

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00268 vom 11. Juli 2023**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-07-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00268](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00268)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00268 du 11 juillet 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00268 del 11 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

X.\_\_\_\_, geboren 1970, war

bis zur Kündigung durch den Arbeitgeber per Ende 2002 als Eisenleger bei der

Y.\_\_\_\_

angestellt (Urk. 9/3/4, Urk. 9/11/ 1, Urk. 9/14/9 ).

Bis Januar 2003 wurde er in der psychiatrischen Klinik Z.\_\_\_\_ dreimal ( Urk. 9/8/1415) und

von März bis Mitte Juli 2003 in der Klinik A.\_\_\_\_ wegen eines

Alkoholabhängigkeitssyndroms und bei Verdacht auf eine posttraumatische

Belastungsstörung (PTBS) stationär behandelt ( Urk. 9/8/6). Am

### **E. 1.2**

Am 9. Mai 2004 erlitt der Versicherte bei einem Velounfall mit Sturz auf die rechte Schulter Muskelprellungen mit in der Folge anhaltender Zervikobrachialgie

(Urk. 9/ 30 / 60-

### **E. 1.3**

hiervor).

Die Parteien sind sich vor diesem Hintergrund zu Recht darin einig, dass seit der Abweisung des Leistungsbegehrens mit Verfügung vom 13. März 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % ( Urk. 9/36) bis zur angefochtenen Verfügung vom 8. April 2022, mit welcher der Anspruch auf eine Rente aufgrund eines Invaliditätsgrades von 30

% verneint wurde (Urk. 2), eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, welche geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen, und daher eine umfassende Neubeurteilung des Rentenanspruches rechtfertigt. Uneinigkeit besteht bezüglich der Auswirkung des verschlechterten Gesundheitszustandes auf die Leistungsfähigkeit. 4.2

#### 4.2.1

Gemäss dem I.\_\_\_\_-Gutachten vom 1.

Dezember 2021, auf welches sich die Beschwerdegegnerin

bei ihrer Entscheidung gestützt hat (Urk.

2 S.

1 f.), wurde der Beschwerdeführer am 18.

Oktober 2021 aus allgemeininternistischer, rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht untersucht (Urk. 9/96/5). Die Gutachter führten aus, er habe in der allgemeininternistischen Anamnese insbesondere über ausgeprägte Weichteilbeschwerden im Bereich der Narbe am proximalen bis distalen Oberschenkel

medial rechts, einen neuropathisch anmutenden Schmerzcharakter bei der Graft-Entnahmestelle am distalen Unterschenkel medial links sowie über eine rasche allgemeine Ermüdbarkeit und relativ grosse Leistungstoleranz ohne eigentliche pektanginöse Beschwerden mit Druckempfindlichkeit im oberen Drittel der Sternotomienarbe und ein leichtes Brennen ab und zu beim Wasserlösen berichtet (Urk. 9/96/27-28). Gemäss der rheumatologischen und neurologischen Anamnese klagte der Beschwerdeführer über intermittierende Kniegelenksbeschwerden anteromedial rechts mit blockierendem und stechendem Schmerzcharakter ohne eindeutige Schwellungszustände und rezidivierende Lumbalgien mit Ausstrahlung von lumbal nach gluteal in den dorsalen Oberschenkel bis zum Unterschenkel links dorsal, teilweise Taubheit am linken Bein hinten bis zur Fusssohle, dort von brennendem Charakter, akzentuiert beim nach vorne Bücken, Gehen von über 45 Minuten und bei längerem Stehen, ausserdem über seit Jahren bestehende,

ständig vorhandene zervikokapuläre Beschwerden im Bereich der HWS mit Ausstrahlung in Richtung des rechten Ellbogens und Einschränkung der Bewegungsfähigkeit nach rechts sowie in der Reklination und über massive Dysästhesie am Unterschenkel links bei der Graft-Entnahmestelle mit Taubheit auf der Innenseite mit Schmerz bei Berührung und mit teilweiser Gefühllosigkeit am ganzen linken Fuss

sowie manchmal bei Berührung ein Stechen am rechten Oberschenkel. Ausserdem beklagte er eine

grosse Müdigkeit und diffuse Beschwerden am ganzen Körper mit leichter Dyspnoe nach zirka 45

Minuten Spazieren in langsamem Tempo (Urk.

9/96/45-46, Urk. 9/96/54-55). In der psychiatrischen Untersuchung berichtete der Beschwerdeführer zusätzlich über Schmerzen in der rechten Schulter und ein Alkoholproblem von 1997 bis 2005. Aktuell trinke er seit zwei Wochen keinen Alkohol mehr, bis dahin habe er täglich zwei bis drei Gläser türkischen Raki zu sich genommen. Die somatischen Probleme führten dazu, dass er nachts nur schlecht schlafen könne

(Urk. 9/3738).

Die Gutachter schlossen interdisziplinär auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/96/9-10): - Chronisches zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M53.1) mit/bei - radiomorphologisch leichter Chondrose HWK 3/4 mit geringer nicht kompressiver medianer Protrusion, Chondrose HWK 6/7 mit foraminale Protrusion der Bandscheiben, erheblicher Einengung des Neuroforamens und konsekutiver Kompression der Nervenwurzel C7 rechts (MRT 2018)

- Status nach radikulärem sensiblem Reizsyndrom der Wurzel C7 rechts 2018 - klinisch segmentaler Dysfunktion mit eingeschränkter schmerzhafter Rotation nach rechts sowie endphasiger Reklinationseinschränkung; - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (ICD-10 M54.5) bei Status nach Diskushernie L5/S1 mit Sequestration und Kontakt zur Nervenwurzel S1 links im MRT vom April 2005; - mediale

Meniskopathie rechts (ICD-10 M23) mit/bei komplexer Innenmeniskusläsion von Pars intermedia zum Hinterhorn ziehend (MRT Kniegelenk rechts), grosse Plica

mediopatellaris in das patellofemorale Gleitlager einschlagend, bei regelrechten Kniegelenkbelägen femorotibial, sowie patellofemorale unauffällige mediale Kompartimente; - sternales Schmerzsyndrom im Rahmen der diagnostizierten koronaren Erkrankung (ICD-10 S29) bei Status nach Sternotomie für 3-fach aortokoronaren Bypass am 10. Oktober 2019; - koronare 3-Gefäß-Erkrankung (ICD-10 I25.1) mit - Status nach 3-fachem aortokoronarem Bypass mit/bei akutem Myokardinfarkt am 10. Oktober 2019

- anamnestisch primär verzögerte Wundheilung bei Wundheilungsstörung an den Beinen und verzögerte Konsolidierung des Sternums - 95%ige proximale Stenose des Ramus interventricularis anterior (RIVA), chronisch verschlossene RCX und RCA, offene rechte

Arteria

mammaria (LIMA) am RIVA, offene Venen an Ramus circumflexus (RCX) und Arteria coronaria dextra (RCA; Koronarangiographie vom 5. August 2020 wegen Thoraxschmerzen, EKG)

- normale systolische

linksventrikuläre Funktion (Echokardiographie, August 2020) - Status nach ambulanter kardialer Rehabilitation mit persistierender unterdurchschnittlicher Leistungsfähigkeit von 81 % der zu erwartenden Soll-Arbeitskapazität nach Beendigung der kardialen Rehabilitation, bedingt durch muskuläre Erschöpfung ohne Hinweise für eine kardiale Limitierung (Klinik für Innere Medizin/Kardiologie, Spital G. bis Februar 2021) - Status nach Behandlung aufgrund einer Wundheilungsstörung am Oberschenkel medial rechts nach Entnahme der Vena saphena magna beidseits im Rahmen der aortokoronaren Bypass-Operation vom 10.

Oktober 2019 (Türkei) mit Débridement und Exzision mit Primärverschluss und Anlage eines Epicutan-VAC

am 2. Dezember 2019 - kardiovaskulären Risikofaktoren (chronisch persistierender Nikotinkonsum mit Beginn im Alter von 10 Jahren, aktuell seit Myokardinfarkt ½ Päckchen pro Tag, insgesamt mindestens 80 pack year

[hypertensiv; ICD-10 F17.1], arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt [ICD-10 I10], Dyslipidämie, medikamentös behandelt [ICD-10 E78.2]; - Lungenemphysem (ICD-10 J43) bei chronischem Nikotinabusus und (aktenanamnestisch) mit apikal betontem paraseptalem Lungenemphysem (CT Thorax Dezember 2019); - rückenlagebetontes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS; Erstdiagnose März 2020, ICD-10 G47.3) mit/bei (anamnestisch) Intoleranz einer nächtlichen Maskenbeatmung, Lungenfunktion vom 5.

März 2020 mit leichtgradiger restriktiver Ventilationsstörung, relativer Lungenüberblähung und leicht eingeschränkter Diffusionskapazität im Rahmen des apikal betonten Lungenemphysems.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter die folgenden auf: Neuropathisches Schmerzsyndrom des Nervus saphenus links (ICD-10

G57.2) bei Status nach Stripping der Vena saphena im Rahmen einer AC-Bypassoperation vom 1. Oktober 2019; Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2), Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma vom 4. Januar 2020 und Rippenkontusion links bei Hypothermie und Blutalkoholspiegel von 2.4 Promille (ICD-10 S06); chronisch rezidivierende Prostatitis (ICD-10 N41) mit/bei regelmässiger Behandlung mit Duodart-Tabletten und unauffälliger urologischer Untersuchung (März 2021); anamnestisch Abgangsstenose der Arteria subclavia links mit deutlicher Blutdruckdifferenz (Urk. 9/96/10).

Aus klinisch-rheumatologischer Sicht bestehe sowohl in der letzten Tätigkeit als selbständiger Bar-Betreiber (Restaurationstätigkeit) als auch in einer körperlich leidensangepassten, leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Auch aus internistischer Sicht sei eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und ausserdem in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit gegeben. Aus neurologischer Sicht bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich keine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkende Krankheitsbilder gefunden; entsprechend bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der aktiv vorliegenden Alkoholabhängigkeit mit aktuell laborchemisch objektivierten CDT-Werten von 1.9%

(Norm < 1.6%) liege indes derzeit keine Fahreignung vor und es werde aus psychiatrischer Sicht dringend geraten, eine externe verkehrsmedizinische Abklärung zur Beurteilung der Fahreignung in die Wege zu leiten. Insgesamt schlossen die Gutachter auf eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeit bei einer Anwesenheit von acht Stunden pro Tag. Während dieser Anwesenheit bestehe eine um 30% reduzierte Leistungsfähigkeit zur Gewährung von regelmässigen Pausen. Rückwirkend habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab Oktober 2019 bestanden; die beschriebene 70%ige Arbeitsfähigkeit könne ab August 2020 angenommen werden. Körperlich regelmässig mittel- oder schwer belastende Tätigkeiten seien bleibend nicht mehr möglich. Zumutbar seien primär wechselbelastende, leichte bis selten mittel schwere Tätigkeiten ohne fixiert stehende oder sitzende Arbeitspositionen, ohne stereotype Rotationen der HWS und LWS, ohne Arbeiten mit anhaltenden Oberkörpervorneige- oder Oberkörper rückhaltepositionen und sehr häufigen Überkopfbewegungen mit den Schultergelenken, ohne ein regelmässiges berufsbefugtes Gehen auf unebenem Untergrund und ein regelmässiges Benützen von Treppen, Gerüsten sowie Leitern und ohne Exposition gegenüber inhalativen Noxen. Keine Einbussen bestünden in Bezug auf manuell zu verarbeitenden Tätigkeiten mit beiden Händen und auf die Gehfähigkeit in der Ebene auf ebenem Untergrund. Spezifische medizinische Massnahmen, welche einen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nach sich ziehen würden, könnten keine vorge schlagen werden. Anzustreben sei eine strikte Nikotinabstanz (Urk. 9/96/10-12). 4.2.2

Mit dem I.\_\_\_\_-Gutachten liegt ein interdisziplinäres Gutachten vor, mit welchem die geklagten

und anamnestisch erhobenen Beschwerden aus fachärztlicher Sicht beurteilt wurden.

Jedoch kann den von den Gutachtern getroffenen Schlussfolgerungen nicht abschliessend gefolgt werden.

So ist insbesondere in retrospektiver Hinsicht nicht nachvollziehbar, weshalb die Gutachter darauf schlossen, dass bereits ab August 2020 von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit und in einer leidensangepassten Tätigkeit von ( ab Oktober 2019 ) 0 % auf 70 %

( bei 30% ige m Rendement) a usz ugehen sei (Urk. 9/96/11-12). Eine Erläuterung zu einer solchen Veränderung und insbesondere zu einer entsprechenden gesundheitlichen Verbesserung ab diesem Zeitpunkt (Anfang August 2020) ist weder der Konsensbeurteilung (Urk. 9/96/11-12) noch den Teilgutachten zu entnehmen ( Urk. 9/96/ 35, Urk. 9/96/43, Urk. 9/96/51, Urk. 9/96/59-60 ) . Eine detaillierte und begründete Verlaufsbeurteilung wäre indes angezeigt gewesen , da der Beschwerdeführer

von August 2020 bis Mitte Februar 2021 drei Mal stationär und ausserdem mittels einer 12-wöchigen kardi alen Rehabilitation behandelt wurde respektive behandelt werden musste. Und zwar war er in der Zeit der angeblichen Leistungssteigerung

vom 2.

bis 6. August 2020 zunächst wegen Thoraxbeschwerden

im Universitären Herzzentrum des E.\_\_\_\_

(Urk.

9/73/25-29) und kurz darauf, vom 11.

bis 16. August 2020 , wegen einer Entzündung des Dickdarms

in der Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäss chirurgie des Spitals D.\_\_\_\_

( Urk. 9/73/1-2) sowie wenig später , vom 12. bis 22. September 2020 , in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der psychiatrischen Klinik F.\_\_\_\_

im Rahmen eines für sorgerischen Freiheitsentzuges nach Alkoholintoxikation und psychischen sowie Verhaltensstörungen durch Alkohol

(Urk. 9/ 73/6-7 ) stationär behandelt worden.

Eine 70%ige Arbeitsfähigkeit während diesen stationären Behandlungen wäre naturgemäss nicht umsetzbar gewesen.

Hinzu kommt, dass in dieser Zeit laut Dr.

med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie und für Handchirurgie, bis zur Sprechstunde vom 28. August 2020 die Behandlung der verspätet diagnostizierten suprabasalen Querfraktur des Mittelphalanx am Mittelfinger ( Dig . III) der rechten Hand vom 13. Mai 2020 erfolgt war .

Selbst anlässlich dieser Sprechstunde persistierten gemäss dem Bericht vom 1. September 2020 noch eine geringe Restschwellung, eine geringe Restdruckdolenz und eine minimale Einschränkung der Handbeweglichkeit bei ansonsten geheilter Fraktur (Urk. 9/86/30-31). Obschon diese Verletzung aktenkundig war, wurde sie im I.\_\_\_\_ -Gutachten nicht berücksichtigt. Es ist indes möglich, dass diese Verletzung zusammen mit den übrigen Beschwerden die Arbeitsfähigkeit zusätzlich zumindest teil- und zeitweise (auch noch ab oder im August 2020) beeinträchtigt hat.

Gemäss den Berichten des Spitals G.\_\_\_\_

vom 16.

September 2020 und 26.

März 2021 fand sodann

nach den stationären Behandlungen

in der Zeit vom

23.

September 2020 bis am

#### **E. 1.4**

Im September 2020 hatte sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung erneut zum Bezug von Leistungen angemeldet (Eingang: 16.

September 2020; Urk. 9/58; nachträglich datiert und unterzeichnet am 2. und 20. Oktober 2020, Urk. 9/65, Urk. 9/74). Die nunmehr zuständige Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle,

teilte dem Versicherten am 16.

Oktober 2020 mit, dass sie den Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen

geprüft habe und derzeit aufgrund seines Gesundheitszustandes keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/71).

Ausserdem klärte sie die medizinischen Verhältnisse ab und holte dazu unter anderem das interdisziplinäre Gutachten des I.\_\_\_\_ vom 1.

Dezember 2021 ein (Urk. 11/96). Mit Vorbescheid vom 10. Januar 2022 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens betreffend eine Invalidenrente an (Urk. 9/98). Der Versicherte erhob dagegen am 12. Januar

2022 Einwände (Urk. 9/99). Mit Verfügung vom 8.

April 2022 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 9/107 = Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 17. Mai 2022 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 8. April 2022 sei aufzuheben und es seien ihm die ihm von Gesetzes wegen zustehende Rente sowie berufliche Massnahmen zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte der Beschwerdeführer um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege und Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertreterin in der Person von Rechtsanwältin Anna Willi, Zürich (Urk. 1 S. 2). Mit der Beschwerde reichte der Beschwerdeführer den Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 14.

März 2022 (Urk. 3/3), den Austrittsbericht des Notfallzentrums der Klinik K.\_\_\_\_ vom 13.

April 2022 (Urk. 3/4) und

den Kurzaustrittsbericht der Akutpsychiatrie für Erwachsene, Akutstation, der integrierten Psychiatrie L.\_\_\_\_ vom 20. April 2022 (Urk.

3/5)

ein .

Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 23. Juni 2022 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

## **E. 2**

6. Januar

2004 vereinte die IV-Stelle Schwyz einen Anspruch auf eine Rente und auf berufliche Massnahmen bei einem Invaliditätsgrad von 15 %

(Urk. 9/19).

### **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 unbeschrieben 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 und BGE 145 V 215 E. 5 ff. mit Bezug auf Abhängigkeitssyndrome beziehungsweise Substanzkonsumstörungen).

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 Anspruchsgrundlage 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 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; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanmeldung 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 Zusprechung 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 revisions rechtlichen 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**

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 mit weiteren Hinweisen). 3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, gestützt auf das I.\_\_\_\_-Gutachten (vom 1. Dezember 2021; Urk. 9/96) und die abschliessende Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (vom 6. Dezember 2021; Urk. 9/97/6-8) sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem 11. Oktober 2019 in seiner bisherigen Tätigkeit als selbständiger Barbetreiber und auch in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Ab dann laufe die einjährige Wartezeit. Ab dem 1. August 2020 seien dem Beschwerdeführer leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende und rückergeronomische Tätigkeiten, zu der auch die bisherige Tätigkeit als Barbetreiber gezählt werden könne, mit einem Pensum von 70

% zumutbar. Zu vermeiden seien fixiert stehende oder sitzende Arbeitspositionen, stereotype Rotationen von Halswirbelsäule (HWS) und Lendenwirbelsäule (LWS), anhaltende Oberkörper-, Vorhalte- oder Rückhaltepositionen, Überkopfarbeiten, Gehen auf unebenem Untergrund sowie regelmässiges Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten. Ebenso seien Tätigkeiten mit Expositionen inhalativer schädigender Stoffe (zum Beispiel Tabakrauch) und das Führen von Fahrzeugen oder das Bedienen von gefährlichen Maschinen ungeeignet. Die Einschränkung von 30 % ergebe sich aus der bestehenden Leistungsminderung und dem erhöhten Pausenbedarf. Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 30 %. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % sei, sei es dem Beschwerdeführer möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Somit bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente

(Urk. 2 S. 1 f.). 3.2

Der Beschwerdeführer macht dagegen geltend, er sei von vielen Erkrankungen gleichzeitig betroffen. Und zwar leide er unter einer Herzkrankheit, Rückenproblemen, starken Schmerzen an den Knien und Schultern sowie unter psychischen Einschränkungen. Nebst einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, bestünden ein Abhängigkeitssyndrom und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Infolge akuter Suizidalität habe er ab dem 5. April 2022 stationär behandelt werden müssen. Ausserdem bestünden diverse medizinische Probleme, die noch nicht abschliessend abgeklärt seien. Er sei in seiner Leistungsfähigkeit viel mehr eingeschränkt, als dies von den Gutachtern angenommen worden sei. Der behandelnde Neurologe Dr. J. \_\_\_ gehe nur schon unter Berücksichtigung der neurologischen Befunde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit aus. Aufgrund der multimorbiden Einschränkungen sei die Restarbeitsfähigkeit zudem nicht mehr verwertbar. Sofern dennoch von einer verwertbaren Resterwerbsfähigkeit ausgegangen würde, seien ihm berufliche Massnahmen zuzusprechen. Auf diese sei er infolge der starken Einschränkungen seines Arbeitsprofils und der krankheitsbedingten langjährigen Arbeitsmarktabwesenheit angewiesen (Urk. 1 S. 3 f.).

In der Replik bringt der Beschwerdeführer zusätzlich vor, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt ungenügend festgestellt. Denn es würden widersprüchliche Beurteilungen betreffend die Arbeitsfähigkeit zweier identisch qualifizierter neurologischer Experten vorliegen, einerseits die Einschätzung des I. \_\_\_ -Gutachters Dr. med. N. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie, welche im I. \_\_\_ Gutachten vom 1.

Dezember 2021 in der Konsensbeurteilung aufgeführt sei,

andererseits jene

des Neurologen Dr.

J. \_\_\_ vom 14. März 2022. Dem I. \_\_\_ Gutachten komme kein erhöhter Beweiswert zu im Vergleich zur Einschätzung von Dr. J. \_\_\_ , der - im Gegensatz zum I. \_\_\_ -Gutachten - seine Einschätzung ausführlich begründet habe. Auf das I. \_\_\_ -Gutachten könne zumindest in neurologischer Hinsicht nicht abgestellt werden. Die Sache sei daher an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Beurteilung und Einholung eines Obergutachtens zurückzuweisen. Des Weiteren habe die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt offensichtlich unrichtig beziehungsweise willkürlich festgestellt beziehungsweise eine falsche Rechtsanwendung begangen, indem sie angenommen habe, eine 70%ige Tätigkeit (100 % mit 30 % Pausen)

in der angestammten Tätigkeit als selbständiger Barkeeper (respektive Barbesitzer) führe zu einer 30%igen Lohneinbusse. Die diesbezügliche Ausführung im angefochtenen Entscheid sei insofern aktenwidrig, als die 30 % ausschliesslich auf einen erhöhten Pausenbedarf zurückzuführen seien, wie auch der RAD Stellungnahme vom 10. Januar 2022 (Urk. 9/97/7) zu entnehmen sei. Dagegen habe die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 2) erklärt, die Einschränkung von 30 % ergebe sich aufgrund der bestehenden Leistungsminderung und des erhöhten Pausenbedarfs, was einem Invaliditätsgrad von 30 % entspreche. Insoweit er, der Beschwerdeführer, als selbständiger Barbesitzer aber in regelmässigen zeitlichen Abständen Pausen im Umfang von 30 % seiner Arbeitszeit benötige, müsste er zur Deckung dieses Arbeitsausfalles jeweils einen zusätzlichen Angestellten beschäftigen. Einen Angestellten könne er jedoch - während einer Stunde - nicht jeweils während lediglich 18 Minuten beschäftigen und dann immer wieder während 42 Minuten in eine unbezahlte Pause senden. Faktisch müsste er damit eine weitere Arbeitskraft zu 100 % (oder nahezu 100 %) einstellen. Damit sei er entweder als selbständiger Barbesitzer nicht mehr arbeitsfähig oder es seien ihm die Kosten eines weiteren Mitarbeiters anzurechnen, woraus sich eine Lohneinbusse von über 40 % ergeben würde. Zwar würde das Abstellen auf sonstige Hilfsarbeiter, etwa als angestellter Barkeeper in einem grösseren Team, nur eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % ergeben. Allerdings sei der Durchschnittslohn für Hilfsarbeiter deutlich tiefer als sein letztes Einkommen aus selbständiger Erwerbstätigkeit. Entsprechend würden Lohneinbussen über 40 % resultieren. Die Beschwerdegegnerin habe diese Berechnung noch nicht vorgenommen, indem sie unzulässigerweise auf eine Lohneinbusse von 30 % bei der selbständigen Erwerbstätigkeit geschlossen habe, ohne den Bedarf an zusätzlichen Mitarbeitern mit deutlich höherem Pensum miteinzubeziehen. Aufgrund der faktischen Teilzeitarbeit wäre zudem ein Abzug vom Tabellenlohn zu machen. Dies umso mehr, als die Tabellenlöhne notorisch zu hoch seien und keine angemessene Berechnungsgrundlage darstellen würden. Hierzu werde auf die vom Bundesparlament genehmigte Motion Nr. 22.3377 verwiesen

(Urk. 21 S. 3 ff.). 3.3

### 3.3.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die (nachgebesserte) Neuanmeldung des Beschwerdeführers

mit Eingang im September 2020 (Urk. 9/58), nachträglich datiert und unterschrieben am 2. respektive 20. Oktober 2020 (Datum, Urk. 9/65; Datum und Unterschrift, Urk. 9/74), eingetreten. Das Gericht hat daher in materiell-rechtlicher Hinsicht vorab zu prüfen, ob und gegebenenfalls inwiefern sich die anspruchrelevanten tatsächlichen Verhältnisse seit der letzten, mit Verfügung vom 13. März 2006 bei einem Invaliditätsgrad von 15 % erfolgten Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 9/36) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2022 (Urk. 2) in anspruchsbegründendem Ausmass verändert haben. Dieser Zeitpunkt (8. April 2022) bildet 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). 3.3.2

Soweit der Beschwerdeführer die Zusprache beruflicher Massnahmen beantragt, ist auf die Beschwerde mangels eines Anfechtungsgegenstandes (vgl. dazu BGE 144 I 11 E. 4.3)

nicht einzutreten. Denn Gegenstand der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2022 (Urk. 2) bildet allein der Anspruch auf eine Invalidenrente. Bezüglich berufliche Massnahmen hatte die Beschwerdegegnerin dagegen im formlosen Verfahren ( Art. 51 ATSG und Art. 74 ter IVV in Verbindung mit Art. 58 IVG ) mit Mitteilung vom 16. Oktober 2020 festgehalten , dass derzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 9/71). Der Erlass einer anfechtbaren Verfügung war nicht verlangt worden (vgl. Art. 51 Abs. 2 ATSG) und eine solche liegt auch nicht vor .

Strittig und zu prüfen ist im Folgenden allein der Anspruch auf eine Invalidenrente nach der Neuanmeldung im September 2020 (Urk. 9/58 ). 4. 4.1

Die IV-Stelle Schwyz ging bei Erlass der Verfügung vom 13. März 2006 gemäss ihrem Feststellungsblatt vom 3. März 2006 von den folgenden Beschwerdebildern aus :  
Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Diskushernie L5/S1 paramedian links mit umschriebener Sequestration, ohne motorische Ausfälle, mit fraglicher Sensibilitätsminderung entlang des Dermatoms S1 links; Asthma bronchiale; Alkoholproblematik zur Zeit recht gut stabilisiert seit über 1,5 Jahren; depressive Verstimmungen (Urk.

9/35/2).

Seither sind diverse weitere Beschwerdebilder dokumentiert worden, namentlich eine im Jahr 2018 behandelte Diskushernie

HWK

6/7 (Urk . 9/86/73-75) , Herzbeschwerden mit Herzinfarkt am 10.

Oktober 2019 (Urk. 9/69/3, Urk. 9/73/3, Urk. 9/73/20), ein Lungenemphysem (Urk. 9/73/12, Urk. 9/73/59, Urk. 9/78/15), eine Querfraktur am rechten Mittelfinger im Mai 2020 (Urk. 9/86/69, Urk. 9/86/30-31) und eine komplexe Innenmeniskusläsion am rechten Knie (Urk. 9/86/17). Ausserdem fanden diverse stationäre Behandlungen und eine ambulante kardiale Rehabilitation im Zeitraum von Dezember 2019 bis Februar 2021 zur Behandlung einer Wundheilungsstörung am Oberschenkel, eines leichten Schädelhirntraumas und einer Rippenkontusion nach einem Sturz, von ätiologisch unklaren Thoraxschmerzen, einer Entzündung des Dickdarms , der Alkoholintoxikation und Herzbeschwerden

statt ( Urk. 9/73/1, Urk. 9/73/6, Urk. 9/73/20, Urk. 9/73/25, Urk. 9/73/58-60, Urk. 9/87; vgl. Sachverhalt Ziff.

## **E. 6**

1, Urk. 9/30/46 ). Die Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) , welche sie mit Verfügung vom 20. Juni 2005 per Ende Juni 2005 einstellte ( Urk. 9/30/11-12).

Am 16. Oktober 2005 meldete sich der Versicherte erneut bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung

zum Leistungsbezug an und machte eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes, insbesondere seiner Rückenbeschwerden geltend (Urk. 9/21). Die IV-Stelle Schwyz holte unter anderem die Unfallakten der Suva ( Urk. 9/30) ein. Mit Verfügung vom 13. März 2006 wies die IV-Stelle Schwyz das Leistungsbegehren bei unverändertem Invaliditätsgrad

von 15 % ab ( Urk. 9/36).

## **E. 8**

) . Am 21. September 2022 zog der Beschwerdeführer sein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege zurück ( Urk. 11). Mit Eingabe vom 7. Oktober 2022 teilte Rechtsanwältin Anna Willi dem Gericht mit, dass ihr Mandat für den Beschwerdeführer beendet sei (Urk. 13 -15 ). In der Replik vom 28. November 2022 hielt der Beschwerdeführer , nunmehr vertreten durch Rechtsanwalt Matthias Fricker, Winterthur, sinngemäss an seinen Anträgen fest, welche er dahingehend präziserte, dass sich eine Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zur erneuten Abklärung aufdränge und dass bei der Entschädigung für die anwaltliche Vertretung eine Kleinspesenpauschale von 3 % sowie die Mehrwertsteuer von 7,7

% zu berücksichtigen seien ( Urk. 21 S. 2 und S. 6). Ausserdem bestätigte er den Rückzug des Antrages auf unentgeltliche Rechtspflege und Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters ( Urk. 21 S. 2) und reichte sein Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2022 (Urk. 22/1) mit Beilagen ein, mit welchem er dieser in Ergänzung zum «Ver schlechterungsgesuch / Neuanmeldung» vom 29. Juni 2022 die Berichte von Dr. J.\_\_\_\_ vom 4. April 2022, der Radiologie M.\_\_\_\_ vom 16. März 2022 und der Klinik für Kardiologie des Universitären Herzzentrums des E.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2022 sowie des Schmerzzambulatoriums des Instituts für Anästhesiologie des E.\_\_\_\_ vom 23. August 2022 hatte zukommen lassen (Urk. 22/ 2 -6) . Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 27.

Januar 2023 auf eine weitere Stellungnahme (Duplik; Urk. 24), was dem Beschwerdeführer am 2. Februar 2023 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 25). 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 8. April 2022 ( Urk. 2) erging nach dem 1. Januar 2022. Da angesichts der Neuanmeldung von September/Oktober 2020 ( Urk. 9/58, Urk. 9/65, Urk. 9/74) indes 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 auch in dieser Fassung zitiert werden. 2.

## **E. 8.7**

( 10.1 ./. 0.4 ./. 1) Stunden unter Anwendung des gerichtsblichen Ansatzes von Fr. 220.-- auf Fr. 1'914.-- festzusetzen; die Bemühungen des Rechtsdienstes Inclusion Handicap von drei Stunden sind beim gerichtsblichen Ansatz von Fr.

185.-- mit Fr. 555 .-- zu entschädigen. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Kleinspesenpauschalen von 3 %

und der Mehrwertsteuer von 7.7 % ist die Prozessentschädigung auf Fr. 2'679.-- ( [Fr. 1'914.-- + Fr. 555 .--] x 103 % x 107.7%) zu bemessen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird, soweit darauf eingetreten wird, in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 8. April 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. 8 00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2' 679 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

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

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

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

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

## **E. 13**

Februar 2021 eine 12-wöchige ambulante kardiale Rehabilitation statt. Zwar habe eine Zunahme der Leistungsfähigkeit bei den Trainingsaktivitäten erreicht werden können, jedoch sei diese zu Beginn der Rehabilitation mit 66 % der zu erwartenden Sollkapazität noch deutlich unterdurchschnittlich (bei Abbruch der Untersuchung bei vorwiegend respiratorischer Erschöpfung) und auch noch nach Abschluss der Behandlung mit 81 % der zu erwartenden Sollleistung (bei muskulärer Erschöpfung ohne ersichtliche kardiale

Limitierung) weiterhin unterdurchschnittlich

gewesen (Urk.

9/86/25 -26 , Urk. 9/87 ) . Auch hieraus erschliesst sich nicht ohne Weiteres eine erhebliche Steigerung der Leistungsfähigkeit bereits ab August 2020 respektive nach den stationären Behandlungen ab dem 23.

September 2020.

Dies gilt insbesondere auch mit Blick auf das allgemein-internistische I.\_\_\_\_ Teilgutachten, wo unter dem Titel

« Diskussion der Akten und früheren Untersuchungen aus allgemeininternistischer Sicht»

das Folgende festgehalten wurde :

Dr. med. P.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und beratender Arzt für die Krankentaggeldversicherung, habe in seiner Aktenbeurteilung vom 6. April 2020 ( Urk. 9/78) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Beginn des Myo kardinarktes im Oktober 2019 bis mindestens Ende Juni 2020 postuliert mit einer möglichen Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch ein regelmässiges ambulantes Training; und es sei aus versicherungsmedizinischer Sicht erwartet worden, dass wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erzielt werden sollte. Die vorgeschlagene kardiale Rehabilitation sei effektiv bis im Februar 2021 durchgeführt worden, wobei indes keine nennenswerte Verbesserung der kardialen Leistungsfähigkeit durch die durchgeführten Massnahmen habe erzielt werden können (Urk. 9/96/34). Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde schliesslich erklärt, dass eine retrospektive Einschätzung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus allgemein-internistischer Sicht nicht möglich sei, weil sich die involvierten Internisten und Kardiologen in den letzten vorliegenden Berichten nicht spezifisch zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit geäussert hätten. Die attestierte 70%ige Arbeitsfähigkeit gelte aber mit Sicherheit ab Datum des Gutachtens ( 1. Dezember 2021; Urk. 9/96/35).

Vor diesem Hintergrund ist die aus polydisziplinärer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 %

in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit mit Beginn bereits ab August 2020 in retrospektiver Hinsicht nicht schlüssig begründet . Dies ist ergänzend abzuklären.  
4.2.3

Die Gutachter beurteilten ferner die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit , der selbständigen Führung eines Barbetriebes der B.\_\_\_\_ GmbH (Urk. 9/96/29) , von welcher die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ohne Einkommensvergleich im Sinne eines Prozentvergleichs (vgl. dazu Urteil

des Bundesgerichts 8C\_364/2015 vom 18. Dezember 2015 E. 3.2 und 9C\_888/2014 vom 4. Februar 2015 E. 2) ausging ( Urk. 2 S. 2).

Zu dieser Tätigkeit ist bekannt, dass der Beschwerdeführer ein ziger Gesellschafter und Geschäftsführer seiner

Arbeitgeberin B.\_\_\_\_ GmbH war

(www.zefix.ch) . Wie die Gutachter feststellten (Urk. 9/96/29, Urk. 9/96/ 59 ) , liegt indes kein Arbeitgeberbericht und dementsprechend kein detailliertes Belastungsprofil zur Tätigkeit des Beschwerdeführer s vor. Der neuro logische I.\_\_\_\_ -Gutachter verzichtete daher ganz auf die Einschätzung der Arbeits fähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und beantwortete

die Frage der Arbeitsfä higkeit allgemein beziehungsweise allein in einer leidensangepassten Tätigkeit (Urk. 9/96/59 -60 ).

Im allgemein-internistischen Teil wurde dazu - offenbar nach Angaben des Beschwerdeführer s anlässlich der Begutachtung - zumindest

fest gehalten, er sei in der Bar für alles zuständig gewesen, das heisse für Einkäufe der Getränke, das Bedienen der Kunden, Reinigungsarbeiten und so weiter (Urk. 9/96/29). Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang sich der Beschwerde führer

dabei bereits in der Zeit unmittelbar vor Eintritt des Gesundheitsschadens als geschäftsführender Barbetreiber auf ihn entlastende Mitarbeit er verlassen konnte, ist unklar. Der neurologische I.\_\_\_\_ -Gutachter hielt in seinem Teilgutachten zwar fest, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass er nach 2005 bis zum Herzinfarkt im Oktober 2019 in der Gastronomie tätig gewesen sei und ein eige nes Restaurant zusammen mit einem Mitarbeiter geführt habe, wobei er vor allem gekocht habe und die schwereren Arbeiten von seinem Angestellten erledigt worden seien ( Urk. 9/96/55). Jedoch sind diese Angaben möglicherweise irrefüh rend, da der Beschwerdeführer zuletzt einen Barbetrieb und nicht ein Restaurant führte ; dieses hatte er laut seinen Angaben gegenüber dem psychiatrischen I.\_\_\_\_ Gutachter von 2008 bis 2010 betrieben ( Urk. 9/96/39; vgl. auch Protokoll zum Standortgespräch vom 16.

Oktober 2020 , Urk.

9/69/ 2 ). Ob der Beschwerdeführer auch in der Bar einen Mitarbeiter angestellt hatte und dieser die schwereren Arbeiten verrichtet hat, bleibt damit unklar. Der Beschwerdeführer (Urk.

1 S. 4 f.) wendet zudem zu Recht ein, dass der regelmässige Pausenbedarf im Umfang von insgesamt 30 % (Urk. 9/96/11-12) nicht ohne Weiteres mit der Funktion eines Barbetreiber s vereinbar ist und die (hierfür allenfalls - je nach Aufgaben auf tei lung - nötige zusätzliche) Anstellung eines Mitarbeiters eine Lohneinbusse mit sich bringen würde .

Es ist daher zweifelhaft und ungeklärt , ob die letzte Tätigkeit mit dem von den Gutachtern aus interdisziplinärer Sicht beschriebenen noch zumutbaren Belast barkeitsprofil und dem regelmässigen Pausenbedarf im Umfang von insgesamt 30 %

(Urk. 9/96/ 11-12 ) vereinbar ist. Mit anderen Worten kann nicht ausge schlossen werden, dass die I.\_\_\_\_ -Gutachter bei Kenntnis des genauen Belastungs profils der bisherigen Tätigkeit die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit anders beurteilt hätten. Hierzu bedarf es daher ebenfalls eine r ergänzende n Abklärung und zur Invaliditätsbemessung allenfalls eine s Einkommens- und nicht bloss eine s Prozentvergleich s . 4.2.4

Auf das I.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1. Dezember 2021 kann bereits aufgrund des Gesag ten zur Bestimmung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin

nicht abschliessend abgestellt werden. 4. 3 4.3.1

Des Weiteren liegen die folgenden neuen ärztliche n Berichte vor, welche nach der I.\_\_\_\_ -Begutachtung vom Oktober 2021 ( Urk. 9/96/ 5 ) erstellt wurden und im I.\_\_\_\_ Gutachten daher keine Berücksichtigung fanden .

Diese neuen Berichte betreffen teilweise den Zeitraum bis zum Erlass der ange fochtenen Verfügung vom 8. April 2022 (Urk.

2) , welche die zeitlichen Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis in diesem Verfahren darstellt (vgl. BGE 143 V 409 E. 2.1) . Die Berichte, die nach dem Verfügungszeitpunkt datieren, sind rechtsprechungsgemäss insofern zu berücksichtigen, als sich daraus Rückschlüsse auf den Sachverhalt bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung ziehen lassen (vgl. Urteil des Bundesgericht s 9C\_269/2021 vom 9. Juli 2021 E. 2.4 mit Hinweis). 4.3.2

Gemäss dem Bericht des Hausarztes dipl. med. Q.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2022 bestehen noch diverse medizinische Probleme, die als nicht austherapiert gelten würden respektive nicht fertig abgeklärt seien. Diesbezüglich müsse er den Beschwerdeführer an diverse Spezialärzte aus der Neurologie, Rheumatologie, Orthopädie, Urologie und Kardiologie zuweisen, um die medizinische Situation insgesamt bestenfalls zu verbessern.

Die von der Beschwerdegegnerin empfohle nen Arbeitsbedingungen (leichte Tätigkeit ohne statische Haltung oder Dreh bewegung, ohne repetitive Handlungen, ohne Führen von Fahrzeugen und so weiter) seien im aktuellen Arbeitsmarkt angesichts der vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden derzeit nicht realistisch (Urk. 9/106/1).

Im Bericht vom 14. März 2022 führte Dr. J.\_\_\_\_

zur neurologischen und elekt rodiagnostischen Untersuchung gleichen Datums aus, beim Beschwerdeführer mit koronarer Herzkrankheit (KHK), Status nach 4-fachem AC-Bypass , bestehe einer seits eine chronische Zervikalgie mit einer chronischen irritativen Radikulopathie C7 beidseits , andererseits als Hauptbefund im Vordergrund die chronischen neu ropathischen Schmerzen bei iatrogener Saphenusläsion rechts Mitte

Oberschenkel und links im Unterschenkelbereich bei hier scar-tethering . Es komme beim Beschwerdeführer zu einem neuropathischen Schmerzareal im Bereich des Saphenusareal s rechts im medialen Oberschenkelbereich und links im medialen Unterschenkelbereich. Durch diese neuropathischen Schmerzen sei en die Lebens qualität erheblich und die Gehfähigkeit deutlich beeinträchtigt, was sich sekundär ungünstig auf den allgemeinen Gesundheitszustand , insbesondere das körperliche Aktivitätsniveau ausgewirkt habe. Bei den aktuellen Befunden sehe

er eine Arbeitsfähigkeit für jegliche Tätigkeiten, insbesondere auf dem Bau und im Gastro nomie-Gewerbe von

0 % (Urk. 3/3 S. 2).

Am 4. April 2022 fand bei Dr. J.\_\_\_\_ gemäss dessen Bericht gleichen Datums ( Urk. 22/3) eine Verlaufskontrolle zur Besprechung der MRT-Befunde der HWS vom 16. März 2022 ( Urk. 22/4) statt. Verglichen mit der Voruntersuchung vom 8. Mai 2018 habe das aktuelle MRT der HWS im Segment HWK 6/7 eine progrediente Diskusextrusion und eine bilaterale Unkovertebralarthrose mit dadurch neuer leichtgradiger Spinalkanalstenose (ohne sichtbare Myelopathie) und leicht gradiger bilateraler Foramenstenose ergeben sowie im

Segment HWK 3/4 eine progrediente

Diskusprotrusion und Unkovertebralarthrose rechts mit dadurch neuer mässiggradiger Foramenstenose rechts (Urk. 22/3 S. 1, Urk. 22/4). Dr. J.\_\_\_\_ erklärte dazu, die MRT-Befunde hätten keine wesentlichen Über raschungen gebracht und als Hauptbefund die bekannte und progrediente Segmentdegeneration HWK 6/7 mit auf dieser Höhe leichter Spinalkanalstenose ohne Myelopathie gezeigt. Die Behandlung werde vorerst ohne operativen Eingriff durch einen Chiropraktiker erfolgen, gefolgt allenfalls von Physiotherapie und computertomographisch gesteuerte r Nervenwurzel-Infiltration der C7 beidseits ( Urk. 22/3).

Dem Austrittsbericht des Notfallzentrums der Klinik K.\_\_\_\_ vom 13. April 2022 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer

am 5. April 2022 durch den Rettungsdienst bei Verdacht auf Aortendissektion, bei plötzlichen starken retrosternalen Schmerzen und Blutdruckdifferenz an den Armen notfallmässig zuge wiesen und bis am 11. April 2022 behandelt wurde. Er habe bei Eintritt über starke retrosternale Schmerzen und Berührungsempfindlichkeit auf der linken Körperhälfte berichtet. Er habe das intermittierend verschriebene Morphinum, das bei den seit der Sternotomie vor 1.5 Jahren bestehenden thorakalen Schmerzen geholfen habe, seit einem Monat nicht mehr gehabt. Er habe dann aufgrund der Schmerzen vor zwei bis drei Tagen wieder angefangen, Alkohol zu trinken, zirka zwei bis drei Flaschen Wein pro Tag. Am Morgen der Einweisung sei es ihm so schlecht gegangen, dass er lebensmüde gewesen sei und zusammen mit dem Wein in suizidaler Absicht mehrere Tabletten eingenommen habe. Es seien die folgenden Diagnosen gestellt worden: Akute Suizidalität mit/bei Tabletten und Alkoholkonsum in suizidaler Absicht ( 5. April 2022); akute thorakale Schmerzen, Abschluss ACS

( Acute  
Coronary  
Syndrome )  
/

Aorten-Dissektion (5. April 2022), differentialdiagnostisch muskuloskelettal, Poststernotomie -Schmerzsyndrom; Alkoholabusus bei Status nach stationärem Entzug zirka 2005, aktuell seit zwei bis drei Tagen Alkoholkonsum (zwei bis drei Flaschen Wein pro Tag); signifikante kurzstreckige Stenose der linken Arteria subclavia am Abgang; Verdacht auf Aspiration bei dorsobasalen Infiltraten; arterielle Hypertonie; Status nach Bypass-Operation 2019 in der Türkei. Zur weiteren psychiatrischen Abklärung im stationären Rahmen sei die Verlegung in die L.\_\_\_\_ organisiert worden (Urk. 3/4 S. 1 f.) .

Gemäss dem Kurzaustrittsbericht der L.\_\_\_\_ vom 20. April 2022 wurde der Beschwerdeführer dort vom 6. bis 20. April 2022 stationär psychiatrisch-psychologisch behandelt. Der Beschwerdeführer habe bei Eintritt eine depressive Symptomatik und Suizidgedanken bei akuter Alkoholintoxikation beschrieben. Es seien die folgenden Austrittsdiagnosen gestellt worden: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit/bei Verdacht auf psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom ( Zolpidem ) ; psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom mit/bei Status nach Entzug (

Klinik A.\_\_\_\_ 2005) und C2-Rückfall seit drei Tagen (C2: Abkürzung für

die chemische Formel  $C_2H_5OH$  = Alkohol); chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren; Ausschluss ACS und Aortendissektion ( 5. April 2022), differentialdiagnostisch muskuloskelettal / Poststernotomie -Schmerzsyndrom , differentialdiagnostisch chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach Herzinfarkt mit 4-fach Bypassoperation in der Türkei, Entnahme der Vena saphena magna beidseits, Behandlung im C.\_\_\_\_ auf grund einer Wundheilungsstörung am Oberschenkel medial rechts mit Débridement und Exzision am 2. Dezember 2019; Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) am 4.

Januar 2020 bei C2-Überkonsum. Er habe in gebessertem psychischem Zustand in die bisherigen Wohnverhältnisse austreten können. Eine ambulante Nachbehandlung sei organisiert worden (Urk. 3/5 S. 1 f.).

Am 18. Mai 2022 fand gemäss dem Bericht der Klinik für Kardiologie des E.\_\_\_\_

gleichen Datums eine kardiologische Verlaufskontrolle statt. Der Beschwerdeführer habe über belastungsabhängige Brustkorbschmerzen vor allem links geklagt, welche auf Druck auslösbar seien und im Bereich der Sternotomie vor allem druckdolent seien. Aktuell bestünden eine Herzinsuffizienz der Klassifikation NYHA

II-III ( New York Heart Association -Classification ), eine Dekonditionierung und der Verdacht auf eine Neuralgie post

Sternotomie . Nebst den bekannten Diagnosen ( betreffend koronare Erkrankung, Neuropathie des Nervus saphenus links, Status nach SHT, OSAS, Nervenwurzel -Reizsyndrom mit/bei Diskushernie HWK 6/7, Innenmeniskusläsion Knie rechts ) führten die Ärzte der Kardiologie ausserdem die Diagnose einer Periarthritis humeroscapularis (PHS) rechts auf

mit/bei hochgradiger Partialruptur am Supraspinatus , welche sich in der dynamischen Testung auch leicht erweitert habe, der Biceps ebenso leicht, instabil und Status nach Sturz 2004 (Urk. 22/6 S. 1 f.) . Der Beschwerdeführer habe sich klinisch in gutem Allgemeinzustand gezeigt, kardial kompensiert mit normotensiven Blutdruckwerten. Zusammenfassend sei aufgrund der Ergebnisse der klinischen , apparativen und laborchemischen Untersuchungen (u.a. EKG, Echokardiographie, Fahrrad-Ergometrie) von einem stabilen kardialen Verlauf bei schmerzgeplagtem und dekonditioniertem Patienten aufgrund einer reduzierten körperlichen Aktivität im Alltag und persistierendem Nikotinkonsum auszugehen. Zur Beurteilung der thorakalen Schmerzen werde eine Vorstellung in der Schmerzsprechstunde empfohlen (Urk. 22/6 S. 3).

Eine solche Behandlung der thorakalen Beschwerden fand gemäss dem Bericht des Schmerzambulatoriums des Instituts für Anästhesiologie des E.\_\_\_\_ vom 23. August 2022 mittels einer Infiltration des Sternoklavikular -Gelenkes links statt, welche zu einer kompletten Regredienz der Beschwerden geführt habe. Zwei bis drei Tage nach der Infiltration hätten sich indes pectorale Beschwerden beidseits manifestiert, die jeweils bei Aktivierung des Musculus pectoralis exazerbierten würden. In der klinischen Untersuchung habe sich eine Allodynie des gesamten Musculus pectoralis beidseits mit Schmerzspitzen bei Bewegung gezeigt. Von weiteren diagnostisch-therapeutischen Infiltrationen werde angesichts dieser subjektiv widersprüchlichen Erfahrung auf die Infiltration (keine proximale Sternumscherzen mehr, dafür pectorale Schmerzen beidseits

) abgesehen (Urk. 22/5 S. 2). 4.3. 3 Diese Berichte stellen teilweise, insbesondere in neurologischer und psychiatrischer Hinsicht, die Beurteilung der I.\_\_\_\_-Gutachter zusätzlich in Frage.

So lagen dem neurologischen Gutachter, der selbst allein eine klinische Untersuchung vornahm (Urk.

9/96/ 53-56 ), keine aktuellen apparativen Abklärungsergebnisse vor ( zum Beispiel Ultraschall, Elektroenzephalographie [ EEG ] , Elektromyographie [ EMG ] ) «Die neurologischen [Berichte] im engeren Sinne seien mehr als 20 Jahre alt und für die aktuelle Beurteilung nicht mehr relevant», Urk. 9/96/59 ; «Bildgebende Untersuchungen standen keine zur Verfügung.», Urk. 9/96/56 ). Dagegen hat Dr.

J.\_\_\_\_

die neurologischen Befunde am

#### **E. 14**

März 2022 sowohl klinisch als auch apparativ mittels Elektrodiagnostik und

Nervenultraschall erhoben und aufgrund dessen auf eine iatrogene Saphenusläsion rechts Mitte Oberschenkel mit Neurom in continuitatem und auf einen narbenbedingten neuropathischen Schmerz am linken Unterschenkel (« scar-tethering », Irritationsneuralgien postoperativ verarbeiteter Nerven )

geschlossen (Urk. 3/3). Der neurologische I.\_\_\_\_-Gutachter berücksichtigte bei seiner Beurteilung zwar ebenfalls ein neuropathisches Schmerzsyndrom des Nervus saphenus, jedoch nur links und nur bezüglich des linken Unterschenkels . Dabei schätzte er diese Diagnose als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ein (Urk. 9/96/57) , da die Lokalisation der neuropathischen Schmerzen an der Innenseite des linken Unterschenkels funktionell ohne Relevanz sei (Urk.

9/96/59).

Bei dieser Einschätzung wurden aber die von Dr. J.\_\_\_\_ dokumentierten Beschwerden am rechten Oberschenkel aufgrund einer Saphenusläsion rechts im neurologischen I.\_\_\_\_ - Teilgutachten (noch) nicht einbezogen (Urk. 9/96/58, vgl. Ziff. 7.1 letzter Abschnitt im Teilgutachten). Ausserdem ergab das aktuelle MRT der HWS vom 16. März 2022 im Vergleich zu den

I.\_\_\_\_-Gutachtern bekannten MRT Ergebnissen vom Mai 2018 (Urk.

9/96/48 ) eine Zunahme der degenerativen Veränderungen im Segment HWK 6/7 mit progredienter Diskusextrusion und bilaterale

Unkovertebralarthrose mit dadurch neuer leichtgradiger Spinal - kanalstenose (ohne sichtbare Myelopathie) sowie leichtgradiger bilateraler Foramenstenose , ausserdem im Segment HWK

3/4 mit progredienter

Diskusprotrusion und Unkovertebralarthrose rechts mit dadurch neuer mässiggradiger Foramenstenose rechts (Urk. 22/3 S. 1, Urk. 22/4). Auch diese neuen Befunde waren den I.\_\_\_\_-Gutachtern noch nicht bekannt und blieben daher bei ihrer (rheumatologischen und

neurologischen) Beurteilung unberücksichtigt. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass die somatischen I. \_\_\_ -Gutachter unter Berücksichtigung der apparativ und bildgebend erhobenen aktuelleren Befunde der unteren Extremitäten und der HWS eine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen hätte, zumal Dr. J. \_\_\_ eine deutliche Beeinträchtigung der Gehfähigkeit mit Auswirkung auf das körperliche Aktivitätsniveau und den allgemeinen Gesundheitszustand fest hielt sowie eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit, insbesondere im Bau und im Gastronomie-Gewerbe attestierte (Urk. 3/3 S. 2). Aufgrund der im Verfahren aufgelegten Berichte kann auch nicht ohne Weiteres von der Hand gewiesen werden, dass sich die gesundheitliche Situation nach der Begutachtung - und bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids - verschlechtert und insofern zu einer Veränderung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit geführt hat.

In psychischer Hinsicht weisen zudem die in den Austrittsberichten des Notfallzentrums der Klinik K. \_\_\_ vom 13. April 2022 (Urk. 3/4) und der L. \_\_\_ vom 20. April 2022 (Urk. 3/5) beschriebene depressive Symptomatik mit akuter Suizidalität und erneutem exzessivem Alkoholrückfall auf eine mögliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes hin, dies - aufgrund des Beginns der stationären Behandlung ab dem 5. April 2022 (Urk. 3/4 S. 1)

- jedenfalls noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 8. April 2022 (Urk. 2) und damit innerhalb des hier beachtlichen Überprüfungszeitraums. Es kann daher nicht ohne ergänzende fachärztliche Beurteilung

abschliessend ausgeschlossen werden, dass das Krankheitsbild der Alkoholabhängigkeit und der übrige psychische Gesundheitszustand sowie die dadurch bedingte Arbeits (un)fähigkeit des Beschwerdeführers insgesamt und insbesondere ab April 2022 aus psychiatrischer Sicht anders zu beurteilen sind, als dies vom psychiatrischen I. \_\_\_ -Gutachter vorgenommen wurde, der keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt

und sowohl eine affektive als auch eine somatoforme Störung ausgeschlossen hatte (Urk. 9/96/41 ). 4.3.4

Somit

ist das I. \_\_\_ -Gutachten vom 1. Dezember 2021 (Urk. 9/96) nicht als hinreichende ärztliche Grundlage zur abschliessenden Beurteilung des Rentenan spruchs nach der Neuanmeldung im September 2020 (Urk. 9/58) geeignet .

Auch aus den übrigen medizinischen Akten ergibt sich keine umfassende medizinische Beurteilung zu sämtlichen somatischen und psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers. 4.4. 4.4.1

Nach dem Gesagten erweist sich die vorliegende Aktenlage in Bezug auf den relevanten erwerblichen und medizinischen Sachverhalt als unvollständig und ist durch die Beschwerdegegnerin zu ergänzen.

Sie hat zunächst das detaillierte Belastungsprofil zur bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Geschäftsführer und Barbetreiber abzuklären (unter Berücksichtigung der Aufgabenteilung mit allfälligen weiteren Angestellten in der Zeit unmittelbar vor Eintritt des Gesundheitsschadens; vgl. E. 4.2.3 hiervor).

Hernach sind weitere medizinische Abklärungen zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit vorzunehmen . Hierzu hat die Beschwerdegegnerin insbesondere ein poly disziplinäres Gutachten in den relevanten Fachrichtungen einzuholen, das unter Berücksichtigung des Verlauf s sämtlicher somatischer und psychischer Beschwerden

ab Oktober 2019 (Herzinfarkt) sowie der bei psychi schen Beeinträchtigungen relevanten systematisierten Indikatoren im Sinne der Rechtsprechung nach BGE 141 V 281 (präzisiert in: BGE 143 V 409, V 418; vgl. oben E. 2.2.2) auch retrospektiv und chronologisch zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer leidensangepassten Tätigkeit Auskunft gibt . 4. 4.2

Die angefochtene Verfügung vom 8. April 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 Rentenanspruch des Beschwerdeführers zurückzuweisen.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen, soweit darauf einzutreten ist. 5. 5.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwal-tung 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 Verfah rensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 8 00.-- anzusetzen sowie a usgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5.2

Dem Beschwerdeführer steht eine Entschädigung zu . Am 2 1. Februar 2023 reichte der Rechtsvertreter dem Gericht seine dem Beschwerdeführer zugestellten Hono rarnoten ein zur Berechnung der Parteientschädigung ( Urk. 26). Die Rechnungen weisen einen Gesamta ufwand von 10.1 (8.5 + 0.9 + 0.7) Stunden , zuzüglich eine Kleinspesenpauschale von 3 % und MWSt , aus ( Urk. 27). Darin sind auch Kosten für die Rechnungsstellungen von 0.4 Stunden und von einer Stunde für die Erstellung eines Beschwerdeentwurfes wohl für ein anderes Verfahren enthalten, wofür nicht die Beschwerdegegnerin einzustehen hat. Für das Verfassen der vor liegende n Beschwerde ( Urk. 1) , inklusive Aktenstudium und Instruktion, wird ermessensweise ein Aufwand von drei Stunden angerechnet.

Demnach ist die Prozessentschädigung

für die anwaltlichen Bemühungen bei einem Aufwand von insgesamt

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