

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00344 vom 27. November 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-11-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00344

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00344 du 27 novembre 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00344 del 27 novembre 2023

Erwägungen

E. 1

ab (Urk. 6/100). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 23. Mai 2013 ab, soweit es darauf eintrat (Urk. 6/128).

Am 5. Dezember 2019 meldete sich der Versicherte, zwischenzeitlich wieder als Kranführer/Bauarbeiter tätig gewesen (vgl. Urk. 6/188/844),

erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 6/132). Die IV-Stelle nahm abermals medizinische und erwerbliche Abklärungen vor (Urk. 6/137-138, Urk. 6/141, Urk.

6/14

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 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 des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging am 26. Mai 2023 und damit nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend frühestens ab 1. April 2023 (Art. 29 Abs. 1 IVG) in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganz 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

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines renten begründenden 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. 1.4

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020

vom 21. September 2020 E. 3.1, insbesondere mit Hinweis auf BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 01.2021 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). 2. 2.1

Nachdem die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschuldung vom 28. Oktober 2022 eingetreten ist und das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers einer materiellen Prüfung unterzogen hat, ist zu prüfen, ob eine revisionsrechtlich bedeutsame Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. 2.2

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung der Verneinung eines Rentenanspruchs des Beschwerdeführers, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass ihm die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Kranführer/Bauarbeiter nicht mehr zumutbar sei. Jedoch sei ihm eine sehr leichte bis leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung, vorwiegend im Sitzen, ohne längerandauernde Zwangshaltung und ohne Heben von Gewichten von 10 kg in einem Pensum von 90 % zumutbar. Damit vermöge der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Invalideneinkommen zu erzielen (Urk. 2) . 2. 3

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerde im Wesentlichen geltend, er sei vom 9. Mai bis 10. Juni 2022 in der Rehaklinik Y. ____

in Behandlung gewesen. Im Austrittsbericht werde unter anderem eine komplexe somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Dr. med. Z.____, Fachärztin für Neurologie, Ärztin des regionalen ärztlichen Diensts (RAD), auf deren Einschätzung sich die Beschwerdegegnerin stütze, habe sich mit dieser Diagnose nicht auseinandergesetzt. Insgesamt erweise sich der medizinische Sachverhalt sowohl in somatischer als auch in psychiatrischer Hinsicht als nur ungenügend abgeklärt. Zudem seien psychiatrische Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturiertem Beweisverfahren zu unterziehen. Daran fehle es vorliegend (Urk. 1). 3. 3.1

Der Verfügung vom 9. März 2021 (Urk. 6/159) lagen folgende medizinische Berichte zu Grunde (vgl. Urk. 6/146/2-3) : 3.2

Im Bericht des Universitätsspitals A.____, Institut für Notfallmedizin, vom 28.

August 2018 wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei am 2. August 2018 bei der Arbeit gestürzt. Seither leide er unter persistierenden Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule, des Beckens links, des Unterschenkels links und der Grosszehe links (Urk. 6/141/60). 3. 3

Die in der Folge den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte des Universitätsspitals A.____, Klinik für Rheumatologie, diagnostizierten eine unklare Monarthrit IP-Gelenk Dig . I Fuss links (Erstdiagnose 8. Oktober 2019), eine Fraktur proximale Phalanx Dig . I Fuss rechts nach Trauma am 2. August 2018 (Erstdiagnose 29.

Oktober 2018), einen Verdacht auf Meniscus

medialis -Läsion links am 2.

August 2018, eine Kontusion der Lendenwirbelsäule, des Beckens links und des Unterschenkels links am 2. August 2018 (Berichte vom

31. Januar 2019 [6/141/37] und

21. Oktober 2019 [Urk. 6/141/7-8] . Im Bericht vom 14.

November 2019 erklärten die Ärzte, der Beschwerdeführer leide nach wie vor an einer stark schmerzbedingt einschränkenden Monarthritis des IP-Gelenks Dig . I Fuss links. Therapeutisch sei eine Radiosynoviorthese des Gelenks beabsichtigt (Urk.

6/138/3-4

= Urk. 6/141/52-53, vgl. auch Urk. 6/141/49-50). 3. 4

Die Ärzte des Universitätsspitals A.____, Universitäres Herzzentrum, nannten am 24. Dezember 2019 nebst den unter E. 3.3 erwähnten Diagnosen eine arterielle Hypertonie (Erstdiagnose: ca. 2005) . Sie erklärten dazu, dass der Beschwerdeführer vom 19. bis 22. Dezember 2019 in ihrer Klinik hospitalisiert gewesen sei . Während des Aufenthalts hätte n sie die vorbestehende antihypertensive Tripeltherapie etabliert und die Medikamenteneinnahme überwacht. Die gemessenen Blutdruckwerte hätten sich im Verlauf annähernd im Normalbereich bewegt. Eine relevante hypertensive Entgleisung habe nicht festgestellt werden können. Da die gemessenen Blutdruckwerte im stationären Setting und unter beobachteter Medikamenteneinnahme deutlich niedriger als zu Hause ausgefallen seien, gingen sie primär von einer Medikamenten - M alcompliance aus (Urk. 6/141/24-26). 3.5

Der Hausarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Radiologie , spez. Radio-Onkologie , führte im Bericht vom 16. Februar 2020 aus , der Beschwerdeführer leide unter schwerster Hypertonie, schwerer depressiver Entwicklung und Arthralgien, insbesondere unter einer Monarthritis Fuss links. Eine Arbeitsfähigkeit bestehe nicht mehr (Urk. 6/141/2-5). Im Bericht vom 16. Oktober 2020 erklärte Dr. B.____, es lägen beim Beschwerdeführer eine medikamentös schwer einstellbare Hypertonie mit häufigen Entgleisungen und massiven Begleiterscheinungen in Form von Schwindel und Gangunsicherheit, intensivste Kopfschmerzen vermutlich im Rahmen von hypertonen Krisen, eine mittelschwere depressive Verstimmung, ein chronisches panvertebrales Syndrom bei Status nach diversen Unfällen sowie eine unklare Arthritis Fuss links vor. Er bestätigte seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig sei . Gleichzeitig antwortete er auf die Frage nach einer leidensangepassten Tätigkeit dahingehend, dass es sich dabei um eine Tätigkeit ohne körperliche Anstrengung handeln müsste, die zudem den Schwindelanfällen und der Sturzgefahr hinreichend Rechnung tr a gen würde (Urk.

6/145). 3.6

Der RAD- Arzt med. pract .

C.____, Facharzt für Arbeitsmedizin, konstatierte

in der Stellungnahme vom 30. Oktober 2020, dass eine fachärztlich psychiatrische Behandlung seit Jahren nicht stattfindet. Jedenfalls würden diesbezüglich keine Unterlagen vorgelegt. Vor diesem Hintergrund sei hinsichtlich des möglichen psychiatrischen Krankheitsbilds auf einen fehlenden Leidensdruck zu schliessen. Des Weiteren werde in

den Arztberichten verschiedentlich auf die fehlende bzw. mangelnde Compliance des Beschwerdeführers hingewiesen. Gestützt auf die Aktenlage sei davon auszugehen, dass in der bisherigen Tätigkeit als Kranführer eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer hingegen als voll arbeitsfähig zu erachten. Als leidens angepasst gelte eine körperlich sehr leichte bis leichte Tätigkeit, ohne körperliche Anstrengungen, sitzend und ohne erhöhte Unfallgefahr (Urk. 6/146/4-6). 4. 4.1

Den Berichten, die im Zuge der Neuanschuldung vom 27. Oktober 2022 (Urk. 6/163) vom Beschwerdeführer eingereicht bzw. von der Beschwerdegegnerin eingeholt wurden, ist Folgendes zu entnehmen: 4.2

Gemäss Bericht des Universitätsspitals A.____, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, vom 11. Mai 2022 erlitt der Beschwerdeführer am 30. April 2022 einen ischämischen Schlaganfall. Neben der Diagnose eines ischämischen Schlaganfalls (pontin rechts und peritrigonal rechts) und den bereits bekannten Diagnosen wurde die Diagnose eines komplexen Schmerzsyndroms mit somatoformen Komponenten gestellt (Urk. 9/4 = Urk. 6 /188/105-10 7). In dem im Rahmen des Spi talaufenthalts erstellten Bericht des Universitätsspitals A.____, Klinik für

Konsili arpsychiatrie und Psychosomatik , vom 5. Mai 2022 wurde ausgeführt , dass der behandelnde Psychiater , Dr. med. D.____, telefonisch zur Auskunft gegeben habe, der Beschwerdeführer stehe schon seit einigen Jahren in regel mässiger ambulanter Behandlung. Laut Einschätzung des behandelnden Psy chiaters leide der Beschwerdeführer an einem komplexen Schmerzsyndrom mit somatoformen Komponenten. Zudem vermute er beim Beschwerdeführer eine Persönlichkeits akzentuierung.

Der Beschwerdeführer habe sodann immer wieder an depressiven Verstimmungen gelitten, aktuell sei dies jedoch nicht der Fall. Die untersuchen den Konsiliarä rzte konstatierten, der Beschwerdeführer zeige im Gespräch for malgedankliche Auffälligkeiten mit Vorbeireden, leichter Gedanken flüchtigkeit und Gedankenspringen. Der Beschwerdeführer berichte von frag lichen akusti schen Halluzinationen in Form von Klopfen, seit mehreren Jahren bestehend. Nach Rücksprache mit dem behandelnden Psychiater, welcher i h n sehr gut kenne und seit Jahren behandle, würden sie diese Symptomatik am ehesten im Rahmen einer Persönlichkeitsakzentuierung vor dem Hintergrund einer kom plexen soma toformen Schmerzstörung deuten . Sie empfahlen eine Weiterbe handlung durch Dr. D.____ (Urk. 9/12). 4.3

Die Ärzte der Rehaklinik Y.____, wohin der Beschwerdeführer nach seinem Auf enthalt im Universitätsspital A.____

überführt worden war, erklärten im Bericht vom 9. Juni 2022, klinisch neurologisch sowie in der phy s io- und ergotherapeu tischen Evaluation hätten sich Befundinkonsistenzen ergeben. Die vom Beschwerdeführer berichteten Beschwerden (Gangstörung und Kraftmin derun gen) entsprächen nicht ihrem medizinischen Verständnis. Es hätten Inkonsisten zen bestanden und in der Beschwerdevalidierung habe es Hinweise auf eine negative Antwortverzerrung gegeben. Eine Fortführung der neuro psy cholo gi schen Untersuchung habe sich deshalb als nicht sinnvoll erwiesen. Eine Vordiagnose einer somatoformen Schmerzstörung liege vor. Zur weiteren Abklärung der cerebralen Ischämie sei ein 4-Tage-EKG veranlasst worden. Dabei habe sich lediglich ein AV-Block Grad I und kein anhaltendes Vorhofflimmern gezeigt . Die klinische Schwindelabklärung habe einen unauffälligen Befund ergeben. Leicht- bis mittelgradige okzipitale Kopfschmerzen hätten

eine gute Linderung unter Novalgin bei Bedarf gezeigt. Zur Funktionsfähigkeit bei Austritt des Beschwerdeführers hielten die Ärzte fest, der Beschwerdeführer sei im Aktiv-Rollstuhl mobil. Er könne 20 Minuten am Stück am Handstock inner- und ausserhalb des Hauses gehen. Die Treppe könne er am Handlauf im Nachstellschritt bewältigen. In den Aktivitäten des täglichen Lebens sei er selbständig und die linke obere Extremität könne er subjektiv gut einsetzen. Es bestehe weiterhin eine Schmerzsymptomatik (Rücken, linkes Bein), die sich wie die Kraftminderung beider Beine extrem wechselhaft und schlecht reproduzierbar darstelle. Eine Differenzierung der somatoformen Genese der Beschwerden von einem möglichen organischen Anteil sei nicht möglich (Urk. 6/166/16-20 =

Urk.

6/170). 4.4

Der behandelnde Psychiater Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in einem als «Kurzorientierung» bezeichneten Bericht

vom 11. Juni 2022 zuhanden von Dr. E.____

folgende psychiatrischen Diagnosen: Status nach mittelgradiger Episode (ICD-10 F32.1; Sanatorium F.____

2010), Status nach depressivem Zustandsbild mit akuter Suizidalität (ICD-10 F32.11; Psychiatrie G.____

2021), Verdacht auf Panikstörung, Verdacht auf Persönlichkeitsstörung, Schmerzmittel abhängigkei t Tramal und Benzodiazepinabhängigkeit . Als somatische Diagnosen nannte er eine arterielle Hypertonie, ein en Status nach Adipositas 120 kg, eine Fettlebererkrankung, eine Dyslipidämie und ein multiples Beschwerdesyndrom einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Er erklärte dazu, es handle sich um ein äusserst komplexes Geschehen. Zudem bestünden beim Beschwerdeführer gravierende psychosoziale Probleme mit Schulden (ca. Fr. 100'000.--), Entfremdung von der Ehefrau sowie Schwierigkeiten mit der sozialen und beruflichen Integration (Urk. 6/166/14-15). 4.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Neurochirurgie, diagnostizierte im Bericht vom 9.

September 2022 eine therapieresistente chronische Lumboischialgie L 5 (bei radiologischem Bandscheibenvorfall L4/L5 rechts mit Kompression der Nervenwurzel L5 und Diskusprotrusion , einem geringen Knochenmarködem an der Deckplatte des LWK 5 bei SWK 1 , einem Bandscheibenvorfall L5/S1 mit mässiggradiger Facettengelenksarthrose und Einengung des lateralen Recessus beidseits und Kompression der Nervenwurzel S1 rechts) , ein chronisches syndylogenes Schmerz syndrom (bei radiologischer Diskusprotrusion HWK 6/7 und HWK 5/6 mit Einengung der Nervenwurzel C6 rechts und einer schwergradigen

Unco vertebralarthrose HWK 3/4 bis HWK 6/7), ein en

Bandscheibenvorfall HWK 2/3 sowie Spannungstyp - Kopfschmerzen mit Angst, Panikattacken , Vergesslichkeit , Konzentrationsschwäche und Depression . Dazu verwies Dr. E.____ auf zwei Unfälle, die der Beschwerdeführer erlitten habe. Im August 2007 sei er von der Tür eines Containers, aus dem er gerade herausgetreten sei, mehrere Meter weggeschleudert worden, weil ein Lastwagen die Tür gerammt habe. Am 3.

August 2018 habe er bei Gerüstarbeiten mit einem Schlagbohrgerät einen Sturz von mehreren Metern erlitten. Die Behandlung bestehe in einer konservativen Therapie (Urk. 6/166/25 -27 ; vgl. auch Urk. 6/190/1-2). 4.6

Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, erklärte im Bericht vom 7. Dezember 2022, der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Lumboischialgie, einem chronischen Zervikalsyndrom und an chronischen Angst-, Depressions- und Panikzuständen. Ihm sei längeres Stehen, Gehen sowie häufiges Heben und Tragen nicht möglich. Die Ausübung einer leichten Arbeit in wechselnden Arbeitspositionen sei ihm im Umfang von maximal vier Stunden pro Tag eventuell möglich. Gleichzeitig verneinte Dr. H.____ eine wesentliche Einschränkung in Bezug auf Verrichtungen im Haushalt (Urk. 6/166/2-5). 4.7

Die RAD-Ärztin Dr. med. Z.____ hielt auf Vorlage der eingeholten Arztberichte am 11. Januar 2023 fest, den Diagnosen einer chronischen Lumboischialgie bei mehretägigen degenerativen Veränderungen, dem chronischen spondylogenen zervikalen Schmerzsyndrom mit Diskusprotrusion sowie der arteriellen Hypertonie kämen eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien den rezidivierenden Angst-, Depressions- und Panikzuständen, den Spannungskopfschmerzen, der unklaren Monarthritis IP-Gelenk Dig. I Fuss links, der Adipositas, der Dyslipidämie, der Fettlebererkrankung, dem Status nach mittelgradiger depressiver Episode, dem Status nach Somatisierungsstörung sowie dem Verdacht auf Schmerzmittelabhängigkeit beizumessen. Bezogen auf die objektivierbaren Diagnosen sei weiter hin von einer 80-100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen. In der erneuten Neuanmeldung sei auf die Beschwerden im Hals- und Lendenwirbelsäulengebiet

hingewiesen worden. Zudem ergebe sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer im Oktober 2020 und April 2022 wegen hypertonen Krisen bei Medikamenten-Malcompliance hospitalisiert gewesen sei. Im Rahmen der Rehabilitation in der Rehaklinik Y.____ im Juni 2022 hätten sich Inkonsistenzen gezeigt; die vom Beschwerdeführer berichteten Beschwerden (Gangstörung, Kraftminderung) hätten nicht objektiviert werden können. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung werde weitergeführt. Aktuell bestehe ein Verdacht auf eine Panik- und eine Persönlichkeitsstörung sowie eine Schmerzmittelabhängigkeit. Der bei den Akten liegende Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. D.____ enthalte keinen Psychostatus und erlaube daher keine weiteren Rückschlüsse auf gestellte ICD-Diagnosen. Im Bericht werde überdies auf gravierende psychosoziale Probleme hingewiesen. In Bezug auf die somatischen und psychiatrischen Diagnosen bestehe überwiegend wahrscheinlich keine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterung im Vergleich zur letzten RAD-Beurteilung vom 3. Oktober 2020 (Urk. 6/167/4-7). 4.8

In der Stellungnahme vom 22. Mai 2023 hielt die RAD-Ärztin Dr. Z.____ an ihrer bisherigen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fest. In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schwindelprobleme und Kopfschmerzen verwies sie ergänzend darauf, dass die Schwindelabklärungen im Rahmen des stationären Aufenthalts in der Rehaklinik Y.____ einen unauffälligen Befund ergeben hätten. Die leicht- bis mittelgradigen okzipitalen Kopfschmerzen hätten eine gute Linderung unter Novalgin bei Bedarf gezeigt. Nachfolgende fachärztliche Konsultationen aufgrund Schwindel oder Kopfschmerzen seien

nicht erfolgt (Urk. 6/191/4-5). 5.

E. 5

) und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk.

6/147) mit Verfügung vom

E. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging, wie dargelegt (E. 2.1), davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig sei. Sie stützte sich dabei auf die Einschätzung ihrer RAD-Ärztin Dr. Z.____ (Urk.

6/167/4-7, Urk. 6/191/4-5).

E. 5.2

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabebereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). 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). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

E. 5.3

Die Einschätzung von Dr. Z.____

beruht auf einer Beurteilung der Aktenlage. Bei ihren Ausführungen handelt es sich mangels selber durchgeführter Untersuchungen mithin nicht um Stellungnahmen im Sinne von Art. 49 Abs. 2 IVV. Es sind keine medizinischen Befunde erhoben worden, sondern die vorhandenen Befunde wurden von ihr gewürdigt. Es liegt folglich eine Empfehlung zur weiteren Bearbeitung des Leistungsbegehrens aus medizinischer Sicht im Sinne von Art. 59 Abs. 2 bis IVG und Art. 49 Abs. 1 IVV vor. Ihr Bericht vermag daher lediglich dazu Stellung zu nehmen, ob der einen oder anderen Ansicht zu folgen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Soll ein Versicherungsfall jedoch 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 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

E. 5.4

Der behandelnde Psychiater Dr. D.____ diagnostizierte im Bericht vom 11.

Juni 2022 eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; E. 4.4). Gegenüber den Ärzten der Klinik für Konsiliarpsychiatrie

des Universitätsspitals A.____ erklärte er, dass der Beschwerdeführer an einem komplexen Schmerzsyndrom mit somatoformen Komponenten leide (Urk. 9/12). Dieser Einschätzung

schlossen sich die Konsiliarärzte an (Urk. 9/12). Dementsprechend fand die Diagnose eines komplexen Schmerzsyndroms mit somatoformen Komponenten Aufnahme in den Austrittsbericht des Universitätsspitals A.____

(Urk. 9/4).

E. 5.5

Die RAD-Ärztin Dr. Z.____ bemerkt zutreffend, dass Dr. D.____ im Bericht vom 11. Juni 2022 keinen Psychostatus aufführte (Urk. 6/167/4-7). Jedoch handelte es sich bei diesem Bericht um eine Kurzorientierung zuhanden des behandelnden Neurochirurgen Dr. E.____. Letztlich erging dieser Bericht im Rahmen des Behandlungsauftrags und enthält daher auch keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Gleich verhält es sich hinsichtlich der Berichte des Universitätsspitals. Vor diesem Hintergrund kann aus den fehlenden Angaben zur Arbeitsfähigkeit nicht geschlossen werden, nach Meinung der psychiatrischen Fachärzte bestehe keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit. Ab wann sich der Beschwerdeführer zu Dr. D.____ in Behandlung begab, lässt sich gestützt auf die vorhandene Aktenlage nicht eruieren. Bei den Akten liegen indessen Arbeitsunfähigkeitsatteste, die Dr. D.____ im Juni 2021 ausstellte (Urk.

6/190/9-11). Aus welchen Gründen diese erfolgten und ob Dr. D.____ auch für den vorliegend interessierenden Zeitraum von einer Arbeitsunfähigkeit ausgeht, ergibt sich nicht aus den Akten.

E. 5.6

Gestützt auf die Berichte von Dr. D.____ und des Universitätsspitals A.____ lässt sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht indessen nicht bestimmen. Vor diesem Hintergrund kann auch der Einschätzung von Dr. Z.____, die anhand eben dieser Berichte eine volle Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht postulierte, nicht gefolgt werden. Dazu kommt, dass rechtsprechungsgemäss grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen, mitunter somatoforme Schmerzstörung, einem strukturierten Beweisverfahren zu unterziehen sind (BGE 141 V 281, 143 V 418; vgl. E. 1.3 hiervor). In den vorliegenden Berichten

finden sich jedoch keine Ausführungen zu den Standardindikatoren.

E. 5.7

Damit erweist sich der Sachverhalt zumindest in psychiatrischer Hinsicht als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher zur weiteren Abklärung an die Vorinstanz zurückzuweisen. Da der Beschwerdeführer unter diversen somatischen Beschwerden leidet und eine Wechselwirkung der somatischen Beeinträchtigungen und der psychischen Situation zumindest nicht auszuschliessen ist, dürfte sich eine polydisziplinäre Abklärung aufdrängen. 6.6.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind sie auf Fr. 700.-- festzusetzen.

Die Rückweisung an die Verwaltung gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin

aufzuerlegen sind. 6.2

Der vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung (§ 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). In Anwendung dieser Grundsätze ist die Prozessentschädigung auf Fr.

2' 0 00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 26. Mai 2023 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 Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 2' 0 00.-- (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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber VogelSonderegger

E. 9

März 2021 einen Leistungsanspruch (Urk. 6/159).

Am 28. Oktober 2022 meldete sich der Versicherte

wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 6/163). Nach Vornahme medizinischer Abklärungen und Beizug der Akten des Unfallversicherers (Urk. 6/165, Urk. 6/166) stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 25. Januar 2023 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht (Urk. 6/168). Nachdem sie in der Folge weitere medizinische Abklärungen getätigt,

insbesondere erneut die Akten des Unfallversicherers eingeholt hatte (Urk. 6/170, Urk. 6/173-177, Urk. 6/188, Urk. 6/189) , verneinte sie mit Verfügung vom 26. Mai 2023 einen Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 30. Juni 2023 Beschwerde und beantragte, ihm seien die gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente , zuzusprechen . In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerde antwort vom 17. August 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Dies wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 22. August 2023 zur Kenntnis gebracht. Gleichzeitig teilte das Gericht den Parteien mit, dass es die Anordnung eines weiteren Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte. Den Parteien bleibe es jedoch unbenommen, sich nochmals zur Sache zu äussern und weitere sachbezogene Unterlagen einzureichen (Urk. 7). Mit Eingabe vom 31. August 2023 liess sich der Versicherte nochmals vernehmen und reichte medizinische Berichte zu den Akten (Urk. 8 , Urk. 9/3-13). Die IV-Stelle verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 11), worüber der Versicherte orientiert wurde (Urk. 12). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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