gemäss Angaben des Beschwerdeführers ebenso stabil

und un verändert seit dem RCA- Stenting im Januar 2019 vorhanden. Gemäss dem Befund der Myokardszintigraphie vom Oktober 2019, wo sich keine belastungs abhängige Myokardischämie gezeigt habe, sei demnach von einer weiterhin stabilen koronaren Situation auszugehen (S. 2 Mitte).

E. 3.2

5

Dr. med. L.____, Fachärztin für Urologie und für Chirurgie,

Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), hielt in der Stellungnahme vom 2. September 2020 (Urk. 11/93 S. 4 f.) fest, dass sich auch nach Vorlage aktueller Befundberichte der Schmerztherapeuten, Kardiologen, Psychiater und Gastroenterologen keine neuen Aspekte ergäben, die ein Abweichen von der bisherigen Einschätzung der medizinischen Situation seitens des RAD notwendig machten. Der therapierefraktäre Krankheitsverlauf des letzten halben Jahres mit komplettem Versagen der Schmerztherapie verdeutliche seinerseits weiterhin die Notwendigkeit auf Optimierung der psychiatrischen Ausgangslage durch einen dringlichen stationären Xanax -Entzug. Solange dies nicht erfolge, blieben die Selbstlimitierung, kognitive Einschränkung, psychiatrische Problematik mit Halluzinationen und therapierefraktärer Schmerzstörung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bei deutlichem sekundärem Krankheitsgewinn auch weiterhin bestehen. 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, dass die beim Beschwerdeführer vorliegenden Leiden die Erwerbsfähigkeit in der bisherigen wie auch in einer angepassten Tätigkeit nicht einschränken würden. 4.2

Aus kardiologischer Sicht zeigt sich aus den Berichten des Spitals C.____ eine weitgehend kompensierte Problematik (vgl. vorstehend E. 3. 17 und E.

E. 3.5

Vom 1 3. -

2 4. Februar 2018 erfolgte ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik

E.____. Die behandelnden Ärzte führten im Bericht vom 2 4. Februar 2018 (Urk. 11/5/8-11 = Urk. 11/68/17-20) aus, dass die Zuweisung nach zweifacher aortokoronarer Bypass-Implantation am 2. Februar 2018 bei koronarer Herzkrankheit erfolgt sei. Der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet.

E. 3.6

Die Ärzte des Stadtspitals C.____, Klinik für Kardiologie, führten im Bericht vom 5. Juni 2018 (Urk. 11/5/14-16 = Urk. 11/7/7-9 = Urk. 11/13/5-7) aus, der Beschwerdeführer berichte über eine deutliche Besserung des Allgemeinzustandes seit der Bypassoperation. Beschwerden wie vor dem Infarkt (grossflächiger links thorakaler Druck mit Ausstrahlung in den linken Arm) seien nicht mehr aufgetreten. Er fahre täglich eine Stunde auf dem Hometrainer. Dabei bemerke er bei jedem zweiten oder dritten Mal nach etwa einer halben Stunde ein kleinflächiges linksthorakales Stechen für wenige Sekunden. Vor etwa einem Monat sei er in der Nacht auf dem Rückweg von der Toilette synkopiert. Die Depression sei seit der Bypassoperation schlechter (S. 1 unten). Im Rahmen der Beurteilung hielten die Ärzte fest, dass sich der Beschwerdeführer klinisch kompensiert und subjektiv beschwerdefrei zeige. Die gelegentlichen linksthorakalen stechenden Schmerzen seien am

ehesten als muskulöskelettal bedingt zu interpretieren, objektiv hätten sich keine Ischämiehinweise gefunden (S. 2 Mitte).

E. 3.7

Dr. med. A.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 9. Juli 2019 (richtig: 2018) zuhanden der Beschwerdegegnerin

(Urk. 11/4/8-12) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - mittelschwere kognitive Störung unbekannter Genese - mittelgradige depressive Episode

Der Beschwerdeführer wirke traurig, deutlich depressiv, verzweifelt und hilflos. Er sei kognitiv und auch mnestisch beeinträchtigt (Ziff. 2.2 und 2.4). Dr. A.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 1. Januar 2018 (Ziff. 1.3). Betreffend Funktionseinschränkungen nannte er vor allem die Störung von Aufmerksamkeit und Gedächtnis (Ziff. 3.4). Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht bis sehr schlecht (Ziff. 4.3). Alter, Ausbildung und Erkrankung stünden einer Eingliederung im Wege (Ziff. 4.4).

E. 3.8

Dr. B.____

attestierte dem Beschwerdeführer im Bericht vom 10. Juli 2018

zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/5/1-7) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Tätigkeiten (Ziff.

E. 3.9

Dr. med. F.____, Assistenzärztin der Klinik für Kardiologie des Spitals

C.____, hielt in ihrem Bericht vom 12. Juli 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/7/1-6) fest, dass von kardialer Seite keine Einschränkungen mehr bestünden (Ziff. 4.2).

E. 3.10

Dr. med. G.____, Oberärztin am Spital D.____, nannte im Bericht vom 13. Juli 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/6/8-11) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - mittelschwere kognitive Störung - Benzodiazepin-Abusus bei depressiver Symptomatik

Dr. G.____ attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 26. Oktober bis 1. Dezember 2017 (Ziff. 1.3). In der neuropsychologischen Untersuchung liege zusammengefasst eine deutliche Beeinträchtigung bei Teilen der Hirnfunktionen vor: leicht bis mittelschwer bei der Aufmerksamkeit, leicht bei den exekutiven Funktionen (Planung), auf Testebene schwere Beeinträchtigungen im verbalen und figurativen Gedächtnis (Ziff. 2.4). Es sei dringend eine ambulante psychiatrische Behandlung sowie ein Ausschleichen der Xanax-Medikation empfohlen worden (Ziff. 2.8).

Die Prognose hänge vom gesundheitlichen Verlauf ab, unter anderem unter psychiatrischer Behandlung und Medikamenten-Optimierung (Ziff. 4.3).

E. 3.11

Dr. A.____ führte im Bericht vom 29. Oktober 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/11) aus, der Beschwerdeführer sei weiterhin depressiv und klagte über

anstrengungsabhängige Thoraxschmerzen . Er könne sich nicht konzentrieren und verliere ab und zu die Orientierung, vor allem draussen (Ziff. 1.3). Die Tätigkeit als Koch sei wegen der eingeschränkten Konzentration und Auffassung nicht mehr möglich. In einer angepassten, intellektuell einfachen, körperlich wechselbelastenden Tätigkeit mit Pausen und verständnisvollem Umfeld wäre eventuell eine zweistündige Präsenz täglich möglich (Ziff. 2.1). Eine eigentliche Leistung sei vom Beschwerdeführer kaum zu erwarten. Die Leistungsfähigkeit sei um mindestens 70 % vermindert (Ziff. 2.2).

E. 3.12

Die Ärzte des Spitals C.____ , Klinik für Kardiologie, führten im Bericht vom 18. Januar 2019 (Urk. 11/27/1-2) aus, der Beschwerdeführer berichte über Episoden mit starken Thoraxschmerzen und über das Gefühl einer Herzenge , welche teilweise zu Schlafstörungen führten (S. 1 Mitte). Es sei eine erfolgreiche PCI (perkutane koronare Intervention) mit Stent-Implantation erfolgt (S. 2 Mitte).

E. 3.13

Im Kurzaustrittsbericht der Ärzte des Spitals C.____ , Klinik für Innere Medizin, vom 29. Januar 2019 (Urk. 11/30/1-2) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte): - obere gastrointestinale Blutung bei leichtgradiger Refluxoesophagitis (Erstdiagnose 27. Januar 2019) - Verdacht auf Barrett-Ösophagus (Erstdiagnose 27. Januar 2019) - Koronare Zweigefässerkrankung (Erstdiagnose Januar 2018) - Ektasie der Aorta ascendens

In Zusammenschau der Befunde könnte allenfalls die milde Refluxoesophagitis bei bestehender dualer Thrombozytenaggregationshemmung als Ursache der Blutung angenommen werden (S. 2 oben).

E. 3.14

Prof.

Dr. med. H.____ , Spital

C.____ , Klinik für Herzchirurgie, führte im Schreiben vom

7. Februar 2019 zuhanden von Dr. B.____ (Urk. 11/27/3-4 = Urk. 11/29 = Urk. 11/68/31-32) aus, dass sich auch eine deutliche psychische Komponente zeige, weswegen er den Beschwerdeführer noch zu 100 % arbeitsunfähig erachte. Er empfehle, eine psychologische / psychiatrische Behandlung in die Wege zu leiten. Bis dahin sollte der Beschwerdeführer auch Unterstützung durch seine Familie erhalten, da er nicht in der Lage sei, den Alltag alleine zu meistern.

E. 3.15

Dr. A.____ führte im Bericht vom 25. Juni 2019 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/48) aus, dass er dem Beschwerdeführer die Medikamente Citalopram und Xanax verordnet habe. Beide zielten darauf ab, die Ängste zu minimieren, was leider nicht immer gleich gut gelinge (S. 1). Es sei ihm ein Rätsel, wie die Beschwerdegegnerin auf die Idee kommen könne, dass eine Benzodiazepin-Abstinenz die Arbeitsfähigkeit - und dann noch wesentlich - verbessern könnte, zumal der Beschwerdeführer dieses Medikament bei Behandlungsbeginn am 29. März 2018 bereits seit längerem zu sich genommen habe (S. 2).

E. 3.16

Dr. med. I.____, Konsiliararzt des Spitals C.____, Abteilung für Neurologie, berichtete am 30. Juli 2019 (Urk. 11/63/1-2 = Urk. 11/68/23-24 = Urk. 11/68/33-34) über die klinisch-neurologische Untersuchung vom 23. Juli 2019. Er diagnostizierte szenische Halluzinationen unklarer Ätiologie. Klinisch und neurographisch bestünden zu wenig Hinweise auf fokale komplexe epileptische Anfälle oder ein toxisch-metabolisches Geschehen. Klinisch bestünden zu wenig Hinweise auf ein beginnendes Parkinson-Syndrom (S. 1 oben). Die Ursache der Störung und Halluzinationen bleibe unklar. Der Beschwerdeführer leide zurzeit offensichtlich an einer Depression, was seinen verminderten Antrieb, seine Konzentrationsschwäche und auch seine Gedächtnisschwäche weitgehend erkläre. Gelegentlich könnten auch halluzinatorische Phänomene bei Depressionen auftreten; in dieser Art scheine dies jedoch etwas weniger wahrscheinlich. Differentialdiagnostisch könne auch an eine schizophrene Erkrankung gedacht werden. Empfohlen werde die weitere psychiatrische Behandlung, allenfalls mit Einsetzen oder Verstärkung von Neuroleptika (S. 2 Mitte).

E. 3.17

Die Ärzte des Spitals C.____, Klinik für Kardiologie, führten im Bericht vom 20. September 2019 (Urk. 11/68/14-16) aus, klinisch sei der Beschwerdeführer kardiopulmonal kompensiert in gutem Allgemeinzustand mit leicht hypertensiven Blutdruckwerten (S. 2 f.).

Eine koronarischämische Genese der thorakalen Beschwerden habe ausgeschlossen werden können. Die Ursache dieser Beschwerden sei unklar. Differentialdiagnostisch seien unter anderem muskuloskeletale Beschwerden sowie eine gastrointestinale Ursache möglich; auch an psychosomatische Beschwerden sei zu denken (S. 3 oben).

E. 3.20

), wie auch der Beschwerdeführer festhielt (vgl. Urk. 1 S. 4 Mitte).

Im Gutachten der Ärzte der

Z.____ wurde festgehalten, dass die Arbeitsfähigkeit aus internistischen Gründen in der bisherigen Tätigkeit wie auch in einer angepassten Tätigkeit - mit Einschränkung bezüglich körperlicher Schwerarbeit im Sinne von Heben und raschem Gehen - gegeben sei (vgl. vorstehend E.

3.19).

Der Beschwerdeführer machte geltend, die thorakalen Beschwerden würden bis heute anhalten und deren Ursache habe auch schmerzmedizinisch nicht ganz geklärt werden können (Urk. 1 S. 4 Mitte). Dazu ist festzuhalten, dass die Ärzte der Kardiologie des Spitals C.____ im September 2019 muskuloskeletale Beschwerden, eine gastrointestinale Ursache oder auch psychosomatische Beschwerden für möglich hielten (vgl. vorstehend E. 3.17). Eine Gastroskopie vom Juni 2020 zeigte eine Refluxösophagitis sowie einen Barrett-Ösophagus (vgl. vorstehend E. 3.22), was auf eine gastrointestinale Ursache hinweisen könnte.

Die genaue Ursache erscheint indessen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht erforderlich. Aus internistischer Sicht kann auf das Gutachten der Z.____ abgestellt werden; weitere Abklärungen erübrigen sich. 4. 3

Aus rheumatologischer Sicht wurde im Gutachten der Z.____ festgehalten, dass dem Beschwerdeführer überwiegend mittelschwere und schwere berufliche Tätigkeiten aufgrund der degenerativen Veränderungen der ganzen Wirbelsäule nicht mehr zumutbar seien (vgl. vorstehend E. 3.19) . Dies erscheint nachvollziehbar. Weitere Abklärungen aus rheumatologischer Sicht erscheinen nicht erforderlich. 4. 4

Die Ärzte des Spitals D.____ stellten im November 2017 eine kognitive Störung fest (vgl. vorstehend E. 3.3 und E. 3.10). Im Gutachten der Ärzte der Z.____ wurde dazu festgehalten, dass die Einschätzung einer mittelschweren kognitiven Störung nicht nachvollzogen werden könne. Die neuropsychologische Gutachterin ging mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer nicht authentischen Anstrengungsbereitschaft aus. Die kognitiven Testergebnisse könnten nicht als ausreichend valide angesehen werden. Angesichts dessen kann das kognitive Leistungsvermögen anhand der vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilt werden. 4. 5

Aus psychiatrischer Sicht liegen im Wesentlichen die Einschätzungen des behandelnden Psychiaters Dr. A.____ sowie des psychiatrischen Gutachters der Z.____ vor.

Dr. A.____ ging im Juli 2018 angesichts der Diagnosen einer mittelschweren kognitiven Störung und einer mittelgradigen depressiven Episode von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers aus . Als Funktionseinschränkungen nannte er insbesondere eine Störung von Aufmerksamkeit und Gedächtnis (vgl. vorstehend E. 3.7). Im Oktober 2018 gab Dr. A.____ an, der Beschwerdeführer sei weiterhin depressiv, könne sich nicht konzentrieren und verliere ab und zu die Orientierung. Die Tätigkeit als Koch sei wegen der eingeschränkten Konzentration und Auffassung nicht mehr möglich (vgl. vorstehend E. 3.11). Im Bericht vom Juli 2020 attestierte Dr. A.____ dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bei Desorientierung, Antriebsmangel, Schmerzen bei körperlicher Aktivität sowie Störung von Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung (vgl. vorstehend E. 3.24).

Nach dem Gesagten stützte sich Dr. A.____ bei seiner Beurteilung

auch massgeblich auf die seitens der diagnostizierte kognitive Störung respektive die seitens des Beschwerdeführers angegebenen Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen. Wie soeben dargelegt (vgl. vorstehend E. 4. 4), werden die kognitiven Testergebnisse der im Gutachten der Ärzte der Z.____ jedoch in Frage gestellt . Auch die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers betreffend Aufmerksamkeit und Gedächtnis

können nicht ohne Weiteres übernommen werden. Insgesamt vermögen die Beurteilungen des behandelnden Psychiaters nicht zu überzeugen.

Schliesslich ist in Bezug auf Berichte von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, 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).

Auch das Gutachten der Ärzte der

Z.____ vermag aus psychiatrischer Sicht nicht zu überzeugen. Im psychiatrischen Teilgutachten wurde ein Abhängigkeitssyndrom als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit konnte nicht Stellung genommen werden. Im Rahmen der Gesamtbeurteilung wurde das Abhängigkeitssyndrom dann als

Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt. Zudem wurde festgehalten, dass in körperlich leichten und mittelschweren beruflichen Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Ein Hinweis, wonach die psychiatrische Beurteilung nicht abschliessend möglich gewesen sei, erfolgte in der Gesamtbeurteilung nicht.

Der behandelnde Psychiater Dr. A. ___ diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode (vgl. vorstehend E. 3.7). Auch in vielen weiteren, nicht-psychiatrischen Berichten wurde

eine depressive Symptomatik erwähnt (vgl. vorstehend E. 3.1, E. 3.3, E. 3.10, E. 3.14, E. 3.16). Dazu nahm der psychiatrische Gutachter der Z. ___ nicht Stellung, sondern gab lediglich an, dass die in der Aktenanamnese geschilderte Depression seit 1983 vom Beschwerdeführer nicht aufgegriffen worden sei. 4.6

Aus neurologischer Sicht liegt ein Bericht von Dr. I. ___ vor, der im Juli 2019 zu den Halluzinationen Stellung nahm (vgl. vorstehend E. 3.16). Klinisch bestünden zu wenig Hinweise auf epileptische Anfälle oder auf ein beginnendes Parkinson Syndrom. Die Ursache der Halluzinationen bleibe unklar. Die kognitive Störung wie auch die Synkopen (vgl. vorstehend E. 3.6 und E. 3.18) wurden aus neurologischer Sicht nicht beurteilt.

4.7

Nach dem Gesagten lassen die vorhandenen Berichte keine fundierte und objektive Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu. Aus psychiatrischer, neuropsychologischer und neurologischer Sicht sind weitere Abklärungen erforderlich. 4.8

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 4.9

Vorliegend ergibt sich, dass ein abschliessender materieller Entscheid gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht möglich ist, da der entscheidrelevante Sachverhalt nicht hinreichend abgeklärt wurde. Die vorhandenen medizinischen Unterlagen erlauben keine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weshalb die Beschwerdegegnerin in psychiatrischer, neuropsychologischer und neurologischer Hinsicht weitere Abklärungen vorzunehmen hat.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur rechtsgenügenden Abklärung des medizinischen Sachverhalts - unter Berücksichtigung des strukturierten Beweisverfahrens nach BGE 141 V 281 - und zum erneuten Entscheid über den Rentenanspruch an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 9 00.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Prozessführung als gegenstandslos. 6. 6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. 6.2

Die Prozessentschädigung wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist vorliegend eine Entschädigung von Fr. 2' 200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen, welche entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gesuch des Beschwerdeführers um unentgeltliche Rechtsvertretung erweist sich damit als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung

vom 10. September 2020 aufgehoben, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen,

damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

E. 3.22

Die Gastroskopie vom 26. Juni 2020 (Urk. 11/90) zeigte eine Refluxösophagitis LA Grad A, makroskopisch und mikroskopisch Barrett-Ösophagus COM1 sowie eine kleine axiale Hiatushernie von 2

cm Länge. Aufgrund der Refluxösophagitis

sei Pantoprazol 2x40

mg für vier bis sechs Wochen rezeptiert worden, anschliessend werde eine Dauertherapie mit 1x40

mg bei Barrett empfohlen, welcher nun histologisch habe gesichert werden können. Eine nächste gastroscopische Kontrolle sei in drei Jahren zu empfehlen (S. 1 unten).

E. 7

8;

Urk. 11/80;

Urk. 11/92) verneinte die IV - Stelle mit Verfügung vom 10. September 2020 einen Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 11/94 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 9. Oktober 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. September 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und die Sache sei zur Ergänzung der medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid über die Invalidenrente an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1). In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und unentgeltlichen Rechtsvertretung (S. 2 Ziff. 3). Die Beschwerde gegen die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 11. November 2020 (Urk.

E. 10

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 18. November 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.