

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00599 vom 15. Juli 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-07-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00599

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00599 du 15 juillet 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00599 del 15 luglio 2024

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1972, stand in gekündigtem Arbeitsverhältnis, als er die Tätigkeit als Senior Relationship Manager bei der Y.____ AG, am

15. Juli 2022 wegen krankheitsbedingter vollständiger Arbeitsunfähigkeit aufgeben musste (Urk. 7/13).

Am 9. März 2023 (Urk. 7/4) meldete er sich unter Hinweis auf ein e

Cheyne -Stoke -Atmung und eine schwere Schlafapnoe (S. 6 Ziff. 6.1) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an.

Gestützt auf die Akten des Krankentaggeldversicherers (Urk. 7/13 und Urk. 7/15) stellte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten mit Vorbescheid vom 11. August 2023 in Aussicht, das Leistungsbegehren abzuweisen (Urk. 7/17). Mit Verfügung vom 9. Oktober 2023 verneinte sie den Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/19 = Urk. 2).

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar

2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporal rechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar

2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen).

Auf Grund der im März 2023 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab September 2023 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die seit 1. Januar 2022 geltende Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

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

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 1.

E. 2

Am 9. November 2023 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2023 (Urk. 2) mit dem Antrag auf deren Aufhebung und auf Zusprache der gesetzlichen Leistungen (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. Dezember 2023 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Mit Replik vom 18. April 2024 hielt der Beschwerdeführer an seinem Rechtsbegehren fest (Urk. 13). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf Duplik (Urk. 16), was dem Beschwerdeführer am 23. Mai 2024 mitgeteilt wurde (Urk. 17). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die abweisende Leistungsverfügung begründete die Beschwerdegegnerin damit (Urk. 2), dass die Untersuchung im Z. ____

ergeben habe, dass der Beschwerdeführer in jeder Aufgabe einsetzbar sei, die seinen qualifizierten beruflichen Kenntnissen und Fähigkeiten sowie seinem Erfahrungshintergrund entspreche. Der berufliche Einstieg sei vorerst mit einem Pensum von 40 % ab August 2023 befürwortet worden, mit monatlicher Steigerung um 20 % bis zur Erreichung des vollen Pensums. Es könne von keiner langandauernden Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden, weshalb kein Leistungsanspruch bestehe (S. 1).

Mit Beschwerdeantwort ergänzte sie (Urk. 6), aus neurologischer Sicht seien die subjektiven Angaben zur Schlafapnoe sowie zu seinen Funktions Einschränkungen am bisherigen Arbeitsplatz objektiv nicht nachvollziehbar (S. 1 unten). Nur wegen Dekonditionierung infolge dysfunktionaler Beschwerdebewältigung sei ein schrittweiser beruflicher Einstieg empfohlen worden. Hinsichtlich der zunehmenden Entwicklung der Arbeitsfähigkeit ab September 2023 stünden aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht die gutachterlichen Abklärungsergebnisse des Krankenversicherers im Einklang mit den medizinischen Berichten des Behandlers (S. 2 Ziff. 3).

E. 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin habe die Untersuchungsmaxime verletzt, da sie sich bei der Beurteilung seines Leistungsanspruchs auf die vom Krankentaggeldversicherer eingeholten medizinischen Berichte gestützt habe, statt eigene Abklärungen vorzunehmen (S. 5 Ziff. 9). Den vom Krankentaggeldversicherer angeordneten ärztlichen Untersuchungen komme lediglich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu, was bedeute, dass bereits geringe Zweifel genügen, diesen den Beweiswert abzuspochen (S. 5 Ziff. 11). Vorliegend bestünden aus näher dargelegten Gründen erhebliche Zweifel an den Ausführungen und Beurteilungen der beauftragten Ärzte (S. 6 Mitte). Ausserdem übe er eine äusserst qualifizierte Tätigkeit aus, welche ein hohes Mass an Konzentrationsvermögen und Flexibilität erfordere, womit sich die Ärzte überhaupt nicht auseinandergesetzt hätten (S. 7 unten). Die erneute Schlafabklärung habe eine ergänzende Diagnose ergeben und es sei eine medikamentöse Therapie angeordnet sowie eine sechsmonatige 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (S. 8 Ziff. 15).

Mit Replik wiederholte der Beschwerdeführer (Urk. 13), dass die Beschwerdegegnerin keine eigenen Abklärungen vorgenommen habe. Ihr seien sämtliche behandelnden Ärzte bekannt gewesen, dennoch habe sie von keinem Arztbericht eingeholt. Sie sei auch darüber in Kenntnis gewesen, dass die Arbeitgeberin vertrauensärztliche Berichte veranlasst habe, die die Beschwerdegegnerin ebenso wenig in ihre Beurteilung einbezogen habe (S. 3 Ziff. 5).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat und insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin ihrer Abklärungspflicht nachgekommen ist. 3. 3.1

Dr. med. A. ____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Herzkrankheiten (Kardiologie), stellte im Bericht vom 17. Oktober 2022 (Urk. 7/13/387) folgende Diagnosen: - extreme Müdigkeit und Leistungsintoleranz seit drei Monaten - DD: im Rahmen der Diagnose 2 - Ruhe-EKG mit unspezifischen Repolarisationsstörungen über der Vorderwand - echokardiographisch strukturell und funktionell normales Herz, insbesondere kein Hinweis auf systolische oder diastolische Herzinsuffizienz - reduzierte Leistungskapazität (85 % vom Soll, klinisch und elektrisch negative Ergometrie, jedoch bezüglich Ischämie nur limitiert verwertbar) - Koronar-CT: Calciumscore 0, keine Koronarstenosen (vgl. Urk. 7/13/389 - eventuelle Risikofaktoren: Dyslipidämie (unter medikamentöser Behandlung) - ausgeprägte und anhaltende Cheyne-Stokes-Atmung - längste Hypoventilationsphase 57 Sekunden - keine klinisch relevante Desaturationen - fragliche obstruktive Schlafapnoe

Basierend auf der Echokardiographie könne als Ursache der neu diagnostizierten Cheyne-Stokes-Atmung eine Herzinsuffizienz ausgeschlossen werden. Hier zeige sich ein strukturell und funktionell normales Herz, insbesondere eine normale systolische und diastolische Funktion des linken Ventrikels. Auch die pulmonalen Druckverhältnisse lägen im Normbereich. Relevante Klappenvitien lägen nicht vor. Die Ergometrie bestätige die limitierte körperliche Leistungsfähigkeit. Bis zum erreichten Ziel zeigten sich keine Hinweise für eine myokardiale Perfusionsstörung. Bezüglich Ischämie sei der Test aber nicht hinreichend verwertbar. Aufgrund der neu aufgetretenen Leistungsintoleranz mit Belastungsdyspnoe sowie auch der unspezifischen Veränderungen im Ruhe-EKG sei trotz

des nicht so hohen kardiovaskulären Risikoprofils eine koronare Herzkrankheit mittels Koronar-CT gesucht worden, was erfreulicherweise keinerlei Koronarkalk und keine Stenosen gezeigt habe. Damit könne die Leitsymptomatik kardial nicht erklärt werden. 3.2
3.2.1

Am 7. März 2023 diagnostizierte Dr. med. B.____, Facharzt für Lungenkrankheiten (Pneumologie), Somnologie am C.____ AG (Urk. 7/13/163-164) ein schweres komplexes Schlafapnoesyndrom (S. 1 Mitte). Trotz einer CPAP-Gerätetherapie sei der Beschwerdeführer nicht zufrieden, er fühle sich nicht erholt. Die Maskentherapie werde regelmässig genutzt. In der nächtlichen Polysomnographie könne eine Aufzeichnungsdauer von 6 Stunden gesehen werden. Die Schlafeffizienz liege bei 93%. Es seien fünf fragmentierte Schlafzyklen zu sehen, der Deltaschlaf sei unterproportional vorhanden. Die mittlere Sauerstoffsättigung liege bei 92%, der Nadir SaO₂ liege bei 85%. Es zeigten sich vor allem zentrale Apnoen und Hypopnoen (CSR). Zudem träten vermehrte Beinbewegungen im Sinne eines leichten Restless-Legs-Syndroms (RLS) auf (S. 1 Mitte). Es werde nun die Gerätetherapie auf eine Adaptive - Support - Ventilation (ASV) -Therapie gewechselt (S. 1 unten). 3.2.2

Am 2. Mai 2023 hielt Dr. B.____ fest (Urk. 7/13/301-302 = Urk. 7/13/403-404), es liege ein gutes Ergebnis der Maskentherapie vor. Da aber immer noch eine starke Tagesmüdigkeit bestehe, werde eine nochmalige kardiorespiratorische Polysomnographie (PSG) unter Therapie durchgeführt. 3.2.3

Am 18. Juli 2023 (Urk. 7/14/456-457 = Urk. 3) ergänzte

Dr. B.____

den Diagnosekatalog um eine nichtorganische Insomnie bei vermehrtem Gedankenkreisen. Der Beschwerdeführer berichte, mit der Maskentherapie zufrieden zu sein. Das vermehrte nächtliche Erwachen sei verschwunden. Er könne länger schlafen und habe das Gefühl, tiefer zu schlafen. Das Gedankenkreisen sei trotz autogenen Übungen nicht verschwunden. In der nächtlichen Polysomnographie könne eine Aufzeichnungsdauer von 7.5 Stunden gesehen werden. Die Schlafeffizienz liege bei 94%. Es zeigten sich vier fragmentierte Schlafzyklen, der Deltaschlaf und der Arousal-Index seien deutlich gebessert. Der AHI liege bei vier Stunden, Geräte druck und Sauerstoffsättigung seien adäquat. Unter der ASV-Therapie liege ein gutes Ergebnis vor (S. 1 unten). 3.3

Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 20. März 2023 ein schweres komplexes Schlafapnoesyndrom. Unter Hinweis auf den Bericht von Dr. B.____ vom 7. März 2023 (vgl. vorstehende E. 3.2) hielt sie fest, dass der Beschwerdeführer eine Müdigkeit und Tagesschläfrigkeit beklage. 3.4

In der neurologischen Kurzbeurteilung vom 26. Mai 2023 (Urk. 7/13/423-433 = Urk. 7/15/12-22) zuhause des Krankentaggeldversicherers diagnostizierte Dr. med. E.____, Facharzt für Neurologie, ein Schlafapnoesyndrom, welches in der Polysomnographie einen AHI von ursprünglich 31/h erzielt und unter ASV auf 1/h normalisiert habe, trotzdem aber mit subjektiv anhaltender Tagesmüdigkeit, welche in der aktuellen Untersuchung auf der Befundebene nicht darstellbar gewesen sei (S. 8 unten Ziff. 1). Die subjektiv beklagten Beschwerden könnten aktuell nicht durch objektive Befunde nachvollzogen werden. Im Bericht des Zentrums für Schlafmedizin vom 2. Mai 2023 (vgl. vorstehende E. 3.2.2) sei dokumentiert worden, dass ein gutes Ergebnis der Maskentherapie vorliege.

Der AHI habe sich unter ASV-Gerätetherapie normalisiert und betrage nur noch 1/h. In der aktuellen Untersuchung zeige sich während der gesamten Exploration und Untersuchung keine auffällige Müdigkeit. Die Vigilanz sei durchgehend normal. Es sei auch keine Störung von Konzentration oder Kognition aufgefallen. Die testpsychologischen Untersuchungen zur visuellen Aufmerksamkeit seien durchwegs normal. Im EEG zeige sich durchgehend ein normaler Grundrhythmus, keine schlafassoziierte Aktivität und insbesondere keine pathologischen Ermüdungszeichen. Auch in der Schilderung der Alltagsaktivitäten lasse sich keine wesentliche Einschränkung erkennen. Die Tatsache, dass der Beschwerdeführer täglich einen Mittagsschlaf von 30 bis 60 Minuten halte, qualifiziere nicht zur Attestierung einer dauerhaft anhaltenden Arbeitsunfähigkeit (S. 9 Mitte Ziff. 4). Eine wesentliche neurologische Störung lasse sich nicht diagnostizieren. Entsprechend bestehe aus neurologischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 10 unten Ziff. 8a). 3.

E. 4

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

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

E. 4.1

Art.

43 Abs.

1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann

(SVR 2007 UV Nr. 33 S. 111; Urteil des Bundesgerichts 9C_57/2019 vom 7. März 2019 E.

3.2; Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl. 2020, N 20 zu Art. 43 ATSG).

E. 4.2

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Beurteilung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers, soweit aus den Akten ersichtlich, ohne die Sache ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vorzulegen (vgl. Urk. 7/16), allein auf die vom Krankentaggeldversicherer eingeholten Akten, insbesondere auf die ärztlichen Beurteilungen

durch

Dr. E.____ (E. 3.4) und Dr. F.____ (E. 3.5). Dr. E.____ und Dr. F.____ wurden zwar in einem zivilrechtlichen Verfahren beauftragt, den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers abzuklären, dem Beschwerdeführer wurde indes vom Krankentaggeldversicherer die Gelegenheit geboten, sich zu den gestellten Fragen zu äussern und gesetzliche Ausstandsgründe gegen die Experten geltend zu machen (vgl. Urk. 7/13/217-218). Damit erfolgte die Auftragsvergabe im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG.

Den

Feststellungen der beiden Ärzte kommt daher grundsätzlich der Beweiswert eines Administrativgutachtens zu, so lange das Gutachten den Anforderungen der Rechtsprechung entspricht und keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE

125

V

351 E.

3b/ bb mit weiteren Hinweisen).

E. 4.3

Aufgrund der Akten ist davon auszugehen, dass Dr. F.____ vor Fertigstellung seines Gutachtens Kontakt zum Krankenversicherer hatte und sich über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers unterhielt. Der Telefonnotiz vom 9. Juni 2023 (Urk. 7/13/385)

kann entnommen werden, dass Dr. F.____ über die Dauer der Untersuchung und über diverse schwere Diagnosen sprach, noch bevor er seinen Bericht verfasst hatte. Was er mit dieser Information bezweckte, erschliesst sich aus der Telefonnotiz nicht, allerdings kann Dr. F.____

nach diesem Gespräch mit der Auftraggeberin, in welchem der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers diskutiert wurde, jedenfalls nicht mehr als unabhängiger Gutachter betrachtet werden, womit seiner Beurteilung allein schon aus diesem Grund die Beweiskraft abgeht.

Weiter

ordnete der Krankentaggeldversicherer laut Mitteilung an den Beschwerdeführer vom 11. April 2023 (Urk. 7/13/217-218) ein bidisziplinäres Gutachten an. Dass ein Austausch zwischen den Teilgutachtern über ihre jeweiligen Ergebnisse stattgefunden hat, kann keinem der beiden Beurteilungen entnommen werden. Auch wenn beide Gutachter einzeln bezüglich Arbeitsfähigkeit zum gleichen Schluss gelangt sind, genügt dies nicht, von einem formell korrekt ausgeführten bidisziplinären Gutachten auszugehen, fehlt es doch an einer gemeinsamen Beurteilung. Abgesehen davon fehlt im Gutachten auch eine

Stellungnahme zur diametral anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B.____ (E. 3.2) .

Laut ihren Angaben dienten

Dr. E.____

und Dr. F.____ neben den eigenen Untersuchungen im Wesentlichen die Berichte von Dr. B.____ vom 7. März 2023 (E. 3.2.1) und vom 2. Mai 2023 (E. 3.2.2) sowie der Bericht von Dr. D.____ vom 20. März 2023 (E. 3.3) als Grundlage für ihre Expertise . Ob ihnen die vom Krankentaggeldversicherer eingeholten weiteren Arztberichte vorlagen ,

ist offen. Jedenfalls wurden sie nicht zur Kenntnis

beziehungsweise in die Beurteilung miteinbezogen . Namentlich nahmen die Gutachter keinen Bezug zum Bericht von Dr. A.____ (E. 3.1) , was umso schwerer wiegt, als Dr. A.____ zum Schluss kam, dass die Leitsymptomatik (extreme Müdigkeit und Leistungsintoleranz) kardial nicht erklärt werden könne, da das Koronar-CT (vgl. Urk. 7/13/389) keinerlei Koronarkalk und keine Stenosen gezeigt habe. Eine Erklärung, weshalb die im Koronar-CT gefundene schwere Koronarsklerose unbedeutend beziehungsweise in ihrem Bericht nicht einmal erwähnenswert war , fehlt im Bericht von Dr. A.____ selber, aber auch in der Beurteilung durch

Dr. F.____ .

Am 11. April 2023 wurde der behandelnde Dr. B.____ vom Krankentaggeldversicherer gebeten, zu Händen der Gutachter einen Bericht zu konkreten Fragen

zu verfassen (Urk. 7/13/233). Dieser Bericht ging nach Aktenlage nie ein, wurde aber auch nicht gemahnt. Im Bericht vom 2. Mai 2023 stellte Dr. B.____ eine erneute Polysomnographie in Aussicht (E. 3.2.3). Davon erwartete Dr. F.____

keine zusätzlichen Erkenntnisse (Urk. 7/13/434-440 S. 2 oben) , weshalb er auch deren Auswertung nicht abwartete. Die mit

Bericht vom 18. Juli 2023 (E. 3.2.3) von Dr. B.____

neu gestellte Diagnose , aber auch die in Aussicht gestellte Therapie

findet demzufolge keinen Eingang in die gutachterliche Beurteilung . Selbst wenn sich Dr. F.____ auf den Standpunkt gestellt hätte, dass dies keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte, hätte dies einer Erklärung bedurft .

E. 4.4

Zusammenfassend gründet das vom Krankenversicherer in Auftrag gegebene Gutachten auf gravierenden formellen Mängeln, weshalb die Beschwerdegegnerin bei ihrer Leistungsprüfung nicht ohne weitere eigene Abklärungen hätte darauf abstellen dürfen. Der

Sachverhalt erweist sich damit als nur ungenügend abklärt, weshalb die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie ihre Abklärungen nachhole und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

E. 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 5.1

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) .

E. 5.2

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800. festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 5.3

Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend hat der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. 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 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Unter Berücksichtigung eines gerichtsüblichen Ansatzes von Fr. 280 . pro Stunde zuzüglich Mehrwertsteuer erscheint eine Parteientschädigung von Fr. 3'300 . (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 9. Oktober 2023 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden medizinischen Abklärungen über das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers neu entscheide. 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 Partei entschädigung von Fr. 3'300.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Anna Papis -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der
Rechtskraft)

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