

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00626 vom 13. August 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-08-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00626

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00626 du 13 août 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00626 del 13 agosto 2024

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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen 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 April 2019 anhängig gemachten Neuanschuldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab Oktober 2019 ausgerichtet werden (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). In dieser übergangsrechtlichen Konsolidation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

E. 1.2

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).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 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 Aufgabebereich 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 141 V 9 E. 2.3 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_135/2021 vom 27. April 2021 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 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

E. 1.4

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 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2.

E. 2

4. April 2018 für die Zeit vom

1. Juni 2014 bis 31. März 2015 und vom

1. November 2015 bis zum 31. Oktober 2016 je eine befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/124).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung im Wesentlichen damit, dass aufgrund der getätigten Abklärungen eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen sei. Aus arbeitsmedizinischer Sicht ergebe sich allerdings aufgrund der orthopädisch-rheumatologischen Einschränkungen durch die Schulterproblematik

in Abweichung von der Beurteilung der medizinischen Untersuchung (Z. ___ AG)

seit Juli 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen schweren Tätigkeit als Koch .

In angepasster Tätigkeit bestehe unverändert eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Ein Anspruch auf IV Leistungen sei nicht ausgewiesen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer lässt dagegen zur Hauptsache geltend machen, der Gesundheitszustand habe sich seit 2017 dauerhaft und erheblich verschlechtert. Gestützt auf die Angaben des behandelnden Psychiaters liege

eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt vor. Das Gutachten der Z. ___ AG (wie bereits das Gutachten der Y. ___ vom 2017) sei in psychiatrischer Hinsicht mangelhaft bzw. unvollständig, da der Beschwerdeführer angst- bzw. schambedingt depressive Symptome verschwiegen habe. Wie die Z. ___ AG selber habe einräumen müssen, sei eine Nachbegutachtung angezeigt. Der massgebliche Sachverhalt sei mithin seitens der Beschwerdegegnerin ungenügend abgeklärt worden (Urk. 1).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom April 2019 eingetreten. Entsprechend ist im Folgenden zu prüfen, ob seit der letzten materiellen Anspruchsprüfung (Verfügung vom

24. April 2018) bis zum Ergehen der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2023 eine neu anmelde rechtlich relevante Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist. 3. 3.1

Der Verfügung vom

24.

April 2018 (Urk.

7/124), mit welcher die IV-Stelle dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1.

Juni 2014 bis 31.

März 2015 und vom 1.

November 2015 bis zum 31.

Oktober 2016 je eine befristete Rente zugesprochen hatte,

lag das polydisziplinäre (internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Gutachten des Y. ___ vom 6.

Februar 2017 zugrunde (Urk.

7/104). Darin wurden aus polydisziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 7/104/47):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Chronisches cervicales Syndrom bei/mit - Status nach dorsaler Foraminotomie C5/6 links mit Sequesterectomie bei Diskushernie C5/6 am 04.06.2007 - residuellem radikulärem sensiblem Ausfallssyndrom der Wurzel C6 links - Omarthrose rechts bei - Status nach Schulterarthroskopie rechts, Bizepsstenodese, subacromiale Débridement, Acromioplastik, AC-Gelenksresektion und Rotatormanschetten-Naht am 02.07.2013 - Status nach Schulterluxation rechts 2008 und 2010 - Somatisierungsstörung (F45.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Diabetes mellitus Typ 2, ED 2010 - Aktuelles HbA1c: 11.2% - Koronare 2-Gefäss-Erkrankung, ED 06/2014 im Rahmen eines NSTEMI - Status nach PTCA und Stent eines Seitenastes des RCX am 26.06.2014 - Koronarangiographie 03.02.2016: RIVA-Stenose 20 bis 50

%, RCX Verschluss, LVEF 60

% - Lebersteatose, DD nicht alkoholische Steatohepatitis ED 03/2007 - Leberbiopsie 09/2008: Ausgeprägte, diffuse Steatose mit geringer lobulärer Entzündung, ohne Fibrose - Lumbosakrales Schmerzsyndrom - Chronische Kopfschmerzproblematik - formal chronische Migräne - Verdacht auf Medikamentenübergebrauchskopfschmerz - Depressive Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4) - Störung durch Hypnotika, Low-Dose Abhängigkeit (F13.8)

Zur Situation, wie sie der Aufhebung der (zweiten) befristeten Rente per 31.

Oktober 2016 zugrunde lag, führten die damaligen Experten im Wesentlichen aus, dass nach Besserung einer mittelgradigen depressiven Episode ab August 2016 gesamthaft beurteilt – unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Aspekte –

eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen in angestammter Tätigkeit resultiere. Die Tätigkeit als Hilfskoch sei somit ab August 2016 zu 70

% möglich. Aus somatischer Sicht müssten noch gewisse Anpassungen am Arbeitsplatz geschehen (S. 51 f.). In einer angepassten Tätigkeit, das heisse für Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Lasten über 10

kg, ohne die Notwendigkeit, repetitive Überkopfarbeiten durchführen zu müssen, bestehe aufgrund der psychiatrischen Faktoren eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Bezüglich Zeitpunkt sei das zur angestammten Tätigkeit Gesagte ebenfalls gültig (S. 52).

Die Einschränkung von 30

% sei mit einem psychischen Leiden mit Krankheitswert zu erklären (S. 55). 3.2 3.2.1

In dem im Rahmen des vorliegenden Neuanmeldeverfahrens eingeholten polydisziplinären (kardiologischen, internistischen, rheumatologischen, neurologischen, psychiatrischen) Gutachten der Z. ___ AG vom 4. April 2022 stellten die verantwortlichen Fachärzte die folgenden Diagnosen (Urk. 7/202/47):

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1) - Omarthrose rechts (ICD-10 M19.21) - Ansatzendinopathie des M. supraspinatus und M. infraspinatus rechts (ICD-10 M67.81) - Zervikoradikuläre Problematik (ICD-10 M54.12) mit/bei - Klinisch Fühlstörungen der radialen Finger, rechtsbetont, Abschwächung BSR und TPR links - Status nach dorsaler Foraminotomie C5/6 links mit Sequestrektomie bei Diskushernie C5/6 4/2007 - Aktuelles MRI der HWS: keine Reststenose nachweisbar - Chronisches, am ehesten multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom mit/bei - Zeichen einer chronischen Migräne (ICD-10 G43.0) - Hinweise auf Spannungstypkopfschmerzen (ICD-10 G44.2) - Zudem Verdacht auf medikamenteninduzierten Kopfschmerz (ICD-10 G44.4) - Bildgebend kein Hinweis auf eine sonstige symptomatische Genese (MRI cerebral 2021)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Fortgeschrittene Leberfibrose ED 3/07, a.e. MAFLD (ICD-10 K74.0) - Pneumopathie (ICD-10 J84.8) - Eisenmangel ohne Anämie (ICD-10 E61.1) - Koronare Zweigefässerkrankung (ICD-10 I25.12) mit Status nach multiplen Interventionen - Status nach Myokardinfarkt (ICD-10 I25.2) Juni 2014 mit PTCA des Seitenastes des grossen PLA1/RCA, Riva mit leichtgradigen Stenosen, RCA mit Wandunregelmässigkeiten - Koronarangiographie vom 22.

E. 4

April 2022 erstattete (Urk.

7/202). Am 17. Mai 2022 nahm die IV-Stelle auf Veranlassung ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD)

bei der Z.____ AG Rückfragen vor (Urk.

7/205),

welche diese – nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zur entsprechenden Stellungnahme vom 21. November 2022 (Urk. 7/217) und nachdem der Versicherte am 1. März 2023

ein Schreiben

des behandelnden Psychiaters vom 13. Juni 2022 zum psychiatrischen Teilgutachten eingereicht hatte (Urk.

7/223) – mit erneuter Rückfrage bei der Z.____ AG vom 2.

Mai 2023 (Urk.

7/226) ergänzte.

Nach Gewährung des rechtlichen Gehörs zur entsprechenden Stellungnahme vom 16. Juli 2023 (vgl. Urk. 7/228, Urk.

7/231 und Urk.

7/235) und abschliessender Prüfung der medizinischen Akten durch den

zuständigen Arzt des RAD (Urk. 7/237/12) hielt die IV - Stelle mit Verfügung vom 26.

Oktober 2023 daran fest, dass kein Leistungsanspruch

bestehe (Urk. 2). 2.

Dagegen liess X.____ hierorts am 25. November 2023 Beschwerde erheben mit den Anträgen, es sei die Verfügung vom 26. Oktober 2023 aufzuheben (1.) und es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese die erforderlichen Abklärungen durchführe und hernach über die Leistungsansprüche des Beschwerdeführers neu verfüge (2.); unter Kosten- und Entschädigungsfolgen, zuzüglich Mehrwertsteuerzusatz, zulasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle stellte mit Vernehmlassung vom 16. Januar 2024 Antrag auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 17. Januar 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Am 13. März 2024 reichte die IV-Stelle bei ihr eingegangene Arztberichte ins Recht (Urk. 10-11/1-2). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ AG beruht auf den erforderlichen (internistischen, neurologischen, rheumatologischen psychiatrischen kardiologischen) Untersuchungen sowie eigens hierzu durchgeführten Laborabklärungen (Urk.

7/202/73 und 7/202/107) sowie apparativen (Urk. 7/202/72 f.) und

bildgebenden Untersuchungen (Urk.

7/202/148). Die am Gutachten beteiligten Fachärzte erstellten ihre Expertise in Kenntnis der wesentlichen Vorakten sowie gestützt auf die durchgeführten Untersuchungen, auch

berücksichtigten sie die vom Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung geklagten Beschwerden in angemessener Weise. Die Beurteilung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden nachvollziehbar begründet. Aus den Ausführungen der Experten geht insbesondere hervor, dass in somatischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine zervikoradikuläre

sowie eine Kopfschmerzproblematik bestehen,

jedoch die Omarthrose rechts der funktionell hauptsächlich limitierende Befund ist, und dass in psychiatrischer Hinsicht eine Somatisierungsstörung vorliegend ist.

Insbesondere sprechen sich die Gutachter der Z.____ AG klar zum im Rahmen der vorliegenden Neuanmeldung massgebenden

(revisionsrechtlichen; E.

1.2) Beweisthema der Veränderung in den tatsächlichen Verhältnissen aus. So hielten die Experten in der interdisziplinären Beurteilung

fest, dass

sich im Vergleich zur Situation, wie sie im Jahr 2017 (Y.____ - Gutachten) vorgelegen hatte, grundsätzliche Veränderungen weder in neurologischer, noch rheumatologischer oder psychiatrischer Hinsicht ergeben

hätten; die

seit der letzten Begutachtung

vor allem auf kardiologischem Gebiet hinzugetretenen Diagnosen seien im Rahmen der aktuellen Begutachtung als versicherungsmedizinisch irrelevant zu bezeichnen

(Urkt. 7/202/52).

Diese Beurteilung wird vom Beschwerdeführer

im Grundsatz – mit Ausnahme der psychiatrischen Beurteilung –

beschwerdeweise nicht in Frage gestellt.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer lässt die psychiatrische Expertise der Z.____ AG unter Hinweis auf das

Schreiben des behandelnden Psychiaters Dr. B.____ vom 13.

Juni 2022 in Frage stellen

(E. 3.2.2).

Zwar kann trotz unterschiedlicher Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits

Anlass zu weiteren Abklärungen bestehen, wenn

behandelnde

Ärzte wichtige

Aspekte

benennen, die bei der Begutachtung

unerkannt

oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_150/2022 vom 7. November 2022 E. 12.3) .

Nach Auführungen von Dr. B.____

hat der Beschwerdeführer sowohl anlässlich des Untersuchs

bei der Z.____ AG wie schon zuvor anlässlich desjenigen beim

Y.____

das wahre Ausmass

seiner Beschwerden kulturell- und krankheitsbedingt verschwiegen . Wenn Dr. B.____

vor diesem Hintergrund

zur Hauptsache geltend macht , bereits das

Y.____

habe den effektiven Gesundheitszustand

bzw. das

tatsächliche

Ausmass der Arbeitsunfähigkeit

verkannt, und beanstandet , dass die Z.____ AG – die Beurteilung des Y.____ übernehmend - die

Arbeitsunfähigkeit folglich ebenfalls zu tief eingeschätzt habe , und er eine höhere Arbeitsunfähigkeit postuliert , ergibt sich daraus nichts zugunsten des Beschwerdeführers. Dr. B.____

übersieht

den vergleichenden Charakter des

revisions rechtlichen Beweisthemas , genügt es doch

im vorliegenden Neuanmeldeverfahren nicht, dass

lediglich eine andere (selbst korrektere) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

vorgenommen wird .

Für die Annahme eines Revisionsgrundes

ist vielmehr eine erhebliche Änderung in tatsächlicher Hinsicht , namentlich im Sinne eines veränderten Gesundheitszustandes bzw. einer veränderten Befundlage vorausgesetzt

(E. 1.3 hiervor) .

Vorliegend

ist eine solche Veränderung

jedoch nicht

auszu machen , stellen sich doch

die anlässlich der Begutachtung durch das

Y.____

(vgl. Urk.

7/104/41) wie auch durch die Z.____ AG (vgl. 7/202/ 162) erhobene objektive

klinische

Befunde im Wesentlichen unverändert dar .

Auf eine rechtserhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes kann aber auch insoweit nicht geschlossen werden , als

Dr. B.____

während der Beobachtungszeit seit September 2020 mindestens zwei rund achtwöchige (vgl. Urk. 7/223/2) depressive Episoden im Verlauf

geltend macht . Mit Blick auf die

(zu; vgl. Art. 88a Abs. 2 IVV) kurzen Phasen erhöhter Depressivität und die von Dr. B.____

ebenfalls erwähnten Intervalle von 6- 7 Monaten ist ein

hinreichend anhaltender depressiver Zustand , der sich

seit

der Begutachtung durch das Y.____

entwickelt hätte und

als psychisches Leiden invalidisierend wäre , nicht ausgewiesen . Dies gilt umso mehr , als

die von Dr. B.____ attestierte 50% ige Arbeitsunfähigkeit selbst im Intervall

(Teil-Remission) nicht

näher begründet wird . Denn nachdem

Dr. B.____

auch in Bezug auf den Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung durch die Z.____ AG

von einem

teilremittierten Zustand (Intervall) ausgeht, dabei jedoch die Arbeitsunfähigkeit höher einschätzt als der psychiatrische Gutachter der Z.____ AG (50

% statt 30

%) , ist diesbezüglich vielmehr von einer abweichenden Beurteilung des nämlichen Gesundheitszustandes auszugehen, was ebenfalls keinen Revisionsgrund darstellt. Dies gilt umso mehr , als zu berücksichtigen ist , dass die ärztliche Beurteilung von der Natur der Sache her

unausweichlich

Ermessenszüge

trägt (BGE 137 V 201 E. 3.4.2.3) und nach der Rechtsprechung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465

).

Anzumerken bleibt, dass gemäss den im Rahmen der internistischen Untersuchung durchgeführten

Labordiagnosen jedenfalls die

vom Beschwerdeführer dort angegebenen Psychopharmaka

Temesta und Cymbalta im Medikamentenspiegel nicht im wirksamen Bereich nachweisbar waren (vgl. Urk. 7/202/96), was ebenfalls nicht für eine rechtserhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands

im Verlauf spricht. Nach dem Gesagten vermögen die Ausführungen von Dr. B.____ in seinem Schreiben vom 13. Juni 2022 keinen unerkannt gebliebenen wichtigen Aspekt zu benennen,

der

unter

den hier massgebenden neuanmeldungsrechtlichen

Gesichtspunkten

von Bedeutung wäre. Die Stellungnahme von Dr. B.____

vermag das

psychiatrische Gutachten der Z.____ AG

daher nicht in Frage zu stellen.

Dass der psychiatrische Experte der Z.____ AG – welchem der Bericht von Dr. B.____ vom 11. Mai 2021 vorlag und der dazu auch Stellung bezog (Urk. 7/202/165) – das Gutachten verfasste, ohne mit Dr. B.____ als behandelndem Psychiater Rücksprache zu nehmen, stellt im Übrigen entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) keine Pflichtwidrigkeit dar. Denn der Entscheid, ob eine Rücksprache mit den behandelnden Ärzten angezeigt ist, liegt grundsätzlich im Ermessen des Experten

und es besteht kein

Anspruch auf Rücksprache des Gutachters mit dem behandelnden Arzt

(vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_647/2013 vom 12. November 2013 und 9C_671/2012 vom 15. November 2012 E. 4.5).

E. 4.3

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, Prof. Dr. C.____

habe in seiner Stellungnahme vom 2.

Mai 2023

einer

«Nachbegutachtung»

befürwortend gegenüberge standen (vgl. Urk. 7/228) , stellt dies

das Ergebnis der psychiatrischen Expertise

ebenso

wenig in Frage . Vielmehr hielt

Prof. Dr. C.____ auch

nach Kenntnisnahme der Ausführungen von Dr. B.____ an

der psychiatrischen (Teil -)Expertise fest .

S eine Ausführungen sind

denn auch dahin zu verstehen , dass mit einer

neuerlichen Begutachtung die von ihm offen

gelegene Frage einer allfälligen Verschlechterung seit der Begutachtung im März 2022 beantwortet werden

sollte . Jedoch fehlen Hinweise auf eine revisionsrechtlich relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Verfügungszeitpunkt im Verlauf .

E. 4.4

Nach dem Gesagten erweist sich die Expertise der Z.____ AG für die streitgegenständliche Frage nach dem Vorliegen einer neu anmeldungsrechtlich relevanten gesundheitlichen Änderung als beliebig , weshalb für die Beurteilung des neuen Leistungsbegehrens des Beschwerdeführers

darauf abgestellt werden kann.

Gestützt darauf

ist daher davon auszugehen , dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im hier massgeblichen Vergleichszeitraum nicht wesentlich verändert haben . Daran ändert im Übrigen auch nichts, dass die Beschwerdegegnerin

in der angefochtenen Verfügung vom 26. Oktober 2023 gestützt auf ihren RAD die Auswirkungen des festgestellten Gesundheitsschadens abweichend von der Z.____ AG beurteilt und zugunsten des Beschwerdeführers aus somatischen (orthopädischen/rheumatologischen) Gründen (mit Blick auf die Schulterproblematik) von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgeht (vgl. dazu Feststellungsblatt für den Beschluss, Urk. 7/237/12) . Auch dies stellt - wenn überhaupt - lediglich eine (neu anmeldungsrechtlich unbeachtliche) abweichende Beurteilung des nämlichen Gesundheitszustandes dar ; die Y.____ -Gutachter hatten schon damals ein eingeschränktes Leistungsprofil als Hilfskoch definiert .

E. 4.5

Ist eine relevante Gesundheitsverschlechterung nicht ausgewiesen , fehlt es an einem Revisions- resp. Neu anmeldungsgrund . Für eine in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht

umfassende Prüfung des Rentenanspruchs verbleibt

damit

kein Raum. Somit hat die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren mit Verfügung vom 26. Oktober 2023 zu Recht abgewiesen, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt. 5.

Auf die von der Beschwerdegegnerin am 13. März 2024 weitergeleiteten Berichte über die notfallmässige Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 8. bis 13.

Februar 2024 infolge einer Hämorrhoidalblutung (Urk. 11/1) bzw. die durchgeführten Abklärungen (Ano-Pröctoscopie bzw. Koloskopie, Urk. 11/2) ist vorliegend nicht einzugehen, da das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier 26. Oktober 2023) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1). 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger, unter Beilage Kopie von Urk.

E. 08

2017: PLA/RCX Stent offen, RCA-Stenose frei, RIVA mit mehrfachen nicht sign. Stenosen und Aneurysma proximal und im mittleren Abschnitt lokalisiert, RCX distal verschlossen und kollateralisiert als RIVA (Spital A.____) - Status nach 1-facher ACBP (LIMA->RIVA) Februar 2018 - Koronarangiographie vom 10. 03. 2020 bei AP: Bypass verschlossen, PTCA und dreifache Stent-Implantation proximal bis distale RIVA bei mehreren 70%igen Stenosen, seit Jahren verschlossener RIVPO bei Linksdominanz - Koronarangiographie vom 07. 03. 2021 bei intermittierenden typischen und atypischen Beschwerden: signifikante Instent-Restenose distale RIVA -> PCI/1xDES. Subtotale Stenose distal des PLA1 - Stents konservative Vorgehensweise

Aktuell: PET/CT Myokardperfusion vom 20. 07. 2021: inferoseptale Ischämie (ca. 5-10 % des linksventrikulären Myokardes umfassend, passend zum chronisch verschlossenen RIVPO/RCX, keine prognostische Relevanz - Atherosklerose der Ao

ascendens (ICD-10 I 70.0) - Diabetes mellitus, aktuell medikamentös eingestellt (ICD-10 E10.90) - Arterielle Hypertonie ohne Angabe einer hypertensiven Krise, aktuell medikamentös behandelt (ICD-10 I 10.90) - Hypertensive Herzerkrankung ohne Angabe einer kongestiven Herzinsuffizienz (ICD-10: I11.90) - Präadipositas nach WHO 2000 (ICD-10 E66.99) - Kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell medikamentös behandelt

(ICD-10 E78.2) - Ex - Nikotinkonsum (ICD-10 Z72.0) - Muskuläre Dystonie zerviko-nuchal (ICD-10 M62.80) - Nicht radikuläres lumbales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86) - Beidseits formal leichtes Karpaltunnel-Syndrom (ICD-10 G56.0) mit/bei - Keine persistierenden sensomotorischen Defizite - Elektroneurographisch kein Nachweis einer unterlagernden Polyneuropathie

Aus kardiologischer Sicht wurde ausgeführt (S. 75 ff.) , dass auf dem kardiologischen Fachgebiet aktuell keine versicherungsmedizinisch relevanten Diagnosen vorliegend seien. Zwar erhöhten einige festgestellte Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit von sekundären Herzkreislaufereignissen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, verblieben aber zum Zeitpunkt der Begutachtung irrelevant. Die angegebenen Beschwerden (Druckgefühl und Herzklopfen unter Belastung; vgl. S.

66) könnten zwar vom Herzen kommen, da der Koronarkreislauf bei einer chronisch verschlossenen RIVPO der dominanten RCX nicht voll revascularisierbar sei. Prognostisch sei eine nachgewiesene Ischämie jedoch nicht relevant. Aus kardiologischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit (S.

77) . Soweit beurteilbar habe sich der Gesundheitszustand im Vergleich zu 2017 (Y.____ - Begutachtung) nicht verändert (S. 78) .

Aus internistischer Sicht wurde im Wesentlichen festgehalten (S. 100 ff.) , eine koronare Herzkrankheit mit diversen Interventionen sei dokumentiert. Des Weiteren bestehe eine Leberfibrose im Stadium 3, als Ursache bestehe eine metabolisch assoziierte Fettlebererkrankung. Die aktuellen Leberwerte seien in der Norm bis auf einen leicht erhöhten Amylasewert . Anamnestisch berichte der Versicherte über leichte Luftnot bei körperlicher Belastung. In der Spirometrie hätten sich Hinweise auf restriktive Einschränkungen ergeben, jedoch mit eingeschränkter Aussagekraft bei eingeschränkter Mitarbeit. Auskultatorisch hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Zudem sei seit Jahren ein Diabetes mellitus bekannt, welcher aktuell nicht ausreichend medikamentös kontrolliert sei. Auch habe sich laborchemisch ein Hinweis auf Eisenmangel ergeben, der unter anderem ursächlich für die beschriebene schnelle Ermüdbarkeit und Dyspnoe bei Belastung sei. Aus internistischer Sicht bestehe somit zwar angesichts der koronaren Herzkrankheit, dem Diabetes, der Dyslipidämien sowie der Leberfibrose eine erhebliche Gesundheitsgefährdung, jedoch aktuell keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten bzw . angepassten Tätigkeit. Aufgrund der diversen Grundkrankungen seien mittelschwere und schwere körperliche Arbeiten aber ungeeignet (S. 102). Verglichen mit dem Zeitpunkt der Y.____ - Begutachtung seien weitere kardiale Ereignisse hinzugekommen, jedoch habe sich die systolische Funktion nicht in dem Masse verändert , als es Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 103) .

Aus neurologischer Sicht wurde im Wesentlichen ausgeführt (S. 127 ff.) , es bestehe eine sehr komplexe Schmerzsymptomatik , die teilweise das neurologische Fachgebiet betreffe. Hier stehe sicherlich die zunächst vorbeschriebene und im MRI 2006 dokumentierte Radikulopathie C6 links und auch C7 links im Vordergrund. Entsprechend sei bei sensiblem Ausfall und Reflexausfall eine Operation durchgeführt worden. Das letzte MRI 2011

diesbezüglich sei weitgehend blande gewesen, sodass die Beschwerden im Gutachten 2017 als residuelles Syndrom gesehen worden seien . Bei der Untersuchung seien

Fühlstörungen der radialen Finger angegeben worden, persistent und ohne motorische Defizite, wobei die Fühlstörungen - nachdem sich ein neues MRI der HWS wie 2011 weitgehend blande gezeigt habe -

einem Karpaltunnelsyndrom zuzurechnen seien. Dieses sei jedoch nicht so ausgeprägt, als es die Arbeitsfähigkeit einschränken würde oder unbedingt operiert gehört. Die Kopfschmerzproblematik sei bereits im Gutachten 2017 als sehr komplex beschrieben worden und lasse sich nicht sicher einer einzelnen Entität zuordnen. Jedoch sei es so ausgeprägt, dass sich hieraus eine gewisse Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe (S. 128). In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70

%, in einer angepassten Tätigkeit eine solche von 80

%. Eine optimal angepasste Tätigkeit wäre aus neurologischer Sicht eine Tätigkeit ohne schwerere körperliche Belastung, ohne Belastung für Hände, Halswirbelsäule und gesamtes Achsenkreuz, auch müsste die Situation wechselbelastend sein. Seit der Begutachtung 2017 hätten sich grundsätzliche Veränderungen nicht ergeben (S. 131).

Im rheumatologischen Teilgutachten

führte der Experte in seiner Beurteilung (S. 150 ff.) zur Hauptsache aus, der Versicherte beklage sowohl muskuläre als auch arthralgiforme Schmerzen. Im Bereich der rechten Schulter lasse sich eine Omarthrose mit begleitender Ansatzentzündung des Musculus infraspinatus und des Musculus supraspinatus feststellen. Im Juli 2013 sei ein operativer Eingriff an der rechten Schulter mit Bizepsstenodese, subacromialem Débridement, Acromioplastik und AC - Gelenkresektion erfolgt. Bereits 2014 sei ein zusätzlicher massiver glenoidaler

Knorpeldefekt diagnostiziert worden. Bei fortbestehenden Beschwerden sei 2018 der nochmalige Versuch einer AC - Gelenks-Infiltrationstherapie erfolgt, welche jedoch keine deutliche Besserung gebracht habe. Die bestehende Omarthrose rechts sei aus rheumatologischer Sicht der funktionell hauptsächlich beschränkende Befund. Im Bereich der linken Schulter zeige sich klinisch zwar auch ein Elevationsdefizit, jedoch sonographisch kein fortgeschrittener degenerativer Befund. An weiteren Beschwerden beklage der Versicherte eine diffuse chronische Myalgie der Muskulatur im Schulter- und Nackenbereich und chronische lumbale Beschwerden, für die keine adäquaten anatomischen Korrelate bestünden. Hinweise für eine entzündliche aktive immunologische Grunderkrankung als Ursache der multilokulären Schmerzsymptomatik

ergäben sich aktuell nicht. Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus (S. 153), ergebe sich aus rheumatologischer Sicht als Koch eine Einschränkung von 70

%. Die Einschränkung des Funktionsdefizits habe seit mindestens Juli 2013 bestanden, dem Zeitpunkt der operativen Schulterbehandlung. In einer angepassten Tätigkeit bestehe keine Arbeitsunfähigkeit; dabei sollten keine körperlich anstrengenden Arbeiten, insbesondere mit Belastung des Schultergürtels und des Rumpfes, statt finden und repetitive Bewegungen oder Zwangshaltungen seien zu vermeiden. Diese Arbeitsfähigkeit habe seit Abheilung der Frozen

Shoulder

im Jahr 2014 bestanden (S. 154).

Der psychiatrische Experte führte im Wesentlichen aus,

der Versicherte gebe an, dass für ihn ein Ganzkörper - Schmerzsyndrom im Vordergrund stehe ; der Stamm, alle Extremitäten und besonders intensiv der Kopf schmerzten praktisch dauernd .

G emäss Angaben des Versicherten würde n

körperliche Arbeit und körperliche Aktivitäten den Schmerz verstärken und auch unter Gedanken an die Vergan genheit und die Zukunft würden die Beschwerden intensiver (S. 157). D ie ganze Schilderung der körperlichen Aspekte habe eine beträchtliche Dynamik gezeigt und das Ausmass der Folgen auf der psychiatrischen Ebene sei einer kritischen Würdigung zu unterziehen (S. 164) . Mögliche Ursachen für die Schmerzproble matik könnten (vor dem Hintergrund der Biogr a ph i e des Beschwerdeführers als Flüchtling) eine posttraumatische Belastungsstörung sein ; aber trotz intensivem Nachfragen hätten die Symptome nicht in Erfahrung gebracht werden können. Ähnliches gelte für die anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit körperli chen und psychischen Gründen, auch hier werde zwingend eine - nicht ersichtli che -

schwerwiegende seelische Konfliktsituati o n zur Diagnose vorausgesetzt. Es könne eine undifferenzierte Somatisierungsstörung postuliert werden , weil das Zeitkriterium erfüllt sei und die medizinischen Feststellungen in Richtung einer ni c ht ausreichenden körperlichen Ursache nicht akzeptiert würden. Ein schweres psyc h iatri s ches Leiden wie Schizophrenie oder eine schwere affektive St ö ru n g sei auch auszuschliessen . Eine in den Akten diskutie r te manifeste Depression lasse sich höchstens in kleinem Mass nachweisen ;

e ine rentenrel e vante schwere D e pression sei im Moment nicht zu di a gnostizieren. Seit dem Gutachten des Y.____ sei ein gleichbleibender Befund zu postul i eren, Verschlechterungen liessen sich nicht dingfest machen. Das Vorgutachten habe eine Somatisierungsstörung diag nostiziert, er (der psychiatrische Experte der Z.____ AG) präz i s iere im Sinne der Diagno s e einer undifferenzierten Somatisierungsstörung. Die Problematik sei weitgehend chronifiziert. Zu Recht werde in den Unterlagen der IV festgehalten, dass sich bei der vom zuletzt betreuenden Psychiater attes t ierten Arbeitsunfähig keit psychische und somatische sowie soziokulturelle Faktoren vermischten .

Diese Eleme n te seien im Rahmen der psychiatrische n Begutachtu n g getrennt zu betrachten. Da in der psychiatrischen Dimension keine relevante Veränderung festzustellen sei, sei die im Vorgutachten attestierte Einschätzung einer Arbeits fähigkei t von 70

% auch heute zu attestieren (S.

165 f.) .

Aus interdisziplinärer Sicht hielten die Experten fest (S. 50) , bestehe in der ange stammten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 70

% .

I n einer angepassten Tätigkeit bestehe (aus psychiatrischen Gründen) eine solche von 30 % ; dabei gelte das seitens des rheumatologis c hen und neurologischen Teilgutachtens geäusserte Fähigkeitsprofil.

Im Vergleich zu 2017 (Y.____ - Gutachten) hätten sich g rundsätzli che Veränderungen weder aus neurologischer noch rheumatologischer oder psy chiatrisher Hinsicht ergeben.

Seit der letzten Begutachtung seien einige neue Diagnosen hinzugekommen, vor allem auf kardiologischem Gebiet, diese seien im Rahmen der aktuellen Begutachtung als versicherungsmedizinisch irrelevant zu bezeichnen (S. 52) . 3.2.2

Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie seit September 2020 behandelnder Psychiater des Beschwerdeführers (vgl. Urk.

7/178 /2), führte in seiner Stellungnahme vom 13.

Juni 2022 (Urk. 7/223 /5 ff.) zum Gutachten der Z.____ AG aus, das psychiatrische Gutachten sei in sich selbst sorgfältig und konsistent gefertigt, jedoch unvollständig durch das angst- und schambedingte Verheimlichen depressiver psychiatrischer Symptome durch den Beschwerdeführer . Dieses Verhalten sei durch ebendieses Leiden bedingt. Der Beschwerdeführer leide an einer ängstlich - vermeidenden Persönlichkeitsstörung ;

er habe Angst, beschämt und abgelehnt zu werden von Ärzten und Gutachtern , wenn er von seinem Depressionsleiden und Selbstmordversuch berichte. In seiner Heimat Bangladesch sei es eine Schande, psychiatrische Probleme zu haben , was die ängstlich - vermeidende Haltung bedingt durch die Persönlichkeitsstörung noch verstärke . Es habe eines Jahres Psychotherapie bedurft , bis der Beschwerdeführer auf intensives Nachfragen von Suizidversuchen berichtet und den vollen Umfang seiner Beeinträchtigung durch die depressiven Episoden sowie den vollen Umfang seiner Beeinträchtigung in den verbleibenden Intervallen eingestanden habe (S. 5) .

Daher und da der Gutachter es unterlassen habe, ihn (Dr. B.____) als vorbehandelnden Psychiater zu konsultieren, fehle etwa in der Anamneseerhebung , dass der Beschwerdeführer während der Beobachtungszeit seit September 2020 mindestens zwei fachärztlich beobachtete depressive Episoden durchgemacht habe und medikamentös behandelt worden sei . Auch fehle, dass er 2014 und 2016 je einen Suizidversuch durchgeführt habe. Beide Tentamina hätten sich im Zusammenhang mit depressiven Episoden ereignet und zu Hospitalisationen geführt . Die Suizidversuche 2014 und 2016 sowie wesentliche Elemente der depressiven Erkrankung habe der Beschwerdeführer auch bei der Begutachtung 2017 dem Gutachter verschwiegen. Während der depressiven Episoden mit depressivem Residuum im Intervall habe sich folgende Symptomatik gezeigt: vermehrt depressive Grundstimmung, vollständiger Rückzug in die eigenen vier Wände, tagesweise Stimmungsschwankungen, vor allem gegen Ende der ca .

acht Wochen dauernden depressiven Episoden, Störung des Ess- und Schlafverhaltens, Empfindlichkeit auf Lärm und Licht, Suizidgedanken, doch halte religiöse Bindung von erneuten Suizidversuchen ab, ausgeprägter Grübelzwang (S. 6) .

Diese vom Beschwerdeführer verschwiegene psychiatrische Problematik müsse bei der Beurteilung neu berücksichtigt werden. Zum Untersuchungszeitpunkt sei daher eine neue Diagnose zu stellen: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig (teil-)remittiert (ICD

-

E. 10

und 11/1-2 - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Gräub Bachmann

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