

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00261 vom 30. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00261

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00261 du 30 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00261 del 30 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

8. März 2002 bis am

E. 1.1

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

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, KS ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 202

E. 1.2

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. 1.3

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. 1.4

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. 1.5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung 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).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung 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). 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_135/2021 vom 27. April 2021 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 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.6

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2.). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.7

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

E. 2

Da die Entstehung eines Rentenanspruchs und auch die Erhöhung sowie die Aufhebung oder gegebenenfalls Herabsetzung der Rente vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fallen, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung ihrer Verfügung vom 31. März 2022 aus, der Beschwerdeführer sei laut ihren medizinischen Abklärungen von April 2015 bis April 2016 gänzlich arbeitsunfähig gewesen. Per Ablauf des Wirtschaftsjahrs, im April 2016, habe sich sein Gesundheitszustand verbessert und er sei in einer angepassten, körperlich leichten

und wechselbelastenden Tätigkeit wieder zu 50 % arbeitsfähig gewesen. Im Vergleich zum anlässlich einer Abklärung vor Ort ermittelten Valideneinkommen resultiere dabei ein Invaliditätsgrad von 40 % , welcher zum Anspruch auf eine Viertelsrente ab April 2016 führe. Im Mai 2017 habe der Beschwerdeführer dann einen Herzinfarkt erlitten, woraufhin er bis Ende Februar 2018 vollkommen erwerbsunfähig gewesen sei. Seither sei er in der bisherigen Tätigkeit wieder zu 80 % arbeitsfähig. Demnach und da die Anpassung jeweils nach dreimonatigem Andauern der Veränderung zu berücksichtigen sei, habe er von August 2017 bis und mit Ende Mai 2018 befristet Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Der operative Eingriff vom November 2021 habe nicht zu einer länger andauernden gesundheitlichen Einschränkung geführt, weshalb er sich nicht im Rentenanspruch niederschlage

(Urk. 2, Verfügungsteil 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer brachte in seiner Beschwerde vom 16. Mai 2022 im Wesentlichen vor, die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten seien nicht schlüssig sowie veraltet. In Anbetracht dessen, dass die behandelnden Fachärzte seine Arbeitsunfähigkeit schlüssig dargelegt hätten, sei der Untersuchungsgrundsatz als verletzt zu betrachten (Urk. 1 S. 2). Sodann sei es nach der letzten Begutachtung zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen, deren Auswirkungen die Beschwerdegegnerin noch abzuklären habe (Urk. 1 S. 2-3). Ferner wies er auf die den Gutachten widersprechenden Berichte der behandelnden Ärzte hin (Urk. 1 S. 4 -5) und brachte vor, im April 2021 sei es zu einem weiteren gesundheitlichen Problem in Form eines Ausfalls des rechten Vestibularorgans mit persistentem Schwindel sowie Polyneuropathie gekommen und am 2. November 2021 habe er sich einer Operation unterziehen müssen (Urk. 1 S. 5). Zusammenfassend leide er an erheblichen somatischen und psychischen Beschwerden und es sei keineswegs eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation eingetreten. Dr. D.____ habe der schlüssigen Beurteilung von Dr. med. F.____ , Fachärztin für Neurologie, spez. Verhaltensneurologie, widerprochen und sei in nicht nachvollziehbarer Weise von Aggravation ausgegangen, ohne mit Dr. F.____ Rücksprache zu nehmen. Insgesamt fehle es trotz mehreren Begutachtungen an einer schlüssigen Beurteilung. Des Weiteren wäre nach dem neusten Bericht des G.____ vom 15. April 2021 eine erneute neurologische Begutachtung angezeigt gewesen, zumal die B.____ -Gutachter die Ursache des Schwindels noch als nicht einordenbar beschrieben hätten (Urk. 1 S. 6). Sodann sei die Beschwerdegegnerin zu Unrecht davon ausgegangen, die am 2. November 2021 operierten Beschwerden hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Vielmehr sei eine weitere Operation erfolgt, welche seine äusserst gravierende Situation mit Polymorbidität aufzeige (Urk. 1 S. 6-7). Der Beschwerdeführer schloss, aufgrund der Berichte der behandelnden Ärzte sei das Fortdauern seiner vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, weshalb die ganze Rente über den Mai 2018 hinaus weiterhin auszurichten sei. Eventualiter seien die eingeholten Gutachten als nicht schlüssig zu erachten und überdies sei es seither wiederum zu einer Verschlechterung seines Gesundheitszustands gekommen (Urk. 1 S. 7).

E. 2.3

Vorab ist festzuhalten, dass die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung

umfasst (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 4. Auflage 2022, Rn 11 zu Art. 30). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprennung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin ist offenkundig auf die am 2. September 2015 eingegangene Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 27. August 2015

(Urk. 6/51

sowie Aktenverzeichnis) eingetreten, weshalb vorab zu prüfen ist, ob ein Revisionsgrund vorliegt (E. 1.5 vorstehend).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4).

Der Nichteintretensverfügung vom 8. September 2014 (Urk. 6/50) lag keine materielle Prüfung zugrunde, weshalb sie nicht den zeitlichen Referenzpunkt bilden kann. Zuvor war die Verfügung vom 15. September 2006 erlassen worden, in welcher im Vergleich zur vorangegangenen Verfügung vom 8. September 2005 (Urk. 6/25) und dem dieser zu Grunde liegenden Z.____-Gutachten von unveränderten medizinischen Tatsachen ausgegangen worden war (Urk. 6/38). Für diese jüngere Beurteilung wurden die eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte soweit aktenkundig lediglich von der Sachbearbeiterin gesichtet (vgl. Urk. 6/29 und Urk. 6/37). Diese Beurteilung erfolgte rudimentär und überdies nicht durch eine medizinische Fachperson. Insgesamt kann nicht von einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 die Rede sein, welche - wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis geführt hätte - geeignet gewesen wäre, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder aufhebung zu begründen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_52/2016 vom 23. März 2016 E. 3.1-3.2 und 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.2-5.3, je mit Hinweisen). Folglich bildet die zuvor ergangene leistungsabweisende Verfügung vom 8. September 2005, welche im Wesentlichen auf dem Z.____-Gutachten vom 22. August 2005 basierte, den zeitlichen Referenzpunkt und damit

die Vergleichsbasis für die Prüfung einer neuanmeldungsrechtlich relevanten Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse . 3.2

Die Experten des Z.____ gelangten in ihrem Gutachten vom 22. August 2005 zum Schluss, es lägen keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit massen sie dem chronischen unspezifischen Schmerzsyndrom der linken Körperhälfte (ICD-10 R52.9) sowie der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit (PAVK) der supraaortalen Äste (ICD-10 I70.2) zu (Urk. 6/22/13).

In ihrer Gesamtbeurteilung gaben sie an, in Verweistätigkeiten sei keine höhere Arbeitsfähigkeit zu erwarten als im angestammten Bereich (Urk. 6/22/14), wobei der rheumatologische Gutachter auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kioskverkäufer Bezug nahm (vgl. Urk. 6/22/9 Ziff. 4.1.5). Weiter führten sie aus, die vom Beschwerdeführer angegebenen unspezifischen Schmerzen der linken Körperseite könnten keinem organischen Korrelat zugeordnet werden. Aus Sicht des Bewegungsapparates könne lediglich eine muskuläre Dysbalance vom linksbetonten Beckengürteltyp objektiviert werden. Dementsprechend sei dem Beschwerdeführer jegliche körperlich leichte bis mittelschwere

Tätigkeit ohne Einschränkung zumutbar. Aus internistischer Sicht bestehe eine gut dokumentierte Situation bezüglich PAVK. Ohne die unspezifischen Beschwerden wären diese Befunde möglicherweise zeitlebens nicht festgestellt worden; die Arbeitsfähigkeit sei dadurch jedenfalls nicht eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose gestellt werden. Insbesondere liege keine affektive Störung im Sinne einer Depression vor. Bei somatisch nicht oder nicht ausreichend erklärbaren Beschwerden und gewissen psychosozialen Belastungen könne eine beginnende somatoforme Schmerzstörung angenommen werden, doch seien die Befunde sehr gering und tangierten die Arbeitsfähigkeit nicht. Vielmehr gehe die beginnende somatoforme Schmerzstörung mit Selbstlimitierungen einher

(Urk. 6/22/14). Zusammenfassend hielten sie fest, dem Beschwerdeführer sei jegliche körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Einschränkung zumutbar (Urk. 6/22/15). 3.3

Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin am 8. September 2005 das Vorliegen eines Gesundheitsschadens. Der Beschwerdeführer sei in jeder körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit, auch in der bisher ausgeübten Tätigkeit, arbeitsfähig. Der Invaliditätsgrad betrage 0% (Urk. 6/25). 4. 4.1

Im Rahmen des aktuellen Neuanmeldeverfahrens holte die Beschwerdegegnerin zunächst die Akten der Krankentaggeldversicherung ein. Dem darin befindlichen rheumatologischen Gutachten von Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, vom 19. Juni 2015 ist zu entnehmen, von Seiten des Bewegungsapparates stehe aktuell ein lumbospondylogenes, teilweise radikuläres Reizsyndrom der Wurzel S1 links im Vordergrund (Urk. 6/52/9). Da die angestammte Tätigkeit als Betreiber eines kleinen Döner-Restaurants zwar wechselbelastend, jedoch intermittierend mittelschwer sei, bestehe dafür seit dem 15. April 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und zuvor sei die Arbeitsfähigkeit bereits um 50% eingeschränkt gewesen. Weiter führte Dr.

H.____ aus, die Rückenerkrankung sollte einer auch konservativen Behandlung prinzipiell gut zugänglich sein und keine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

verursachen. In einer wechselbelastenden, körperlich leichten Tätigkeit ohne repetitives Heben von Lasten über fünf Kilogramm sowie von Einzellasten über 15 Kilogramm und ohne länger dauernde Zwangshaltungen der Wirbelsäule sei aus rein rheumatologischer Sicht von einer mindestens 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 6/52/10). Die seit kurzer Zeit belastungsabhängig auftretenden Thoraxschmerzen seien vor dem Hintergrund der bekannten generalisierten Arteriosklerose hochgradig verdächtig auf eine koronare Herzkrankheit (Urk. 6/52/9). Bis zum Abschluss der diesbezüglichen Abklärungen gehe er von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus (Urk. 6/52/10).

Aus dem ebenfalls vom Krankentaggeldversicherer eingeholten psychiatrischen Gutachten von PD

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie, vom 18. Juni 2015 geht hervor, auf dem psychiatrischen Fachgebiet lasse sich keine krankheitswertige Störung diagnostizieren (Urk. 6/52/27). 4.2

Die behandelnde Dr. A.____

nannte in ihrem Bericht vom 17. Oktober 2015 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - stark verkürzt wieder - gegeben - ein chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom, ein

chronisches zervikospindylogenes Syndrom sowie eine generalisierte Arteriosklerose (Urk. 6/59/1). Sie gab an, der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 15. April bis am 30. Juni 2015 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und sei nun seit dem 1. Juli 2015 zu 50 % arbeitsfähig. Weiter hielt sie fest, dem Beschwerdeführer könnten weder körperlich noch psychisch belastende Arbeiten zugemutet werden (Urk. 6/59/2-3).

In ihrem Bericht vom 22. April 2016 gab Dr. A.____ an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert. Es lägen folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/69/1): - koronare Eingefässerkrankung, Koronarografie vom 9. Oktober 2015 - generalisierte Arteriosklerose - periphere arterielle Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten Stadium I rechts und IIa links - periphere arterielle Verschlusskrankheit der oberen Extremitäten - 50%ige Stenose der Arteria subclavia rechts - zerebrovaskuläre Verschlusskrankheit, Status nach PICA-Infarkt links bei Verschluss der Arteria vertebralis links am 2. Oktober 2014 - Thoracic

outlet Phänomen beidseits - chronisches lumbospondylogenes und rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom beidseits bei Osteochondrose mit Diskushernie L4/5 und L5/S1 - Einengung des Rezessus

lateralis L5 und S1 - chronisches zervikoradikuläres Reizsyndrom mit motorischer Radikulopathie C6 und C8 bei sensomotorischer Radikulopathie C7 rechts bei hochgradiger osteodiscaler

Foramenstenose C5/6 rechts - multisegmentale degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) - Poliarthralgien Ellenbogen rechts, Handgelenke beidseits, Differential diagnose: entzündlich rheumatologische Erkrankung Eine adaptierte Tätigkeit hielt Dr. A.____ noch im Umfang von maximal 50 % für zumutbar (Urk. 6/69/1). 4.3

RAD-Arzt Dr. med. Dr. rer. pol. J.____, Facharzt

für Innere Medizin, gelangte in seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2016

gestützt auf die vorhandenen Akten zum Schluss, die zwischenzeitlich versorgte koronare Herzkrankheit (KHK) sei bei guter linksventrikulärer Funktion (LV-Funktion) wieder stabil. Angiologisch bestehe eine ausreichende Mobilität im Alltagsbereich und aus psychiatrischer Sicht liege keine Diagnose mit Krankheitswert vor. Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien das Thoracico-

outlet Phänomen beidseits (Erstdiagnose im Juni 2014), das rezidivierende lumbospondylogene / radikuläre Schmerzsyndrom beidseits (April 2015), die Zervikobrachialgie mit motorischer Radikulopathie C6 und C8 sowie sensomotorischer Radikulopathie C7 und die Polyarthralgien am rechten Ellenbogen zu werten (Urk. 6/78/4). In der bisherigen Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit seit dem 15. April 2015 0 % und in einer angepassten Tätigkeit, welche körperlich leicht und wechselbelastend mit einer Gewichtslimite von 15 Kilogramm sein müsse, 80 %

- laut Dr. A.____ 50 % (Urk. 6/78/5). 4.4

Am 20. September 2016 wurde eine Erhebung für Selbständigerwerbende durchgeführt, worüber am 26. September 2016 Bericht erstattet wurde (Urk. 6/76/1). Der dabei vorgenommene gewichtete Betätigungsvergleich ergab eine Arbeitsunfähigkeit von 77 % (Urk. 6/76/4). Des Weiteren hielt die Abklärungsperson fest, eine berufliche Umstellung auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, weshalb das Invalideneinkommen nicht durch sie festzulegen sei (Urk. 6/76/6). 4.5

Anlässlich der am 21. September 2016 zur Abklärung der linksthorakalen Schmerzen und Dyspnoe bei Belastung sowie Wandbewegungsstörungen in der Stress-Echokardiographie durchgeführten Koronarangiographie zeigte sich eine de novo

70-90%ige Stenose des ostialen

Ramus interventricularis anterior (RIVA) sowie eine 90%ige Stenose der ostialen DA1, welche erfolgreich behandelt worden seien (Bericht des G.____, Herzzentrum, vom 23. September 2016, Urk. 6/85/1-2).

Aufgrund dessen schloss der RAD-Arzt Dr. J.____ in seiner Stellungnahme vom 22. Februar 2017 auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands, mit welcher eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten

ab dem 21. September 2016 einhergehe. Diese schliesse die instabile Gefässsituation mit ein (Urk. 6/104/2-3).

Gestützt auf das anlässlich der am 24. Februar 2017 durchgeführten Re-Koronarangiographie beobachtete gute Resultat (Bericht des G.____ vom 27. Februar 2017, Urk. 6/100/1-2) sowie die übrigen aktuellen kardiologischen Befunde schloss Dr. J.____ in seiner RAD-Stellungnahme vom 19. Mai 2017 darauf, die Verschlechterung sei vorübergehend gewesen und die komplette Arbeitsunfähigkeit ende am 24. Februar 2017. Langfristig bleibe es bei seiner Stellungnahme vom 3. Juni 2016, zumal keine wesentliche Änderung der 50%igen Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit begründet worden sei (Urk. 6/104/5). 4.6

Am 9. Mai 2017 stellte sich der Beschwerdeführer bei sehr starken Thoraxschmerzen auf der Notfallstation des K.____

vor. Die Koronarangiographie vom 10. Mai 2017 ergab eine akute grosse Vorderwandischämie bei subtotaler InStent

Restenose im ostialen RIVA. Es wurde eine erfolgreiche Rekanalisation mit anschliessender Stent-Implantation des hochproximalen RIVA von 99 auf 0 % durchgeführt (Bericht des K.____ vom 18. Mai 2017 über die Hospitalisation vom 11. bis 19. Mai 2017, Urk.

6/109/1-2). Es wurde eine Nachkontrolle beim behandelnden Kardiologen nach dem Ende der ambulanten Rehabilitation im Juni 2017 vorgesehen (Urk. 6/109/3).

Dr. A.____ berichtete am 2. Juni 2017, die kardiale Rehabilitation habe erst jetzt begonnen, weshalb die langfristige Prognose noch offen sei. Zurzeit könne dem Beschwerdeführer keine Arbeit zugemutet werden (Urk. 6/119/2 = 6/120/2).

Dem Bericht von Dr. med. L.____, Facharzt für Kardiologie und Innere Medizin, ist zu entnehmen, dass er den Beschwerdeführer am 22. Juni 2017 kardiologisch abgeklärt habe. Echokardiographisch sei der Verlauf erfreulich. Eine Invalidenrente sei aufgrund der kardialen Situation nicht indiziert, jedoch sei eine intensivierete psychiatrische oder psychologische Betreuung notwendig, damit eine Reintegration ins Berufsleben gelingen könne (Urk. 6/121/6). Am 13.

März 2018 hielt er, nachdem er den Beschwerdeführer kardiologisch untersucht hatte (Urk. 6/147), erneut fest, aus kardiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/149).

Die Ärzte des M.____, Klinik für Kardiologie, beschrieben in ihrem Bericht vom 13. November 2017 über die gleichentags durchgeführte Koronarangiografie ein sehr schönes Resultat sechs Monate nach notfallmässiger perkutaner Koronarintervention (PCI) einer subtotalen ostialen RIVA Restenose. Die LV Funktion habe sich normalisiert und es bleibe einzig eine sehr diskrete anteromediale

Hypokinesie (Urk. 6/140/2). 4.7

Im Juli 2017 begab sich der Beschwerdeführer bei Dr. E.____ in psychiatrische Behandlung. Dieser attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 25. September 2017 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ferner führte er aus, psychotherapeutische Gespräche würden wöchentlich geführt und der Beschwerdeführer nehme das Antidepressivum Citalopram sowie Quetiapin. Als Diagnosen nannte er eine depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode (ICD-10 F32.2), eine posttraumatische Verbitterungsstörung (ICD-10 F43.8) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40; Urk. 6/128).

In seinem Bericht vom 24. April 2018 gelangte Dr. E.____ zum Schluss, der Beschwerdeführer sei aktuell zu 100% arbeitsunfähig und es sei keine Besserung zu erwarten, da seine Störungen chronifiziert seien (Urk. 6/153/4). Dabei führte er folgende Diagnosen an (Urk. 6/153/3, vgl. auch Urk. 6/155/4): Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode ohne psychische Symptome (ICD-10 F33.2), chronische schwere

posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1), gemischte dissoziative Störung (ICD-10 F44.1), Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F41.1) und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40). 4.8

Dem Austrittsbericht des K.____, Medizinische Klinik, wo der Beschwerdeführer vom 15. bis am 20. August 2018 hospitalisiert war, ist zu entnehmen, dass sich der

Beschwerdeführer notfallmässig wegen Schwindels zuge wiesen hatte. Die berichtenden Ärztinnen ordneten den Schwindel als multifaktoriell bedingt ein, mit akuter Komponente - aggraviert bei orthostatischer Dysregulation - sowie chronischer Komponente im Sinne eines Morbus Menière (Urk. 6/164/2-3). Sie empfahlen weitere Abklärungen zum Ausschluss eines vertebrobasilären Syndroms sowie bezüglich der nasalen Schleimhautschwellung (Urk. 6/164/4). 4.9

Die Gutachter der B.____

untersuchten den Beschwerdeführer rheumatologisch, allgemein-internistisch, neurologisch, kardiologisch sowie psychiatrisch

und erstatteten ihr polydisziplinäres Gutachten am 25. Juli 2019 (Urk. 6/192). In ihrer interdisziplinären Beurteilung führten sie aus, es seien keine Hinweise auf eine relevante depressive Störung, eine somatoforme Schmerzstörung oder eine Persönlichkeitsstörung zu finden gewesen. Auf rheumatologischem Fachgebiet hätten die chronischen zervikalen und lumbalen Schmerzen im Vordergrund gestanden, welche bei strukturell bildgebend nachweislich degenerativen Veränderungen einen Teil der Beschwerden erklärten. Hinweise für eine entzündlich rheumatische Erkrankung hätten sich auch in der aktuellen Begutachtung nicht ergeben. Auf allgemeininternistischem Fachgebiet habe das schwere, gemischte Schlafapnoesyndrom im Rahmen einer Hospitalisation auf der Pneumologie im März 2018 diagnostiziert werden können. Bezüglich der peripheren arteriellen Verschlusskrankheit der oberen und unteren Extremitäten seien interventionelle Massnahmen empfohlen, indes vom Beschwerdeführer abgelehnt worden. In der aktuellen neurologischen Untersuchung seien keine pathologischen Befunde zu objektivieren gewesen. Vor allem in der neurologischen Untersuchung sei der seitens des psychiatrischen Gutachters geäusserte Verdacht von einer Verdeutlichungstendenz noch erhärtet worden und es hätten sich Hinweise für eine Aggravation gefunden. Die angegebenen Schwindelbeschwerden hätten in der Untersuchung bis auf eine Lateropulsion im Romberg Versuch keine objektivierbaren Hinweise für eine Pathologie gezeigt, wobei differentialdiagnostisch eine funktionelle Genese oder allenfalls eine Medikamentennebenwirkung bedacht werden müsse (Urk. 6/192/12). Die subjektiv beklagte schwache Stimme sei ursächlich nicht erklärbar. Insbesondere im Hirnnervenstatus hätten sich keine diesbezüglichen pathologischen Befunde gezeigt (Urk. 6/192/13).

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Experten der B.____ die Hauptdiagnosen eines chronischen Cervico- und Lumbovertebralsyndroms sowie einer Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-10 F43.2; Urk. 6/192/13). Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen sie den chronischen Schmerzen am oberen Sprunggelenk (OSG) links, den chronischen Schmerzen an beiden Händen, dem Vitamin D-Mangel, dem Eisenmangel, der unklaren Hepatopathie (Lebererkrankung), der koronaren Ein-Gefässerkrankung sowie der generalisierten Arteriosklerose, den kardiovaskulären Risikofaktoren, dem schweren gemischten Schlafapnoesyndrom, der latenten Hypothyreose, der Bactrim-Allergie, dem Status nach zerebrovaskulärer Ischämie im Jahr 2003 sowie der Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73.1) zu (Urk. 6/192/14-15).

Sie führten aus, die rheumatologischen Diagnosen wirkten sich beim Heben schwerer Lasten von mehr als fünf bis zehn Kilogramm aus sowie bei repetitiven Bückbewegungen

und Arbeiten über Kopf. Bei längerem Stehen am Stück müsse das Einhalten regelmässiger Pausen gewährleistet sein (Urk. 6/192/15). Sodann sei aufgrund des Schlafapnoesyndroms keine Arbeit im Schichtdienst zumutbar (Urk. 6/192/16). Die Medikamentenspiegel für die vom Beschwerdeführer als regelmässig eingenommen angegebenen Präparate seien am Begutachtungstag nicht nachweisbar gewesen. Auf dem rheumatologischen Fachgebiet habe sich nur teilweise ein Korrelat für die ausgeprägten Beschwerden gefunden und in der neurologischen Exploration hätten die beklagten Beschwerden nicht mit den klinisch objektivierbaren Befunden korreliert.

Auf dem psychiatrischen Fachgebiet habe vor dem Hintergrund der Widersprüchlichkeiten, welche sich im Übrigen bei allen Teilgutachtern gezeigt hätten, der Eindruck einer gewissen Verdeutlichungstendenz bestanden. In der neurologischen Untersuchung habe sich zudem insoweit der Hinweis für eine Aggravation ergeben, als der Beschwerdeführer während der Anamnese in seinen Bewegungen uneingeschränkt gewesen sei, bei der somatischen Untersuchung hingegen eine schmerzbedingte Einschränkung in den Armen zu erheben gewesen sei. Auch unter Berücksichtigung der Aktenlage mit jahrelanger Angabe von Beschwerden bei normalem Neurostatus dränge sich die Annahme einer Aggravation auf (Urk. 6/192/16-17).

Aus interdisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit zu 20 % eingeschränkt (Urk. 6/192/18). Retrospektiv sei die im Jahr 2015 aus rheumatologischer Sicht angegebene 50%ige Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr nachvollziehbar und auch damals sei bereits eine Steigerung erwähnt worden, da die Diagnosen des chronischen Cervico- und Lumbovertebralsyndroms keine länger andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit begründeten. In der Begutachtung im Jahr 2015 habe keine Erkrankung auf psychiatrischem Fachgebiet mit wesentlichem Krankheitswert festgestellt werden können und auch in der aktuellen psychiatrischen Exploration habe sich retrospektiv keine vorbestehende Erkrankung explorieren lassen. Somit bestehe bereits seit 2015 keine relevante psychiatrische Diagnose, welche eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermocht hätte. Es sei jedoch davon auszugehen, dass in der Zeit nach dem «zweiten Herzinfarkt», welcher die psychische Alteration ausgelöst habe, eine (Teil-)Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Die aktuelle Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gelte seit Erstellung dieses Gutachtens. Kardio logischerseits sei spätestens seit dem 13. November 2017 und dem guten koronarangiographisch gesicherten Langzeitergebnis nach koronarinterventionellen Massnahmen von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Zuvor habe infolge des akuten Koronarsyndroms vom 10. Mai 2017 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 6/192/18-19).

Zum Verlauf gaben die Gutachter an, zum chronischen Schmerzsyndrom, das schon anlässlich der Begutachtung im Z.____

im Jahr 2005 kein organisch-morphologisches Korrelat gezeigt habe, seien im Sommer 2014 Gelenkschmerzen ohne Hinweise für eine entzündliche Aetiologie gekommen. Im Oktober 2015 sei die koronare Eingefässerkrankung diagnostiziert worden. Für die seit Anfang 2018 aufgetretenen Schwindelepisoden habe sich kein eigentliches Korrelat gefunden (Urk. 6/192/10). 4.10

Dr. J.____ äusserte sich nach Einsicht in das Gutachten der B.____ am 14. August 2019 dahingehend, dass gesamthaft mit dem aktuellen Gutachtens datum von einer Verbesserung

des Gesundheitsschadens auszugehen sei. Denn spätestens seit 2017 liege eine 100%ige Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht vor und die 2015 attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit

aus rheumatologischer Sicht sei nicht mehr nachweisbar. Seit dem Gutachtensdatum vom 25. Juli 2019 sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen

(Urk. 6/198/9-10). Am 29. August 2019 ergänzte Dr. J.____, für die Zeit vom Koronareignis vom 21. September 2016 bis zur Kontroll-Koronarangiografie am 13. November 2017 (vgl. vorstehend E. 4.6), welche ein gutes Langzeitresultat gezeigt habe, sei eine vorübergehende 100%ige Erwerbsunfähigkeit plausibel (Urk. 6/198/10). 4.11

Dr. A.____

gab am 13. März 2020 an, aus rheumatologischer Sicht liege eine Verschlechterung vor mit immer öfter auftretenden Schmerzschüben. Sodann sei gegenüber den Voruntersuchungen nun der kaum beeinflussbare Schwindel vorhanden, wobei der Beschwerdeführer « in der Praxis kaum vermittelbar sei ». Die theoretische Zumutbarkeit betrage bei multifaktorieller Einschränkung circa 50 % für Arbeiten ohne Sturzgefahr (Urk. 6/216/2). 4.12

Dr. E.____

hielt in seinem Bericht vom 22. März 2020 an den von ihm zuletzt gestellten Diagnosen fest (Urk. 6/216/4). Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig und nicht in der Lage, seinen Alltag zu bewältigen (Urk. 6/216/6). Die psychische Situation habe sich nicht verändert im Vergleich zum 12. Dezember 2018 (Urk. 6/216/8). 4.13

Die Neuropsychologin/Psychologin FSP lic. phil. N.____ und Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurologie, spez. Verhaltensneurologie, berichteten am 27. April 2020 über die gleichentags erfolgte verhaltensneurologisch-neuropsychologische Untersuchung (Urk. 6/216/12). Sie gelangten zum Schluss, es lägen schwere mnestiche Einschränkungen im Sinne einer verbalen Lernstörung und einer modalitätsunspezifischen Abrufstörung bei eingeschränkter, jedoch weiterhin erhaltener Speicherfähigkeit vor. Hinzu kämen schwere attentional-exekutive Einschränkungen. Zudem bestünden Hinweise auf eine visuo-konstruktive Dyspraxie (differentialdiagnostisch bildungsbedingt) und eine mnestic bedingte Kopfrechenschwäche bei jedoch erhaltener schriftlicher bildungsentsprechender Rechenfähigkeit. Diese Befunde entsprächen aktuell einer insgesamt schweren Funktionsstörung fronto-temporo-limbischer sowie fronto-zerebellärer Regelkreise

(Urk. 6/216/15).

Am 22. Mai 2020 hielten sie fest, die schwere Funktionsstörung sei ätiologisch weiterhin multifaktoriell bedingt. Einerseits dürfte diese Folge des PICA-Infarktes (Hirnfarkt) 2006 mit residuellen postischämischen Parenchymdefekten zerebellär links im Sinne eines fronto-zerebellären Diskonnektionssyndroms sein. Das « cerebellar

cognitive

affective

syndrome » habe bis vor wenigen Jahren relativ gut kompensiert werden können.

Differentialdiagnostisch sei eine Aggravation aufgrund des Schlafapnoesyndroms sowie der Schmerzsymptomatik anzunehmen, differentialdiagnostisch handle es sich um eine

zusätzliche Abnahme kognitiver Ressourcen im Rahmen des normalen Alterungsprozesses und Bildungsniveaus (Urk. 6/216/9). Aufgrund der Schwere der Befunde liege aus rein neurokognitiver Sicht keine verwertbare Arbeitsfähigkeit vor (Urk. 6/216/10, Urk. 6/216/15). 4.14

Prof. Dr. C.____ und Dr. D.____ erstatteten ihr psychiatrisches und neuropsychologisches Gutachten am 26. Januar 2021, nachdem am 15. Januar 2021 eine Konsensbesprechung stattgefunden hatte (Urk. 6/232/1-2). Im Gutachten wurde festgehalten, laut der neuropsychologischen Gutachterin sei von einer sehr wahrscheinlichen Aggravation von kognitiven Defiziten auszugehen. Deswegen könne weder zur Funktions- noch zur Arbeitsfähigkeit verlässliche Stellung genommen werden (Urk. 6/232/30-31). Die in der neurologischen Zusatzbegutachtung festgestellte Aggravation habe auch in der klinisch psychiatrischen Untersuchung bestätigt werden können und es sei zu Inkonsistenzen gekommen. Auch bei den fremdanamnestischen Angaben des Sohnes sei eine Verdeutlichungstendenz spürbar gewesen, zumal er angegeben habe, der Beschwerdeführer könne kaum zwei Meter am Stück laufen, wohingegen er während der Untersuchung problemlos 20 Meter zur Toilette und zurück bewältigen könne (Urk. 6/232/32).

Prof. Dr. C.____ stellte

einzig die Diagnose einer Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion mit Angst (ICD-10 F43.22; Urk. 6/232/41, vgl. auch Urk. 6/232/32-40). Die Anwesenheitsleistung im Bistro betrage mindestens 100%. Die Leistung sei durch die körperlichen Beschwerden sowie auch durch die psychische Reaktion auf diese Erkrankungen überwiegend wahrscheinlich eingeschränkt.

Aus rein psychiatrischer Sicht betrage die Leistungseinschränkung circa 30%, womit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 70% betrage (Urk. 6/232/47).

Zum zeitlichen Verlauf äusserte sich Prof. Dr. C.____ dahingehend, dass die berichtete Akzentuierung der Einschränkungen seit dem Myokardinfarkt im Oktober 2017 plausibel sei. Es sei davon auszugehen, dass die vollständige Arbeitsunfähigkeit noch bis ins Frühjahr 2018 vorgelegen habe. Aufgrund der auch danach akzentuierten psychischen Reaktion auf dieses Ereignis und die anderen somatischen Vorerkrankungen liege seit März 2018 die attestierte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor (Urk. 6/232/47-48). Des Weiteren merkte der psychiatrische Gutachter an, die Tätigkeit im eigenen Bistro sei optimal angepasst, indem auch die Ressourcen und Unterstützungen durch die Familie voll zum Tragen kämen (Urk. 6/232/48).

RAD-Ärztin Dr. med. O.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, empfahl am 4. März 2021, hinsichtlich des Gesundheitszustands sowie der Arbeits(un)fähigkeit auf das Gutachten abzustellen (Urk. 6/246/7). 4.15

Dr. E.____ gab am 31. März 2021 bei unveränderten Diagnosen (Urk. 6/234/1 im Vergleich zu Urk. 6/153/3) weiterhin an, der Beschwerdeführer sei aufgrund derer sowie der daraus resultierenden Funktionsstörungen nicht mehr arbeitsfähig. Ferner vertrat er die Ansicht, die Diagnose einer Anpassungsstörung könne nach mehr als zwei Jahren - respektive da der erste Herzinfarkt bereits sechs Jahre zurückliege - nicht (mehr) gestellt werden. Auch eine Aggravation sei zu verneinen. Der Beschwerdeführer sei ernsthaft schwer psychisch krank (Urk. 6/234/5).

Die RAD-Psychiaterin Dr. O.____ merkte in ihrer Stellungnahme vom 22. April 2021 dazu an, Dr. E.____ habe im Vergleich zu seinen früheren Berichten keine neuen medizinischen Tatsachen angeführt (Urk. 6/246/9).

4.16

Die Ärzte des G.____, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, berichteten am 15. April 2021 über die gleichentags erfolgte Erstuntersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 6/238/1), welcher ihnen zur Schwindelabklärung zugewiesen worden war (Urk. 6/238/3). Neu diagnostizierten sie einen Ausfall des rechten Vestibularorgans mit multifaktorieller Gangstörung (Urk. 6/238/1). Dazu hielten sie fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, seit einem Hirnschlag vor 20 Jahren an Schwindel zu leiden. Seither sei sein Gleichgewicht durch Schwankschwindel eingeschränkt. Die Beschwerden hätten sich durch mehrmalige Herzinfarkte verschlechtert. Seit 2017 verspüre er täglich Schwankschwindel, gelegentliche Übelkeit, er gehe «wie betrunken» und sei mehrmals gestürzt

(Urk. 6/238/2). In ihrer Beurteilung führten sie aus, in Zusammenschau der klinischen und apparativen Befunde zeige sich ein kompletter Ausfall des rechten Vestibularorgans, was als Ursache des persistenten Schwindels eingeordnet werden könne. Es ergäben sich keine anamnestischen Hinweise auf die Ätiologie des Ausfalls, am ehesten komme eine entzündliche Ursache in Frage. Zudem ergäben sich Hinweise auf eine Polyneuropathie mit Pallhypästhesie der unteren Extremitäten. Begleitend zeige sich eine Gangstörung multifaktorieller Genese bei vestibulärer Unterfunktion, Verdacht auf Polyneuropathie, Status nach mehrmaligen Hirninfarkten, schwerer kardiovaskulärer Krankheit und Bronchiektasen. Der Beschwerdeführer sei im Alltag und in seiner Lebensqualität eingeschränkt und arbeitsunfähig (Urk. 6/238/4).

Die Rückfragen der IV-Stelle zu Einschränkungen und Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/241, 6/243) vermochten die Ärzte des G.____ nicht zu beantworten und empfahlen stattdessen eine gutachterliche Abklärung (Telefonnotiz vom 30. September 2021, Urk. 6/246/11).

4.17

RAD-Arzt Dr. med. P.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Juli 2021 zusammenfassend fest, aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer ab 15. April 2015 zu 100% arbeitsunfähig gewesen, ab 18. April 2016 noch zu 50% und vom 10. Mai 2017, mithin seit der akuten Ischämie, bis am 12. November 2017 wieder zu 100% (Urk. 6/246/9-11).

4.18

Am 2. November 2021 musste sich der Beschwerdeführer aufgrund einer Instabilität des Sternoclaviculargelenks (SC-Gelenk; Brustbein-Schlüsselbein-Gelenk), Differentialdiagnose Arthrose, einem

operativen Eingriff in Form einer offenen SC-Gelenksresektion links unterziehen, nachdem er nach anfänglich gutem Ansprechen auf die Infiltrationen persistierende Schmerzen gehabt habe (Bericht der Q.____ vom 2. November 2021, Urk. 6/244).

Am 14. Januar 2022 bestätigte RAD-Arzt Dr. P.____ namentlich, dass vom 10./11. Mai 2017 bis zum 28. Februar 2018 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und hernach ab 1. März 2018 von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könne. Des Weiteren führte er aus, ab der Operation am

2. November 2021 sei für circa sechs bis acht Wochen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit auszugehen. Anschliessend könne bei medizintheoretisch glattem Verlauf wieder von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Im Belastungsprofil sei der Verzicht auf schwere körperliche Arbeit in sowie über Schulterhöhe aufzunehmen (Urk. 6/246/11-12).

5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin stellte nach dem Gesagten primär auf das B.____-Gutachten vom 25. Juli 2019 ab, wonach der Herzinfarkt vom 10. Mai 2017 vorübergehend zu einer vollumfänglichen Erwerbsunfähigkeit führte, nach Abschluss der Rekonvaleszenz hingegen eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vorlag. Jedoch verläugerte sie die volle Erwerbsunfähigkeit gestützt auf das Gutachten des Prof. Dr. C.____ bis Ende Februar 2018 (vgl. Urk. 2). Vor diesem Hintergrund ist die umstrittene Frage, ob den von der IV-Stelle eingeholten Gutachten Beweiskraft zukommt, zentral. 5.2

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 5.3

Das B.____-Gutachten vom 25. Juli 2019 erfüllt die formalen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.6 vorstehend) ohne weiteres: Es ist

für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und es wurde in Kenntnis und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Die Gutachter legten einleuchtend dar, dass sich die objektivierbaren rheumatologischen Beschwerden in Form von degenerativ bedingten chronischen zervikalen und lumbalen Schmerzen (Urk. 6/192/12) dergestalt auswirken, dass der Beschwerdeführer beim Heben schwerer Lasten, bei repetitiven Bückbewegungen sowie bei Arbeiten über Kopf eingeschränkt ist und bei längerem Stehen am Stück regelmässiger Pausen bedarf (Urk. 6/192/15). Dass aufgrund der regelmässig einzuhaltenden Pausen in der bisherigen Tätigkeit eine Leistungseinbusse von 20 % besteht, in einer optimal adaptierten Verweistätigkeit hingegen nicht (Urk. 6/192/18), ist daher plausibel.

Dass sich die koronäre Herzkrankung

seit November 2017 nicht mehr auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt (Urk. 6/192/14), ist schlüssig angesichts des Fehlens von ischämietypischen Beschwerden (Urk. 6/192/15) und steht in Einklang mit den Angaben des behandelnden Kardiologen Dr. L.____. Dieser hielt am 13. März 2018 fest, aus kardiologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk.

6/149; vgl. auch Urk. 6/121/6).

Die gutachterliche Einschätzung wird auch gestützt durch den Bericht der Kardiologen des Stadtspitals Triemli vom 13. November 2017, wonach ihre Abklärung ein «sehr schönes Resultat» und nurmehr eine sehr diskrete Hypokinesie gezeigt habe (Urk. 6/140/2).

Ebenso erläuterten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise, dass sich das Schlafapnoesyndrom sowie die PAVK in der bisherigen Tätigkeit nicht einschränkend auswirken, da weder Schichtarbeit erforderlich ist noch Gehstrecken von mehr als 150 Metern am Stück anfallen (Urk. 6/192/16). Dies gilt selbstredend auch für angepasste Tätigkeiten ohne Schichtarbeit und ohne lange Gehstrecken am Stück.

Vor dem Hintergrund der sowohl anlässlich der B.____ - Begutachtung als auch in den vorangegangenen neurologischen Untersuchungen weitgehend unauffälligen Befunde (Urk. 6/192/119-121, Urk. 6/192/12) ist es schlüssig, dass mangels Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden keine neurologischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden (Urk. 6/192/120, Urk. 6/192/13).

Die psychiatrische Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit um 20 % eingeschränkt ist (Urk. 6/192/179, Urk. 6/192/18), überzeugt mit Blick auf die allenfalls leicht aus geprägten Beeinträchtigungen in den Bereichen Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Widerstands- und Durchhaltefähigkeit, bei in den übrigen Bereichen jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesenen Beeinträchtigungen (Urk. 6/192/171) sowie eingedenk der noch relativ gut erhaltenen Aktivität im Alltag (Urk. 6/192/175) mit beispielsweise regelmässiger Pflege sozialer Kontakte auch ausserhalb der Familie (Urk. 6/192/162).

Während der Exploration zeigte sich die Affektivität soweit stabil und situationsadäquat, die Schwingungsfähigkeit war gut erhalten, der Beschwerdeführer wirkte psychomotorisch vorwiegend ruhig und entspannt und verfolgte die Exploration aufmerksam, wobei seine Konzentration im Verlauf der Untersuchung nicht merklich nachliess (Urk. 6/192/169), was ebenfalls gut zu der nur 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit passt.

Ebenso ist schlüssig, dass sich die rheumatologische und die psychiatrische Teilarbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht addieren (Urk. 6/192/20), zumal sich der Beschwerdeführer in den rheumatologisch bedingten Pausen auch psychisch erholen kann.

In einer optimal angepassten Verweistätigkeit ist der Beschwerdeführer ohnehin nur aus psychiatrischer Sicht eingeschränkt (Urk. 6/192/18).

Nach dem Gesagten erweist sich das B.____ -Gutachten vom 25. Juli 2019 für den Zeitpunkt der Begutachtung als beweiskräftig. 5.4

Soweit der Beschwerdeführer auf die abweichende Beurteilung durch seinen behandelnden Psychiater verweist (Urk. 1 S. 6), ist festzuhalten, dass sich der psychiatrische B.____ -Gutachter eingehend und in überzeugender Weise damit auseinandergesetzt hat (Urk. 6/192/173-175). Anhand der erhobenen Befunde konnte er beispielsweise eine über eine Anpassungsstörung hinausgehende depressive Symptomatik mit Sicherheit ausschliessen (Urk. 6/192/173); unter Bezugnahme auf die im ICD-10 angeführten Diagnosekriterien vermochte er auch die übrigen von Dr. E.____ gestellten Diagnosen plausibel zu verneinen (Urk. 6/192/173-175). Des Weiteren kommt es invalidenversicherungsrechtlich letztlich nicht auf die (genaue) Diagnose an, sondern darauf, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_270/2011 vom 24. August 2011 E. 4.2).

Funktionseinschränkungen waren jedoch während der Exploration sowohl bei der Befunderhebung nach AMDP (Urk. 6/192/169-170) als auch anhand des Mini-ICF-APP nur in einem geringen Mass zu erheben (Urk. 6/192/171). Die Berichte von Dr. E.____ vermögen bei dieser Sachlage keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des B.____-Gutachtens zu erwecken. Dies gilt umso mehr, als sich in einem Bericht vom 31. März 2021 (Urk. 6/235) erschöpft in einer eigenen, vom Gutachten abweichenden Beurteilung; allerdings benannte er keine Aspekte, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind. Hinzu kommt, dass Prof. Dr. C.____ in seinem Gutachten ähnliche Schlüsse zog wie die Experten der B.____. Auch er diagnostizierte einzig eine Anpassungsstörung mit längerdauernder depressiver Reaktion mit Angst (ICD-10 F43.22), nachdem er sämtliche im Raum stehenden klassifikatorischen Diagnosen nach ICD-10 wie eine Schmerz- oder Angststörung, eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine dissoziative Störung einlässlich diskutiert und verworfen hatte (Urk. 6/232/32-40). In deren Rahmen erklärte er auch, dass - entgegen der Auffassung des behandelnden Psychiaters - eine Anpassungsstörung auch beim Andauern der Symptome während mehr als zwei Jahren diagnostiziert werden könne, da sich diese Zeitdauer ausdrücklich auf die Dauer nach Ende einer Belastung oder deren Folgen beziehe und nicht auf die vorliegende Situation, wo die Belastung andauere (Urk. 6/232/35).

Angesichts der Beweiskraft dieses Administrativgutachtens der B.____ (vgl. E. 5.2 vorstehend) ist spätestens ab Januar 2019, nachdem sowohl die psychiatrische (bereits am 12. Dezember 2018, Urk. 6/192/6) als auch die rheumatologische Begutachtung stattgefunden hatte (Urk. 6/192/6), von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten als auch in einer adaptierten Tätigkeit (vgl. die Tabelle in Urk. 6/192/18) auszugehen. 5.5

5.5.1

Es ist generell und namentlich bei psychischen Störungen schwierig, rückwirkend und überdies für einen weit zurückliegenden Zeitraum die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_167/2014 vom 8. August 2014 E. 6.2 mit Hinweis).

Obwohl eine retrospektive Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit naturgemäss mit Unsicherheiten behaftet ist, führt dies praxisgemäss nicht dazu, diesbezüglichen Aussagen von vornherein jegliche Beweiskraft abzusprechen (Urteil des Bundesgerichts 9C_371/2021 vom 30. Mai 2022 E. 2.2.3; vgl. auch Urteil 9C_452/2022 vom 10. Januar 2023 E. 4.1 mit Hinweis). Vielmehr liegt die Beurteilung eines vorangegangenen Zeitraumes in der Natur einer Begutachtung und lässt sich aus rechtlicher Sicht nicht beanstanden. Praxisgemäss ist es auch nicht erforderlich, dass die Gutachterperson zu jedem Bericht der behandelnden Arztpersonen Stellung nimmt, wenn darin ein von den Erkenntnissen des Gutachters abweichender Grad der Arbeitsunfähigkeit angegeben wird. Von einer bundesgerichtlichen Regel, wonach grundsätzlich auf echtzeitliche ärztliche Berichte abzustellen sei, kann somit nicht gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_419/2021 vom 16. Dezember 2021 E. 6 mit Hinweisen).

Aus der Möglichkeit einer retrospektiven diagnostischen Festlegung ergibt sich, dass nicht nur echtzeitlich getroffene ärztliche Feststellungen massgebend sind, sondern auch spätere, soweit sie Rückschlüsse auf eine rechtzeitige Erkennbarkeit der Störung zulassen. Allerdings ist eine nachträgliche Schilderung von Symptomen mit zunehmender zeitlicher

Distanz kritisch zu würdigen, weil sie oftmals von späteren Beobachtungen überlagert sein dürfte. Aus diesem Grund muss im Einzelfall schlüssig dargetan sein, dass die betreffende Anamnese nicht bloss aktuelle Feststellungen in die Vergangenheit projiziert (Urteil des Bundesgerichts 9C_37/2020 vom 19. Mai 2020 E. 2.3.3 mit Hinweisen). 5.5.2

Die retrospektive Beurteilung durch die B.____-Gutachter überzeugt im kardio logischen Bereich, wo fachärztliche echtzeitliche Berichte vorliegen, welchen sich objektive Befunde entnehmen lassen. So legten sie schlüssig dar, dass beim Nachweis einer Ischämie, welche laut dem koronar-angiographischen Befund vom 21. September 2016 mit einer hochgradigen RIVA- und RD1-Stenose vor gelegen habe, vorübergehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren war. Das gilt auch hinsichtlich ihrer Beurteilung, dass - nach einer zwischenzeitlichen Verbesserung -

angesichts des akuten Koronarsyndroms vom 10. Mai 2017

ab dann bis zum 13. November 2017, als sich bei der Kontroll-Herzkatheteruntersuchung wieder gute Befunde zeigten, erneut eine voll e Arbeitsunfähigkeit bestand (Urk. 6/192/19).

In diesem Sinne hatte auch der RAD eine gänzliche Arbeitsunfähigkeit unter Mitberücksichtigung der instabilen Gefässsituation (Urk. 6/104/2-3)

vorübergehend vom 21. September 2016 bis zum 24. Februar 2017 anerkannt (E. 4.5 vorstehend) und diese bei der weniger als drei Monate andauernden Verbesserung (vom 25. Februar 2017 bis am 9. Mai 2017) als durchgehend vom Koronareignis vom 21. September 2016 bis zum 13. November 2017 bestätigt (E. 4.10 vorstehend).

Weshalb die Beschwerdegegnerin von diesen schlüssigen ärztlichen Einschätzungen abgewichen ist

und für die Zeit vom 1. April 2016 bis im Mai 2017 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit angenommen hat,

hat sie nicht begründet (vgl. Urk. 2). Vielmehr ist vor diesem Hintergrund mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer kompletten Erwerbsunfähigkeit vom 21. September 2016 bis am 13. November 2017 auszugehen. 5.5.3

Hinsichtlich der in der Vergangenheit beschriebenen rheumatologischen Einschränkungen haben sich die B.____-Gutachter kritisch geäußert (Urk. 6/192/18-19). Die Beschwerdegegnerin ging diesbezüglich zu Gunsten des Beschwerdeführers von den echtzeitlichen ärztlichen Angaben respektive von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (Urk. 2 Verfügungs teil 2). Eingedenk dessen, dass der RAD diese für nachvollziehbar befunden hatte (Urk. 6/104/5,

Urk. 6/78/5) und dass retrospektive Beurteilungen naturgemäss mit gewissen Unsicherheiten verbunden sind (E. 5.5.1 vorstehend sowie Urk. 6/192/18), ist dies nicht zu beanstanden. Dabei hatte der RAD auf die Angaben von Dr. A.____ abgestellt, weswegen ihrer Einschätzung entsprechend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 15. April 2015 bis am 30. Juni 2015 und von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ab dem 1. Juli 2015 (E. 4.2 vorstehend) auszugehen ist. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Gestützt auf die entsprechenden gutachterlichen Ausführungen (vorstehend E. 4.9) folgte der RAD-Arzt am

3. Juni 2016 (E. 4.3 vorstehend), seit den Jahren 2014 und 2015 lägen im Vergleich zum Referenzzeitpunkt (vorstehend E. 3.2) neue Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Damit ist im Zusammenhang mit der vorliegend zu behandelnden Neuanmeldung eine Verschlechterung der tatsächlichen Verhältnisse erstellt, welche sich auf den Rentenanspruch des Beschwerdeführers auswirken könnte. Somit ist ein Revisionsgrund gegeben (vgl. E. 1.5 vorstehend).

Mit der ab dem 15. April 2015 ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit von 100 %

(E. 5.5.3 vorstehend) wurde das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG eröffnet und war somit im April 2016 bestanden, womit der Rentenbeginn korrekt per 1. April 2016 festgelegt worden ist (Art. 29 Abs. 3 IVG).

Der zu einer Viertelsrente führende Einkommensvergleich (Urk. 6/104/6 in Verbindung mit Urk. 6/77/1) blieb unbeanstandet. Namentlich wurde nicht geltend gemacht, dem Beschwerdeführer sei der Wechsel in eine unselbständige Tätigkeit nicht zumutbar. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass dem Beschwerdeführer eine Schadenminderungspflicht trifft und eine Betriebsaufgabe unter diesem Aspekt nur unter strengen Voraussetzungen als unzumutbar betrachtet wird (Urteil des Bundesgerichts 9C_305/2019 vom 30. Juli 2019 E.

5.2.1 mit Hinweisen). Das Valideneinkommen wurde im Abklärungsbericht für Selbständigerwerbende vom 26. September 2016 anhand der in den vorangegangenen Jahren erzielten Betriebsgewinne zuzüglich AHV-Beiträge errechnet und in nachvollziehbarer Weise auf Fr. 55'339.60 respektive gerundet Fr. 55'340.-- festgesetzt (Urk. 6/76/5-6). Eine Parallelisierung fällt ausser Betracht, da bei einer selbständigen Erwerbstätigkeit nicht von einem unfreiwilligen Minderverdienst im Sinne der Rechtsprechung (BGE 134 V 322 E. 4.1) gesprochen werden kann.

Das Invalideneinkommen wurde gestützt auf die LSE 2014 festgelegt, wonach der Zentralwert (Total) des Lohns für Hilfsarbeiten (Kompetenzniveau 1) im privaten Sektor gemäss der Tabelle TA1_tirage_skill_level für Männer bei Fr. 5'312.-- lag. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie an die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2016 resultierte ein Invalideneinkommen von Fr. 66'852.45 pro Jahr. Unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 50 % (0,5 x Fr. 66'852.45 = Fr. 33'426.20) sowie des von der IV-Stelle gewährten (Urk. 6/77/1) - im Rahmen ihres Ermessens liegenden - leistungsbedingten Abzugs von 10 %

beträgt das Invalideneinkommen gerundet Fr. 30'084.-- (0,9 x Fr. 33'426.20; Urk. 6/104/6). Bei einer Erwerbseinbusse von Fr. 25'256.--

(Fr. 55'340.-- minus Fr. 30'084.--) ergibt sich ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 46 % (Fr. 25'256.-- :

Fr. 55'340.--), weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer ab 1. April 2016 eine Viertelsrente zugesprochen hat.

E. 6.2

Nach dem vorstehend Gesagten hat die Beschwerdegegnerin übersehen, dass eine weitere relevante Verschlechterung mit dem koronaren Ereignis vom 21. September 2016 eingetreten

ist, welches zu einer vollkommenen Erwerbsunfähigkeit geführt hat (vgl. E. 5.5.2 vorstehend). Diese Verschlechterung war zu berücksichtigen, nachdem sie drei Monate andauerte (Art. 88a Abs. 2 IVV), mithin per 1. Dezember 2016 (Rz. 4106 des Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung; KSIR). Demnach bestand ab dem 1. Dezember 2016 bei einem Invaliditätsgrad von 100%

Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. Dies hat die teilweise Gutheissung der Beschwerde zur Folge.

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung von einer Ende Februar 2018 eingetretenen Verbesserung aus (Urk. 2 Verfügungsteil 2); dies gestützt auf das Gutachten von Prof. Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 26. Januar 2021 (Urk. 6/232). Auch dieses psychiatrische Gutachten basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung sowie auf den anlässlich dieser Untersuchung sowie der Zusatzuntersuchung im Bereich der Neuropsychologie erhobenen Befunden, auf den Vorakten, den Angaben des Beschwerdeführers sowie der erhobenen Anamnese. Ferner beantwortet es die gestellten Fragen umfassend und setzt sich einlässlich mit anderslautenden Beurteilungen auseinander. Somit erfüllt es die von der Rechtsprechung gestellten formellen Voraussetzungen an ein beweiskräftiges Gutachten (vgl. vorstehende E. 1.6).

Dass nach den beiden koronaren Ereignissen aus kardiologischer Sicht wieder eine Verbesserung eingetreten ist, ergibt sich - wie bereits unter der vorstehenden E. 5.3 gesagt - einhellig aus den Akten: Der kardiologische B.____-Gutachter schloss anhand der vom M.____, Klinik für Kardiologie, am 13. November 2017 erhobenen Befunde mit gutem Resultat und normalisierter LV-Funktion (Urk. 6/140/2) darauf, dass ab dann aus kardiologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei (Urk. 6/192/19-20, Urk. 6/192/144). Der behandelnde Kardiologe

Dr. L.____ ging bereits am 22.

Juni 2017 nicht von einer relevanten dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht aus (Urk. 6/121/6) und hielt am 13. März 2018 erneut fest, aus kardiologischer Sicht sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig (Urk. 6/149).

Darüber hinaus sah Prof. Dr. C.____ die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht noch bis ins frühe Jahr 2018 hinein als aufgehoben (Urk. 6/232/47-48). Dies legte er überzeugend dar, indem er beschrieb, dass das psychische Problem des Beschwerdeführers darin besteht, dass er durch die diversen körperlichen Erkrankungen belastet sei (Urk. 6/232/36). Er habe aktuell keine funktionalen Reaktionsweisen auf die Einschränkungen durch die körperlichen Erkrankungen, steigere sich in seine Insuffizienzen hinein und finde keinen anderen Ausweg als die innere Akzeptanz einer vollständigen Infirmität, die objektiv nicht so ausgeprägt sei, wie sie von ihm empfunden werde (Urk. 6/232/43). Die Belastungssituation sei durch die körperlichen Einschränkungen chronifiziert (Urk. 6/232/44). Der Beschwerdeführer habe wenig bis gar keine funktionellen Möglichkeiten, seine aktuell schwierige Lebenssituation mit den tatsächlichen und wohl auch weiter andauernden somatischen Einschränkungen zu überwinden und zu einer neuen lebensbejahenden

Haltung zu finden (Urk. 6/232/44). Vor diesem Hintergrund beziehungsweise aufgrund des Umstands, dass das psychische Problem in der psychischen Reaktion des Beschwerdeführers auf seine körperlichen Einschränkungen zu sehen ist (Urk. 6/232/45-46), sowie angesichts dessen, dass sich die Einschränkungen seit dem Myokardinfarkt im Oktober (richtig: Mai; mit neuerlicher Koronarangiografie im Oktober; Urk. 6/121/6)

2017 akzentuiert haben (Urk. 6/232/47), überzeugt die Schlussfolgerung von Prof. Dr. C.____, dass in jener akuten Phase eine Zeit lang von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen war (Urk. 6/232/47-48). Dass in jener Zeit ein grosser psychischer Leidensdruck vorhanden war, ist konsistent mit Blick darauf, dass der Beschwerdeführer im Juli 2017 eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung inklusive antidepressiver medikamentöser Therapie aufgenommen hat (Urk. 6/128). Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass der Zeitpunkt des Eintritts der erneuten Verbesserung nicht auf November 2017, sondern auf Ende Februar 2018 festgelegt wurde.

Diese

gesundheitliche Veränderung

bildet einen Revisionsgrund, was eine neuerliche Prüfung des Rentenanspruchs per Ende Mai 2018 zur Folge hat (Art. 88a Abs. 1 IVV). Mangels Hinweisen auf weitere zwischenzeitliche Veränderungen, ist ab März 2018 grundsätzlich von der anlässlich der B.____-Begutachtung festgestellten Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit auszugehen. Es stellt sich allerdings die Frage, wie mit der Abweichung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht durch Prof. Dr. C.____ umzugehen ist, welcher von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausging (Urk. 6/232/47). Den Ausführungen von Prof. Dr. C.____ zum Verlauf (Urk. 6/232/47-48) ist zu entnehmen, dass es sich nicht um eine weitere Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, sondern um eine andere Beurteilung desselben Sachverhalts handelt. Da für sich gesehen beide Gutachten volle Beweiskraft geniessen, drängt es sich auf, gleich vorzugehen wie bei der ärztlichen Angabe einer Bandbreite der Arbeitsfähigkeit, wo rechtsprechungsgemäss auf den Mittelwert abzustellen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_730/2012 vom 4. Juni 2013 E. 4.2).

Demnach ist ab 1. März 2018 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in angestammter als auch in angepasster Tätigkeit als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten.

Die Beschwerdegegnerin hat die Vergleichseinkommen auf diesen Zeitpunkt hin nicht konkret festgelegt und namentlich keinen erwerblich gewichteten Betätigungsvergleich durchgeführt, wie dies rechtsprechungsgemäss bei Einschränkungen in der bisherigen selbständigen Tätigkeit vorgesehen ist (vgl. BGE 128 V 29 E. 1).

Da nichts dagegen spricht und der Beschwerdeführer namentlich auch im Alter von rund 50 Jahren noch eine erhebliche berufliche Aktivitätsdauer vor sich hatte, erscheint die Aufnahme einer unselbständigen Erwerbstätigkeit weiterhin als zumutbar, falls davon eine bessere erwerbliche Verwertung der Arbeitsfähigkeit erwartet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts

9C_356/2014 vom 14. November 2014 E. 3.1 mit Hinweisen). Demnach ist grundsätzlich von demselben Vergleichseinkommen auszugehen wie beim fürs Jahr 2016 durchgeführten Einkommensvergleich, wo das Invalideneinkommen für eine 100%ige Tätigkeit

höher liegt als das Valideneinkommen (vgl. E. 6.1 vorstehend) . Folglich besteht ab dem 1. Juni 2018 bei einer Arbeitsfähigkeit von 75 % - und selbst bei einer vom RAD anerkannten Arbeitsfähigkeit von lediglich 70 % (Urk. 6/246/11-12) -

jedenfalls kein Rentenanspruch mehr , selbst wenn noch ein leidensbedingter Abzug angerechnet würde . Vor diesem Hintergrund erübrigt es sich, die maximal 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen in Anwendung der Standardindikatoren zu plausibilisieren . Denn auch aus einer Indikatorenprüfung durch die Rechtsanwender kann keine grössere Arbeitsunfähigkeit als die gutachterlich attestierte resultieren, weil mit einer Indikatorenprüfung nur eine im Rahmen einer psychiatrischen Diagnose attestierte Arbeitsunfähigkeit validiert wird (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2019 vom 27. Mai 2019 E. 6.7).

E. 6.4

Der Beschwerdeführer machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich nach der Begutachtung durch Prof. Dr. C.____ und Dr. D.____ weiter verschlechtert (Urk. 1 S. 2 -3). Namentlich sei es zu einem Ausfall des rechten Vestibularorgans mit persistentem Schwindel sowie Polyneuropathie gekommen (Urk. 1 S. 5).

Die Ärzte des G.____ hatten zwar in ihrem Bericht vom 15. April 2021 festgehalten, der Beschwerdeführer sei arbeitsunfähig, jedoch begründeten sie diese Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar und vermochten dies auch auf Rückfrage der IV Stelle hin nicht zu tun (E. 4.16 vorstehend). Damit ist insbesondere hinsichtlich einer nicht besonders gefahrgeneigten Tätigkeit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands ersichtlich ; und auch keine Hinweise darauf, welche weitere Abklärungen rechtfertigen würden.

E. 6.5

Des Weiteren wies der Beschwerdeführer auf die am 2. November 2021 erfolgte SC-Gelenksresektion links hin (Urk. 1 S. 5-7). Laut RAD -Arzt Dr. P.____ führt eine solche lediglich während sechs bis acht Wochen zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit (E. 4.18 vorstehend). Den Akten lassen sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass aufgrund des konkreten Verlaufs eine 70- oder 75%ige Arbeitsfähigkeit beim Beschwerdeführer nicht nach dieser Zeitspanne der Rekonvaleszenz wieder gegeben wäre.

Eine erhebliche Polymorbidität des Beschwerdeführers ist aufgrund der medizinischen Akten schon seit Jahren ersichtlich , weshalb auch der Einwand, die Operation zeige seine Polymorbidität auf

(vgl. Urk. 1 S. 6-7), nicht verfährt. Das heisst für die Annahme einer wesentlichen andauernden Veränderung oder für diesbezüglichen weiteren Abklärungsbedarf

fehlt es an Hinweisen .

E. 6.6

Sodann berief sich der Beschwerdeführer auf die neuropsychologische Beurteilung durch Dr. F.____ , welche eine schwere Funktionsstörung mit vollkommener Arbeitsunfähigkeit zu Tage gefördert habe (Urk. 1 S. 4 und S. 6).

Auch in der von Dr. D.____

am 17. Dezember 2020 durchgeführten (vgl. Urk. 6/232/2) neuropsychologischen gutachterlichen Untersuchung wurde rein formal nach den Ergebnissen in den angewendeten Testuntersuchungen eine schwere kognitive Störung festgestellt. Diese wurde jedoch aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation mit problemloser Orientierung auf dem Stockwerk der Untersuchung sowie anhand der angegebenen Alltagsaktivitäten bei möglicher Versorgung ohne externe Hilfe für unplausibel eingestuft. Die Gutachterin schloss vielmehr auf

eine Aggravation der Beschwerden, welche sich auch aus der Performanzvalidität ergeben habe (Urk. 6/232/40, Urk. 6/232/29). Sie hielt fest, der Beschwerdeführer habe berichtet, vor ein paar Tagen beim Parkieren seines Autos Mühe gehabt zu haben; bei den einer schweren kognitiven Störung entsprechenden gezeigten kognitiven Leistungen wäre aber das unfallfreie Lenken eines Personenkraftwagens selbst bei nur kurzen Strecken, welche der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben noch fahre, nicht möglich (Urk. 6/232/29-30). Auch die im Gespräch gezeigten spontanen Leistungen des Erinnerns seien deutlich diskrepant zu den weit unterdurchschnittlichen mnestischen Leistungen in der testpsychologischen Überprüfung (Urk. 6/232/30). Solche Angaben zum ärztlich beobachteten Verhalten bilden Bestandteil einer stichhaltigen Begutachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C_149/2022 vom 19. Januar 2023 E. 6.1).

Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass Dr. D. ___ zum Schluss gelangte, die ausserhalb der Performanzvalidierungstests mess- und beobachtbaren Diskrepanzen und Inkonsistenzen würden den Aggravationsverdacht zusätzlich untermauern (Urk. 6/232/31), und dass dementsprechend nicht auf die formalen Ergebnisse in den Testuntersuchungen abgestellt wurde. Im Übrigen konnte die in der neuropsychologischen Zusatzbegutachtung festgestellte Aggravation auch in der klinischen psychiatrischen Untersuchung bestätigt werden, da es zu Inkonsistenzen und widersprüchlichen Angaben kam. Der Beschwerdeführer blieb überdies immer wieder sehr vage in seinen Angaben (Urk. 6/232/26). Eine Verdeutlichungstendenz war spürbar und der Beschwerdeführer wies immer wieder vor allem auf seine kognitiven Defizite hin (Urk. 6/232/28).

Dr. F. ___ hielt betreffend Beschwerdevalidierung fest, weder im Gespräch noch im Verhalten oder auf testpsychologischer Ebene hätten sich Inkonsistenzen ergeben, welche auf suboptimales Leistungsverhalten beziehungsweise intentionale Antwortverzerrung hinweisen würden (Urk. 6/216/13-14). Überdies wies sie auf ein unauffälliges Ergebnis bei einem oder mehreren separaten Symptomvalidierungstests hin, welche(n) sie indes nicht näher bezeichnete oder beilegte (Urk. 6/216/14). Sie räumte einzig ein, eine leichte Befundaggravation aufgrund der Fremdsprachigkeit sei möglich (Urk. 6/216/15). Da zudem

die Berichte von behandelnden Arztpersonen angesichts der Erfahrungstatsache, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc), mit Zurückhaltung zu würdigen sind, ist die Beurteilung durch Dr. F. ___ nicht geeignet, Zweifel an den Gutachten zu erwecken.

Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt hat nicht zwingend stattzufinden. Vielmehr steht der Entscheid, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, grundsätzlich im Ermessen der Experten. Ein Rechtsanspruch hierauf besteht nicht (Urteile

des Bundesgerichts 8C_646/2012 vom 14. März 2013 E. 3.2.1.1, 9C_191/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.2.3, je mit Hinweisen). Bei einer Ärztin, welche den Beschwerdeführer zwar nicht behandelt hat, jedoch ein malig verhaltensneurologisch-neuropsychologisch sowie ergänzend mittels eines Schädel-MRI untersucht hat (vgl. Urk. 6/216/9), kann nichts anderes gelten, wes halb der in der Beschwerde vorgetragene Beanstandung der fehlenden Rücksprache mit Dr. F.____ (Urk. 1 S. 6) nicht zu folgen ist.

E. 6.7

Zum Einwand des Beschwerdeführers, die von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten seien veraltet

(Urk. 1 S. 2), ist zu bemerken, dass die Rechtsprechung keinen absolut geltenden Grenzwert festgelegt hat für die Frage, ab wann ein Gutachten zu lange zurück liegt, um eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darzustellen. Dies ist vielmehr jeweils unter Einbezug der konkreten Umstände zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts dessen, dass sich im Sinne des vorstehend Dargelegten nach den Begutachtungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine relevanten dauerhaften Veränderungen des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben haben, ist deren Alter nicht zu beanstanden. Aufgrund der Beweiskraft der eingeholten Gutachten geht zudem auch der Einwand fehl, der Untersuchungsgrundsatz sei als verletzt zu betrachten (vgl. Urk. 1 S. 2). 7.

Zusammenfassend hat das Gesagte zur Folge, dass die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insoweit abzuändern

ist, als der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2016 bis Ende November 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente hat und hernach bereits ab dem

1. Dezember 2016 befristet bis Ende Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen - das heisst bezüglich der Zeit ab 1. Juni 2018 - ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer] sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

In Anwendung dieser Grundsätze ist die Prozessentschädigung um zwei Drittel zu kürzen und auf Fr.

E. 9

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 31. März 2022 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. April 2016 bis zum 30. November 2016 Anspruch auf eine Viertelsrente sowie vom 1. Dezember 2016

bis zum 31. Mai 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer zu zwei Dritteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Drittel auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - 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 dem 5. 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 FehrWidmer

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