

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00607 vom 6. Februar 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-02-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2023.00607](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00607)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00607 du 6 février 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00607 del 6 febbraio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ; 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. 1.2**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Die Annahme einer Invalidität setzt stets ein medizinisches Substrat voraus, das (fach-) ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nachgewiesenermassen wesentlich beeinträchtigt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.1 und 8C\_544/2022 vom 3. März 2023 E. 2.4). Der im Hinblick auf Rentenleistungen der Invalidenversicherung geltende enge (bio-psychische) Krankheitsbegriff klammert soziale Faktoren so weit aus, als es darum geht, die für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit kausalen versicherten Faktoren zu umschreiben. Die funktionellen Folgen von Gesundheitsschädigungen werden hingegen auch mit Blick auf psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren abgeschätzt, welche den Wirkungsgrad der Folgen einer Gesundheitsschädigung beeinflussen (BGE 141 V 281

E. 3.4.2.1 mit Hinweisen). Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie ausgeklammert, gilt es doch sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 5a; vgl. auch BGE 143 V 409 E. 4.5.2). Psychosoziale Belastungsfaktoren können jedoch mittelbar zur Invalidität beitragen, wenn und soweit sie zu einer ausgewiesenen Beeinträchtigung der psychischen Integrität als solcher führen, welche ihrerseits eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirkt, wenn sie einen verselbständigten Gesundheitsschaden aufrechterhalten oder den Wirkungsgrad seiner Folgen verschlimmern (Urteile des Bundesgerichts 8C\_213/2022 vom 4. August 2022 und 9C\_311/2021 vom 23. September 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen). Praxisgemäss spielt es keine Rolle, dass psychosoziale oder soziokulturelle Umstände bei der Entstehung einer Gesundheitsschädigung einen wichtigen Einfluss gehabt hatten, sofern sich inzwischen ein eigenständiger invalidisierender Gesundheitsschaden entwickelt hat (BGE 141 V 281 E. 3.4.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C\_105/2023 vom 10. Juli 2023 E. 5.1 mit Hinweisen). Eine krankheitswertige Störung muss umso ausgeprägter vorhanden sein, je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren das Beschwerdebild mitprägen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_43/2023 vom 29. November 2023 E. 5.2 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 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. 2**

Der Versicherte erhob am 15. November 2023 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Oktober 2023 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien die Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) zu erbringen. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihrer gesetzlichen Abklärungspflicht nachzukommen und eine Neu beurteilung vorzunehmen. Eventuell sei der Streitgegenstand

an diese zurückzuweisen, mit der Verpflichtung, dass berufliche Massnahmen durchzuführen seien, ein rechtskonformer Einkommensvergleich vorzunehmen und anschliessen d ein

neue r Leistungsentscheid zu verfügen sei ( Urk. 1 S. 2 ).

Mit Beschwerdeantwort vom 3. Januar 2024 ( Urk. 5) beantragte die IV-Stelle, die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer am 10. Januar 2024 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung ( Urk. 2) damit, dass sich der Beschwerdeführer erneut am 11. Januar 2022 für Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet habe. Gemäss den eingeholten medizinischen Berichten und Beurteilungen lägen keine erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen vor, welche sich längerdauernd auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Es bestehe somit kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherungen, weder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen noch auf eine Invalidenrente. Der Beschwerdeführer sei in der Stellensuche nicht eingeschränkt, weshalb das regionale Arbeitsvermittlungszentrum (RAV) zuständig sei. Mit dem Einwand seien keine neuen unberücksichtigten medizinischen Tatsachen hervorgebracht worden. Auch der hausärztliche Bericht habe keine Gründe für eine neue Beurteilung hervorbringen können. Die vorliegende Sachlage werde lediglich anders beurteilt (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1) geltend, dass er unter einer koronaren Herzkrankheit, einem Aneurysma, welches seine Kopfschmerzen erkläre, einer mehrfachen Nahrungsmittelintoleranz, einer erheblichen Restproblematik der unteren Extremität rechts, einer depressiven Erkrankung sowie unter einer Angststörung leide ( Rz . 20-22 ). Die Beschwerdegegnerin habe keine Abklärungen vorgenommen oder eine externe Begutachtung in Auftrag gegeben. Zudem habe sie weder bei der SWICA noch bei der Unfallversicherung oder der Basler Versicherung Akten eingeholt ( Rz . 23).

Entgegen den Ausführungen des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) sei er sehr motiviert, seine Arbeitsfähigkeit zu erhalten ( Rz . 24). Es sei auf die Einschätzung seines Hausarztes abzustellen ( Rz . 25-26). Die Beschwerdegegnerin habe die Untersuchungs- und Abklärungspflicht verletzt ( Rz . 30).

Nach Eingang der Akten der Unfallversicherung und der Basler Versicherung werde er dem Sozialversicherungsgericht eine Rückmeldung zukommen lassen ( Rz . 31). Es sei eine rechtskonforme Begutachtung durchzuführen ( Rz . 32). Eventuell seien umfassende berufliche Massnahmen durchzuführen und nach Abschluss ein rechtskonformer Einkommensvergleich vorzunehmen ( Rz . 36).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt genügend abgeklärt hat. 3. 3. 1

Die relevante medizinische Aktenlage präsentierte sich im Zeitpunkt der leistungsanspruchsverneinenden Verfügung vom 7. Januar 2015 ( Urk. 6/39) wie folgt (vgl. auch Urk. 6/3

## **E. 5**

Wurde eine Rente

wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades

verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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\_234/2023 vom 4. September 2023 E. 1.2, insbesondere mit Hinweis auf

BGE 117 V 198 E. 3a). 1.

### **E. 5.2**

Was die somatischen Beschwerden anbelangt, geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer am 14. Oktober 2020 einen Autounfall erlitt, indem sein Fahrzeug ins Rollen geriet, während er einem Kunden beim Einsteigen ins Auto helfen wollte (vorstehend E. 4.4). Gemäss dem Bericht der Ärzte der Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie, Spital I., vom 16. Oktober 2020 (vorstehend E. 4.2) zog sich der Beschwerdeführer dabei eine dislozierte, transverse mediale Malleolarfraktur rechts zu, welche operativ versorgt wurde. Die Ärzte beschrieben einen peri- und postoperativ komplikationslosen Verlauf. Wie aus dem Bericht von med. pract. P., Spital I., vom 15. November 2022 (vorstehend E. 4.8) hervorgeht, war die Behandlung bereits am 21. April 2020 beendet.

Die von

Hausarzt Dr. Q.\_\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 16. August 2023 (vorstehend E. 4.

### **E. 5.4**

Aufgrund des Gesagten ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der leistungsanspruchsverneinenden Verfügung vom 7. Januar 2015 (Urk. 6/39) nicht in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert respektive verschlechtert hat. Bei einer nach wie vor bestehenden uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit

in der angestammten Tätigkeit als Taxifahrer resultiert kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Bei dieser Ausgangslage besteht auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen.

Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic.

iur. Y. \_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Schucan

## **E. 6**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung

(BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). 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 revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen). 1.

## **E. 7**

): 3. 2

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie und für Allergologie und klinische Immunologie, stellte in seinem Bericht vom 10. Februar 2006 (Urk. 6/14) folgende Diagnosen (S. 1): - Bäcker-Rhinitis - Rhinitis pollinosa bei Sensibilisierung vom Soforttyp auf die frühblühenden Baumpollen (Hasel, Erle, Birke, Esche) sowie auf Gräser- und Roggenpollen

Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer an einer Bäcker-Rhinitis bei Sensibilisierungen vom Soforttyp auf Weizen- und Roggenmehl leide (S. 1 unten). Er arbeite quasi als Hilfsbäcker und werde sich innerhalb des Betriebs um eine Arbeit ohne Mehlkontakt bemühen. Versicherungsrechtlich handle es sich um eine Berufskrankheit, was bei einer Anmeldung beim zuständigen UVG-Versicherer (Suva) zum Erlass einer Nichteignungsverfügung führe. Falls keine Umplatzierung innerhalb des Betriebs möglich sei, sollte sich der Beschwerdeführer bald bei der IV-Stelle anmelden, damit eine Berufsberatung respektive eine Wiedereingliederung stattfinden könne (S. 2). 3. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Stellvertretende Oberärztin, integrierte Psychiatrie C.\_\_\_\_, stellte in ihrem Abschlussbericht vom 11. August 2014 (Urk. 6/32/4-7) folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach mittelgradiger depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) - erhöhte Leberwerte unklarer Ätiologie, Erstdiagnose (ED) März 2013 - ambulante Diagnostik und Behandlung im Universitätsspital D.\_\_\_\_

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer vom 21. März 2013 bis 8. Mai 2014 bei ihnen in ambulanter Behandlung gewesen sei (S. 1 Mitte). Laut Zuweisern sei es aufgrund einer chronischen Überlastungssituation und Konflikten am Arbeitsplatz zu einer depressiven Entwicklung mit sozialem Rückzug und akuter Suizidalität gekommen, was zur ersten psychiatrischen Hospitalisation vom 5. bis 18. März 2013 in der C.\_\_\_\_ Zentrum E.\_\_\_\_ geführt habe (S. 1 unten).

Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, dass bei Eintritt eine depressive Symptomatik bestanden habe. Im Sinne einer intensivierten psychiatrischen Behandlung bei psychosozialer Belastung

tungssituation und reaktiv depressiver Symptomatik sowie zur Entlassung des Umfeldes sei der Patient zur teilstationären Behandlung an die C.\_\_\_\_

Klinik F.\_\_\_\_

überwiesen worden, wo er vom 2. Mai bis 19. Juli 2013 in Therapie gewesen sei. Anschliessend sei die integriert-psychiatrische Behandlung in der C.\_\_\_\_ Ambulatorium G.\_\_\_\_ fortgesetzt worden. Für den Patienten habe vor allem die belastende Situation am Arbeitsplatz im Vordergrund gestanden. Im Verlauf der Behandlung sei es zu einer vollständigen Regredienz der depressiven Symptomatik gekommen, sodass auch die antidepressive Medikation abgesetzt werden können. Auf Wunsch des Patienten sei die integriert-psychiatrische Behandlung an der C.\_\_\_\_ Ambulatorium G.\_\_\_\_ auf den 8. Mai 2014 beendet worden (S. 2 unten). 3. 4

Dr. med. H.\_\_\_\_, praktischer Arzt, nannte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2014 (Urk. 6/36) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mit telgradige depressive Entwicklung. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Weizen- und Roggenmehlallergie, ein unklar erhöhtes GGT, ein Reizdarmsyndrom sowie eine Dyslipidämie (Ziff. 1.1). Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 24. März 1993 bei ihm in Behandlung sei und dass die letzte Kontrolle am 23. Oktober 2014 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Seit einem Jahr liege hinsichtlich der depressiven Entwicklung eine ziemlich stabile Situation mit ambulanter Therapie und Kontrollen an der C.\_\_\_\_ vor. Der Beschwerdeführer sei zur Zeit internistisch wie auch psychiatrisch stabil und arbeite zu 100% als Taxifahrer (Ziff. 1.4). 4. 4. 1

Im Zusammenhang mit der Neuanschreibung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug vom 10. Januar 2022 (Urk. 6/46) liegen die folgenden medizinischen Berichte vor: 4. 2

Die Ärzte der Klinik für Orthopädie, Hand- und Unfallchirurgie,

Spital I.\_\_\_\_, nannten in ihrem Austrittsbericht vom 16. Oktober 2020 (Urk. 6/45/5-6) als Diagnose eine dislozierte, transverse mediale Malleolarfraktur rechts vom 14. Oktober 2020 (S. 1 Mitte).

Die Ärzte führten aus, es sei eine notfallmässige Vorstellung des Beschwerdeführers durch den Rettungsdienst nach einem Autounfall am 14. Oktober 2020 erfolgt. Radiologisch habe sich eine dislozierte, mediale Malleolarfraktur rechts gezeigt. Diese habe am 16. Oktober 2020 operativ versorgt werden können. Der peri- und postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Eine radiologische Kontrolle habe eine regelrechte Stellung gezeigt. Am 17. Oktober 2020 sei der Patient ins häusliche Umfeld entlassen worden (S. 1 Mitte). 4. 3

Die Ärzte des Herzzentrums, Spital J.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 4. August 2021 (Urk. 6/45/1-3) in der Hauptsache die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - koronare 1-Gefässerkrankung, Erstdiagnose (ED) 31. Juli 2021, bei akutem inferiorem ST-Hebungsinfarkt - fusiformes Aneurysma in der Arteria Cerebri anterior, 1. August 2021 rechts, ED 31. Juli 2021 - Anämie Post-Koronarangiographie, 3. August 2021 - Verdacht auf Arachnoidalzysten, 2. August 2021

Die Ärzte führten aus, dass eine Zuweisung aus dem Kantonsspital K.\_\_\_\_ infolge inferiorem ST-Hebungsinfarkt am 31. Juli 2021 bei typischen Brustschmerzen und begleitender Cephalgie erfolgt sei.

Hausintern sei die Erstdiagnose einer koronaren 1-Gefässerkrankung gestellt worden mit thrombotischem Verschluss der rechten Herzkranzarterie ( RCA ). Diese sei mit Thrombusaspiration und einmal DES behandelt worden. Bei sehr unruhigem Patienten infolge stärkster Cephalgie sei es zu einer Dissektion des Ostiums der RCA durch den Guide, mit Versorgung mittels zweimal DES gekommen. Konsekutiv habe sich ein gutes Resultat gezeigt. Der

Ramus interventricularis anterior ( RIVA ) und der Ramus circumflexus ( RCX ) hätten eine nicht stenosierende Koronarsklerose aufgewiesen. In der Kontroll-Echokardiographie habe sich eine leicht eingeschränkte

links ventrikuläre Ejektionsfraktion ( LVEF ) von 49 % bei GLS -12.2 % nach inferiorem Myokardinfarkt gezeigt. Ansonsten bestünden regelrecht strukturierte Atrien und Ventrikel mit regelrechten Klappen ohne relevante Vitien .

Die Ärzte hielten weiter fest, dass bei anhaltenden Kopfschmerzen direkt postinterventionell ein CT Schädel mit Angio des Halses und der thorakalen Gefässe durchgeführt worden sei. Dort habe man eine Blutung sowie Dissektion ausschliessen können. Als Zufallsbefund habe sich ein Aneurysma der Arteria cerebri anterior rechts gezeigt (S. 2 unten f.) . Der Patient sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 3 oben) . 4. 4

M.Sc. L.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Psychiatrie M.\_\_\_\_, führte im Krankengeschichteintrag vom 1. Oktober 2021 ( Urk. 6/81/4- 6 ) aus, dass gemäss den Angaben des Beschwerdeführers mit Hilfe der IV eine Umschulung zum Taxifahrer erfolgt und er danach als selbständiger Taxifahrer tätig gewesen sei . Im Juni und Oktober 2020 sei es in kurzer Abfolge zu zwei Unfällen gekommen, an denen er jeweils Schuld gehabt habe. Einmal sei es zu einer Kollision mit einem Velofahrer gekommen, wobei dieser leicht verletzt worden sei . Sodann habe sich ein Unfall durch Davonrollen des Autos ereignet, als er einem alten Mann beim Einsteigen geholfen habe. Der Beschwerdeführer selbst sei mit einem Bein im Auto und mit einem draussen gewesen und habe sich eine komplizierte Verletzung am Bein zugezogen . Auch der Kunde habe beim Aufprall des Autos an einem Baum Verletzungen, jedoch keine bleibenden Schäden erlitten (S. 1 f. ). Laut Angaben des Beschwerdeführers habe er zweimal für einen Monat den Fahrausweis abgeben müssen und sei während sechs bis sieben Monate aufgrund seiner Verletzungen nicht arbeitsfähig gewesen als Taxifahrer (S. 2 oben). Er habe dann im Juni 2021 eine gute Arbeitsstelle in einer Kantine angetreten, wobei er Ende Juli 2021 einen Herzinfarkt erlitten habe und ihm noch während der Probezeit gekündigt worden sei. Seither sei er arbeitslos.

Er leide auch unter starken Kopfschmerzen. Als Zufallsbefund sei ein Aneurysma festgestellt worden, welches wohl für die Kopfschmerzen verantwortlich sei. Aktuell würden ihn seine Schlafprobleme belasten. Er habe wenig Tagesstruktur, gehe aber täglich zwei Stunden spazieren. Erschwerend komme hinzu, dass seine Frau vor drei Monaten ebenfalls den Job verloren habe und nun beide arbeitslos seien (S. 2 Mitte). Sein Hauptanliegen sei eine psychiatrische Medikation. Psychotherapeutisch habe er kein konkretes Anliegen und sei auch unschlüssig, ob er noch eine zusätzliche Therapie aufnehmen wolle (S. 2 unten). 4. 5

Aus dem Krankengeschichteintrag von Psychologin

L.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2021 ( Urk. 6/81/3-4) geht hervor, dass es dem Beschwerdeführer laut seinen Angaben tagsüber gut gehe. Nachts sei es sehr schwierig, weil er kaum schlafen könne.

Er habe die vorgeschlagenen Entspannungsverfahren und Achtsamkeitsübungen jedoch abgelehnt

(S. 1). 4. 6

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie M.\_\_\_\_, stellte in seinem Krankengeschichteintrag vom 13. Dezember 2021 ( Urk. 6/81/1) folgende Diagnosen (S. 1): - Differenzialdiagnose (DD) beginnende Depression, Angst und Depression gemischt - Status nach Myokardinfarkt August 2021 - zerebrales Aneurysma

Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, dass das qEEG minimale (unspezifische) Auffälligkeiten gezeigt habe. Der Beschwerdeführer habe ihn nach einem Arbeitsunfähigkeits-Attest gefragt, welches er - Dr. N.\_\_\_\_ - nicht ausstellen werde. Dies soll weiter der Hausarzt machen, somatisch sei dies wohl auch möglich. Weiterhin bestehe allenfalls eine leichte, beginnende Depression, die medikamentös nicht behandlungsbedürftig sei und für keine Arbeitsunfähigkeit qualifiziere (S. 1). 4.7

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Kardiologie und für Angiologie, stellte in seinem Bericht vom 26. September 2022 ( Urk. 6/86/7-8) folgende Diagnosen (S. 1): - koronare Eingefässerkrankung mit Status nach inferiorem Myokardinfarkt im Juli 2021 sowie Status nach perkutaner Koronarintervention ( PCI ) inklusive Stent-Implantation x 3 mit erhaltener linksventrikulärer Funktion - Hyperlipidämie und jetzt arterielle Hypertonie

Dr. O.\_\_\_\_ führte aus, dass seit der letzten Kontrolle im März 2021 eine Beschwerdefreiheit bestehe. Der Patient arbeite jedoch nicht und habe das Gefühl, es sollte ihm schlecht gehen. Der Reizhusten sei jetzt verschwunden. Der 57-jährige Patient sei in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Er wirke jedoch sehr depressiv. Der kardiopulmonale Befund sei klinisch unauffällig (S. 1). Beim Patienten bestehe wirklich ein gutes Resultat nach PCI wegen einer koronaren Herzkrankheit. Er habe dem Patienten empfohlen, seine Medikation weiterzuführen und zu versuchen, sich erneut in den Arbeitsprozess integrieren zu lassen (S. 2). 4.

## **E. 8**

Med. pract. P.\_\_\_\_, Assistenzarzt Chirurgie, Spital I.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 15. November 2022 ( Urk. 6/78) als Diagnose eine Malleolarfraktur (Mf; Ziff. 2.5). Med. pract. P.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer vom 17. März bis 21. April 2020 bei ihnen in Behandlung gewesen sei ( Ziff. 1.1). Eine Arbeitsunfähigkeit sei nicht attestiert worden ( Ziff. 1.3). Die Prognose zur Eingliederung sei gut ( Ziff. 4.3). 4.

## **E. 9**

Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 21. November 2022 ( Urk. 6/74) folgende Diagnosen ( Ziff. 2.1): - Herzinfarkt - chronisch rezidivierende Darmprobleme - Unfall am rechten Fuss, 14. Oktober 2020

Dr. Q.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 10. August 2021 bei ihm in Behandlung sei und dass die letzte Kontrolle am 21. November 2022 stattgefunden habe (

Ziff. 1.1).

Seit dem 1. Juni 2022 sei eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % attestiert worden für alle Tätigkeiten. Für das Taxifahren sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ( Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer leide schnell an Schmerzen am rechten Fuss sowie an Durchfall ( Ziff. 3.4). Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei für vier Stunden pro Tag zumutbar ( Ziff. 4. 2 ). 4.

## **E. 10**

) beschriebene Ausprägung der noch bestehenden Fussbeschwerden tangieren jedoch die Tätigkeit als Taxifahrer nicht . Namentlich genügt die gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers von Dr. Q.\_\_\_\_ getätigte Aussage , wonach es auch schon zu Beschwerden beim Autofahren gekommen sei, vorliegend nicht, um

einen dauerhaften, die Arbeitsfähigkeit tangierenden Gesundheitsschaden auszuweisen. Ernsthafte Therapiebemühungen im Zusammenhang mit den geltend gemachten Fussbeschwerden oder weitergehende Abklärungen sind auch nicht aufgeführt worden. So liess sich der Beschwerdeführer lediglich von September bis Oktober 2022 in einer TCM-Praxis behandeln ( Urk. 6/95/3). Aus dem Krankengeschichteintrag von Psychologin L.\_\_\_\_

vom 1. Oktober 2021 (vor stehend E. 4. 4 ) geht zudem hervor, dass er schon zu diesem Zeitpunkt in der Lage war, zwei Stunden pro Tag zu spazieren.

Soweit Dr. Q.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 16. August 2023 (vorstehend E. 4.10) auch aus koronarer Sicht Einschränkungen beschrieb, steht dies den Ausführungen des behandelnden Kardiologen

Dr. O.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 26. September 2022 (vorstehend E. 4.7) entgegen, wonach seit März 2021 eine Beschwerdefreiheit besteht. Die Herleitung von Dr. Q.\_\_\_\_ , weshalb nach wie vor einschränkende Herzbeschwerden bestünden, überzeugt wenig, basierte sie wohl einzig auf den Angaben des Beschwerdeführers, wonach dieser seine Fahrstrecke mit dem E-Bike nicht über 10 km habe steigern können sowie beim Treppensteigen und Lastenheben teilweise ein pectorales Stechen verspüre .

Auch der von Dr. Q.\_\_\_\_ beschriebene Umstand, dass der Beschwerdeführer drei- bis fünfmal eine Toilette aufsuchen muss, lässt nicht auf einen invalidisierenden Gesundheitsschaden schliessen. Erhärtet wird diese Annahme auch dadurch , dass in diesem Zusammenhang lediglich eine Ernährungsberatung durchgeführt worden ist . Zudem bestanden die Beschwerden bereits im Rahmen der letzten Anspruchsprüfung (vorstehend E. 3.4), ohne dass diesen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurden.

Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerzen wurden im Bericht von Dr. Q.\_\_\_\_ dann nicht erwähnt. Dass in diesem Zusammenhang weitere Abklärungen stattgefunden hätten, wurde vom Beschwerdeführer nicht geltend gemacht. Wie aus dem Bericht der Kardiologie des Kantonsspital J.\_\_\_\_ vom 4. August 2021 (vorstehend E. 4.3) hervorgeht, war das Aneurysma lediglich ein Zufallsbefund . Dass dieses für die Kopfschmerzen verantwortlich sein soll, geht aus dem Bericht nicht hervor. Ein Handlungsrespektive Operationsbedarf wurde von den Ärzten nicht gesehen.

Was eine allfällige psychische Einschränkung anbelangt, bestätigte Dr. N.\_\_\_\_

in seinem Krankengeschichteintrag vom 13. Dezember 2021 (vorstehend E. 4.6), dass gerade keine Arbeitsunfähigkeit im Zusammenhang mit den von ihm genannten Diagnosen vorliegt.

Einem anzunehmenden geringen Leidensdruck entsprechend, nahm der Beschwerdeführer auch keine Behandlung bei Dr. N.\_\_\_\_ oder der Psychologin L.\_\_\_\_ war. Gemäss den Angaben in der E Mail vom 30. Dezember 2022 sei der Beschwerdeführer seit einem Jahr nicht mehr in der Praxis gewesen ( Urk. 6/82 , vgl. auch vorstehend E. 4.5 ). Zudem geht aus dem Krankengeschichteintrag von Psychologin L.\_\_\_\_ vom 1. Oktober 2021 (vorstehend E. 4.4) eine erhebliche psychosoziale Belastungssituation (vorstehend E. 1.3) hervor, unter anderem mit der zusätzlichen Arbeitslosigkeit der Ehefrau des Beschwerdeführers .

Zusammenfassend finden die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden und daraus resultierenden Einschränkungen (vorstehend E. 2.2) keinen Niederschlag in den fachärztlichen Berichten , und aus den Berichten des Hausarztes

Dr. Q.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.9-10) lässt sich kein invalidisierender Gesundheitsschaden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit begründen.

Soweit einzig der Hausarzt Dr. Q.\_\_\_\_ eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt, stützt dies die Erfahrungstatsache, wonach Hausärztinnen und Hausärzten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5. 3

Die Beschwerdegegnerin hat von sämtlichen vom Beschwerdeführer im Rahmen seiner Neuanmeldung ( Urk. 6/46 Ziff. 6.3) angegebenen Ärzten Berichte eingeholt, wobei insbesondere aus den fachärztlichen Berichten keine aus invaliden versicherungsrechtlicher Sicht bedeutsame Arbeitsunfähigkeit hervorgeht. Hinsichtlich des durch das Unfallereignis vom 14. Oktober 2020 geschädigten Fusses erweist sich der Sachverhalt als hinreichend abgeklärt . Bei dieser Ausgangslage kann auf das Einholen der Unfallakten oder der Akten weiterer Versicherer sowie auf das Durchführen einer medizinischen Abklärung

entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen) verzichtet werden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt. Von weiteren Untersuchungen wären keine neuen Erkenntnisse zu erwarten.

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