

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00739 vom 29. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00739](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00739)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00739 du 29 avril 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00739 del 29 aprile 2021

## Erwägungen

### E. 1

Der 1961 geborene X.\_\_\_\_, ohne Ausbildung und zuletzt vollzeitlich als HSE Operator bei der Y.\_\_\_\_ AG tätig, meldete sich am 1. März 2014 unter Hinweis auf Schulter- und Rückenschmerzen, einen Tennisarm, Morbus Bechterew, eine Refluxkrankheit sowie Schwerhörigkeit rechts bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/8/1, Urk. 8/16).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, wies das Leistungsgesuch des Versicherten unter Hinweis auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit mit Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 8/63) ab. Am 7. August 2018 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 8/70-71). Die IV-Stelle nahm erwerbliche und medizinische Abklärungen vor und teilte dem Versicherten am 4. September 2018 mit, dass aufgrund seines Gesundheitszustands aktuell keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/74). In der Folge veranlasste sie bei Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH und Rheumatologie FMH, und Dr. med. A.\_\_\_\_,

FMH Psychiatrie und Psychotherapie, ein bidisziplinäres Gutachten (Rheumatologie und Psychiatrie; Expertise vom 20. November 2019 [Urk. 8/92/1-25, Urk. 8/92/29-65]). Mit Vorbescheid vom 20. Dezember 2019 (Urk. 8/95) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsgesuchs in Aussicht, wogegen letzterer am 27. Februar 2020 Einwand erhob

und am 8. Mai 2020 einen Bericht des Zentrums B.\_\_\_\_ vom selben Tag nachreichte (Urk. 8/103 und Urk. 8/110-111). Am 4. Juni 2020 (Urk. 8/114-115) beantworteten die Gutachter Dres.

Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ die von der IV-Stelle am 2. Juni 2020 gestellten Ergänzungsfragen (Urk. 8/112), wozu der Versicherte am 6. Juli 2020 (Urk. 8/117, Urk. 8/120) unter Auflage des B.\_\_\_\_ - Berichts vom 6.

Juli 2020 (Urk. 8/119) Stellung nahm. Mit Verfügung vom 22. September 2020 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab.

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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. 1.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierte Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **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.

### **E. 1.4**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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).

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich

gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Bei einer Neuanschuldung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung finden die Grundsätze zur Rentenrevision analog Anwendung (Art. 17 Abs. 1 ATSG;

Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV [SR 831.201]; BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 77), weshalb zunächst eine anspruchrelevante Veränderung des Sachverhalts erforderlich ist. Erst in einem zweiten Schritt ist der (Renten-) Anspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht umfassend zu prüfen (BGE 141 V 9; Urteile des Bundesgerichts 9C\_27/2019 vom 27. Juni 2019 E. 2; 9C\_247/2017 vom 7. August 2017 E. 2.1).

### **E. 1.5**

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).

Zu ergänzen ist, dass der Beweiswert eines im Rahmen einer Neuanschuldung erstellten Gutachtens wesentlich davon abhängt, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständig nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_287/2018 vom 27. November 2018 E. 2.2 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81). 2.

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte am 23. Oktober 2020 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, es sei die Verfügung vom 22. September 2020 aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Rente, zuzusprechen. Eventuell sei ein neues umfassendes (insbesondere psychiatrisches, rheumatologisches, orthopädisches, anästhesiologisches, neuropsychologisches, neurologisches und onkologisches) Gerichtsgutachten zu erstellen (S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 20. November 2020 (Urk. 7) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Am 7. Januar 2021 erstattete der Beschwerdeführer Replik (Urk. 10), worauf die Beschwerdegegnerin am 25. Januar 2021 auf das Einreichen einer Duplik verzichtete (Urk. 13, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Januar 2021 (Urk. 14) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die leistungsabweisende Verfügung (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hörgeräte-Facharbeiter nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig sei. Leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, mit gelegentlichem Heben/Tragen/Transportieren von Lasten bis maximal 10 kg körpernah und ohne Verharren in Zwangshaltungen seien medizinisch zumutbar, wobei dieses Belastungsprofil dem ehemaligen Beruf bei der

Y. AG entsprechen. Damit liege keine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor, wes halb das Leistungsgesuch abzuweisen sei (S. 1 f.). In der Beschwerdeantwort präzi sierte die Beschwerdegegnerin, dass keine konkreten Hinweise auf eine Befan genheit der Gutachter Dres .

Z. und A. bestünden und auf die entsprechende Expertise abzustellen sei (Urk. 7 S. 2 Ziff. 3 ).

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt (Urk. 1), bei den Experten Dr. Z. und Dr. A. sei die erforderliche Unabh ängigkeit nicht mehr gegeben , wobei er im Wesentlichen auf einen Zeitungsartikel im Blick vom 10. November 2019 verwies. Das Gutachten sei deshalb ohne Beweiswert und aus den Akten zu weisen (S. 4 f. Ziff. 6 ; vgl. auch Urk. 10 S. 1 f. ). Im Weiteren leide d er

Beschwerdeführer an diversen Beschwerden, weshalb das Einholen eine r bidisziplinären

Expertise nicht genüge , sondern zwingend eine umfassende inter disziplinäre Begutachtung erforderlich sei (S. 6 Ziff. 8 f.). Der Beschwerdeführer machte zudem geltend, dass im Gutachten nicht sämtliche Akten berücksichtigt worden seien , die Experten keine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten ge nommen hätten und die Expertise zudem fehlerhaft sei, da die Gutachter ohne nähere Begründung praktisch alle vermeintlich negativen Aspekte herausge nom men hätten ( S. 8 f. Ziff. 13 f., S. 9 f f . Ziff. 15 ff.).

Demgegenüber handle es sich b ei den B. - Stellungnahmen vom 6. Juli 2020 und 8. Mai 2020 um konkrete, zeitnahe und glaubwürdige medizinische Unterlagen, welche nur ungenügend berüc ksichtigt worden seien (S. 12 f . Ziff. 25 ff. ; vgl. auch Urk. 10 S. 2 ).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob bezüglich des Gesundheitszustands des Beschwer deführers und seiner Arbeitsfähigkeit seit Erlass der Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 8/63) eine erhebliche Änderung eingetreten ist. 3. 3.1

Im Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 8/63) , mit welcher der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenver sicherung seinerzeit verneint worden war,

sind im Wesentlichen die folgenden ärztlichen Berichte und Stellung nahmen zu den Akten genommen worden: 3.2

Mit Bericht vom 19. Mai 2014 (Urk. 8/28/6-7) stellte Dr. med. C. , Phy sikalische Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie, die Diagnose einer negativen Spondylitis Ankylosans bei geringen akuten und chronischen Verän derungen im MRI des

Achsenskeletts vom 13. März 2014 sowie einer chronischen und bislang therapierefraktär verlaufenden Epikondylitis

humeri

radialis rechts bei deutlichen Strukturstörungen der Sehnenursprünge am radialen Humerusepikondylus mit geringer Partialruptur im MRI vom 21.

Juni 2013. Abgesehen von leichten, entzündlichen Veränderungen des Achsenskeletts bestünden keine relevanten degenerativ bedingten Strukturstörungen der Wirbelsäule. Bezüglich der entzündlichen Rückenschmerzen sei davon auszugehen, dass diese mit Hilfe eines anti-TNF-Blockers gut beherrschbar seien, wobei die Umsetzung einer entsprechenden Therapie an der skeptischen Grundeinstellung des Beschwerdeführers gescheitert sei. Aktuell bleibe die Epikondylitis das führende klinische Problem, wobei der Beschwerdeführer momentan in der Lage sein sollte, einer Tätigkeit, welche den linken (dominanten) Ellenbogen nur leicht belastet, in einem mindestens 70%igen Arbeitspensum nachzugehen. 3.3

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, - welcher den Beschwerdeführer im Auftrag des Krankenkassenversicherers psychiatrisch untersuchte - führte in seinem Bericht vom 28. Mai 2014 (Urk. 8/30/25-28) aus, dass mittlerweile ein deutlich rückläufiger Befund vorliege. Das klinische Bild sei mit einer mittelgradig ausgeprägten Depression vereinbar, welche zwischenzeitlich weitgehend remittiert sei, wobei die Erkrankung in erster Linie im Zusammenhang mit einer für den Beschwerdeführer schwierigen persönlichen Lage (konkret in beruflicher Hinsicht) aufzufassen sei (S. 3). Der Beschwerdeführer sei angesichts eines weitgehend rückläufigen klinischen Befunds höchstens noch übergangweise bis äusserstenfalls Ende Juni 2014 arbeitsunfähig, so dass spätestens ab Anfang Juli 2014 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit resultiere (S. 4). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Leitender Arzt Urologie am Spital F.\_\_\_\_, diagnostizierte in seinem Bericht vom 19. Mai 2015 (Urk. 8/56/33-34) einen Status nach TUR-P bei benignem Prostatasyndrom Stadium II inklusive einer kompensierten und restharnfreien Miktions, einen Status nach Prostatastanzbiopsie, chronische Inguinalschmerzen links bei Status nach zweimaliger Leistenoperation sowie aktuelle Unterbauschmerzen seit zirka drei Wochen. Er berichtete von urologisch unauffälligen Verhältnissen und äusserte bezüglich der Unterbauschmerzen einen Verdacht auf eine milde Sigmadivertikulitis. 3.5

Am 5. Juni 2015 berichtete Dr. med. G.\_\_\_\_, Gastroenterologie und Innere Medizin FMH, von einer Lebersteatose. Es finde sich weder sonografisch noch endoskopisch ein pathologischer Befund, welcher die Beschwerden des Beschwerdeführers erklären. Eine probatorische Therapie mit Duspatalin bei Verdacht auf Colon irritabile habe keine Veränderung der Symptomatik gebracht. Möglicherweise handle es sich um Beschwerden ausgehend vom Bewegungsapparat im Rahmen des Morbus Bechterew, die allenfalls durch eine NSAR-Therapie verbessert werden könnten (Urk. 8/56/25-26). 3.6

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, ging in seinem Bericht vom 16. August 2015 (Urk. 8/56/6-9) im Wesentlichen von einer Spondylitis Ankylosans, grenzwertigen Bronchiektasen basal beidseits, einem Verdacht auf Colon irritabile, einem Status nach TUR-P bei benignem Prostatasyndrom Stadium II, chronischen Inguinalschmerzen links, einer Refluxoesophagitis/Gastritis sowie einer

mittelgradig depressiven Episode mit Panikattacken bei Arbeitsplatzverlust 04/2014 aus, wobei er einzig der Spondylitis Ankylosans Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beimass (S. 2). Aktuell arbeite der Beschwerdeführer trotz Rückenschmerzen bei Verdacht auf Morbus Bechterew im Schichtbetrieb in der Packetierung beim Wareneingang und sei unter Verwendung von Bedarfsanalgetika zu 100 % arbeitsfähig. Auf längere Sicht werde es wahrscheinlich zu einer Teilarbeitsunfähigkeit kommen, da es sich beim Morbus Bechterew um eine langsam progrediente Erkrankung handle, welche mit den Jahren eine Versteifung des Rückens zur Folge haben werde (S. 1, S. 3). 3.7

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte am 15. September 2015 in psychiatrischer Hinsicht eine mittelgradige depressive Episode mit Panikattacken bei Arbeitsplatzverlust (Urk. 8/60 /1-2 S. 1 Ziff. 1.1 in Verbindung mit Urk. 8/60/4).

3.8

Der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) der IV-Stelle, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, übernahm in seiner Stellungnahme vom 22. September 2015 (Urk. 8/61/5-6) die vom Hausarzt am 16. August 2015 genannten Diagnosen (vgl. E. 3.6) und führte im Zusammenhang mit dem Belastungsprofil eine leichte (angepasste) Tätigkeit in Wechselbelastung unter Ausschluss ungünstiger Witterungsbedingungen, auch mit gelegentlichem Heben/Tragen/Transportieren von Lasten bis maximal 10 kg körpernah, und ohne Verharren in Zwangshaltungen auf. Versicherungsmedizinisch bestehe bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit mit grosser Wahrscheinlichkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in bisheriger (richtig wohl: angepasster) Tätigkeit. Auf Dauer sei mit einer Verschlechterung des Gesundheitszustands zu rechnen, da die Spondylitis Ankylosans eine langsam progrediente Erkrankung sei und auf Dauer nur noch Tätigkeiten gemäss Belastungsprofil möglich seien.

4. 4.1

Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt: 4.2

In ihrer interdisziplinären Gesamtbewertung vom 20. November 2019 (Urk.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57). Der obsiegende vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des

Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Entsprechend steht ihm eine Prozessent schädigung von Fr. 2'1 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die an gefochtene Verfügung vom 22. September 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu ver füge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2'1 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Horschik - 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, zuzu stellen.

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 Gräub-Schleiffer Marais

## **E. 8**

/ 92/1-6) stellten die Gutachter Dres .

Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 3): - mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - anamnestisch Spondylitis Ankylosans Bechterew - aktuell: anamnestisch, klinisch und humoral keine gesicherte Aktivität - ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Status nach Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) - in der Folge von Konflikten am Arbeitsplatz und der Kündigung des Anstellungsvertrags durch den Arbeitgeber - mit niedergeschlagen-ängstlicher Verstimmung, misstrauisch-überge nauer Grundhaltung und körperlichen Missempfindungen - bei akzentuierten Persönlichkeitszügen - bei anamnestisch Spondylitis Ankylosans Bechterew - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der unteren Wirbelsäulenhälfte und des Beckens - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit - diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose - Bewegungseinschränkungen der Brustwirbelsäule - Übergewicht mit BMI von 28.6 kg/m<sup>2</sup> - anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Die Gutachter führten aus, dass b etreffend Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich auf die somatisch-rheumatologische Einschätzung abzustellen sei . Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt n die Experten fest , dass mehr als mittelgradig körperlich belastende Verrichtungen seit 2012 nicht mehr zumutbar seien.

Leicht und maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten seien demgegenüber weiterhin zumutbar (S. 5). 4.3

Dr. Z.\_\_\_\_

berichtete in seinem rheumatologischen Teilgutachten vom 20. November 2020 (Urk. 8/92/7-25) , dass in der klinischen Untersuchung eine schmerz vermittelnde Gestik, diffuse Druckschmerzen und abgestützt auf objektivierbare Befunde kein relevanter somatisch-pathologischer Befund imponiere . Der Gutachter hielt weiter fest, dass er die in der vorliegenden Dokumentation erwähnte Diagnose Morbus Bechterew aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Untersuchung teile. In der MRI-Abklärung vom 1. Juni 2012 seien entzündliche Veränderungen im Bereich des linken Iliosakralgelenks und der interspinösen Bandstrukturen lumbal beschrieben worden, so dass damals in Verbindung mit einer leicht gradigen Bewegungseinschränkung formal die Diagnose einer Spondylitis Ankylosans Bechterew habe gestellt werden können. Aus Sicht der aktuellen Begutachtung gut sieben Jahre später müsse es sich dabei um eine sehr geringgradige Aktivität einer entzündlichen Systemerkrankung handeln , da bis anhin gemäss der vorliegenden Dokumentation nie eine relevante humorale Aktivität ausgewiesen gewesen sei und auch aktuell keine solche vorliege. In der MRI-Abklärung vom 13. Oktober 2017 seien zudem keine akuten oder chronischen entzündlichen Veränderungen mehr dokumentiert und es sei ferner

erwähnt worden , dass die entzündlichen Veränderungen der interspinösen Ligamente lumbal abgeklungen seien. Des Weiteren sei weder in den Röntgenaufnahmen vom 21.

März 2018 noch in den aktualisierten konventionell-radiologischen Röntgenaufnahmen ein gesicherter entzündlicher/postentzündlicher Befund dokumentiert worden. Die sehr diskreten entzündlichen Befunde seien konventionell-radiologisch nie mit einem eindeutig pathologischen Befund einhergegangen. Entsprechend sei unter der durchgeführten entzündungshemmend- immunmodulatorischen

Medikamentation mit dem Einsatz von NSAR und Biologika keine relevante Aktivität ausgewiesen worden . Dies könne bedeuten , dass unter der genannten Medikamentation eine Rückbildung der objektiv ausgewiesenen Entzündungsaktivität eingetreten sei respektive dass allenfalls bereits vor dem Einsatz der Biologika und damit vor Februar 2017 spontan eine Remission eingetreten sei, da damals keine supersensitive MRI-Abklärung durchgeführt worden sei. Mit Bezug auf die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen betreffend die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente in allen Ebenen einschliesslich in der unteren Wirbelsäulenhälfte hielt der Experte fest, dass sämtliche Bewegungen in der unteren Wirbelsäulenhälfte als ungefähr gleich schmerzhaft eingestuft worden seien , unabhängig davon, in welcher Position die Untersuchung durchgeführt worden sei. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, da

für diese zu erwarten sei, dass die eine Bewegungsrichtung als eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. In der klinischen Untersuchung könne in keinem axialen Bewegungssegment eine Bewegungseinschränkung von mehr als 1/3 oder ein Hinweis auf eine relevante Fehllage objektiviert werden. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde ausschliesslich in der unteren Wirbelsäulenhälfte als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund (bei spielsweise Myogelose, Triggerpunkt) objektiviert werden könne. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres

Reiz- / Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels. Die aktualisierten Röntgenaufnahmen dokumentierten zudem in keinem axialen Bewegungssegment einen gesicherten Hinweis auf ein relevantes Ausmass einer degenerativen oder entzündlichen Komponente oder eine Fehllage. Im Weiteren führte der Gutachter aus, dass in den aktualisierten Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule diskrete Ossifikationen des vorderen Längsbandes dargestellt seien, die bei einem jeweils unauffälligen Intervertebralraum daselbst mit einer metabolischen Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skelettalen

Hyperostose vereinbar seien. Auch die diskreten Ossifikationen im Bereich der Sehnenansätze am Trochanter major links und der Beckenkämme seien diesem metabolischen Defekt zuordenbar, wobei letzterer nichts gemein habe mit der beim Beschwerdeführer vor Jahren diagnostizierten entzündlichen Systemerkrankung. Aktuell sei von keiner vordergründig symptomatischen diffusen idiopathischen skelettalen

Hyperostose auszugehen, da der Beschwerdeführer keine phasenweise mechanisch abstützbaren Beschwerden respektive phasenweise entzündlich imponierende Beschwerden geschildert habe. Da aufgrund der epidemiologischen Datenlage bekannt sei, dass sich Bewegungseinschränkungen etablieren könnten, die sich zumeist nicht leistungseinschränkend auswirkten und sich nicht mehr zurück bilden könnten, seien die leichtgradigen Bewegungseinschränkungen thorakal somatisch abstützbar.

Zusammenfassend hielt der Gutachter fest, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen im Bereich der unteren Wirbelsäulenhälfte und des Beckens diskrepant zu den objektivierbaren Befunden seien und insbesondere weder mit der ausgewiesenen Spondylitis Ankylosans Bechterew noch mit den Befunden der diffusen idiopathischen skelettalen

Hyperostose hinreichend begründbar seien. Der Experte habe zudem Mühe, von einer anderweitig somatisch abstützbaren Pathologie im Bereich des Abdomens auszugehen, auch wenn beim Beschwerdeführer zweifellos eine obstruktive Miktions-symptomatik vorgelegen haben müsse, da bisher zwei Prostata-Eingriffe erfolgt seien. Mit den diffus geschilderten Beschwerden könne für mehr als mittelgradig körperlich belastende Verrichtungen eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. Hingegen sei eine Vielzahl der vom Beschwerdeführer bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten aktuell vollumfänglich zumutbar (S. 12 ff.).

Unter dem Titel Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielt der Gutachter fest, dass aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht eine vollumfängliche Leistungsfähigkeit bestehe, wobei sich diese Einschätzung nicht nur auf die derzeit ausgeübte Tätigkeit

(Austragen von Zeitungen), sondern auch auf jegliche der früher ausgeübten Verrichtungen beziehe, welche leicht und maximal mittel gradig körperlich belastbar gewesen seien. Somit seien auch die bis Ende 2015 ausgeübten Arbeiten mit administrativen Tätigkeiten und mit der Produktion von künstlichen Gelenken respektive in der Hörgerä tewartung vollumfänglich zumut bar. Hingegen seien mehr als mittelgradig körperlich belastende Verrichtungen

ohne Positionswechsel seit 2012 nicht mehr möglich . Für die zumutbaren Tätig keiten bestehe keine Leistungseinschränkung . Vorübergehende Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien im Zusammenhang mit der im August 2017 durch geführten TUR - P und der anschliessenden postoperativen Rehabilitationsphase von maximal zwei Monaten au sgewiesen. Abgesehen davon sei

bezüglich der zumutbaren Tätigkeiten für keinen Zeitraum eine anhalte n de Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründbar (S. 17).

Betreffend Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit führte der Experte aus , dass eine entsprechende Verrichtung in einem temperierten Raum auszuführen sei , sich auf leicht- bis maximal mittelgradig körperlich belastende Arbeiten be schränke und die Möglichkeit zulasse , zwischen sitzender, stehender und gehen der Körperhaltung zu wechseln. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine vollumfängliche Arbeits fähigkeit (S. 18). 4 .4

Dr. A.\_\_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 20. Novemb er 2019 (Urk. 8/92/29-65) aus, dass der Beschwerdeführer im Februar 2014 an einer Anpassungsstörung gelitten habe, die sich in der Folge von Konflikten am Arbeitsplatz sowie der Kündigung durch den Arbeitgeber entwickelt und zur Arbeitsunfähigkeit geführt habe. Betreffend Ausmass der Anpassungsstörung seien die Angaben ungenügend, wobei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 27. Februar 2014 postuliert worden sei, deren weiterer Verlauf indes nicht kritisch differenziert nachvollzogen werden könne. Es sei davon auszugehen, dass das Krankheitsbild der Anpassungsstörung beim Beschwerdeführer insbesondere oh ne die Kündigung des Anstellungsvertrags nicht entstanden wäre. Gegenwärtig sei objektiv eine Remission der Anpassungsstörung festzustellen, wobei eine nieder ge schlagen-ängstliche Ver stimmung ohne Krankheitswert im Vordergrund stehe (S. 21 f.).

Die im Widerspruch dazu in den Akten vorgeschlagenen (Verdachts-)Diagnosen blieben etikettenhaft. Sie seien weder kritisch nachvollziehbar substantiiert , noch weder mit noch ohne Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben/diskutiert und objektive psychopathologische Befunde seien entweder gar nicht od er ausser gewöhnlich spärlich auf geführt. Auch die angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustands im Jahre 2018 werde weder zeitlich eingeordnet noch kon kret beschrieben. Entsprechend könne aus versicherungspsychiatrischer Sicht kein Gesundheitsschaden begründet werden. Es werde unter anderem eine de pressive Störung postuliert, welche aber nicht kritisch diskutiert und von der Selbst einschätzung des Beschwerdeführers nicht abgegrenzt werde. Qualitativ sei knapp eine deprimierte Verstimmung (Resignation) erkennbar, deren Einordnung gemä ss ICD-10 F3 nicht bestätigt werden könne. Ebenso wenig seien die ICD-10-Kriterien für eine eigenständige depressive Episode objektiv erfüllt und seien auch nicht aufgrund der Angaben in den Akten und des Beschwerdeführers anzu neh men. Der Schweregrad erreiche nicht das erforderliche Ausmass und d ie Ein gangskriterien der Gruppe 1 seien

objektiv nicht erfüllt (gewesen). Es fehlten eine dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, eine wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und eine ausgeprägte soziale Inaktivität. Beim Beschwerdeführer bestünden sodann (und hätten auch in der Vergangenheit nicht bestanden) keine der zusätzlich genannten Symptome in ausreichender Schwere respektive Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Depressive Symptome seien im Fall des Beschwerdeführers Ausdruck einer Überforderung bei sozialen Belastungen (Konflikte am Arbeitsplatz, Kündigung, Lage am Arbeitsmarkt) aufgrund seiner Persönlichkeitsmerkmale (zum Beispiel narzisstisches Selbstverständnis, geringe Frustrationstoleranz, zwanghafte Grundhaltung ; S. 22 f. , S. 25 ).

Der Gutachter führte weiter aus, dass die akzentuierten (narzisstisch, hypochondrisch/somatisierend , zwanghaft) Persönlichkeitszüge des Beschwerdeführers Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person darstellen, welche von sich aus keinen Krankheitswert besässen (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Beim Beschwerdeführer seien keine Hinweise bekannt, die annehmen liessen, dass die Eingangskriterien der Definition einer Persönlichkeitsstörung tatsächlich erfüllt seien. Diese Diagnose werde denn auch in den Akten nicht vorgeschlagen. Dem Beschwerdeführer sei überdies eine tatsächlich erfolgreiche berufliche und soziale Lebensbewahrung bis zumindest 2014 möglich gewesen , trotz geringer sozioökonomischer und Bildungsressourcen (S. 23 f. , S. 26 ).

Beim Beschwerdeführer seien im Weiteren keine Störung gemäss ICD-10 F45 (somatoforme Störungen inklusive anhaltende Schmerzstörung [ICD-10 F45.4] oder Somatisierungsstörung [ICD-10 F45.0]) vorhanden. Er formuliere keine hart näckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen und es sei kein an dauernder (schwerer, quälender) Schmerz anzunehmen. Darüber hinaus seien vielfältige organpathologische Auffälligkeiten – insbesondere eine Spondylitis Ankylosans Bechterew – dokumentiert (S. 24).

Im Zusammenhang mit der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen

und einer angepassten Tätigkeit führte der Experte aus, dass eine relevante Minderung der Arbeitsfähigkeit (> 20 % von 100 % ) , die allfällig einer durch somatische Defizite begründbaren hinzu zu rechnen wäre, aus versicherungspsychiatrischer Sicht für keinen Zeitraum begründet werden

könne (S. 35). 5.

5.1

5.1.1

Vorab ist der Beweiswert der Gutachten der Dres . Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ vom 20. November 2019 (Urk. 8/92/1-25, Urk. /92/29-65 ) inklusive der ergänzenden Stellungnahmen vom 4. Juni 2020 (Urk. 8/114-115) zu prüfen. Diese wurden im Rahmen eines Neuanmeldungsverfahrens veranlasst. Die Frage, ob eine revisions begründende Änderung stattgefunden hat, ist durch die Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands zu beurteilen. Zentrales Beweisthema der Expertise ist dem nach nicht bloss die Feststellung des aktuellen Gesundheitszustands und seiner funktionellen Auswirkungen, sondern gerade auch der Vergleich dieses Befunds mit den ursprünglichen - hier zur Verneinung der Berentung führenden – Beschwerden. Spricht sich ein Gutachten nicht in

hinreichender Weise darüber aus, ob und bejahendenfalls inwiefern eine effektive Veränderung der gesundheitlichen Situation im entscheidungsrelevanten Referenzzeitraum stattgefunden hat, mangelt es ihm, sofern sich eine entsprechende Sachlage nicht ohne hin augenfällig präsentiert, am rechtlich erforderlichen Beweiswert (vgl. E. 1.5). 5.1.2

Die Gutachter Dres. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ wurden von der Beschwerdeführerin nicht nach einer allfälligen Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit November 2015 befragt (Urk. 8/84) und äusserten sich dementsprechend auch nicht explizit dazu. Die Experten machten zwar Angaben zum Krankheitsverlauf (Urk. 8/92/7-25 S. 12 f.; Urk. 8/92/29-65 S. 21, S. 23), eine Gegenüberstellung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers zum

Zeitpunkt der leistungsabweisenden Verfügung vom 2. November 2015 (Urk. 8/63) mit jener anlässlich der Begutachtung am 29. Oktober 2019 respektive 12. November 2019 (Urk. 8/92/1-6 S. 1) fehlt indessen in den Gutachten sowie den Stellungnahmen von Dres. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2020. Die Expertisen inklusive deren Ergänzungen stellen demnach unter einem revisionsrechtlichen Blickwinkel (vgl. E. 1.4) keine beweiskräftige medizinische Grundlage dar und es kann nicht darauf abgestellt werden, da sie keine rechtsgenügende Beurteilung der Frage nach einer erheblichen Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum erlauben, sondern sich in erster Linie mit der Feststellung der im Zeitpunkt der Begutachtung aktuellen gesundheitlichen Situation befassen (vgl. E. 5.1.1).

In diesem Zusammenhang

ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei Morbus Bechterew um eine langsam progrediente Erkrankung handelt, welche zu einer Versteifung des Rückens führen kann (vgl. Urk. 8/61/6, Urk. 8/56/6-9 S. 1). 5.2

Ebenso wenig ist gestützt auf die übrigen fachärztlichen Berichte eine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation seit November 2015 ausgewiesen. Dies gilt namentlich in Bezug auf die Berichte des B.\_\_\_\_ vom 6. August 2018 und 18. März 2019, worin eine Verschlechterung seit 2014 postuliert wurde. Dabei mangelt es indes an einer nachvollziehbaren Begründung für die erwähnte Veränderung, da die B.\_\_\_\_-Ärzte diesbezüglich lediglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abstellten respektive sich auf die Auflistung der von ihm in den Jahren 2014 und 2018 geschilderten Symptome und Beschwerden beschränkten (Urk. 8/69/1-5 S. 2, Urk. 8/82/4-7 S. 2 Ziff. 1.3). In den B.\_\_\_\_-Berichten vom 31. Juli 2018 (Urk. 8/69/6-15), 8. Mai 2020 (Urk. 8/110) und 6. Juli 2020 (Urk. 8/119) fehlen objektivierbare Ausführungen betreffend eine Veränderung des Gesundheitszustands seit November 2015

beziehungsweise wird lediglich auf das (in den Akten nicht enthaltene) B.\_\_\_\_-Schreiben vom 13. August 2018 (Urk. 8/110 S. 2 Ziff. 6) verwiesen. Im Übrigen finden sich auch in den in somatischer Hinsicht verfassten fachärztlichen Berichten (Urk. 8/77/7-12, Urk. 8/83/1-7, Urk. 8/75/23-24, Urk. 3/4)

keine

Angaben, welche in rechtsgenügender Weise auf eine wesentliche Veränderung im zu beurteilenden Zeitraum schliessen lassen. 5.3

Gestützt auf die Gutachten von Dres. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_

sowie die übrigen fach ärztlichen Berichte

ist die schlüssige Beurteilung der Frage nach einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum nicht möglich. Die Sache ist deshalb an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese mittels Ergänzungsfragen an die Experten

Drs. Z.\_\_\_\_ und A.\_\_\_\_ abklärt, ob sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers seit November 2015

wesentlich geändert hat. Unter diesen Umständen muss nicht abschliessend geprüft werden, ob die gutachterlichen Schlussfolgerungen, wären sie mit Blick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung gezogen worden, einleuchtend und nachvollziehbar erscheinen würden. 5.4

Was den vom Beschwerdeführer unter Hinweis auf den Blick-Artikel vom 10. November 2019 (Urk. 3/3) vorgebrachten Einwand der Befangenheit von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 6, Urk. 10 S. 1 f.) angeht, ist Folgendes festzuhalten: Rechtsprechungsgemäss stellen einzelfallunabhängige, allgemein-strukturelle Einwendungen keine Ausstandsgründe dar. Auch beim Nachweis einer starken Abweichung bei der Auswertung der Häufigkeitsverteilung von attestierten Arbeitsunfähigkeitsgraden kann im Übrigen nicht direkt auf eine Befangenheit der an der Erstellung der Gutachten beteiligten Fachpersonen geschlossen werden. Es müsste vielmehr zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung nicht durch andere Faktoren besser erklärbar wären. Die Aussage kraft einer allfälligen gutachterlichen Tendenz, Arbeitsunfähigkeit eher zurückhaltend oder grosszügig anzuerkennen, ist im Leistungsverfahren zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_25/2020 vom 22. April 2020 E. 5.1.2.2 mit weiteren Hinweisen). Im vorliegenden Fall ist nicht ersichtlich, inwiefern die Kenntnis der vom rheumatologischen Experten in den Jahren 2012 bis 2014 (vgl. Urk. 3/3 S. 1) in anderen Fällen attestierten Arbeitsunfähigkeiten mangelnde Ergebnisoffenheit zu belegen und damit den Beweiswert seiner gutachterlichen Einschätzung in Frage zu stellen vermöchte. Konkrete Anhaltspunkte, die auf einen Befangenheitsanschein von Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ im zu beurteilenden Fall hindeuten könnten, trägt der Beschwerdeführer im Übrigen nicht vor.

Im Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, er leide an diversen Beschwerden, weshalb zwingend ein interdisziplinäres Gutachten einzuholen sei, welches neben den rheumatologischen und psychiatrischen Faktoren unter anderem auch die neurologischen, neuropsychologischen, anästhesiologischen und onkologischen Aspekte zu berücksichtigen habe

(Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 7 ff.). Eine Abklärung in onkologischer Hinsicht scheint entbehrlich, da den Akten keine Hinweise auf eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund des benignen Prostatasyndroms entnommen werden können. Abgesehen davon ist

darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern - was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft - rechtsprechungsgemäss ein weiter Ermessensspielraum zukommt. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen, wonach die Wahl der Fachrichtungen in erster Linie von den Gutachterfragen abhängt und je nach Gesundheitsschaden mehrere Fachrichtungen in Frage kommen. Es liegt demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteil des

Bundesgerichts 8C\_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Im Übrigen liegen keine Hinweise dafür vor, dass die in Innerer Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie spezialisierten Dr. Z.\_\_\_\_ und Dr. A.\_\_\_\_ nicht über die zur Beurteilung des im Vordergrund stehenden Morbus Bechterew und der psychischen Störung erforderlichen Qualifikationen verfügen. 5.5

Im Lichte der obigen Erwägungen ist festzuhalten, dass die angefochtene Verfügung vom 22. September 2020 aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie die Sache unter spezifisch revisionsrechtlicher Optik erneut abkläre und über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu befinde.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

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