

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00073 vom 19. März 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00073 du 19 mars 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00073 del 19 marzo 2025

Erwägungen

E. 1

Der 1965 geborene X.____ reiste im Jahr 1989 in die Schweiz ein. Danach war er mit Unterbrüchen an verschiedenen Stellen tätig, zunächst als Magaziner und vom 1.

Oktober 1999 bis 31.

Dezember 2000 als Lagermitarbeiter bei der Y.____ SA (Urk. 7/13) . Zuletzt war er seit 1. Oktober 2014 als Taxifahrer bei der Z.____ GmbH tätig (Urk. 7/213).

Am 22 .

Mai 2002 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte unter anderem wegen Rückenschmerzen bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1) . Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die beruflichen und medizinischen Verhältnisse ab und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie

bei der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) A.____ . Das Gutachten wurde am 8.

Dezember 2003 erstattet (Urk. 7/27) . Gestützt darauf sprach sie dem Versicherten mit Verfügung vom 14. April 2004 eine halbe Invalidenrente ab 1. Mai 2002 zu (Urk. 7/42 und Urk. 7/34) .

Im Rahmen eines im Februar 2007 eingeleiteten Revisionsverfahrens holte die IV-Stelle ein internistisch- rheumatologisches Gutachten vom 15.

Oktober 2008 (Urk. 7/75) und ein psychiatrisches Gutachten vom 16.

März 2009 ein (Urk. 7/81). Gestützt darauf stellte sie die Rentenleistungen mit Verfügung vom 1.

Juli 2009 per Ende des folgenden Monats ein (Urk. 7/95). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil IV.2009.00814 vom 30.

Juni 2011 ab (Urk. 7/129) . Auf die dagegen erhobene Beschwerde trat das Bundesgericht mit Urteil 8C_649/2011 vom 7.

Oktober 2011 nicht ein (Urk. 7/131).

Am 24 .

Februar 2012 (Eingangsdatum) meldete sich der Versicherte erneut bei der IV-Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/134). Die IV-Stelle tätigte berufliche und medizinische Abklärungen und gab ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Rheumatologie, Neurologie und Psychiatrie

beim

B.____ in Auftrag. Das Gutachten wurde am 31.

Januar 2013 erstattet (Urk. 7/155). Mit Verfügung vom 20.

Juni

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 Oktober 2021 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung könnten allfällige Leistungen frühestens ab April 2022 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

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). 1.

E. 1.7

). Es ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf den erforderlichen fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Akten abgegeben. Es würdigt die vorhandenen Arztberichte sorgfältig, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen hinreichend auseinander. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge ist einleuchtend und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar.

E. 2

).

Mit Beschwerdeantwort vom 13.

März 2024 (Urk. 6)

beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 14.

März 2024 mitgeteilt wurde (Urk.

9). Mit Eingabe vom 12.

April 2024 reichte der Beschwerdeführer eine Stellungnahme und weitere Arztberichte ein (Urk.

10 und Urk.

11/1-4), welche der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15.

April 2024 zur Kenntnis gebracht wurden (Urk.

12).

E. 2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Abklärungen hätten ergeben, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Taxifahrer nicht mehr zumutbar sei. Da ihm eine seinem Leiden angepasste Tätigkeit vollumfänglich zumutbar sei, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk.

2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten der C.____ vom 6. Juli 2023 könne mangels Beweistauglichkeit nicht abgestellt werden. Aufgrund des hinsichtlich des obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSAS) und der kardialen Situation nur ungenügend abgeklärten Sachverhalts sowie der gemachten Vorbehalte in Bezug auf die in psychiatrischer Hinsicht vorliegenden Erkrankungen sowie auch der ungeklärten medizinischen Sachverhalte in Bezug auf die Erkrankung an der linken Schulter und des somit nicht haltbaren Vorwurfes der Selbstlimitierung könne weder

in di agnostischer Hinsicht noch hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf die Konsenseinschätzung der Gutachter abgestellt werden. Dass er

(der Beschwerdeführer) hinsichtlich des von den Gutachtern formulierten Jobprofils vollzeitlich arbeitsfähig sein sollte, sei somit nicht nachvollziehbar. Es sei davon auszugehen, dass er auch in einer leidensangepassten Tätigkeit vor allem in quantitativer Hinsicht mehr eingeschränkt sei, als die Experten angenommen hätten. Entsprechend hielten ihn die behandelnden Ärzte für zu 20 % arbeitsfähig. Zu beanstanden sei zudem, dass es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, den Anspruch auf Integrationsmassnahmen zu prüfen

(Urk.

1 S. 5 ff.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 13. März 2024 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, die Eingliederungsfähigkeit sei gegeben. Es seien keine Indizien gegeben, dass der Beschwerdeführer gesundheitsbedingt in der Stellensuche eingeschränkt sei. Ein Anspruch auf Integrationsmassnahmen oder Eingliederungsmassnahmen sei nicht gegeben (Urk. 6).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Stellungnahme vom 12. April 2024 ausser dem fest, unter Hinweis auf den Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 4.

April 2024, welche die im Gutachten gestellte Diagnose einer Dysthymie sowie die Schlussfolgerung bezüglich Arbeitsfähigkeit in Frage stelle, könne auf das psychiatrische Teilgutachten nicht abgestellt werden. Auf das rheumatologische Teilgutachten könne wegen der unberücksichtigt gebliebenen Fussbeschwerden nicht abgestellt werden. Wie dem Bericht der behandelnden Neurologen zu entnehmen sei, sei er bei Bildschirmarbeit eingeschränkt

(Urk. 10). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die Entscheidungsfindung

erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin das neue Leistungsbegehren des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen hat.

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 7. Oktober 2021 (Urk. 7/201) eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob im massgebenden Zeitraum zwischen der rentenabweisenden Verfügung vom 20.

Juni 2013

(Urk. 7/173), welche mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. September 2014 bestätigt wurde (Urk. 7/178) und der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2023 (Urk. 2) eine anspruchsbegründende Verschlechterung des Gesundheitszustandes des

Beschwerdeführers eingetreten ist.

E. 3.2

Die rentenabweisende Verfügung vom 20.

Juni 2013 basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären ZMB- Gutachten (Allgemeine Innere Medizin/Rheumatologie/Neurologie/Psychiatrie) vom 31. Januar 2013 (Urk. 7/155).

Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts mit intermittierendem radiculärem Reiz- und sensiblem Ausfallssyndrom L5 rechts - bei Multisegmentpathologie mit Discopathien L4/5 und L3/4 mit Foraminalstenosen rechts - chronisches cervicospondylogenes Syndrom links mit - intermittierender radiculärer Reizung C7 links bei - degenerativen HWS-Veränderungen mit Discopathien C3/4 bis C5/6, letzteres mit bis intraforaminal reichender Discushernie links - rezidivierende Epicondylopathia

humeri

radialis linksbetont - Meniscusläsion links mit intermittierender Symptomatik - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt: - klinisch beginnende Gonarthrose rechts mit Pes anserinus- Tendinose - lateraler Mittelfussschmerz rechts, statisch bedingt - anamnestisch Verdacht auf Migräne ohne Aura - obstructives Schlafapnoe-Syndrom, ED: 2011, mit apparativer CPAP-Behandlung - Diabetes mellitus, ED 2012 - Adipositas - arterielle Hypertonie - Status nach Cholezystektomie - Status nach Refluxösophagitis, erosiver Antrumgastritis mit Ulcus pylori und Helicobacter pylori-Infekt - Status nach Abtragung eines Colonpolypes - Status nach Operation von gutartigen Mammatumoren - anhaltende somatoforme Schmerzstörung - anhaltende Phase von Arbeitsuntätigkeit

In

der interdisziplinären Gesamtbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Versicherte in seiner angestammten Tätigkeit als Lagerist/ Magaziner nicht mehr einsetzbar sei. In einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne repetitive Überkopfarbeiten und ohne Zwangshaltungen der Lenden- und Halswirbelsäule sei er zu 50 % arbeitsfähig (Urk.

7/ 155 / 39 ff.).

E. 3.3

mit Hinweis) . 4. 6

Nach dem Gesagten vermag der Beschwerdeführer keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit des C.____ - Gutachtens vom 6. Juni 2023 aufzuzeigen .

Somit erweist sich das Gutachten als beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden . Der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt ist hinreichend abgeklärt und von weiteren Untersuchungen sind keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, die geeignet wären, zu einem abweichenden Ergebnis zu führen. Somit besteht kein Anlass für zusätzliche medizinische Abklärungen. 4. 7

Seit dem letztmaligen Entscheid über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung ist lediglich insofern eine

geringfügige Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, als der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose einer Myasthenia gravis (und der damit einhergehenden fraglichen Fahrfähigkeit)

als Taxifahrer nicht mehr arbeitsfähig ist.

Im Übrigen besteht unter Berücksichtigung des Belastungsprofils eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Unter diesen Umständen besteht kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, da bei einem bisher erzielten Lohn im Bereich der Tabellenlöhne der Lohnstrukturerhebung für Hilfsarbeiten (vgl. Urk. 7/213 und Urk. 7/195) auch unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs kein Invaliditätsgrad von mindestens 40% resultieren würde.

Somit hat die Beschwerdegegnerin einen (erneuten) Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. 5.

E. 3.3.1

Der angefochtenen Verfügung vom 21. Dezember 2023 lag insbesondere das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten (Allgemeine Innere Medizin/Rheumatologie/Neurologie/Psychiatrie) vom 6.

Juni 2023 (Urk. 7/261) zugrunde.

Darin wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in der letzten Tätigkeit als Taxifahrer) genannt (Urk. 7/261/8): - Myasthenia gravis (ICD-10: G70.0) - obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (ICD-10: G47.31)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (in der letzten Tätigkeit als Taxifahrer) wurden die folgenden genannt (Urk. 7/261/8 f.): - Chronifiziertes zervikales - und lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei Foramenstenose L4/5 rechts, rechtslateraler Diskushernie L4/5, Diskushernie L3/4 rechts intraforaminal, erheblicher Forameneinengung L5/S1 rechts, mediolaterale Diskushernie C4/5 und C5/6 linksbetont, wahrscheinlicher muskulärer Haltungsinsuffizienz (ICD-10: M42.12, M42.16), ohne radikuläre Ausfälle - bilaterale Periarthropathia

humeroscapularis linksbetont, wahrscheinlich im Rahmen einer Rotatorenmanschettenpathologie (DD Partialläsion der Supraspinatussehne) (ICD-10: M75) - Status nach Epicondylitis

radialis mit Partialruptur der Unterarmextensoren links (ICD-10: M77) - myofaszielles Schmerzsyndrom des Schulter- und Beckengürtels linksbetont (ICD-10: M79) - Dysthymia (ICD-10: F34.1) - Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit deutlich hypersensitiver Komponente - akute Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) - Spannungskopfschmerzen (ICD-10: G44.2) - asymptotische A-CI-Stenose rechts (ICD-10: I65.2) - arterieller Hypertonus (ICD-10: I10) - hypertensive Herzerkrankung, ED 2010 - Diabetes mellitus Typ 2, ED 2011, insulinpflichtig (ICD-10: E11) - diabetische Polyneuropathie (ICD-10: E14.40) - Niereninsuffizienz, DD diabetische Nephropathie, DD Nephropathie bei Hypertonus (ICD-10: N19) - aktuell eGFR Cyst

62 ml/min/m²

und Albuminurie - Dyslipidämie (ICD-10: E78) - Refluxösophagitis bei Hiatushernie (ICD-10: K21) - Eisenmangel (ICD-10: E61.1) - Positiver Anti-HBs-Antikörper-Befund

Im internistischen Teilgutachten vom 22. Februar 2023 führte Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Tropenmedizin und Infektiologie, aus, die internistischen Diagnosen liessen sich im Wesentlichen unter dem Begriff eines metabolischen Syndroms zusammenfassen im Sinne eines Clusters assoziierter Syndrome, die vor allem einen gestörten Glukosestoffwechsel, Übergewicht, Hochdruck und Dyslipidämien umfassen. Als Endorganschäden bei Hypertonus bzw. Diabetes mellitus seien eine hypertensive Herzkrankheit und eine Niereninsuffizienz zu nennen. Auch wenn eine hypertensive Herzkrankheit vorliege, ergäben sich keine Hinweise auf eine Herzinsuffizienz und eine relevante koronare Herzkrankheit liege nicht vor. Die internistischen Gesundheitsprobleme mit Krankheitswert hätten keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme des obstruktiven Schlafapnoesyndroms (OSAS). Das OSAS sei seit 2011 bekannt. Der Beschwerdeführer klagt über eine Tagesmüdigkeit und auch über eine Tagesschläfrigkeit, trage aber trotzdem keine CPAP-Maske. Er habe die Maskenbeatmung schon vor Jahren selbstständig sistiert und sei trotzdem noch weiter als Taxifahrer tätig gewesen. Aus internistischer Sicht sei eine Polysomnographie indiziert und gegebenenfalls eine erneute CPAP-Therapie. Bis dahin sei davon auszugehen, dass keine Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Taxifahrer vorliege (Urk. 7/261 S. 45 ff.).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 24. Februar 2023 hielt Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, fest, wesentliche Veränderungen am Bewegungsapparat seien seit der MEDAS Begutachtung 2013 nicht eingetreten. Es bestünden einerseits chronifizierte spondylogene Schmerzsyndrome an der Hals- und an der Lendenwirbelsäule bei bekannten degenerativen Diskopathien und zumindest magnetomografisch und computertomografisch nachgewiesenen Diskushernien an der HWS bzw. an der LWS jeweils ohne Neurokompression. Zudem bestünden beidseitige linksbetonte Schulterschmerzen vereinbar mit einer Periarthropathia

humeroscapularis, wahrscheinlich im Rahmen einer Rotatorenmanschettenpathologie (Partialläsion der Supraspinatussehne), bei einem Versicherten mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus. Die präsentierte Schultersymptomatik sei gehäuft bei Personen mit Diabetes mellitus anzutreffen, eine Frozen

shoulder Symptomatik liege im Moment nicht vor. Ferner könne ein myofasziales Schmerzsyndrom des Schultergürtels linksbetont und auch des Beckengürtels, auch hier eher linksbetont, objektiviert werden, höchstwahrscheinlich im Kontext einer muskulären Dysbalance bei einer allgemeinen Fehlhaltung des Achsenskelettes und einer muskulären Haltungsinsuffizienz bei inadäquater körperlicher Aktivität. Einzelne Untersuchungsbefunde wiesen auf eine mögliche Selbstlimitierung hin. Sinngemäss sei die Plausibilität aller angegebenen Beschwerden nicht vollständig nachvollziehbar. Basierend auf dem dokumentierten Verlauf und den anamnestischen Angaben des Versicherten müsse man davon ausgehen, dass sich das Schmerzsyndrom generalisiert und chronifiziert habe und dass mit einer baldigen Verbesserung der Schmerzsymptomatik nicht gerechnet werden könne. Seitens des Bewegungsapparates bestünden leichte bis mittelgradige Einschränkungen der zumutbaren Belastbarkeit des Achsenskelettes und der

Schultergelenke, insbesondere die letzteren bei allen Belastungen der oberen Extremitäten auf oder über Schulterhöhe. Rein statische Belastungen des Achsenskelettes im Sitzen oder Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechsellagen seien möglichst zu vermeiden (Urk. 7/261 S. 65 ff.).

Im neurologischen Teilgutachten vom 18. Februar 2023 führte Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer sei im Frühjahr 2021 an einer bulbären Symptomatik mit einer Beeinträchtigung der Sprachentwicklung, Schluckstörungen und einer Dysarthrophonie sowie intermittierenden Doppelbildern erkrankt. Der positive Nachweis von Acetylcholin-Rezeptor-Antikörpern und die Ergebnisse im Tensilon-Test mit Elektromyographie seien beweisend für eine Myasthenia gravis. Ungeachtet dieser Diagnosestellung blieben allerdings erhebliche Unklarheiten im Hinblick auf die Ausprägung der Erkrankung, da der Versicherte unter dem zum Teil hochdosierten Behandlungsregime mit Mestinon und CellCept überhaupt keine Besserung seiner Symptomatik angebe. Aktuell liessen sich aus objektiver Perspektive keine Symptome verifizieren, welche auf die Myasthenie zurückgeführt werden könnten. Auch eine fehlende Zunahme der Beschwerdesymptomatik im Tagesverlauf spreche gegen eine relevante Krankheitsaktivität. Insoweit beeinflussten demonstrativ-appellative Verhaltensmuster die klinische Symptombildung, wobei der aktuell vorgetragene Schweregrad der Symptomatik nicht objektiviert werden könne. Darüber hinaus zeige der klinische Befund eine leichte Störung der Tiefensensibilität im Bereich der unteren Extremitäten, so dass die Diagnose einer diabetischen Polyneuropathie ergänzend formuliert werde. Die Kopfschmerzen seien in Übereinstimmung mit dem Unispital H.____ im Sinne eines Spannungskopfschmerzes erklärt. Neurologische Ausfälle im Zusammenhang mit vorgetragene Schmerzen im Bereich der HWS und LWS und zeitweiligen Parästhesien in den Extremitäten seien im Rahmen degenerativer Veränderungen beider Wirbelsäulenabschnitte erklärt. Da die Karotisstenose bislang keine Symptomatik verursache, werde sie als asymptomatisch klassifiziert und sei insoweit hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit ohne Relevanz. Der Beschwerdeführer verfüge über einen höheren Aktivitätsspielraum als anamnestisch im Rahmen der alltäglichen Lebensorganisation vorgetragen werde, da sowohl die degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule ohne Beteiligung des Nervensystems (fehlende radikuläre Ausfälle) und die Myasthenie ohne objektivierbare klinische Symptomatik die geschilderten Belastungsbeeinträchtigungen nicht erklärten. Die Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer sei seit 23.

April 2021 aufgehoben. Eine Einschätzung, die aus gutachterlicher Sicht aus forensischen Gründen geteilt werde, auch wenn sich in der Längsschnittbetrachtung und im Behandlungsverlauf Doppelbilder nicht zuverlässig objektivieren liessen (Urk. 7/261 S. 94 ff.).

Aus psychiatrischer Sicht hielt Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Teilgutachten vom 20. Februar 2023 fest, die Angaben des Beschwerdeführers hätten richtungsweisend von einem stark subjektiv determinierten Bewertungshorizont vor dem Hintergrund einer anteilig durch neurotische Begleitfaktoren geprägten Primärpersönlichkeitsstruktur beeinflusst gewirkt. Dementsprechend habe von einer unbewussten Akzentuierungstendenz ausgegangen werden müssen. Hinweise auf ein zielorientiertes Aggravationsbestreben hätten sich hingegen nicht ergeben. Die während der Begutachtung erhobenen klinischen Befunde seien hinsichtlich ihrer wesentlichen

Komponenten weitgehend in Einklang mit den in der zum Untersuchungszeitpunkt verfügbaren Aktenlage aus entsprechend fachspezifischer Beurteilungsperspektive dokumentierten Sachverhalten gestanden. Dennoch hätten die in verschiedenen Dokumentationen re petitiv zur Darstellung gebrachten diagnostischen Erwägungen einer rezidivierenden depressiven Störung/Episode (ICD-10: F33) respektive einer anhaltenden (somatoformen) Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) unter striktem Bezug auf die diesbezüglich im Katalog der ICD-10 definierten Kriterien nicht bestätigt werden können, da diese in nicht ausreichender Form erfüllt worden seien. Es habe sich als basisbildende Krankheitsentität des psychiatrischen Fachgebietes vielmehr eine Dysthymia (ICD-10: F34.1) offenbart, in deren Rahmen sich auch mutmasslich ehemals parallel stattgehabte Somatisierungstendenzen erklärten. In jenem ätiologischen Kontext lasse sich sodann auch die im Gutachten der Medas vom 8.

Dezember 2003 aufgeführte Diagnose einer ängstlich depressiven Anpassungsstörung (ICD-10: F43.22) integrieren. Bei einer Dysthymia (ICD-10: F34.1) handle es sich um eine chronische, mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, welche vieles gemeinsam mit den Konzepten der depressiven Neurose habe und die in Bezug auf ihr eigentliches Ausmass die Kriterien einer rezidivierenden depressiven Störung, gleich welcher Graduierung, prinzipiell nicht erfülle, obwohl selten einzelne depressive Episoden von maximal leichter Ausprägung durchaus vorkommen könnten. Diese Störungsspezifität sei insbesondere medikamentösen Interventionen nur schwer zugänglich. Ergänzend habe sich der zweifelsfreie Eindruck des Bestehens von Problemen mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) im Sinne einer Akzentuierung von Persönlichkeitszügen mit ausgeprägt hypersensitiver Komponente ergeben. Beim Beschwerdeführer habe sich vor dem Hintergrund verschiedener im zeitlichen Verlauf kumulativ zur Ausprägung gelangender psychosozialer Belastungsfaktoren (innerfamiliäre Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten, körperliche Beschwerden) und eines zugleich primärpersönlich vulnerablen affektiven Funktionsniveaus eine von neurotischen Einflüssen begleitete depressive Entwicklung eingestellt. Eine stationäre psychiatrische Behandlung sei bisher nicht erfolgt. In Anlehnung an das Mini-ICF-APP lägen aus klinisch-psychiatrischer Sicht aktuell keine Beeinträchtigungen der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, der Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, der Fähigkeit zu familiären Beziehungen, der Fähigkeit zur Selbstpflege, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Verkehrsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten sowie leichte Beeinträchtigungen der Flexibilität und der Umstellungsfähigkeit, der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten, der Gruppenfähigkeit bzw. der Fähigkeit zu intimen Beziehungen vor. Die momentan insgesamt geringfügig ausgeprägten Defizite des psychopathologischen Status hätten keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Es habe zu keinem Zeitpunkt eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus isoliert klinisch-psychiatrischer Beurteilungsperspektive bestanden (Urk. 7/261 S. 78 ff.)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Taxifahrer sei seit 23. April 2021

hauptsächlich aufgrund der neurologischen Diagnose einer Myasthenia gravis aufgehoben. Davor sei die Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer nicht eingeschränkt gewesen. Eine der

Behinderung optimal angepasste Tätigkeit sei eine körperlich leichte Tätigkeit. Zu vermeiden seien dabei repetitives Bücken und Aufrichten, repetitives Anheben und Tragen von Gewichten > 10 kg, rein statische Belastungen des Rückens im Sitzen oder Stehen ohne die Möglichkeit zu Wechselpositionen, Einsätze (vor allem repetitiv) der oberen Extremitäten auf oder über Schulterhöhe, Arbeitstätigkeiten in chronischer monotoner Vorneigehaltung des Rumpfes. Keine Arbeit mit Akkord- oder Nachtschichten. Tätigkeiten mit potenziellen Nephrotoxinen sollten bei Nephropathie vermieden werden. Ein allgemein stressminimiertes und wohlwollendes Arbeitsumfeld in kollegialer Atmosphäre sei wichtig sowie klar strukturierte, repetitive Arbeitsvorgaben im Rahmen eines kontinuierlichen Routinesgeschehens mit optimaler Anpassung an das individuelle Kompetenzniveau, kein Multitasking, kein Grossraumbüro. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 100 %. Die Arbeitsfähigkeit sei ab dem 23.

April 2021 bis zur neurologischen Nachuntersuchung am 25.

Januar 2022 aufgehoben gewesen (Urk. 7/261 S. 10 ff.).

E. 3.3.2

RAD-Arzt Dr. med. univ. J.____, Facharzt für Neurologie, hielt in seiner Stellungnahme vom 13. Juni 2023 fest, die Gutachter gingen von einer unbewussten Akzentuierungstendenz aus. Rheumatologischerseits zeigten sich Hinweise auf eine mögliche Selbstlimitierung (z.B. Faustschluss werde nicht präsentiert), ebenso neurologischerseits (Demonstrierung einer beidseitigen Zehenheber schwäche bei normaler Abrollbewegung beim Gehen, Schilderung einer allgemeinen körperlichen Belastbarkeit). Der Mycophenolsäureserumspiegel spreche für eine ungenügende Einnahme. Die Begründung für das Nicht-Tragen der CPAP-Maske, nämlich dass die Kinder dies ansehen müssten, erscheine wenig plausibel. Der bisherige Behandlungsverlauf der Myasthenia gravis mit einer potenten und relativ hochdosierten Behandlung mit CellCept mit gleichzeitiger Gabe von Mestinon sei insofern auffällig, als der Versicherte trotz dieser Medikation unveränderte Beschwerden einer Sprachstörung, Schluckbeschwerden und einer allgemeinen Erschöpfbarkeit vortrage. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich die vortragene Ausprägung der Erkrankung nicht objektivieren, zumal in der klinisch-neurologischen Untersuchung eindeutige Verhaltensmuster im Sinne einer Symptomverstärkung erkennbar gewesen seien. Insofern sehe der Sachverständige entgegen der Aktenlage geeignete Voraussetzungen, den Beschwerdeführer ins Erwerbsleben wieder einzugliedern, insbesondere im Hinblick auf eine leidensadaptierte Tätigkeit (Urk. 7/263/9).

In seiner Stellungnahme vom 27. November 2023 führte Dr. J.____ aus, die eingehenden Berichte von und an den Hausarzt med. pract. K.____ seien im Gutachten aufgearbeitet. Psychiatrischerseits werde keine Veränderung des Gesundheitszustands postuliert. Bezüglich des Schlafapnoesyndroms seien seitens der Gutachter weitere Abklärungen empfohlen worden. Die aufgehobene Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer werde hauptsächlich durch die Myasthenia gravis begründet. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepassten Bedingungen sei gutachterlich ausgewiesen.

E. 3.3.3

Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer die folgenden Berichte ein:

Im Sprechstundenbericht der Universitätsklinik L.____ vom 16. Mai 2023 wurde über chronische Fusschmerzen beidseits mit/bei Verdacht auf periphere Poly neuropathie, differentialdiagnostisch Small Fibre Neuropathie, sowie einer beginnenden TMT I Arthrose rechts berichtet und die Abgabe von Lyrica sowie die Anpassung von orthopädischen Schuheinlagen empfohlen (Urk. 11/3).

Die nach Verfügungserlass vorgenommene MR Arthrographie der Schulter links vom 20. Januar 2024 ergab degenerative Veränderungen im Bizepssehnenanker sowie einen Längsriss in der Bizepssehne, zusätzlich eine Verdickung des Ligamentum glenohumerale superius, keine Luxation oder Subluxation der Bizepssehne, eine fortgeschrittene Tendinopathie der Supra- und Infraspinatus sehne, eine leichtgradige Tendinopathie der Subscapularissehne, kein Riss in der Rotatorenmanschette, eine moderate Degeneration im AC-Gelenk mit Zeichen eines Reizzustandes sowie Begleitbursitis, degenerative Veränderungen des Labrums, eine erhaltene Artikulation gleno-humeral und keine tiefen Knorpeldefekte (Urk. 3).

Im nach Verfügungserlass datierenden Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals H.____ vom 18. März 2024 wurde von einer weitestgehenden Stabilität der Beschwerden bezüglich der Myasthenie ausgegangen. Zur Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer weiterhin Doppelbilder angebe und daher die Fahreignung weiter nicht gegeben sei. Weiterhin sei bei Patienten mit einer Myasthenie von einer erhöhten muskulären Erschöpfbarkeit auszugehen, so dass keine körperlich anstrengenden Arbeiten ohne die Möglichkeit von Pausen in Frage kämen. Auch bei Monitorarbeit sollte auf ausreichende Möglichkeiten für Pausen geachtet werden, solange Doppelbilder angegeben würden. Hier wäre allenfalls eine erneute orthoptische Untersuchung und Stellungnahme sinnvoll. Ansonsten klage der Beschwerdeführer ganz vorwiegend über muskuloskelettale Beschwerden v.a. die Schulter betreffend, wohingegen die myasthenen Beschwerden derzeit nicht im Vordergrund seien (Urk. 11/2).

Die behandelnde Psychiaterin M.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in ihrem nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens datierenden Bericht vom 4. April 2024 aus, gegenwärtig liege eine schwere depressive Episode vor (ICD -10 : F33.2). Mit der Diagnose im Teilgutachten der C.____ AG D.____ vom 25. März 2023 sei sie nicht einverstanden. Zum einen referierte Dr. I.____ die immer wieder auftretenden Suizidgedanken korrekt. Diese träten laut ICD -

E. 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 wiederherstellen, 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. 1.

E. 4.1

mit Hinweis) .

Der psychiatrische Gutachter stützt seine Beurteilung vorliegend

in erster Linie auf die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung

sowie auf die vorhandenen Akten. Er wies darauf hin, dass sich beim Beschwerdeführer vor dem Hintergrund verschiedener, im zeitlichen Verlauf kumulativ zur Ausprägung gelangender psychosozialer Belastungsfaktoren (innerfamiliäre Konflikte, finanzielle Schwierigkeiten, körperliche Beschwerden) und eines zugleich primärpersönlich vulnerablen affektiven Funktionsniveaus eine von neurotischen Einflüssen begleitete depressive Entwicklung eingestellt habe und dass eine unbewusste Akzentuierungstendenz bestehe. In Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Vorberichten gelangte er nachvollziehbar zum Schluss, dass die momentan insgesamt geringfügig ausgeprägten Defizite des psychopathologischen Status keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten und dass zu keinem Zeitpunkt eine länger dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus isoliert klinisch-psychiatrischer Beurteilungsperspektive bestanden habe.

Ausschlaggebend ist

denn auch unabhängig von der Diagnose, ob und in welchem Ausmass nach Massgabe der objektiv feststellbaren Gesundheitsschädigung eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_41/2019 vom 9. Mai 2019 E.

7.3).

Dass die behandelnde Psychiaterin Dr. M.____ am 4. April 2024 – und damit nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens – eine schwere depressive Episode diagnostizierte (jedoch

ohne psychopathologische Befunde zu nennen), ist im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen. Soweit der Beschwerdeführer gestützt auf diesen Bericht vorbringt, der psychiatrische Gutachter habe bei der Diagnosestellung die Suizidgedanken des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt (Urk. 10 S. 2), da diese jeweils im Rahmen einer schweren depressiven Episode auftraten, ist festzuhalten, dass den diagnostischen Leitlinien

zum ICD-10 nicht zu entnehmen ist, dass Suizidgedanken nur bei schweren depressiven Episoden vorkommen

(vgl. Dilling / Mombour / Schmidt [Hrsg.],

Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F),
Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10.

Auflage 2015, S. 169 ff.) .

Der psychiatrische Gutachter hat seine diagnostische Einordnung denn auch in Kenntnis der Suizidgedanken (welche er auf S. 73 und S. 77 des Gutachtens erwähnt) – und unter Hinweis darauf, dass suizidale Impulse nicht hätten festgestellt werden können (Urk. 7/261 S. 76) - vorgenommen.

Aus den medizinischen Akten ergeben sich insgesamt keine Gründe, welche auf eine schwere psychische Störung und damit einhergehende relevante funktionelle Leistungseinschränkungen schliessen lassen würden. In Bezug auf den funktionellen

Schweregrad der Störung gelangte der Gutachter anhand der erhobenen klinischen Befunde zum Schluss, dass lediglich geringfügig ausgeprägte Defizite bestünden. Er klammerte die psychosozialen Belastungsfaktoren aus und berücksichtigte bei seiner Einschätzung die festgestellten Inkonsistenzen (unbewusste Akzentuierungstendenz). Dementsprechend überzeugt die gutachterliche Schlussfolgerung, wonach die geringfügig ausgeprägten Defizite des psychopathologischen Status keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Unter diesen Umständen ist eine

Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281

entbehrlich

(vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_830/2019 vom 2. Februar 2020 E. 4.3; 9C_96/2018 vom 19.

März 2018 E.

E. 4.2

Der Beschwerdeführer moniert, das internistische Gutachten beruhe bezüglich des OSAS und der hypertensiven Herzerkrankung auf einem unvollständig abgeklärten Sachverhalt (Urk.

1 S.

6 5

f.). Der internistische Gutachter hält in diesem Zusammenhang fest, dass das OSAS seit 2011 bekannt sei. Der Beschwerdeführer klagt über eine Tagesmüdigkeit und auch über eine Tagesschläfrigkeit, trage aber trotzdem keine CPAP-Maske. Er habe die Maskenbeatmung schon vor Jahren selbstständig sistiert und sei trotzdem noch weiter als Taxifahrer tätig gewesen (vgl. vorne E.

3.3.1). Der Gutachter

gelangt nachvollziehbar zum Schluss, dass aufgrund des OSAS und der subjektiv geklagten Tagesmüdigkeit bis zum Vorliegen der Ergebnisse der empfohlenen Polysomnographie die Arbeitsfähigkeit als Taxifahrer als aufgehoben anzunehmen sei, dies aufgrund der fraglichen Fahrtauglichkeit. Im Übrigen geht er von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus. So war der Beschwerdeführer denn auch jahrelang trotz OSAS arbeitsfähig. Dass sich das OSAS seit 2011 objektiv relevant verschlechtert hätte, wird vom Beschwerdeführer nicht aufgezeigt und ist auch angesichts seines Verzichts auf Abklärungen und

Behandlungen

nicht anzunehmen. Die hypertensive Herzerkrankung hat der Gutachter unter Berücksichtigung sämtlicher kardiologischen Berichte (und unter Einbezug der chronischen Belastungsdyspnoe NYHA II) als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt.

Es ergäben sich keine Hinweise auf eine Herzinsuffizienz und eine relevante koronare Herzkrankheit liege nicht vor. Medizinische Berichte, die diese Einschätzung in Frage stellen würden, liegen nicht vor.

E. 4.3

Auch in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten sind den Akten keine medizinischen Berichte zu entnehmen, welche die schlüssige Beurteilung des rheumatologischen Gutachters in Zweifel ziehen würden. Die eigene Interpretation entspringende Auffassung der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, wonach die Unfähigkeit, einen vollständigen Faustschluss zu machen, im Zusammenhang mit der Schulterpathologie stehe (Urk.

1 S.

7), findet in den medizinischen Akten keine Stütze. Da das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit der Verwaltungsverfügungen in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war, zu beurteilen hat (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis),

ist die MR Arthrographie der Schulter links vom 20. Januar 2024 (vgl. vorne E.

3.

E. 4.4

Der nach Verfügungserlass datierende Bericht der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals H. ___ vom 18. März 2024 ist im vorliegenden Verfahren eben falls nicht zu berücksichtigen. Im Übrigen wird in diesem Bericht ohnehin von einer weitestgehenden Stabilität der Beschwerden bezüglich der Myasthenie ausgegangen, weshalb er nicht geeignet ist, eine relevante Verschlechterung zu belegen. Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, die von

ihm angegebenen Doppelbilder führten zu einer weitergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, ist darauf hinzuweisen, dass anlässlich der neurologischen Begutachtung unter hochdosierter Behandlung aus objektiver Perspektive keine Symptome der Myasthenie verifiziert

werden konnten. Doppelbilder liessen sich

nicht objektivieren. Der neurologische Gutachter wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die fehlende Fahreignung nicht eindeutig nachvollziehbar sei, zumal der Beschwerdeführer auch nach der Diagnosestellung einer Myasthenia gravis regelmässig Auto gefahren sei, was bei wiederkehrendem Auftreten von Doppelbildern nicht möglich gewesen wäre (Urk. 7/261 S. 93). Dass aufgrund der vom Beschwerdeführer angegebenen Doppelbilder bei Bildschirmarbeit eine Einschränkung bestehen soll (Urk. 10 S. 3

f.), ist

im Übrigen auch angesichts der Tatsache, dass er gemäss eigenen Angaben regelmässig fernsieht (vgl. Urk. 7/261 S. 74 und S. 89), nicht nachvollziehbar.

Hinzuweisen ist auch auf die fehlende Adhärenz; gemäss Medikamentenspiegel vom 17. Februar 2023 nahm der Beschwerdeführer das Medikament Mycophenolat in den Tagen vor der Begutachtung nicht regelmässig ein (Urk. 7/261 S. 91; vgl. auch S. 93). 4. 5

Der Beschwerdeführer kritisiert im Weiteren

die im psychiatrischen Teilgutachten vorgenommene diagnostische Einordnung der psychischen Störung, da diese nicht mit den psychiatrischen Vorberichten übereinstimme.

Zu beachten ist in diesem Zusammenhang,

dass gemäss bundesgerichtliche r Rechtsprechung

Widersprüche in der Befunderhebung und Diagnosestellung des psychiatrischen Teilgutachtens zu anderen fachärztlichen Beurteilungen allein den Beweiswert eines Administrativgutachtens nicht mindern. Die psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen und eröffnet dem begutachtenden Psychiater deshalb praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte - so wie hier - lege artis vorgegangen ist. (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_353/2015 vom 24.

November 2015 E.

E. 5

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis ; Urteil des Bundesgerichts I

659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanmeldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine , 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen). 1.

E. 5.1

Der Beschwerdeführer beantragt berufliche Massnahmen in Form von Arbeitsvermittlung gemäss Art. 18 IVG (Urk. 1 S. 9

ff.) .

Vorab stellt sich die Frage , ob die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung über den

Anspruch auf berufliche Massnahmen hätte

verfügen

müssen.

Der Beschwerdeführer hat mit seinem Einwand vom 18. August 2023 im Vorbescheidverfahren berufliche Massnahmen beantragt

(Urk. 7/269). Das Vorbescheidverfahren dient der Wahrung des Anspruchs auf rechtliches Gehör bezüglich des von der IV-Stelle vorgesehenen Entscheids (Art.

57a

Abs.

1 IVG ;

vgl. auch Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung IVG, 4. Aufl., Zürich/Genf 2022, Art. 57a N 4).

Der

Vorbescheid

betrifft einzig die vorgesehene

Verneinung eines Rentenanspruchs

(Urk. 7/265). In der in der Folge ergangenen und im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Verfügung vom 21. Dezember 2023

(Urk. 2)

hat die Beschwerdegegnerin

über

das im Einwand vom 18. August 2023 gestellte Gesuch um berufliche Massnahmen

somit

zu Recht nicht mitverfügt. Der Rentenentscheid kann unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen gefällt werden, wenn allenfalls noch vorzunehmende berufliche Eingliederungsmassnahmen keinen Einfluss auf den Rentenanspruch haben, etwa weil – wie hier – ein rentenbegründender Invaliditätsgrad nicht gegeben ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_204/2021 vom 26. Mai 2021 E. 4.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Demzufolge ist auf diesen Antrag des Beschwerdeführers nicht einzutreten. 5. 2

In Bezug auf den Antrag auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung gemäss Art.

14a IVG, ist festzuhalten, dass der Anspruch eine mindestens 50%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nur im bisherigen Beruf (Art. 6 Satz 1 ATSG), sondern auch in einem anderen Beruf (Satz 2) voraussetzt. Ist jemand in einer anderen zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig, so ist er (in dieser anderen Tätigkeit) bereits eingliederungsfähig; er braucht keine Integrationsmassnahmen mehr, um die Eingliederungsfähigkeit herzustellen (BGE 137 V 1 E. 7). Da der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist, erfüllt er die Anspruchsvoraussetzungen nicht. Dementsprechend fallen Massnahmen im Sinne von Art. 14a IVG zum Vornherein ausser Betracht. 6.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens. Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf einzutreten ist. 7.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne von Aesch - 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, zuzu stellen.

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
Hurst
Leicht

E. 6

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. 7

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.).

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sog. Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 m.w.H.). 2.

E. 10

S.

3) – berücksichtigt.

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