

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00208 vom 10. Juli 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-10, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00208](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00208)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00208 du 10 juillet 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00208 del 10 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Der 1962 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete bis April 1998 als Wagenkontrollbeamter (inklusive Dateneingabe) für die Y.\_\_\_\_. Ab Mai 1998 wurde er gesundheitsbedingt zuerst als Sprayereientferner und später als Reinigungsmitarbeiter und im Hausdienst eingesetzt, wobei sein Lohn wegen der Absenzen ab Juni 2000 um 50 % gekürzt wurde (Urk. 12 /5/1-3, Urk. 12 /7/27, Urk. 12 /7/15-16). Ab Anfang 2002 erzielte er kein Erwerbseinkommen mehr (Urk. 12 / 225 ).

Mit Eingang vom 13. Juni 2000 hatte sich X.\_\_\_\_

bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung wegen Seh-, Rücken- und Schwindelbeschwerden zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 12 /2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Z.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2001 ein (Urk. 12 /16). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 12. Juni 2002 ab dem 1. Januar 2000 eine ganze Rente mit einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (Urk. 12 /28-29). Diese wurde in den darauffolgenden Revisionsverfahren (Urk. 12 /30, Urk. 12 /33) mit Mitteilungen vom 13. September 2004 (Urk. 12 /32) und vom 16. Januar 2009 (Urk. 12 /37) bestätigt.

### **E. 1.2**

Anfang 2014 eröffnete die IV-Stelle ein weiteres Revisionsverfahren und ordnete nach einem anonymen Hinweis aus der Bevölkerung (Urk. 12 /58) unter anderem eine Observation des Versicherten an (Urk. 12 /61-62), welche vom 7. bis 9. Juli 2015 durchgeführt wurde (Ermittlungsbericht vom 5. August 2015, Urk. 12 /63). Am 20. Januar 2016 fand eine Befragung des Versicherten statt, bei der er zum Observationsergebnis Stellung nehmen konnte (Urk. 12 /65). Gestützt auf das Abklärungsergebnis sistierte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. Februar 2016 die bisherige ganze Rente per Ende Januar 2016 (Urk. 12 /69). Ausserdem holte sie das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017 ein (Urk. 12 /84). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens (Urk. 12/89, Urk. 12/90, Urk. 12/94) hob die IV-Stelle die Verfügungen vom 12. Juni 2002 mit Verfügung vom 2. Oktober 2017 und die Rente rückwirkend per 1. Januar 2000 bei einem Invaliditätsgrad von 26 % wiedererwägungsweise auf. Bezüglich der Rückforderung der vom 1. Mai 2010 bis 31. Januar 2016 bezogenen Renten leistungen verwies sie auf eine separate Verfügung (Urk. 12/ 96 ).

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 2. November 2017 Beschwerde (Urk. 12/ 100/3-19 ), woraufhin das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich das Verfahren

Nr. IV.2017.01200 eröffnete. Mit Verfügung vom 8. Januar 2018 verpflichtete die IV-Stelle den Versicherten wie angekündigt zur Rückerstattung der Rentenzahlungen vom 1. Mai 2010 bis 31. Januar 2016 in der Höhe von insgesamt Fr. 118'165.-- (Urk. 12/111). Der Versicherte erhob mit Eingabe vom 12. Februar 2018 auch dagegen Beschwerde (Urk. 12/118/5-13). Das hierauf eröffnete Verfahren IV.2018.00172 wurde am 28. Februar 2018 mit dem Verfahren Nr. IV.2017.01200 vereinigt (Urk. 12/118/1-3). Mit Urteil vom 7.

Juni 2019 im Verfahren Nr. IV.2017.01200 hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich

die Beschwerde vom 2. November 2017, soweit es darauf eintrat, teilweise gut und änderte die Wiedererwägungsverfügung vom 2.

Oktober 2017 dahingehend ab, dass es die bisherige ganze Rente des Beschwerdeführers mit Wirkung ab dem 1. Dezember 2017 aufhob. Ausserdem hiess es die Beschwerde vom 12. Februar 2018 gut und hob die Rückerstattungsverfügung vom 8. Januar 2018 auf (Urk. 12/147/40).

Im Verfahren Nr. IV.2018.00067 hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich zudem mit Urteil vom 7. Juni 2019 die Beschwerde von B.\_\_\_\_, der seit dem 22. Februar 2001 vom Versicherten geschiedenen Ehefrau, gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 8. Januar 2018 gut und hob diese Verfügung auf, mit welcher die IV-Stelle

B.\_\_\_\_

zur Rück erstattung der an sie zu viel ausbezahlten Kinderrenten verpflichtet hatte (Urk. 12/182/2-3).

Die von der IV-Stelle gegen diese beiden Urteile erhobene n Beschwerde n

wies das Bundesgericht mit Urteil 9C\_508/2019, 9C\_516/2019 vom 22. Januar 2020 ab (Urk. 12/182/8).

### **E. 1.3**

Nach Einleitung eines Strafverfahrens durch die Staatsanwaltschaft Zürich - Sihl wegen mehrfachen Betrugs (Urk. 12/150) zufolge der Strafanzeige der IV-Stelle vom 26. April 2018 (Urk. 12/159) war der Versicherte am 31. August 2019 in Untersuchungshaft versetzt worden (Urk. 12/167/25). Während der bis Ende November 2019 (Urk. 12/167/64) angeordneten Untersuchungshaft wurde er wegen Herzbeschwerden im Universitären Herzzentrum des Universitäts - spital s

C.\_\_\_\_

behandelt (Urk. 12/167/27-28, Urk. 12/192/2-3). Am 6. Oktober 2019 wurde er nach einem Suizidversuch in der Untersuchungshaft (Urk. 12/167/29-30) zudem in das Psychiatriezentrum D.\_\_\_\_ eingewiesen und dort vom 6. bis 10.

Oktober 2019 stationär behandelt (Urk. 12/167/31, Urk. 12/193/3). Vom 11. Oktober bis 18.

November 2019 wurde er nach einem geplanten weiteren Suizidversuch (Urk. 12/137/33-34) in der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_

stationär behandelt (Urk.

12/196/2), wo es zu erneuten suizidalen Handlungen und Aggressionsereignissen kam

( Urk. 12/196 /5 ).

Nach Entlassung aus der Untersuchungshaft hielt sich der Versicherte , mindestens ab Juli 2020, im Ausland auf (Urk. 12/ 204, Urk. 12/214/2-3, Urk. 12/226/2-3 , Urk. 7 ).

#### **E. 1.4**

Am 13. Februar 2019 hatte sich der Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 12/141). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen gab er eine dilatative Kardiomyopathie mit schwer eingeschränkter Auswurfraction unklarer Ätiologie seit Juni 2018, Amaurose beidseitig seit 2002 und eine Gynäkomastie an ( Urk. 12/141/6). Die IV-Stelle klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte abschliessend die Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom regionalen ärztlichen Dienst (RAD) vom 7.

Mai 2021 ein (Urk. 12/234/5 ). Mit Vorbescheid vom 23. Juli 2021 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 12/236). Dagegen liess der Versicherte mit Schreiben vom

#### **E. 2**

4. August 2021 ,

#### **E. 2.1**

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

#### **E. 2.2.1**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 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 objektivierten 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. 2.2.2**

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der

Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Ansprüche Grundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

### **E. 2.3.1**

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

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

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG

(Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

### **E. 2.3.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

#### **E. 2.4.1**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschreibung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschreibung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

#### **E. 2.4.2**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspriechung 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). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

#### **E. 2.5**

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE

125 V

351

E.

3b/ ee mit Hinweis). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach

Art. 44 ATSG

vom Versicherer veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger (Urteile des Bundesgericht s 8C\_427/2022 vom 28. Februar 2023 E. 3.3 und 8C\_596/2022 vom 11. Januar 2023 E. 2.3). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens erledigt werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen.

Bestehen

auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97

E.

8.5 , 142 V 58

E.

5.1 , 139 V 225

E.

5.2 , 135 V 465

E.

4.4; zum Ganzen: Urteil des Bundesgericht s 8C\_630/2022 vom 3. Mai 2023 E. 3.2.1).

### **E. 3**

0. September 2021 und 7. Oktober 2021 Einwände erheben (Urk. 12/239, Urk. 12/ 242 , Urk. 12/234 ).

Mit Verfügung vom 2. März 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 4. April 2022 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 2. März 2022 sei aufzuheben und es sei ihm eine Rente entsprechend einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % auszurichten; eventualiter sei seine effektive Leistungsfähigkeit in kardiologischer und psychiatrischer Hinsicht zu evaluieren . In prozessualer Hinsicht ersuchte er darum, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und Rechtsanwältin Dina Raewel , Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin zu bestellen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 1 1) , was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 5. Juli 2022 zur Kenntnis gebracht wurde . Ausserdem wurde ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt und Rechtsanwältin Dina Raewel , Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreterin für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 13). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364

E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung vom 2. März 2022 (Urk. 2) erging nach dem 1. Januar 2022. Da angesichts der Neuanmeldung vom 13. Februar 2019 (Urk. 12/141)

die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend in dieser Fassung zitiert werden.

2.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, gemäss der Beurteilung des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) sei keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung ausgewiesen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflusse, was indes Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung wäre. Ausserdem befinde sich der Versicherte nicht in psychiatrischer Behandlung, weshalb anzunehmen sei, dass kein grosser Leidensdruck bestehe. Weiter seien die kardiologischen Einschränkungen zu gering und würden keine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (Urk. 2 S. 1 f.).

### **E. 3.2**

mit Hinweis).

Zudem hat der RAD-Arzt auf den Bericht des Universitären Herzzentrums des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vom 14.

Oktober 2019 (Urk. 12/192) abgestellt, in welchem indes keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit aufgeführt sind. Auch im Bericht des Universitätsspitals C.\_\_\_\_-Herzzentrums vom 24. April 2019 (Urk. 12/148/1-4) war keine Einschätzung zur Arbeitsfähigkeit angegeben worden. Zwar hatten die behandelnden Ärzte des Herzzentrums im Bericht vom 24. April 2019

einen tendenziell verbesserten, stabilen Befund im Vergleich zum Zustand der Erstdiagnose der dilatativen Kardiomyopathie festgestellt und die geklagten Beschwerden (subjektive Abnahme der Leistungsfähigkeit mit Dyspnoe bei leichter Belastung und inter mittierenden, atypischen Thoraxbeschwerden) am ehesten im Rahmen einer kardialen Dekonditionierung interpretiert, für welche sie die Behandlung mit einer ambulanten kardialen Rehabilitation empfahlen (Urk. 12/148/3). Auch werteten sie die anamnestisch atypischen Thoraxbeschwerden am ehesten als funktionell (Urk. 12/192/3). Dies besagt jedoch noch nichts zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Juli 2018 und zum weiteren Verlauf. Allein aufgrund der Behandlungsempfehlung kann nicht ohne Weiteres, insbesondere nicht ohne fachärztliche, internistisch/kardiologische Einschätzung, auf den Erfolg der Behandlung geschlossen werden. Die Kardiologen des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ erklärten

denn auch nicht, ob und inwiefern eine allfällige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dadurch behoben werden könnte; sie erklärten allein, dass der Beschwerdeführer nach ihrer Einschätzung sicherlich davon profitieren würde (Urk. 12/148/3). Auch der Umstand, dass sie die geklagten atypischen Thoraxbeschwerden (rezidivierende stichartige Schmerzen linksseitig; Urk. 12/192/2) am ehesten als funktionell werteten, legt nicht bereits abschliessend fest,

dass die diagnostizierte Herzerkrankung keine Beeinträchtigung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit ab Juli 2018 aus fachärztlicher Sicht bedeutet. Entgegen der Darstellung des somatischen RAD-Arztes (Urk. 12/234/5) wurde in den Berichten des Universitätsspitals C.\_\_\_\_-Herzzentrums im Übrigen nicht der « Gesundheitszustand » als solches als funktionell und behandelbar bezeichnet.

Hinzu kommt, dass der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 12/234/5) davon ausgeht, dass im Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 1.

März 2021 FE-Werte von 36-38 % aufgeführt seien.

In diesem Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ wird indes kein solcher Wert genannt. Vielmehr ist dort von einem aktuellen FE-Wert von 30-35 % die Rede (Urk. 12/220/2), was der Beurteilung (« Conclusion ») der von Dr. I.\_\_\_\_ durchgeführten Messungen mittels Echokardiographie entspricht (Bericht vom 4. März 2021; Urk. 12/222). Der Feststellung des RAD-Arztes, es bestünden somit keine den Universitätsspital C.\_\_\_\_-Untersuchungen vom 14. Oktober 2019 wider sprechende Untersuchungsergebnisse, kann daher - zumindest beschränkt auf diese FE-Angaben - ebenfalls nicht gefolgt werden. Ob die neuen Untersuchungsergebnisse der tunesischen Kardiologen von März 2021 mit Bezug auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit eine Verschlechterung der kardialen Situation bedeuten, ist bei derzeitiger Aktenlage ungeklärt. Auch zu dieser Frage bedarf es einer fachärztlichen Abklärung.

### **E. 3.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 13. Februar 2019 eingetreten (Urk. 12/141). Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht zu prüfen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die anspruchrelevanten tatsächlichen Verhältnisse seit der Verfügung vom 2. Oktober 2017 (Urk. 12/96) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2.

März 2022 (Urk. 2) in anspruchsbegründendem Ausmass verändert haben. Die Verfügung vom 2. März 2022 (Urk. 2) bildet dabei rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 143 V 409 E. 2.1; 129 V 167 E. 1; je mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_454/2018 vom 16. November 2018 E. 5).

### **E. 4**

Insgesamt bestehen an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen des RAD-Arztes vom 7.

Mai 2021 (Urk. 12/234/5) erhebliche Zweifel (vgl. zu den Anforderungen: Urteil des Bundesgerichts 8C\_630/2022 vom 3. Mai 2023 E. 3.2.1 mit Hinweisen), weshalb auf dessen Stellungnahme nicht abschliessend abgestellt werden kann.

Auch aufgrund der übrigen medizinischen Aktenlage kann eine wesentliche, anspruchsbegründende Gesundheitsveränderung im Vergleich zum medizinischen Sachverhalt per Oktober 2017 (Urk. 12/96) angesichts der nicht umfassend dokumentierten

Beschwerdesituation und ärztlich beurteilten Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend verneint oder bejaht werden.

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin

war bei Erlass der Verfügung vom 2. Oktober 2017

(Urk. 12/96) hinsichtlich des Gesundheitszustandes von der interdisziplinären Einschätzung gemäss dem Gutachten der MEDAS A.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2017 (Urk. 12/84) ausgegangen, dessen Aussagekraft

im

Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2017.01200 vom 7. Juni 2019 (E. 5.2 -4 ; Urk. 12/147/24- 33 ) und im

Urteil des Bundesgerichts 9C\_508/2019 sowie 9C\_516/2019 vom 22. Januar 2020 (E. 4-5; Urk. 12/182/5-11) bestätigt wurde.

Die Gutachter der MEDAS A.\_\_\_\_

hatten im Gutachten vom 4. Januar 2017 die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer grossen zentralen Makulanarbe mit funktioneller Amaurose am linken Auge (OS, oculus sinister) und einer Pigmentepitheliopathie am rechten Auge (OD, oculus dexter) gestellt. Als Diagnosen ohne Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie die folgenden: Leichter Astigmatismus, Presbyopie, chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei/mit altersentsprechenden degenerativen Veränderungen ohne neurale Kompression, chronische Schulterschmerzen beidseits mit Acromion-Clavicula-(AC-)Gelenksarthrose rechts und sonst unauffälligem Befund, Knieschmerzen rechts ohne radiologisches Korrelat, beidseitige Hypertrophie der Brustdrüsen linksbetont ohne verdächtige Läsionen, Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1), Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z73), schädlicher Gebrauch von Alkohol (auch von Benzodiazepinen, Opioiden?; ICD-10 F10.2). Zur Arbeitsfähigkeit wurde im MEDAS- Gutachten ausgeführt, es bestehe in der bisherigen Tätigkeit als Wagenkontrollbeamter bei der Y.\_\_\_\_ aufgrund des Augenleidens eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Diese Einschätzung gelte aktuell und retrospektiv seit dem Jahr 2000. Dabei würden aus ophthalmologischer Sicht Tätigkeiten mit optisch gröberen Arbeiten in Frage kommen, bei denen das Sehen von untergeordneter Bedeutung sei, kein gutes und binokulares räumliches Sehen erforderlich sei und die nicht gefährlich seien (Sturz- und Verletzungsgefahr). Aus orthopädischer und allgemein-internistischer Sicht seien dem Beschwerdeführer alle altersentsprechenden Tätigkeiten in einem 100%igen Pensum zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht erlaube das auffällig unterschiedliche Verhalten des Beschwerdeführers in der aktuellen psychiatrischen Untersuchungssituation und in der erfolgten Observation keine differenzierte Beurteilung des Fähigkeitsprofils über Einzelheiten. Jedoch sei davon auszugehen, dass trotz eines erheblich aggravatorischen Verhaltens keine relevanten Störungen bestünden. Die Sicherheit, mit welcher er in der Observationssituation aufgetreten sei, spreche ebenfalls dafür, dass keine relevanten Defizite des Fähigkeitsprofils bestünden. Dies würden auch die regelmässigen und selbständigen Reisen des Beschwerdeführers in sein Heimatland belegen. Insgesamt würden keine relevanten psychischen Einschränkungen vorliegen, welche eine berufliche

Tätigkeit verunmöglichen würden

(Urk. 12 /84/24-33).

Von diesem Sachverhalt ist im Hinblick auf die Frage der anspruchrelevanten Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers als Vergleichs basis auszugehen.

#### **E. 4.2.1**

Den medizinischen Akten nach der Neuanmeldung vom 13.

Februar 2019 ( Urk. 12/141 ) ist dazu das Folgende zu entnehmen.

Gemäss dem Bericht vom 24.

April 2019 wurde der Beschwerdeführer gleichen tags am Universitären Herzzentrum des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ in der klinischen und echokardiographischen Verlaufskontrolle aufgrund einer dilatativen Kardiomyopathie mit schwer eingeschränkter Auswurfraction unklarer Ätiologie (Erstdiagnose Juli 2018) untersucht. Es habe sich ein kardiopulmonal kompensierter und euolämer Patient mit normotonen Blutdruckwerten präsentiert. In der Ruhe- Elektrokardiografie (EKG) habe sich ein normokarder Sinusrhythmus mit einer Frequenz von 82

pro Minute ohne Repolarisationsstörungen gezeigt. In der echokardiographischen Verlaufskontrolle habe eine Zunahme der linksventrikulären Auswurfraction auf 37

% dokumentiert werden können, so dass aktuell keine Indikation zur ICD- ( Implantable - Cardioverter -Defibrillator-)Implantation

bestehe. Anamnestisch bestehe eine subjektive Abnahme der Leistungsfähigkeit mit Dyspnoe bei leichter Belastung und intermittierenden, atypischen Thoraxbeschwerden. Bei tendenziell verbessertem Befund in der aktuellen Echokardiographie und stenosefreien Koronarien in der externen Koronarangiographie vom 10. Mai 2018 (Tunesien) würden die Beschwerden am ehesten im Rahmen einer kardialen Dekonditionierung interpretiert. Von einer ambulanten kardialen Rehabilitation würde der Beschwerdeführer sicherlich profitieren. Aufgrund des laufenden IV-Verfahrens wolle dieser mit einer solchen Behandlung indes zunächst zuwarten. Zusammengefasst habe sich in der aktuellen kardiologischen Verlaufskontrolle ein stabiler Befund gezeigt (Urk. 12/148/1-3).

Laut dem Bericht des Universitären Herzzentrums

des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vom 14.

Oktober 2019 habe sich der Beschwerdeführer anlässlich der Sprechstunde für Herzinsuffizienz gleichen Datums zur Besprechung der Magnetresonanztomographie (MRT) vom 26. September 2019 eingefunden bei bekannter dilatativer Kardiopathie unklarer Ätiologie und rezidivierenden stichartigen Thoraxschmerzen, aufgrund welcher er bereits dreimalig auf der Notfallstation des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vorstellig geworden sei mit jeweils normalen kardialen Biomarkern und normalen D-Dimeren. Er habe von rezidivierenden sekundenlangen stichartigen Schmerzen linksseitig über dem Brustkorb berichtet, welche für wenige Sekunden und oft zwei- bis dreimal hintereinander im Abstand von 15 Minuten verbunden mit Atemnot beziehungsweise Hyperventilieren sowie unabhängig von Belastung auftreten würden. Diese Beschwerden kenne er schon seit 2016, aktuell seien diese jedoch in Intensität exazerbiert. Beim Liegen höre er den Herzschlag

stark, daher müsse er nachts oft sitzend schlafen. Oft höre er auch Stimmen in der Nacht. Palpitationen habe er die ganze Zeit mit ausgeprägten Angststörungen. Ebenfalls ständig seit Auftreten der Augenproblematik habe er Schwindel. Er sei derzeit seit zirka sieben Wochen inhaftiert

und aufgrund von psychischen Problemen in die geschlossene Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_ verlegt worden (Urk. 12/192/2).

Der Beschwerdeführer habe sich normoton, normokard im Sinusrhythmus und klinisch euvoäm präsentiert. Laboranalytisch habe sich ein normales NT-proBNP (N-Terminal pro-Brain Natriuretic Peptide) bei stabiler Nierenfunktion und gefülltem Eisenspeicher gezeigt. Im kardialen MRT habe keine belastungsinduzierte Ischämie nachgewiesen werden können, wobei bei fehlendem splenic

washout jedoch eine eingeschränkte Beurteilbarkeit bestanden habe. Zusammenfassend seien die anamnestisch atypischen Thoraxschmerzen bei MRT graphisch fehlenden Hinweisen für eine Ischämie und koronaranteriell im 2018 stenosefreien

Koronarien am ehesten als funktionell gewertet worden (Urk. 12/192/1-3).

Aus dem Bericht des Zentrums für Akute Psychische Erkrankungen der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_

zuhanden der Beschwerdeführerin vom 8. Juni 2020 geht hervor, dass der Beschwerdeführer bei suizidaler Krise zunächst vom 6. bis 10. Oktober 2019 in der Klinik D.\_\_\_\_ hospitalisiert gewesen und im Anschluss daran

der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_

aus der Untersuchungshaft per fürsorglicher

Unterbringung (FU) zugewiesen worden sei, nachdem er dort versucht habe, sich durch Strangulation zu suizidieren. In der Klinik D.\_\_\_\_ sei er gemäss dem FU-Schreiben bei schwerer depressiver Episode mit psychotischen Symptomen behandelt worden. In der Psychiatrischen Universitätsklinik E.\_\_\_\_ sei er vom 11. Oktober bis 18. November 2019 stationär behandelt worden. Er habe von Stimmenhören, bestehend sei zirka eineinhalb Jahren, und einem starken Lebensüberdruß aufgrund seiner Gesamtsituation seit vielen Jahren berichtet. Letzterer habe sich seit seiner Herz-Diagnose vor zwei Jahren verschlimmert. Der Beschwerdeführer habe einen Suizidplan, wolle sich erhängen und habe dies schon zweimal versucht. Die geäußerten Beschwerden (Visusverlust mit zum Teil «Blitze sehen», ein Stechen in der Herzregion, Schwindel und Kopfschmerzen, regelmässig Dyspnoe mit dem Gefühl, gewürgt zu werden) hätten nicht hinreichend durch die bekannten, langanhaltend vorbestehenden somatischen Erkrankungen erklärt werden können, wobei die Vitalparameter stets im Normbereich gewesen seien und sich der Beschwerdeführer klagend und fordernd gezeigt habe. Daher seien sie

in den Kontext einer Somatisierungsstörung eingeordnet worden, was bereits von den Kollegen der Kardiologie in Erwägung gezogen worden sei. Mit der begonnenen antidepressiven Therapie mit Mirtazapin habe bisher keine wesentliche Besserung der depressiven Symptomatik verzeichnet werden können. Am 20. Oktober 2019 sei es zu einem erneuten Suizidversuch, wiederum durch Strangulation, gekommen. In der Folge sei die antipsychotische Therapie weiter ausgebaut worden, es habe indes kein suffizienter Rückgang der depressiven und somatoformen Symptomatik erreicht werden können. Am 1.

November 2019 sei es zu einem weiteren Vorfall mit nicht durchgeführtem Suizidversuch gekommen, bei dem der Beschwerdeführer beim Zusammenknotten der Kleidung aufgefunden worden sei. Ausserdem sei es mehrmals zu Aggressionsereignissen gekommen, bei dem der Beschwerdeführer mit Mobiliar und Geschirr um sich geworfen habe. Es sei auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit geschlossen worden: Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3; Erstdiagnose Oktober 2019); Suizidversuche, zuletzt am 1. und 2. Oktober 2019 (ICD-10 Z91.8); schwere Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Erstdiagnose Oktober 2019); Blindheit und hochgradige Sehbehinderung, monokular (links, rechts unbekannt; ICD-10 H54.4, Erstdiagnose 1989); schwere dilatative Kardiomyopathie (ICD-10 I42.0; Erstdiagnose 2018). Im Zustand bei Austritt aus der Klinik (am 18. November 2019, Entlassung in die Justizvollzugsanstalt) werde die Arbeitsfähigkeit allein bezüglich der psychiatrischen Diagnosen als nicht ausreichend eingeschätzt. Es werde um eine erneute, aktualisierte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die ambulant weiterbehandelnden Kollegen gebeten. Die somatischen Diagnosen würden zudem einer gesonderten Einschätzung durch die entsprechenden Kollegen bedürfen (Urk.

12/196/2-6). Hinsichtlich der Funktionseinschränkungen seien eine fehlende körperliche und psychische Belastbarkeit, wenig Regenerationsmöglichkeiten aufgrund von starken Schlafproblemen, ein eingeschränkter Visus (links Amaurose, rechts minimaler Restvisus) und eine schwere Herzinsuffizienz, wodurch die körperliche Fitness deutlich reduziert werde, zu nennen. Aufgrund des Visusverlustes bestünden zudem Zweifel an der Fahreignung. Der Beschwerdeführer werde in einer leidensangepassten Tätigkeit als nicht arbeitsfähig erachtet. Bei schwerem psychiatrisch-psychosomatischem Leidensdruck und schwerer somatischer Grunderkrankung mit fehlender psychischer und physischer Belastbarkeit werde die Prognose zur Eingliederung als sehr kritisch angesehen (Urk. 12/196/7-8).

Im handschriftlich, in französischer Sprache verfassten, mit deutscher Übersetzung eingereichten Arzteugnis des tunesischen Kardiologen Dr.

G.\_\_\_\_ vom 1. März 2021 wurden

die bekannte Erkrankung einer dilatativen Kardiomyopathie, die Ergebnisse der früheren (Mai 2018) und der aktuellen Untersuchung (März 2021) sowie die verschriebenen Medikamente aufgeführt (Urk. 12/220-221). Gemäss dem Bericht von Dr. I.\_\_\_\_

vom 4.

März 2021 (« Conclusions ») ergaben die von ihr durchgeführten Messungen eine dilatative Kardiomyopathie mit eingeschränkter systolischer Funktion, FE

(fraction

d'éjection [Ejektionsfraktion, EF]) bei 30-35 %, und globaler Hypokinesie, nicht erhöhte Füllpressionen, eine minimale mitrale Insuffizienz (IM), PAPs (pressions

artérielles

pulmonaires

systoliques [systolischer Pulmonalarteriendruck, sPAP]) bei 32

mmHg

(Urk.

12/222).

Der tunesische Ophthalmologe Dr. J.\_\_\_\_

erklärte im (französisch verfasst en, mit deutscher Übersetzung eingereichten) ärztlichen Zeugnis vom 3. März 2021, er bescheinige, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers die ständige und zwingende Anwesenheit einer Drittperson zur Erfüllung seiner täglichen Bedürfnisse erfordere. Er weise eine bilaterale Augenerkrankung aufgrund einer Narbenläsion in beiden Augen in Form einer invalidisierenden chorioretinalen

makulären

Atrophie auf, welche die Sehschärfe auf der linken Seite auf die Licht wahrnehmung beschränke. Das rechte Auge sehe die sich bewegende Hand bis auf einen Meter. Diese beidseitige degenerative Beeinträchtigung sei dauerhaft und könne nicht behoben werden (Urk. 12/232/8, Urk. 2/232/11).

In seinem ärztlichen Bericht vom 1. Oktober 2021 bestätigte der tunesische Psychiater Dr. K.\_\_\_\_

(in französischer Sprache, eingereicht mit deutscher Übersetzung, Urk.12/244/1-2), die Betreuung des Beschwerdeführers (« avoir

pris en charge ») . Dieser leide unter einer reaktiven Depression mit hartnäckiger Schlaflosigkeit. Sein Zustand bedürfe einer langen Nachsorge. Es seien ihm die folgenden Medikamente verschrieben worden: Aciryl, Serval, Lexomil, Quetap (Urk. 12/244/2).

#### **E. 4.2.2**

Die RAD-Ärztin Dr. med. L.\_\_\_\_, praktische Ärztin, hatte am 27. März 2020 zum bis dahin vorliegenden Bericht des Universitären Herzentrums des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ vom 24. April 2019 im Hinblick auf die Frage, ob auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers einzutreten sei, erklärt, es könne von einer Veränderung des Gesundheitszustandes seit Juli 2018 ausgegangen werden. Die Therapieoptionen seien noch nicht ausgeschöpft (kardiale Rehabilitation, Therapie der Herzinsuffizienz). Sie empfehle, einen aktuellen kardiologischen Verlaufsbericht zur Beurteilung des Gesundheitszustandes einzuholen (Urk. 12/234/2).

In der abschliessenden Stellungnahme vom 7. Mai 2021 erklärte der RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, mit dem neuen auswärtigen Arztbericht von Dr. G.\_\_\_\_ vom 1. März 2021 würden wiederum FE-Werte im Bereich von 36-38% wiedergegeben. Weitere, den Spital C.\_\_\_\_-Untersuchungen vom 14. Oktober 2019 widersprechende Untersuchungsergebnisse lägen aktuell nicht vor. Daher gelte die bisherige Universitätsspital C.\_\_\_\_-Einschätzung weiter, wonach am ehesten von einem funktionellen und behandelbaren Gesundheitszustand auszugehen sei. Eine gesundheitliche Einschränkung mit längerfristiger/dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erscheine daher nach aktueller Aktenlage kardiologisch noch nicht ausgewiesen (Urk. 12/234/5).

#### **E. 4.3**

Des Weiteren hat sich weder Dr. F. \_\_\_ noch ein anderer RAD-Arzt zu den psychischen Beschwerden und/oder den Berichten der psychiatrischen behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik E. \_\_\_ (Urk. 12/196) und von Dr. K. \_\_\_ (Urk. 12/244) geäußert. Aufgrund der Hinweise in diesen Berichten auf eine insbesondere depressive Symptomatik kann nicht bereits ohne (fach-) ärztliche Stellungnahme eine anspruchserhebliche Veränderung verneint respektive unverändert auf die bisherige 100%ige Arbeitsfähigkeit in der leidensangepassten Tätigkeit geschlossen werden, zumal die Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik E. \_\_\_ im Zusammenhang mit der suicidalen Krise während der Untersuchungshaft eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit attestierten (Urk. 12/196/6-8). Es liegt zwar nahe, dass die besonderen Umstände der Untersuchungshaft die suicidalen Krise ausgelöst haben. Ob und inwiefern dies schon während und nach Entlassung aus der Untersuchungshaft (Ende November 2019; Urk. 12/167/64) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit als überwunden angesehen werden kann, insbesondere nachdem der Beschwerdeführer im weiteren Verlauf, spätestens ab Juli 2020 (Urk. 12/204; das genaue Ausreisedatum ist nicht bekannt) fähig war, nach Tunesien zu reisen, ist ebenfalls zunächst aus ärztlicher Sicht und nicht allein aus rechtlicher Sicht zu beurteilen.

Zudem kann bei derzeitiger Aktenlage nicht ausgeschlossen werden, dass die zeitweise Arbeitsunfähigkeit während der stationären Behandlungen in der Klinik D. \_\_\_ vom 6. bis 10. Oktober 2019 und in der Psychiatrischen Universitätsklinik E. \_\_\_ vom 1. Oktober bis 18. November 2019 (Urk. 12/196/ 2-3) in Kombination mit den abzuklärenden allfälligen Einschränkungen durch die Herzbeschwerden (ab Juli 2018) zumindest einen zumindest befristeten Rentenanspruch nach der Neuanmeldung vom 13. Februar 2019

(Urk. 12/141) begründen könnte. Dabei ist zu beachten, dass in der angestammten Tätigkeit als Wagenkontrolleur bei der Y. \_\_\_ aufgrund der Augenbeschwerden bereits eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeit ein eingeschränktes, den Sehbeschwerden angepasstes Belastungsprofil besteht (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich IV.2017.01200 vom 7. Juni 2019 E. 5.4.1 und Urteil des Bundesgerichts 9C\_508/2019 und 9C\_516/2019 vom 22. Januar 2020 E. 5.3; Urk. 12/147/32-33, Urk. 12/182/6).

#### **E. 4.3.1**

Im Vergleich mit dem Gesundheitszustand, wie er von den MEDAS-Gutachtern im Jahr 2017 festgestellt worden war (Urk. 12/ 84/27- 33), liegen mit der neu dokumentierten dilatativen Kardiomyopathie mit schwer eingeschränkter Auswurfraction unklarer Ätiologie (Erstdiagnose Juli 2018) und der depressiven

Symptomatik (Erstdiagnose Oktober 2019) neue Beschwerdebilder vor, wie sie bis zur Verfügung vom 2. Oktober 2017 (Urk. 12/96) noch nicht bestanden hatten. In diesem Sinne erklärte die RAD-Ärztin Dr. L. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 27.

März 2020 (Urk. 12/234/2) zutreffend, dass von einer Veränderung des Gesundheitszustandes ab Juli 2018 auszugehen sei.

Indes kann bei der derzeitigen Aktenlage entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht bereits abschliessend ausgeschlossen werden, dass dieser veränderte Gesundheitszustand mit einer anspruchsbegründenden Beeinträchtigung der Leistungs- und

Arbeitsfähigkeit einhergeht. Denn es liegen weder in somatischer, noch in psychischer Hinsicht fachärztliche Einschätzungen zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit ab Juli 2018 vor

#### **E. 4.3.2**

Daran vermag auch die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. F. \_\_\_ vom 7. Mai 2021 (Urk. 12/234/5) nichts zu ändern. Denn bei diesem orthopädischen Chirurgen handelt es sich weder um einen Facharzt der Kardiologie oder der Inneren Medizin, noch um einen Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie. Bereits diese fehlende fachspezifische Qualifikation stellt ein Indiz gegen die Zuverlässigkeit und damit den Beweiswert eines ärztlichen Berichts, hier des RAD-Berichts, dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_360/2016 vom 21. April 2017 E).

#### **E. 4.4.1**

Entgegen dem Antrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) ist nach dem Gesagten die abschliessende Beurteilung des Rentenanspruchs

nicht möglich. Die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte erlauben keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, da keine dieser Berichte Auskunft über die aus objektiv-fachärztlicher Sicht begründeten (funktionellen) Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für die Zeit von Juli 2018 bis zur angefochtenen Verfügung vom 2. März 2022 unter Berücksichtigung sämtlicher Beschwerden gibt. Insbesondere kann auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden nicht bereits auf die vorliegenden Berichte der behandelnden Psychiater abgestellt werden. Denn zum einen enthält der Bericht von Dr. K. \_\_\_ vom 1. Oktober 2021 (Urk. 12/244) nebst den fehlenden Angaben unter anderem zur Krankengeschichte, zum Behandlungsbeginn, zur Häufigkeit und Art der Konsultationen, zur Diagnostik und Diagnosebegründung keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Zum anderen bezieht sich der Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik E. \_\_\_ entsprechend dem beschränkten (stationären) Behandlungszeitraum vor allem auf die Zeit vom 11. Oktober bis 18. November 2019 (Urk. 12/196/2, Urk. 12/196/6) und ist für die Zeit danach - wie hiervor ausgeführt (E. 4.3.3) - wenig aussagekräftig. Des Weiteren fehlt ein Bericht zur stationären Behandlung in der Klinik D. \_\_\_ vom 6. bis 10. Oktober 2019, die lediglich im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik E. \_\_\_ kurz erwähnt worden ist (Urk. 12/196/3).

Schliesslich geht das Vorbringen des Beschwerdeführers fehl, die aufgrund der Herzbeschwerden nicht unerhebliche Einschränkung seiner Leistungsfähigkeit von mindestens 30

% bereits bei leichter Belastung impliziere, dass sie auch ohne Belastung beziehungsweise bei Mehrbelastung massiver, das heisse mindestens im Umfang von 40 %, eingeschränkt sei, weshalb er in diesem Umfang Anspruch auf Rentenleistungen habe (Urk. 1 S. 5).

Eine solche Schlussfolgerung von Ergebnissen einer kardiologischen Untersuchung, etwa mittels Spiroergometrie oder Echokardiographie, mögen ein Indikator (von mehreren) für das Vorliegen und/oder die Schwere einer Herzerkrankung sein. Über die durch die Erkrankung verursachten funktionellen Einschränkungen, welche zur Bestimmung der Arbeitsfähigkeit (Art.

#### **E. 4.4.2**

Da sich die vorliegende Aktenlage als unvollständig erweist, ist der Sachverhalt von der Beschwerdegegnerin zu ergänzen.

Sie hat zunächst zu klären, wann der Beschwerdeführer nach der Entlassung aus der Untersuchungshaft nach Tunesien abgereist ist, wann er in die Schweiz zurückgekehrt ist (vgl. unter anderem Urk. 12/204, Urk. 12/226/2-3) und

gegebenfalls seit wann er sich wo, bei wem, mit welcher Regelmässigkeit und Behandlungsart sowie aufgrund welcher Symptomatik/Diagnose psychiatrisch behandeln liess. Ausserdem hat sie

den Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ zur stationären Behandlung des Beschwerdeführers vom 6. bis 10. Oktober 2019 einzuholen.

Hernach ist unter Vorlage der neuen Unterlagen und der übrigen Akten ein interdisziplinäres Gutachten in den relevanten Fachrichtungen einzuholen, welches zur Frage der Gesundheitsveränderung im Vergleich zum Gesundheitszustand bei Erlass der Verfügung vom 2. Oktober 201

#### **E. 6**

ATSG) massgeblich sind und aus ärztlicher Sicht einzuschätzen sind, sagen Messergebnisse allein nichts aus. Erst recht widerspricht

die Annahme, die gemessene Leistungsstärke des Herzens und der Fitness sei mit der Höhe des Invaliditätsgrades gleichzusetzen, dem Gesetz, welches zur Bestimmung des Invaliditätsgrades bei einem Erwerbstätigen einen Einkommensvergleich vorsieht (Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG).

#### **E. 7**

(Urk. 12/96) respektive anlässlich der MEDAS-Begutachtung

(Urk. 12/84) und ausserdem zum chronologischen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und insbesondere in einer leidensangepassten Tätigkeit ab Juli 2018 Auskunft gibt. Dabei sind hinsichtlich der psychischen Beschwerden die Standardindikatoren im Sinne der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zum strukturierten Beweisverfahren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) zu berücksichtigen. 4. 5

Die angefochtene Verfügung vom 2. März 2022 (Urk. 2) ist somit aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Anspruch auf eine Invalidenrente des Beschwerdeführers zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist folglich in diesem Sinne gutzuheissen. 5.

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. E. 5 mit Hinweisen). Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen sowie ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Entschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf

den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2' 1 00.-- festzusetzen ist und der unentgeltlichen Rechtsvertreterin direkt zuzusprechen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. März 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dina Raewel, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2' 1 00.- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dina Raewel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

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