

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00611 vom 2. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00611

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00611 du 2 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00611 del 2 marzo 2023

Erwägungen

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, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

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

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.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 1.4

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

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprennung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im Revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 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 8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts

8C_384/2022 vom 9. November 2022 E. 2.3, je mit Hin weisen).

E. 1.5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_529/2021 vom 26. Juli 2022 E. 3.2.1).

E. 1.6

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabebereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht

gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben

den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxismässigen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich fest stehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 9C_647/2020 vom 26. August 2021 E. 4.2 und 8C_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4, je mit Hinweisen).

E. 1.7

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1).

E. 2

Der Versicherte erhob am 16. November 2022 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Oktober 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm die gesetzlichen Leistungen, insbesondere Integrationsmassnahmen und eine Invalidenrente, zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht beantragte er die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. Dezember 2022 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 3. Januar 2023 (Urk. 9) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig der beantragte zweite Schriftenwechsel (vgl. Urk. 1 S. 2) als nicht erforderlich erachtet wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, gestützt auf die medizinischen Akten sei es dem Beschwerdeführer trotz Beschwerden zumutbar, einer angepassten Tätigkeit vollumfänglich nachzugehen und damit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Er habe bisher bewiesen, dass es ihm möglich sei, eine angepasste Tätigkeit auszuüben. Somit bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente. Bei der Stellensuche bestünden keine invaliditätsbedingten Einschränkungen. Seit dem Wiedererlangen der Arbeitsfähigkeit würden bis zur Pensionierung noch fünf Jahre verbleiben. Diese Zeit sei ausreichend, um mit Unterstützung des Regionalen Arbeitsvermittlungszentrums eine neue Stelle zu finden (vgl.

S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) hielt die Beschwerdegegnerin ergänzend fest, dass die medizinischen Akten dem RAD vorgelegt und kompetent beurteilt worden seien. Gemäss der RAD-Beurteilung sei der Beschwerdeführer in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne Exposition gegenüber Trockenheit und Staub voll ständig arbeitsfähig. Gemäss dem Arbeitgeberbericht entspreche das Belastungsprofil einer solchen Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei deshalb sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig, womit weder ein Rentenanspruch noch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe (vgl. S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), auf die RAD-Beurteilung könne nicht abgestellt werden. Der internistischen RAD-Ärztin fehle es an entsprechendem Fachwissen aus HNO-Sicht, weshalb ihre Beurteilung nicht zu verwerten beziehungsweise mit zumindest geringen Zweifeln behaftet sei. Zudem nehme er dauernd Antidepressiva ein. Der psychische Gesundheitszustand sei jedoch in keiner Weise abgeklärt worden. Gemäss dem Bericht von Dr. med. Z.____

liege eine aktuell sich wieder verwirklichende rezidivierende depressive Störung vor. Die Beschwerdegegnerin habe trotz des Vorliegens einer depressiven Episode keine Indikatorenprüfung vorgenommen. Er sei zur Teilnahme an Integrationsmassnahmen motiviert. Die Voraussetzungen hierfür seien gegeben. Hinsichtlich des Rentenanspruchs liege keine Entscheidreife vor, da weder der psychiatrische noch der otorhinolaryngologische medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt worden sei. Sodann stelle sich auch die Frage betreffend die sozial-praktische Verwertbarkeit einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit (S. 7 ff.).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 17. August 2021 (Urk. 8/56) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob und in welchem Ausmass sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 23. März 2011 (Urk. 8/41) verändert haben (vorstehend E. 1.4).

E. 3.1

Die rentenabweisende Verfügung vom 23. März 2011 (Urk. 8/41) basierte in medizinischer Hinsicht auf den folgenden, wesentlichen Berichten:

E. 3.2

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 8. September 2009 (Urk. 8/13/6-8) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Polytoxikomanie mit Abhängigkeit von Alkohol, Heroin, Kokain und Benzodiazepinen, bestehend seit dem 15. Lebensjahr - rezidivierende depressive Episoden

Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er einen seit dem Jahr 1983 bestehenden Status nach Hepatitis B sowie einen Zigaretten- und Cannabiskonsum seit der Adoleszenz (S. 1 Ziff. 1.1). Die Situation habe sich bezüglich der Psyche wie auch bezüglich des Alkoholabusus unter Behandlung mit Remeron

gegenüber früheren Jahren eher stabilisiert. Es sei weiter hin mit Schwankungen der Affektlage und Rückfällen in die Alkoholabhängigkeit zu rechnen (S. 2 Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als ungelernter Angestellter Messebau beziehungsweise Baumarktangestellter im langfristigen Durchschnitt seit März 1998 zu 50 % arbeitsunfähig (S. 2 Ziff. 1.6). In günstigen Phasen bestünden kaum körperliche und geistige Einschränkungen. Phasenweise liege jedoch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 2 f. Ziff. 1.7).

E. 3.3

Am 28. Mai 2010 wurde das internistisch-psychiatrische Gutachten der Ärzte des Zentrums A. ___ AG erstattet (Urk. 8/31). Dabei konnten die Ärzte keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 13 lit. E Ziff. 1). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie Folgendes (S. 13 lit. E Ziff. 2): - Polytoxikomanie mit persistierendem THC-Konsum und persistierendem Nikotinabusus sowie langjährigem chronischem Alkoholabusus, aktuell seit wenigen Wochen abstinenter unter Antabus-Therapie, sowie Status nach Heroin- und Kokain- sowie LSD-Konsum (ICD-10 F19.2) - emotionale instabile Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z73) vor dem Hintergrund belastender und traumatisierender Sozialisationsbedingungen in der Adoleszenz - anamnestisch rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - chronische Bronchitis und Rhinitis bei Nikotinabusus - Status nach peripherer Lungenembolie rechts (August 2009) - Status nach Vorhofflimmern (November 2009) wahrscheinlich aethylin duziert, Spontankonversion, mit unauffälligem Belastungs-EKG und unauffälliger Echokardiographie (Dezember 2009) - Hepatopathie bei chronischer Hepatitis C und Seronarbe für Hepatitis B sowie Alkohol- und Haschisch-Konsum

Aus psychiatrischer Sicht habe der Beschwerdeführer trotz der belastenden Sozialisationsbedingungen recht stabile Persönlichkeitsstrukturen entwickeln können. Es fänden sich lediglich einzelne Hinweise auf eine vermehrte Kränkbarkeit sowie eine mässige emotionale Instabilität. Die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung seien nicht erfüllt.

Aus der Anamnese werde deutlich, dass sich der Beschwerdeführer trotz Polytoxikomanie jahrelang beruflich integrieren können. Die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychiatrische Erkrankungen liessen sich nicht feststellen. Eine psychiatrische Komorbidität mit Relevanz bestehe in Zusammenhang mit der Polytoxikomanie nicht. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer trotz persistierendem THC-Konsum in der Lage, jegliche seinem körperlichen Leistungsvermögen angepasste Tätigkeit durch schnittlicher geistiger Art mit einfachen bis maximal durchschnittlichen Verantwortungsbereichen 8.5 Stunden täglich zu verrichten. Eine Minderung der Leistungsfähigkeit sei nicht ausgewiesen (S. 11 f. Ziff. 1.3).

Die internistisch-gastroenterologische Untersuchung habe keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ergeben. Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine chronische Bronchitis und Rhinitis bei persistierendem Nikotinabusus zu erwähnen. Der Status nach peripherer Lungenembolie im August 2009, der Status nach Vorhofflimmern im November 2009 sowie die Hepatopathie bei chronischer Hepatitis C und die Seronarbe für Hepatitis B bei Alkohol- und Haschisch-Konsum seien ebenfalls ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Insgesamt

ergäben sich aus internistisch-gastroenterologischer Sicht keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 2.1).

Zusammenfassend hielten die Gutachter fest, dass sowohl aus internistisch-gastroenterologischer als auch aus psychiatrischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden könne. Die langjährige Polytoxikomanie des Beschwerdeführers bleibe ohne sozialmedizinische Auswirkungen. Eine mit der Suchterkrankung in Zusammenhang stehende relevante Persönlichkeitsstörung bestehe nicht. Auch eine andere Komorbidität lasse sich nicht erkennen. So lasse sich insbesondere weder eine depressive Störung noch eine Angst Erkrankung feststellen. Für eine psychotische Symptomatik fänden sich keinerlei Anhaltspunkte. Eine hirnrorganische Leistungsminderung nach langjähriger Polytoxikomanie liege ebenfalls nicht vor. Bei persistierendem THC-Konsum sollten jedoch Tätigkeiten mit durchschnittlichen oder überdurchschnittlichen Anforderungen an die Verantwortungsfähigkeit nicht ausgeübt werden. Sämtliche aus internistischer Sicht festgestellten Diagnosen seien ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, sowohl die bisherige Tätigkeit als auch jegliche seinem Ausbildungsstand angepasste Tätigkeit vollumfänglich ohne Leistungsminderung zu verrichten (S. 13 ff. lit. F, lit. G Ziff. 2-3). Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei retrospektiv nicht zuverlässig beurteilbar (S. 16 lit. G Ziff. 4). Die fortgesetzte hausärztliche Behandlung mit psychopharmakologischer Therapie sei sinnvoll, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu verhindern. Bei drohender Dekompensation sei eine psychiatrische und/oder suchtttherapeutische Behandlung anzustreben (S. 16 lit.

G Ziff. 5).

E. 3.4

Am 28. September 2010 beantworteten die Gutachter des A.____ die Rückfrage zur retrospektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/33). Dabei gaben sie an, dass die durch Dr. Z.____ vorgenommene Beurteilung, wonach von März 1998 bis auf Weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, nicht plausibel sei. Die Polytoxikomanie des Beschwerdeführers sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht relevant, da es an einer Komorbidität mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fehle. Die durch

Dr. Z.____ postulierte rezidivierende depressive Störung sei anhand der Unterlagen wahrscheinlich. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt lägen allerdings keine Symptome einer Depression vor. Falls eine rezidivierende depressive Störung vorgelegen habe, so sei diese remittiert (S. 1 f.). Die 100%ige Arbeitsfähigkeit liege seit dem Zeitpunkt der Begutachtung vor. Die durch Dr. Z.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit März 1998 sei retrospektiv betrachtet nicht durch angemessene Befunde belegt. Soweit sich die durch Dr. Z.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit auf die Polytoxikomanie des Beschwerdeführers stütze, sei dies aus sozialmedizinischer Optik nicht begründet. Sodann könnten zwar einzelne, zeitlich abgrenzbare depressive Episoden vorgelegen haben. Diese seien jedoch in ihrer Dauer und Tiefe nicht belegt. Für welchen Zeitraum diese jeweils eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit begründen würden, könne retrospektiv nicht hinreichend beantwortet werden (S. 3).

E. 3.5

Die Ärzte des Spitals B.____

informierten m it Bericht vom 1 4. Oktober 2010 (Urk. 8/34/4-5) über die Behandlung des Beschwerdeführers auf der Notfallstation und stellten folgende – hier gekürzt aufgeführte - Diagnosen (S. 1): - zentrale Lungenembolie links, rechts peripher mit/bei: - Status nach peripherer Lungenembolie rechts, August 2009 - Status nach sechs Monaten oraler Antikoagulation (OAK) , sistiert 1. März 2010 - chronischer Alkoholabusus - COPD-Gold-Klassifikation II

Bei zentraler Lungenembolie sei initial eine stationäre Behandlung zu r Überwa chung empfohlen worden, wobei der Beschwerdeführer eine solche ab lehne . Bei nun bereits zweimaliger spontaner Lungenembolie werde eine Dauerantikoagu lation empfohlen (S. 2).

E. 3.6

Mit RAD-Stellungnahme vom 2 8. Dezember 2010 erkannte

Dr. med. C.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, dass a aufgrund des bidisziplinären

A.____ - Gutachtens und der darauffolgenden Beantwortung der RAD-Nachfrage kein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden und insbeson dere keine psychische Leistungseinschränkung ausgewiesen sei, welche zu einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in bisheriger oder angepasster Tätigkeit führe. In Anbetracht der somatischen Problematik mit erneuter sponta ner Lungenembolie sei der Sachverhalt von einer internistischen RAD-Ärztin zu beurteilen (vgl. Urk. 8/36 S. 6).

E. 3.7

Mit RAD-Stellungnahme vom 5. Januar 2011 erkannte med. pract . D.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, dass k eine anhaltende Einschrän kung der Arbeitsfähigkeit vorliege. E ine Lungenembolie sei prinzipiell behandelbar und durch die Incompliance des Beschwerdeführers seien noch nicht alle therapeuti schen Massnahmen ausgeschöpft. Die übrigen Diagnosen des aktuellen Bericht s des Spitals B.____ seien bereits im A.____ - Gutachten gewürdigt worden. Auch die vom Beschwerdeführer beklagte Parodontitis sei behandelbar und begründe keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es ergebe sich somit kein Anhalt spunkt für eine massgebliche Änderung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur Beurteilung durch die Gutachter des A.____ (vgl. Urk. 8/36 S. 6).

E. 4.1

Seither sind die folgenden, wesentlichen, medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden:

E. 4.2

Mit Bericht vom 2 9. September 2021 (Urk. 8/71/11-12) informierten die Ärzte des Spitals B.____ über die pneumologische Unt ersuchung des Beschwerdeführers und nannten die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - COPD Gold Stadium II, Gruppe B - Polytoxikomanie - rezidivierende depressive Episoden - rezidivierende thromboembolische Ereignisse

Die beklagten Symptome im Sinne einer nächtlichen paroxysmalen Dyspnoe sowie einer tagsüber bestehenden Anstrengungsdyspnoe seien eher nicht auf die COPD zurückzuführen. Die CO-Diffusion habe allerdings in den letzten Jahren abgenommen und sei von mittelschwer auf schwer progredient. Die Ursache hier für sei der anhaltende Tabak- und THC-Konsum. Die Verlaufsuntersuchung mit tels Computertomographie (CT)

habe eine leichte Progredienz der grossen thrombotischen Wandanlagerung an der rechten Arteria pulmonalis ergeben. Periphere oder frische Füllungsdefekte ergäben sich nicht. Eine gewisse Strombahneinengung sei sichtbar. Es bleibe dahingestellt, inwieweit diese Pathologie zur Dyspnoe beitrage. Eine pulmonal - arterielle Druckerhöhung sei anzunehmen (S. 2).

E. 4.3

Dr. Z.____ gab mit Bericht vom 4. Oktober 2021 (Urk. 8/61) an, dass er den Beschwerdeführer seit August 1997 behandle (S. 1 Ziff. 1.1) , und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 4 Ziff. 2.5): - COPD Gold Stadium 2 B, Erstdiagnose (ED) 2009 - rezidivierende Lungenembolien in den Jahren 2009, 2010 und 2017 - rezidivierende gastrointestinale (GI) -Blutungen unter OAK

in den Jahren 2009 bis 2017 - rezidivierende depressive Störung, seit Adoleszenz - pulmonal-arterielle Hypertonie nach Lungenembolie (LE) , Januar 2020

Sodann erwähnte er als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach chronischer und im Jahr 2018 ausgeheilter Virushepatitis C, einen Barrett-Ösophagus (ED 2018) sowie eine arterielle Hypertonie (S. 4 Ziff. 2.6). Im Vordergrund stünden ein morgendlich betonter Husten sowie eine Anstrengungsdyspnoe. Die aufgrund der rezidivierenden Lungenembolien indizierte OAK habe infolge rezidivierenden anämisierenden GI -Blutungen sistiert werden müssen. Daneben bestehe eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit Anhedonie, aus geprägtem sozialen Rückzug und Lebensüberdruß, auch gelegentliche Suizidgedanken, von denen sich der Beschwerdeführer jedoch distanzieren könne (S. 2 Ziff. 2.2). Leichtere Einsätze seien phasenweise bis halbtags möglich gewesen. Aufgrund der aktuellen Verschlechterung sei dies jedoch nicht mehr möglich. Die Einsätze seien bereits weitgehend dem Leiden angepasst gewesen. Die Prognose sei ungünstig. Der Beschwerdeführer sei physisch und psychisch langfristig schwer eingeschränkt. Eine Eingliederung erscheine auch durch das Alter und die Bildung erschwert (S. 3 Ziff. 4.1-4.3).

Das Erreichen einer auch nur teilweisen Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der kombinierten schwerwiegenden Einschränkungen wenig wahrscheinlich. Allenfalls seien leichte Einsätze ohne Exposition gegenüber Trockenheit und Staub in geringem Masse möglich (S. 4 Ziff. 2.7).

E. 4.4

Mit Bericht vom 16. Dezember 2021 (Urk. 8/71/9-10) informierten die Ärzte des Spitals B.____

über die kardiologische Untersuchung

des Beschwerdeführers bei zunehmender Belastungsdyspnoe und nannten die folgenden – hier gekürzt aufgeführten – Diagnosen (S. 1): - multifaktorielle Belastungsdyspnoe mit/bei: - COPD, Status nach Lungenembolien, körperlicher Dekonditionierung - transthorakaler Doppler Echokardiographie und Ergometrie ohne relevante Befunde, insbesondere keinem Hinweis für eine pulmonale Hypertonie - COPD Gold Stadium II B - rezidivierende Lungenembolien - rezidivierende GI-Blutungen unter OAK - arterielle Hypertonie - Barrett-Ösophagus, ED 2018 - rezidivierende depressive Störung, anamnestisch Angststörung - Polytoxikomanie - Status nach chronischer Virushepatitis C

In der Untersuchung hätten sich keine offensichtlichen kardialen Pathologien gezeigt . Insbesondere finde sich echokard iografisch kein Hinweis für eine pulmo nale Druckerhöhung oder Rechtsherzbelastung. Die Ergometrie sei bezüglich Ischämie siche rlich nicht sehr aussagekräftig. L eistungslimitierend sei primär eine muskuläre Dekonditionierung gewesen. Zusammenfassend finde sich keine kar diale Ursache für die Belastungsdyspnoe, welche multifaktoriell bedingt sein dürfte bei COPD, rezidivierenden Lungenembolien sowie körperlicher Dekonditio nierung (S. 2).

E. 4.5

In dem am 24. Januar 2022 erstellten Verlaufsbericht (Urk. 8/71/1-3) bestätigte Dr. Z.____ die bisher von ihm gestellten Diagnosen

und erwähnte z usätzlich eine chronische Rhinosinusitis

maxilloethmoidalis beidseits sowie einen Status nach Polytoxikomanie , aktuell persistierender Cannabis-Abusus

(S. 1 Ziff. 1.2). Leichtere Einsätze ohne Ausdauerbelastung in einer staubfreien, nicht trockenen Umgebung seien phasenweise bis halbtags möglich. O ptimal sei eine Tätigkeit draussen (S. 1 Ziff. 2.1). Aufgrund des fluktuierenden Befindens werde d ie Ver minderung der Leistungsfähigkeit auf 50 % geschätzt (S. 2 Ziff. 2.2). Ein insge samt stationärer Verlauf sei zu erwarten (S. 2 Ziff. 3.3).

E. 4.6

Mit RAD-Stellungnahme vom 9. März 2022 e rw ähnte

Dr. med. E.____ , prak tische Ärztin, einen Status nach rezidivierenden GI-Blutungen, einen Status nach Lungenembolien, eine COPD Gold II sowie einen Verdacht auf eine chronische E thmoiditis

als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit . Als ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen Status nach chronischer und im Jahr 2018 ausgeheilter Hepatitis C , ein en Barrett-Ösopha gus, eine arteri elle Hypertonie sowie anamnestisch eine Angststörung mit Panikattacken und eine Polytoxikomanie . Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Logistiker – bis auf die stationären Aufenthalte aufgrund

der Lungenembolie n und GI-Blutung en – vollständig arbeitsfähig. In einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne Exposition gegenüber Trockenheit und Staub sei er eben falls vollständig arbeitsfähig. Die Prognose sei unter Weiterführung der Therapien gut. Es sei davon auszugehen, dass die insbesondere die Lungen betreffenden Diagnosen keine körperlich schweren Arbeiten me hr zulassen würden, wobei d ies überwiegend wahrscheinlich seit der ersten Lungenembolie im Oktober 2010 gelte . Angepasste Tätigkeiten seien unter adäquater Therapie seit jeher (bis auf die Zeiten der stationären Aufenthalte) ganztags möglich. Der Hausarzt beschreibe den Beschwerdeführer als hoch motiviert. E ine Arbeitstätigkeit ver bessere übe rwiegend wahrscheinlich auch den psychische n Zustand (vgl. Urk. 8/74 S. 3 ff.).

E. 4.7

Am 3. Mai 2022 erstattete Dr. med. F.____ , Fachärztin für Physikali sche Medizin und Rehabilitation, ihr vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der Sozialbehörde (Urk. 8/73). Dabei stellte sie die folgende n – hier gekürzt auf geführte n – Diagnosen (S. 14 f. Ziff. 10):
- multifaktorielle Belastungsdyspnoe mit/bei: - COPD Gold-Stadium II, Gruppe B - schwer

eingeschränkte r CO-Diffusion, keine r Belastungshypoxämie (Oktober 2021) - fortgesetztem Nikotinkonsum - rezidivierende n Lungenembolien mit leichter Progredienz der grossen thrombotischen Wandanlagerungen an der rechten Arteria pulmonalis (Oktober 2021) sowie echokardiographisch keinem Hinweis für eine pulmonale Druckerhöhung oder Rechtsherzbelastung (Dezember 2021) - allgemeiner Dekonditionierung - unter OAK - rezidivierende GI- Blutung unter OAK seit dem Jahr 2013 mit/bei: - unklarer Blutungsquelle - teils anämisierend - Barrett-Ösophagus - Polytoxikomanie - aktenanamnestisch rezidivierende depressive Episoden, subjektiv aktuell nicht depressiv - Status nach Hepatitis C - chronische Nasenatmungsbehinderung - Kaustörung bei Parodontose und kariösem Restgebiss

Der Beschwerdeführer leide

seit Jahren an multiple n

Beschwerden . In der Zwi schenzeit habe sich vor allem der somatische Gesundheitszustand progredient verschlechtert. Im Vordergrund stehe eine Abnahme der kardi opulmonalen Leis tungsfähigkeit durch die Zunahme der COPD Gold-Stadium II mit zwischenzeit lich schwerer CO-Diffusionsstörung sowie durch rezidivierende Lungenembolien. Die Indikation für eine dauerhafte OAK sei dringend gegeben. Diese habe jedoch zu rezidivierenden, teils anämisierenden GI-Blutungen geführt, weshalb die OAK jeweils habe gestoppt werden müssen. Eine GI-Blutungsquelle habe bisher nicht gefunden werden können. Zuletzt sei im März 2022 eine Kapselendoskopie ohne Nachweis einer Blutungsquelle durchgeführt worden . Bei Wiederaufnahme der OAK bestehe das Risiko einer Rezidivblutung , ohne OAK

bestehe das Risiko einer erneuten Lungenembolie. Sodann

liege ein Barre t t-Ösophagus vor . Es erfolge eine Therapie mit Protonenpumpenhemmer (PPI). D ie regelmässige durchgeführten Gastroskopien hätten bisher keine n

N achweis eines Malignoms ergeben. Die chro nische Hepatitis C sei inzwischen erfolgreich behandelt worden. Die

Polytoxiko manie scheinere derzeit stabil zu sein. Den Beschwerdeführer störe subjektiv wei terhineine behinderte Nasenatmung bei Status nach Septumplastik im Jahr 2014 und zuletzt persistierender Sinusitis ethmoidalis . Diese Problematik stehe bezüglich der beruflichen Integration nicht im Vordergrund. D er Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Laufe der letzten Jahre arbeitsrelevant ver schlechert. A ufggrund des labilen Gesundheitszustandes sei er auf dem ersten Arbeitsmarkt weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit arbeits fähig. Mit einer wesentlichen arbeitsrelevanten Besserung des Gesundheits zustandes sei nicht mehr zu rechnen (S. 1

E. 5

) und auch aktuell wird die Medikation mit einem Antidepressiva (Mirtazapin) erwähnt (vgl. Urk. 8/61 S.

2 Ziff. 2.3; Urk. 8/71/1-3 S. 2 Ziff. 3.2) , so dass durchaus Anzeichen für ein all fälliges psychisches Leiden des Beschwerdeführers erkennbar sind und zumindest eine Auseinandersetzung damit angezeigt gewesen wäre. In diesem Zusammen hang ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin vorliegend auf die Neuuan meldung des Beschwerdeführers eingetreten ist, weshalb sie die Sache materiell zu prüfen und

insbesondere die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen hat (Art. 43 Abs. 1 ATSG).

Soweit Dr. E.____ zudem festhielt, dass dem Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich seit der ersten Lungenembo lie im Oktober 2010 keine körperlich schweren Arbeiten mehr zumutbar seien (Urk. 8/74 S. 5), ist ihr entgegenzuhalten, dass der Beschwerdeführer die erste Lungenembolie nachweislich bereits im August 2009 erlitten hat (vgl. Urk. 8/31 S. 13 lit. E Ziff. 2, S. 23; Urk. 8/34/4-5 S. 1).

E rheblich ins Gewicht fällt schliesslich , dass der RAD-Beurteilung nicht sämtliche bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung (Urk. 2) aktenkundigen medizinischen Berichte zugrunde lagen. Das vertrauensärztliche Gutachten von Dr. F.____ (vorstehend E. 4.7) wurde zwar erst im Mai 2022 und damit nach der im März 2022 verfassten RAD-Stellungnahme erstellt. D ie Sozialbehörde Y.____

hat dieses Gutachten der IV-Stelle allerdings mit Schreiben vom 9. Mai 2022 (Urk. 8/72) und damit noch vor Erlass des rentenabweisenden Vorbescheids vom 1 6. Juni 2022 (Urk. 8/75) zur Kenntnis gebracht. Dennoch wurde zu diesem ver trauensärztlichen Gutachten und der darin attestierten vollständigen Arbeitsun fähigkeit in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt bisher in keiner Weise Stellung genommen und die Beschwerdegegnerin hat es unterlassen, dieses dem RAD vorzulegen.

Insgesamt bestehen somit a n der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung erhebliche Zweifel , womit sich diese als un genügend erweist , um einzig gestützt darauf den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers abschliessend beurteilen zu können (vorstehend E. 1.6) .

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ver n einte eine anspruchrelevante Veränderung und damit einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen gestützt auf die RAD-Stellungnahme von Dr. E.____ (vorstehend E. 4.6), wonach der Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Logistiker – bis auf die stationären Aufenthalte infolge Lungenembolie n und GI-Blutungen – als auch in einer angepassten, körperlich leichten Tätigkeit ohne Exposition gegenüber Tro ckenheit und Staub vollständig arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 8/74 S. 3 ff.). Diese RAD-Beurteilung vermag indessen nicht zu überzeugen.

E. 5.2

RAD-Ärztin Dr. E.____ hat den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht, sondern eine reine Aktenbeurteilung vorgenommen. Dabei hat sie es insbesondere unterlassen, sich zur abweichenden Arbeitsfähigkeitseinschätzung

durch

Dr. Z.____ (vorstehend E. 4.3, E. 4.5) zu äussern beziehungsweise zu erläutern , weshalb sie stattdessen eine vollständige Arbeitsfähigkeit in jeglicher körperlich leichten Tätigkeit ohne Exposition gegenüber Trockenheit und Staub attestierte . Dies wäre jedoch, da sich ihre Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht mit derjenigen in den vorhandenen medizinischen Berichten deckt, angezeigt gewesen. Sodann hat sich Dr. E.____

auch mit dem psychischen Gesundheitszustand des Beschwer deführers nicht näher auseinandergesetzt, obwohl im Bericht von Dr. Z.____ von einem verschlechterten

psychischen Gesundheitszustand im Sinne einer ausgeprägten depressiven Symptomatik mit Anhedonie, ausgeprägtem sozialen Rückzug sowie Lebensüberdruß mit gelegentlichen Suizidgedanken berichtet wird (vgl. Urk. 8/61

S. 2 Ziff. 2.2) . Vielmehr begnügte sie sich damit, darauf hin zuweisen, dass durch eine Arbeitstätigkeit überwiegend wahrscheinlich auch der psychische Zustand verbessert werden könnte (vgl. Urk. 8/74 S. 5). Zwar handelt es sich bei Dr. Z.____ nicht um einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sondern um den behandelnden Hausarzt des Beschwerdeführers. Dennoch behandelt dieser den Beschwerdeführer bereits seit Jahren mit Psychopharmaka (vgl. Urk. 8/13/ 6-8 S. 2 Ziff. 1.5; Urk. 8/31 S. 16 Ziff.

E. 5.3

Die übrigen aktenkundigen Berichte erlauben ebenfalls keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs. Einzig Dr. Z.____ und Dr. F.____ äussern sich überhaupt zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. In Bezug auf die hausärztlichen Berichte von Dr. Z.____ ist festzuhalten, dass diesen keine eigene eingehende Befunderhebung zu entnehmen ist und die vorgenommene Arbeitsfähigkeitseinschätzung nebst dem somatischen Leiden auch das psychische Befinden des Beschwerdeführers mitberücksichtigt, für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in der Regel allerdings psychiatrische Fachärzte beizuziehen sind (BGE

130 V 352 E.

2.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4 und 8C_989/2010 vom 16. Februar 2011 E.

4.4.2). Zudem ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Anlässlich der vertrauensärztlichen Begutachtung durch Dr. F.____ erfolgte sodann lediglich eine kurze eigene internistische Befunderhebung (vgl. Urk. 8/73 S. 14 Ziff. 9). Sämtliche durch Dr. F.____ genannte Diagnosen stützen sich auf die Vorakten und nicht auf eigene erhobene Befunde. Die vorgenommene Einschätzung zur verbliebenen Arbeitsfähigkeit wird nicht begründet und es bleibt unklar, aufgrund welcher Diagnosen respektive welcher Befunde der Beschwerdeführer auf dem ersten Arbeitsmarkt vollständig arbeitsunfähig ist, begründet dies Dr. F.____ doch einzig mit dem labilen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/73 S. 16) . Diese Einschätzung erweist sich damit als nicht nachvollziehbar und vermag folglich nicht zu überzeugen.

E. 5.4

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich. Es kann nicht rechtsgenügend beurteilt werden, ob und in welchem Ausmass sich die Verhältnisse seit der unten abweisenden Verfügung vom 23. März 2011 verändert haben, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese nach erneuter Abklärung der medizinischen und erwerblichen Situation unter allfälliger Berücksichtigung der Standardindikatoren eine neue Beurteilung vornimmt und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfügt. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

E. 6

.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6 .2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Diese ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer –

ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu be messen.

Mit Verfügung vom 3. Januar 2023 (Urk.

E. 9

) wurde unter anderem darauf hingewiesen, dass gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht die Möglichkeit besteht, dem Gericht vor Fällung des Endentscheides eine detaillierte Zusammenstellung über den bisherigen Zeitaufwand und die bisher angefallenen Barauslagen einzureichen, und dass das Gericht im Unterlassungsfall die Entschädigung nach Ermessen festsetzt. Bis dato wurde keine entsprechende Honorarnote eingereicht, weshalb die Prozessentschädigung beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 220.-- ermessensweise auf Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen ist. 6 .3

Damit erweist sich das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 13. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Wyss -
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 Bundesge
setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu
stellen.

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

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