

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00459 vom 20. November 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-11-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00459](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00459)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00459 du 20 novembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00459 del 20 novembre 2025

## **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 indessen – wie hier – 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). So ist aufgrund der vom Beschwerdeführer am 31. März 2023 anhängig gemachten Neuanschuldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 13/104) sowie unter Berücksichtigung der sechsmonatigen Karenzfrist nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestmöglicher Rentenbeginn im September 2023.

### **E. 1.2**

Invaliderität 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**

.2

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der Befund und der Schweregrad der Symptomatik (Urteil des Bundesgerichts 8C\_170/2017 vom 13. Oktober 2017 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen). 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 revisionsrechtlichen 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 ver schlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C\_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1 mit Hinweisen). 2.

### **E. 1.3.1**

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).

### **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte, vertreten durch seinen Hausarzt Dr. med. Y.\_\_\_\_, am 3. Januar 2024 (Eingangsdatum) Beschwerde bei der IV-Stelle (Urk. 13/130 = Urk. 1), welche diese mit Schreiben vom 22. August 2024 an das hiesige Sozialversicherungsgericht weiterleitete (Urk. 4). Er beantragte sinngemäss, die Verfügung vom 1. Dezember 2023 sei aufzuheben und es seien ihm Leistungen der Invalidenversicherung zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er sinngemäss um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Am 20. September 2024 reichte er diverse weitere Arztberichte ein (Urk. 9 und 10/1-3). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 30. September 2024 (Urk. 12) unter Hinweis auf ihr Schreiben vom 22. August 2024 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Versicherten mit Verfügung vom 1. Oktober 2024 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 1).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, aus den Akten gehe hervor, dass die körperlichen Beschwerden keine dauerhafte oder bleibende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Bezüglich psychiatrischer Leiden liege ebenfalls keine invalidenversicherungsrechtliche Relevanz vor. Eine vorübergehende Beeinträchtigung im Zuge akuter psychosozialer Belastungsfaktoren sei nachvollziehbar, jedoch keine dauerhafte. Insgesamt liege keine relevante Diagnose vor, welche die Arbeitsfähigkeit bleibend einschränke. Auch die mit dem Einwand aufgelegten medizinischen Berichte ergäben keine Änderung dieser Einschätzung (Urk. 13/127 = Urk. 2).

In ihrem Schreiben vom 22. August 2024 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, der regionale ärztliche Dienst (RAD) habe die nach der Neuanmeldung eingegangenen somatischen und psychiatrischen medizinischen Unterlagen geprüft und mit der letzten medizinischen Beurteilung aus den Jahren 2012 und 2014 verglichen. Dabei habe keine

dauerhafte gesundheitliche Veränderung festgestellt werden können. Auch der mit dem Einwand neu aufgelegte medizinische Bericht der C.\_\_\_\_ ändere nichts an dieser Einschätzung, zumal in diesem gar eine gesundheitliche Verbesserung festgehalten werde. Aus den der Beschwerde beigelegten Berichten der C.\_\_\_\_ gehe hervor, dass der Beschwerdeführer die C.\_\_\_\_ aus Eigeninitiative aufgesucht habe, um eine stationäre Entzugstherapie aufgrund seines Alkoholkonsums zu beginnen. Aufgrund einer akuten Zahnentzündung habe er verfrüht am 1. November 2023 aus der C.\_\_\_\_ entlassen werden müssen. Bis dahin hätten die Therapien jedoch komplikationsfrei durchgeführt werden können. Am 5. November 2023 sei der Beschwerdeführer erneut freiwillig in die C.\_\_\_\_ eingetreten, wobei er seinen Aufenthalt freiwillig nach 7 Tagen abgebrochen habe, obwohl die Therapien komplikationsfrei hätten weitergeführt werden können. Insgesamt würden die Berichte der C.\_\_\_\_ keine Rückschlüsse auf eine andere Einschätzung zum Schweregrad des psychischen Zustands des Beschwerdeführers zulassen, was auch für die Ausführungen in der Beschwerde gelte (Urk. 5).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte im Wesentlichen geltend, er sei im Jahr 2023 mehrfach in stationärer Behandlung in der Klinik D.\_\_\_\_ gewesen. Hauptbeschwerden seien die Anfälle von Panikstörungen mit Somatisierungsstörungen, die trotz Medikamenten und Verhaltenstherapie weiter anfallsweise auftreten würden. Auslösend seien unbekannte Orte oder fremde Leute. Dies verursache Angstgefühle, Schwitzen, Schwindel mit Angst vor Ohnmacht. In Begleitung von Bekannten vertraue er sich besser, nach draussen zu gehen. Er könne sich nicht vorstellen, eine Arbeit in ungewohnter Umgebung mit fremden Leuten aufzunehmen. Entsprechend dem Vorschlag der Klinik werde er erneut eine ambulante Psychotherapie/Verhaltenstherapie aufnehmen. Er sei seit kurzem in augenärztlicher Abklärung wegen Doppelbildern (Urk. 1).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, ob sich im massgeblichen Zeitraum zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 13/97) und der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2023 (Urk. 2) die tatsächlichen Verhältnisse, namentlich der Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, dergestalt verändert haben, dass ihm nun eine Invalidenrente zusteht. 3.

Die Verfügung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 13/97) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf den beiden Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. November 2012 und vom 2. Dezember 2014 sowie auf dem Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2016. 3. 1

Im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 20. November 2012 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 13/38/19): - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Chondrosen L1-L5, Hämangiom LWK2, Chondrose L3-L4, Diskushernie L5/S1, Nervenwurzelirritation L5-S1 (ICD-10 M54.4) - Tendinose und Teilriss der Supraspinatussehne, kleine ossäre Tuberculum majus Zyste bei subakromiale m

Impingement und Acromion Typ II-III nach Bigliani Schulter links (ICD-10 M75.4) - Nervus

ulnaris Syndrom Ellenbogen links (ICD-10 G56.2) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 13/38/19): - Agoraphobie mit Panikstörung

(ICD-10 F40.0) - Schädlicher Gebrauch von Cannabis und Alkohol (ICD-10 F12.1, F10.1)  
- Iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.8) - Status nach OSG-Distorsion  
rechts 30.09.2009

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer seine Beschwerden glaubhaft und mit der klinischen Erfahrung sowie den radiologischen Bildern konsistent berichtet. Allerdings seien die Beschwerden ausgesprochen akzentuiert dargestellt worden. So sei während der klinischen Untersuchung lediglich ein Schmerz bei der endgradigen Schulterbewegung und ein diffuser, das gesamte Schultergelenk umfassender, leichter Druckschmerz angegeben worden, wobei sich radiologisch dazu passende Zeichen einer Impingementsymptomatik und einer

Supraspinatussehnenpartialläsion hätten finden lassen. Anamnestisch seien diese Beschwerden aber ausgesprochen akzentuiert dargestellt worden, obwohl sich beim Ausziehen und Anziehen der Kleidung keinerlei Beschwerdeanzeichen hätten feststellen lassen. Auch habe sich während der klinischen Untersuchung der Lendenwirbelsäule kein pathologischer Befund finden lassen und es seien keine Schmerzangaben gemacht worden. Beim Ausziehen und Anziehen seien keine Schmerzen oder Funktionseinschränkungen sichtbar geworden. MR-Tomographisch habe sich aber im Bereich der Lendenwirbelsäule eine mediolaterale Diskushernie L5/S1 mit Einengung der Nervenwurzel S1 beidseits im Recessus und L5 gezeigt. Diese Diskushernien hätten aber keine klinisch relevanten Auswirkungen, was eine aus dem klinischen Alltag bekannte und nicht ungewöhnliche Situation sei. Man finde häufig Diskushernien im Bereich der Wirbelsäule, ohne dass die Betroffenen dabei über Schmerzen in diesem Bereich klagen würden (Urk. 13/38/17 f.).

Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über intensive, jeden Tag auftretende Angstsensationen berichtet, welche Todesangst und Angst vor Kontrollverlust beinhalten würden und teilweise eigenartig beschrieben worden seien (Gefühl «wie bewusstlos»). Bei genauer Betrachtung handle es sich beim letzteren Phänomen um eine Derealisation, wobei generell eine erhöhte Neigung des Beschwerdeführers für die Ausbildung von pseudo psychotischen Phänomenen zu betonen sei. Dies sei aber nicht Ausdruck einer psychotischen Erkrankung, z.B. aus dem schizophrenen Formenkreis, sondern der einfachen Persönlichkeitsstruktur und der begrenzten kognitiven Ressourcen (Urk. 13/38/14, Urk. 13/38/21). Eine Agoraphobie mit Panikstörung könne zugestanden werden, wobei diese allerdings nur mit Benzodiazepin und keiner anderen Therapie behandelt werde, weshalb der Beschwerdeführer iatrogen als benzodiazepinabhängig angesehen werden müsse. Aufgrund der Tagesstruktur und seiner Arbeitstätigkeit könne jedoch keine schwere Angststörung begründet werden. Eine Erklärung für die markante Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den Angaben über den Alltag biete die nicht authentische Beschwerdepräsentation. So habe der Beschwerdeführer bei allen Untersuchungen ein aggravatorisches Verhalten gezeigt. Auch im psychodiagnostischen Verfahren zur Detektion von Simulation und Aggravation habe er einen auffälligen Wert gezeigt, der mit einem aggravatorischen Verhalten vereinbar sei. Aufgrund der laborchemischen Untersuchung müsse von einem schädlichen Gebrauch von Alkohol und Cannabis ausgegangen werden, wobei diese Substanzen bekanntlich in geringen Dosierungen angstlösend wirken würden, aber nachdem die Wirkung vorüber sei, sich die Symptome der zugrunde liegenden Störung wieder verstärken würden. Der Konsum von dämpfenden Substanzen stelle im Falle des Beschwerdeführers deshalb eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie dar und er werde dadurch in relevantem Ausmass

gehindert, suffiziente Coping-Strategien zu entwickeln und einzusetzen (Urk. 13/38/21 f.).

Zur Dekompensation des psychischen Gleichgewichts sei es beim Beschwerdeführer nach einer Schulterverletzung während seiner Tätigkeit als Fahrradkurier gekommen, wobei es auf dem Wege einer dysfunktionalen Verarbeitung zur Ausbildung einer Agoraphobie mit Panikstörung gekommen sei. Da die erlebte gesundheitliche Beeinträchtigung keineswegs imstande gewesen sei, eine psychische Störung auszulösen, weder von der Schwere noch von der Eindringlichkeit der Umstände her, gelte es, nach labilisierenden Faktoren zu suchen, die eine dysfunktionale Verarbeitung des Unfalls und der daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen verursacht hätten. Der Beschwerdeführer habe anlässlich der Untersuchung einiges an Besonderheiten geboten. In erster Linie sei er nur begrenzt kooperativ gewesen, habe eine eingeschränkte Mitwirkung gezeigt und nicht oder nur begrenzt authentische Beschwerden präsentiert. Diese seien jedoch mit seinen ethno-kulturell geprägten Vorstellungen darüber, welche Beschwerden ein schwer psychisch Kranker zu äussern habe, konform gewesen. Ein anderer, sehr auffälliger und für das Verständnis der Psychogenese der Angsterkrankung sehr wichtiger Aspekt sei, dass er im Beisein des Dolmetschers nicht imstande gewesen sei, Angaben über die eigene sexuelle Orientierung zu tätigen. Dass dieser Aspekt eine grosse Bedeutung in der Psychogenese der Störung habe, belege die Tatsache, dass der Beschwerdeführer die eigene Homosexualität als schambesetzt empfinde und aus diesen Gründen ein Doppelleben führe. Er sei verheiratet und Vater eines 8-jährigen Kindes, die Familie sei im Kosovo wohnhaft, in der Schweiz lebe er seit längerer Zeit in einer homosexuellen Partnerschaft. Gemessen an der Intensität der emotionalen Beteiligung des Beschwerdeführers beim Schildern dieses Inhaltes sei zu vermuten, dass diese Lage für die Ausbildung der psychischen Störung des Versicherten die kausale Rolle gehabt habe. Zudem sei zu vermuten, dass die subjektive Schwere der Problematik, welche die Angstsymptomatik aufrechterhalte, bisher nicht psychotherapeutisch angegangen worden sei. Stattdessen sei lediglich die Symptombekämpfung versucht worden, sowohl iatrogen (Benzodiazepin), als auch durch den Beschwerdeführer selbst (schädlicher Konsum von Alkohol und Cannabis), jeweils ohne Erfolg (Urk. 13/38/16).

Zusammenfassend ergebe sich das Bild des Beschwerdeführers, welcher schon längere Zeit mit diversen inner psychischen Konflikten lebe, welche zur Ausbildung einer neurotischen Störung und sekundär zur Entwicklung einer Suchtproblematik geführt hätten. Die nur begrenzt authentischen Angaben des Versicherten und die Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und dem objektiven Befund würden eindeutig dafür sprechen, dass die Beschwerden durch den Beschwerdeführer in einem weitaus grösseren Ausmass überwindbar seien, als von ihm berichtet (Urk. 13/38/22).

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Haushaltshilfe, welche einer leichten Tätigkeit zuzuordnen sei, sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig. In schweren körperlichen Tätigkeiten bestehe aufgrund der orthopädischen Diagnosen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/38/22). In mittelschweren körperlichen Tätigkeiten, wozu beispielsweise die Tätigkeit als Velokurier gehöre, sei der Beschwerdeführer – beruhend auf den MR-tomographischen Befunden der Schulter und der LWS, zur Vermeidung der Exazerbation der im Moment geringen Beschwerden – zu 50 % arbeitsfähig. Bei diesen Arbeiten sollten keine Gewichte über 10 kg repetitiv angehoben werden müssen. Zwangspositionen, Zwangshalbungen, stereotype Tätigkeiten, Arbeiten in vornübergebeugter Haltung und Arbeiten über Kopf sollten vermieden werden

(Urk. 13/38/18, Urk. 13/38/22). 3.2

Im Verlaufsgutachten der Z.\_\_\_\_

vom 2. Dezember 2014 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 13/67/22): - Status nach Calcaneus-Fraktur rechts vom 12.04.2014 - Tendinose und Teilriss der Supraspinatussehne, kleine ossäre Tuberculum majus Zyste bei subakromialem

Impingement und Acromion Typ II-III nach Bigliani Schulter links (ICD-10 M75.4) - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei - Radikulärem Reizsyndrom L5 und inkomplettem sensorischem Ausfallsyndrom L5/S1 beidseits (ICD-10 M54.16) - Symptomatischer lumbaler Spinalkanalstenose (ICD-10 M48.06) - Chronisches HWS-Syndrom ohne radikuläre sensomotorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik (ICD-10 M54.82) - Sulcus

ulnaris -Syndrom links (ICD-10 G56.2) Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende genannt (Urk. 13/67/22): - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.0) - Iatrogene Benzodiazepinabhängigkeit (ICD-10 F13.8)

Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sich weitestgehend das gleiche Bild wie im Jahr 2012 präsentiert, wobei der Beschwerdeführer selbst auch von keiner Veränderung seiner psychischen Lage berichtet habe. Er wolle sich nun einen neuen Psychotherapeuten suchen, um sich gegenüber seiner Ehefrau, die mit der Familie im Kosovo lebe, outen zu können. Es werde vermutet, dass er hier mit seinem Chef eine Beziehung aufrechterhalte. Den früheren Benzodiazepin-Konsum habe er massiv verringern können. Beim Suchtmittelscreening sei kein Nachweis mehr vorhanden gewesen. Von daher habe der Beschwerdeführer genügend Ressourcen, den zugrunde liegenden Konflikt zu lösen, zumal er selbst inzwischen mehr Akzeptanz zur eigenen Bisexualität gefunden habe (Urk. 13/67/24).

Bei der orthopädischen Untersuchung seien die Beschwerden im Bereich der Schulter, der HWS, der LWS sowie des Nervus - ulnaris -Versorgungsgebietes links in ihrer klinischen Ausprägung unverändert zum Gutachten im November 2012 gewesen. Im Vordergrund habe die osteosynthetisierte Calcaneusfraktur rechts gestanden. Aus orthopädischer Sicht seien Calcaneusfrakturen meist mit verzögerter Heilung behaftet, sodass davon auszugehen sei, dass der weitere Heilverlauf mindestens ein Jahr betragen werde und die Situation dann neu beurteilt werden müsse

(Urk. 13/67/25).

Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich die Befunde im Bereich der Schulter und der HWS unverändert gezeigt. Beim chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom müsse zusätzlich eine neue Claudicatio spinalis berücksichtigt werden, dies im Rahmen der degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS. Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht nicht arbeitsfähig. Für eine leichte Verweistätigkeit sei er weiterhin zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 13/67/25).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer aufgrund der Calcaneus-Trümmerfraktur aktuell für jegliche Tätigkeiten arbeitsunfähig. Bei kompletter Heilung der Fraktur sei der Beschwerdeführer danach für körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten nicht arbeitsfähig. Für leichte Tätigkeiten sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit den im orthopädischen und neurologischen Gutachten beschriebenen Limiten zumutbar

(Urk. 13/67/25). 3.3

Dr. B.\_\_\_\_ nannte in seinem zuhanden der Unfallversicherung erstellten orthopädisch-chirurgischen Gutachten vom 10. Januar 2016 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/83/63 f.): - Status nach Fersenbein-Trümmerbruch vom «Joint Depression Type» rechts am 12.04.2014 mit Fragment-Verschiebung, Beteiligung des unteren Sprunggelenkes, Abriss des Sustentaculum

tali und Knochen schalenablösung an der Aussenknöchelspitze - Status nach Schürfungsverletzung am rechten Ellenbogengelenk - Status nach Osteosynthese mit LCP-Calcaneus-Platte und Allobone-Spongiosaplastik am 22.04.2014 mit stabiler Knochenheilung ohne Materialbruch bzw. -verlagerung - Hämosiderin-Ablagerung in der grossen aussenseitigen Narbe am rechten Fuss - Bewegungseinschränkung im oberen und unteren Sprunggelenk rechts - Muskelmassen-Defizit im Ober- und Unterschenkel - Verminderte Wegefähigkeit und Gehgeschwindigkeit - Schwellneigung und belastungsabhängige Schmerzen, teils «blitzartig» - Taubheitsgefühl - Beginnende Sprunggelenk s arthrose - Chronische, wechselhaft wiederkehrende Schultergelenksbeschwerden links, spätestens seit dem Unfallereignis vom 08.08.2008 als Velokurier mit Sturz auf das linke Schultergelenk - Nachweis einer Schultereckgelenk s arthrose , einer Sehnenreizung/ Tendinose sowie eines Teilrisses der Supraspinatus-Sehne und der Unterschulterblatt-Sehne sowie einer Formvariante des Schulterdaches entsprechend Stadium II-III nach Bigliani - Beidseitiges leichtes Thoracic-outlet-Syndrom infolge einer zeitweiligen Kompression der Arteria subclavia beidseits - Verdacht auf chronische Bursitis olecrani rechts - Chronisch wiederkehrende HWS-Beschwerden ohne aktuelle radikuläre Symptomatik und ohne Einschränkung der Beweglichkeit der HWS - Chronische, langjährige wiederkehrende tief lumbale Rückenschmerzen bei Bandscheibenvorfall L5/S1 und Osteochondrose in allen LWS-Etagen, Verengung des Wirbelkanals im untersten LWS-Segment und zeitweilige Nervenwurzel-Kompressionszeichen bei minimaler linkskonvexer skolio tischer Fehlhaltung Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.\_\_\_\_ die folgenden (Urk. 13/83/64 f.): - Status nach Distorsion des rechten Sprunggelenks am 30.09.2009 und im Juni 2013 - Status nach Frakturen der Grosszehe, an der III . und IV. Zehe und wahrscheinlich auch an der V. Zehe unklaren Datums rechts - Fersensporn sohlenseitig und im Ansatzbereich der Achillessehne rechts - Leichte Krampfaderbildung am rechten Fuss und Unterschenkel - Hüftgelenksfunktionsstörung und funktionsabhängige Schmerzen rechts ungeklärter Ursache bei Rotationsbewegung, Anspreizung und Beugung

Der Versicherte habe einen Trümmerbruch des rechten Fersenbeines erlitten, wobei auch das untere Sprunggelenk betroffen gewesen sei. Zurückgeblieben sei eine mässig ausgeprägte, nachvollziehbare Bewegungseinschränkung, die insbesondere das untere Sprunggelenk betreffe, sich aber auch in Bezug auf die Verwringung des Vorfusses auswirke. Unfallunabhängig habe der Versicherte immer wieder auftretende Beschwerden am linken Schultergelenk beklagt, wobei durch Voruntersuchungen bekannt geworden sei, dass am linken Schultergelenk degenerative Veränderungen beständen, die einerseits ein arthrotisches Schulter eckgelenk, andererseits aber auch Sehenschädigungen im Bereich des Obergr ätmuskels und des Unterschulterblattmuskels betreffen würden. Zusätzlich liege eine Formvariante des Schulterdaches entsprechend dem Stadium II-III nach Bigliani vor. Dies erkläre wechselnde, wiederkehrende Schultergelenksbeschwerden.

Nebenbefundlich habe die jetzige Untersuchung die Symptomatik eines Thoracic-outlet-Syndroms in Form einer Kompressions-Symptomatik der Arterie unter dem Schlüsselbein in Abhängigkeit von der Armhaltung beidseits ergeben. Läsionsbedingte Einschränkungen der freien Beweglichkeit an den Schultergelenken hätten nicht vorgelegen und schädigungsbedingte Strukturstörungen mit eindeutigen funktionellen Auswirkungen seien nicht erkennbar gewesen. Ebenfalls seit mehreren Jahren seien wechselnde, vorwiegend tief lumbale Wirbelsäulenschmerzen bekannt, derentwegen der Versicherte mehrfach voruntersucht worden sei. Eine erneute MRI-Untersuchung vom 27. Mai 2013 habe die fortschreitende Entwicklung eines Bandscheibenvorfalles im Segment L5/S1 bestätigt, die zu einer kurzstreckigen Wirbelkanalverengung mit erheblicher Kompression des Rückenmarkschlauches führen könne. Ausserdem habe sich eine Verengung der Zwischenwirbellöcher insbesondere rechts mit möglicher Beeinträchtigung der Nervenwurzel L5 rechts gezeigt. Diese bildtechnischen Untersuchungen würden es für möglich erscheinen lassen, dass immer wieder lumbale, insbesondere haltungs- und belastungsabhängig Beschwerden der Wirbelsäule auftreten würden. Im Rahmen der jetzigen Untersuchung hätten sich allerdings keine sicheren Hinweise für eine aktuelle Nervenwurzel-Kompressionssymptomatik im Sinne von Störungen der Muskelreflexe, der Muskelkraft oder sichere, wurzelbedingte sensible Störungen ergeben. Schonungsbedingt sei zumindest im Bereich des Oberschenkels mehr als an der Wade rechts eine Muskelmassenverminderung nachweisbar gewesen, während am Sprunggelenk/im Ristbereich der Umfang ebenfalls unfallbedingt grösser gewesen sei als links (Urk. 13/83/61 f.).

Unter rein orthopädischen Gesichtspunkten könne der Versicherte in einem 100 %-Pensum während 42 Stunden pro Woche dem Leiden angepasste Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durchführen. Diese sollten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen oder – noch besser – vorwiegend in sitzender Körperhaltung ausgeführt werden

mit der Möglichkeit, bei Bedarf aufzustehen oder herumzugehen. Die Anpassung sollte darin bestehen, dass in der Regel Gegenstände von 5-10 kg zu bewegen seien und nur vereinzelt bzw. kurzfristig auch solche bis zu 15 kg. Lasten zwischen 10 und 15 kg sollten nicht weiter als über eine Wegstrecke von 500 m transportiert werden müssen, wobei Unterbrechungen in 100-200 m-Abständen möglich sein sollten. Hilfreich sei es diesbezüglich, wenn der Versicherte sein körperliches Eigengewicht im angemessenen Rahmen reduziere. Bei vorwiegend sitzender Ausführung der Arbeiten sei auf eine der Körpergrösse angemessene Ausstattung des Mobiliars zu achten sowie auf Sitzmöbel, die gegebenenfalls Anpassungen an die jeweilige Belastung möglich machen würden (Urk. 13/83/79). Eine realistische Abgrenzung der verminderten Zumutbarkeit einerseits durch die Folgen des Unfallgeschehens am rechten Rückfuss und andererseits durch das chronische Wirbelsäulensyndrom bzw. auch durch die wiederkehrenden Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenkes erscheine nicht möglich, da dem Grunde nach für alle drei Problemkreise fast das gleiche Ausmass an Einschränkung vorliege. Bezüglich der alten Verletzung des linken Schultergelenkes von 2008 sei zusätzlich zwar keine Einschränkung des Aktionsradius der Hand

festzustellen, prophylaktisch sei aber zu empfehlen, dass bei Bewegungen der Hand deutlich über der Schulterhöhe nur Lasten bis maximal 5 kg bewegt werden sollten (Urk. 13/83/91 f.). Diese Einschätzung gelte spätestens ab Anfang August 2015 (Urk. 13/83/91). 3.4

Gestützt darauf und auf die Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes zu den Gutachten (Urk. 13/85/14 f.) ging die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 14. Dezember 2016 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (wechselbelastend, sehr leicht, vereinzelt und kurzfristig mit 15 kg Belastung, mit Wegstrecken nicht über 500

m, ohne Belastungen über Schulterniveau von 5 kg links) aus und verneinte – nach Durchführung eines Einkommensvergleichs im Bereich einer Hilfsarbeit – einen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers (Urk. 13/97).

#### **E. 4**

Das MRI der Halswirbelsäule vom 17. März 2023 zeigte in C6/7 eine bekannte erosive Osteochondrose

Modic 1 mit breitbasiger

Discusvorwölbung beidseits bis foraminal reichend mit begleitenden Unkarthrosen links ausgeprägter als rechts und einer

Foramenstenose für C7 links mehr als rechts, in C5/6 eine mediane bis links mediolaterale Discusprotrusion mit Unkarthrosen linksbetont und beginnender Einengung des Neuroforamens für C6 links sowie in C3/4 eine mediane bis links mediolaterale Protrusion mit begleitend linksbetonten Facettengelenksarthrosen und einer leichten Einengung des Neuroforamens für C4 links. Eine zervikale Myelopathie wurde ausgeschlossen (Urk. 13/103/1).

#### **E. 4.1**

Im Bericht der E.\_\_\_\_ AG vom 11. August 2022 wurde unter den klinischen Angaben ausgeführt, dass in den Jahren 2015 und 2016 das Osteosynthesematerial im rechten Fuss entfernt und das untere Sprunggelenk durch zwei Schrauben stabilisiert worden sei. Neu würden Belastungsschmerzen in der Ferse und im Mittelfuss beklagt. Im Rahmen der Röntgenuntersuchung hätten sich ein talocalcaneärer Durchbau und keine Resorptionen im Bereich der Schrauben, jedoch eine mässige Zunahme einer OSG-Arthrose sowie ein deutlicher Fersensporn gezeigt (Urk. 13/108/7).

#### **E. 4.2**

Das ebenfalls am 11. August 2022 erfolgte MRI des rechten oberen Sprunggelenks zeige nur sehr diskrete Zeichen einer Plantarfasziitis im Ansatz an einem breiten Fersensporn medial sowie eine mögliche partielle Thrombose einer plantaren Vene bei sonst normalen übrigen Verhältnissen (normale Gefässe, regelrechtes plantares Fettgewebe und normale Muskulatur; Urk. 13/108/8).

#### **E. 4.3**

Das MRI der Lendenwirbelsäule sowie des Iliosakralgelenks vom 16. März 2023 zeigte im Vergleich zur Voruntersuchung vom 27. Mai 2013 eine diskret progrediente multifaktorielle Spinalkanalstenose auf Segmenthöhe L5-S1 mit ventraler Duralsackkompression, eine stationäre mässige Einengung der Neuroforamina beidseits auf Segmenthöhe L5-S1 ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression, eine progrediente Osteochondrose vom Typ Modic 2 auf Segmenthöhe L5-S1 sowie eine stationäre diskal und ossär bedingte Foraminalstenose beidseits auf Segmenthöhe L4-L5

ohne Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression (Urk. 13/103/2).

#### **E. 4.5**

Im provisorischen Austrittsbericht der C.\_\_\_\_, Zentrum für Soziale Psychiatrie, über die vom 18. bis 24. März 2023 erfolgte Hospitalisation des Beschwerdeführers, wurden als Diagnosen eine Panikstörung mit Agoraphobie

(ICD-10 F40.01) sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom ICD-10 F13.2) genannt (Urk. 13/108/1).

Seit dem letzten Austritt vor etwa zwei Wochen sei es in der Häuslichkeit zum Wegfall der Tagesstruktur mit einer Zunahme der ängstlichen, panikartigen sowie depressiven Symptomatik gekommen. Kurz nach dem letzten Austritt habe der Versicherte das verordnete Ciprallex aufgrund einer subjektiv empfundenen Müdigkeit abgesetzt. Er habe sich wegen der unklaren vegetativen Symptomatik (z.B. Erhöhung des Blutdrucks oder Herzrasen während einer Panikattacke) stets besorgt präsentiert. Der Versicherte berichte, dass er seit Beginn des Scheidungsverfahrens von der Familie seiner Ehefrau bedroht werde. Die Polizei habe er diesbezüglich noch nicht involviert. Seit Jahren würde eine Panikstörung mit mehreren Panikattacken täglich bestehen. Die Ängste würden insbesondere beim Alleinsein oder umgeben von fremden respektive von vielen Menschen auftreten. Auch berichte er von Schlafstörungen mit frühmorgentlichem Erwachen. Nach dem Konsum eines Glases Wein am Abend könne er jedoch gut einschlafen. Er nehme ebenso bereits seit Jahren Xanax und Metoprolol ein und könne sich keinen Tag ohne Xanax vorstellen (Urk. 13/108/1).

Der Versicherte habe sich auf das Setting der F.\_\_\_\_ einlassen können und habe regelmässig supportive Gespräche erhalten. Zu Beginn des Aufenthaltes habe er sich weiterhin fixiert auf seine Ängste und Panikattacken gezeigt. Er habe deutliche Vermeidungstendenzen bezüglich angstauslösender Situationen gezeigt. Zudem habe er eine stark erhöhte Aufmerksamkeit für körperliche Phänomene, welche oft in Zusammenhang mit seinen Ängsten und Panikattacken aufgetreten seien, gezeigt. Die Vormedikation sei unverändert übernommen und fortgeführt worden. Das erneute Ansetzen eines angstreduzierenden Antidepressivums habe der Versicherte abgelehnt. In den regelmässigen Verlaufsgesprächen habe er oft seine Ängste und Panikattacken sowie die Bedrohungssituation durch die Familie seiner Ex-Partnerin thematisiert. Bezüglich Letzterer seien ihm diverse Anlaufstellen in Zürich empfohlen worden. Im Rahmen der Gespräche seien auch psychoedukative Inhalte bezüglich seiner Ängste besprochen und er sei mit seinem Vermeidungsverhalten konfrontiert worden. Trotz des hohen Leidensdrucks habe er wenig Bereitschaft an einer Verhaltensänderung bezüglich seiner Ängste gezeigt. Als hilfreich habe er jedoch den geschützten Rahmen und die Möglichkeit, jederzeit eine Ansprechperson zur Verfügung zu haben, erlebt. Dadurch habe er zumindest auf der Station ein Sicherheitsgefühl entwickeln und seine Ängste etwas reduzieren können. Er habe die Station aufgrund seiner Ängste nur selten und meist in Begleitung verlassen und sei jeweils auch rasch wieder zurückgekehrt. Da die Angstsymptomatik des Versicherten nach dem letzten Aufenthalt im F.\_\_\_\_ zugenommen habe, sei ihm eine teilstationäre Nachbehandlung in der hausinternen Akuttagsklinik empfohlen worden. Am siebten Behandlungstag sei der Versicherte regulär in leicht stabilisiertem Zustand in die vorbekannten Verhältnisse ausgetreten (Urk. 13/108/2).

#### **E. 4.7**

Dr. med. Y. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. Mai 2023 fest, der Versicherte leide seit Jahren an Herzsymptomen (wechselnde Tachykardien, Zustand nach Vorhofflimmern, Ablatio 2019). In den letzten Monaten hätten die Beschwerden eines chronischen Cervicalsyndroms und chronischen Lumbovertebralsyndroms zugenommen. In den letzten Wochen hätten Belastungsschmerzen im rechten Fuss mit entzündlicher Schwellung des oberen rechten Sprunggelenks bestanden. Im Januar 2023 sei der Versicherte vom Sozialamt wegen der Entwicklung von psychischen Störungen an psychiatrische Stellen zur Behandlung weitergeleitet worden, wobei er derzeit in der Tagesklinik G. \_\_\_ in Behandlung sei (Urk. 13/116/2 f.). Zur aktuellen medizinischen Symptomatik hielt Dr. Y. \_\_\_ fest, es bestünden anfallsweise Panikattacken mit Angstzuständen und Herzrhythmusstörungen als Begleitsymptom. Zudem bestehe eine Belastungssituation mit depressiven Symptomen wegen der laufenden Ehescheidung. Entsprechend der MRI-Befunde bestehe eine schmerzhaft eingeschränkte HWS mit gelegentlichen radikulären Beschwerden in beide Arme. Zudem bestehe eine chronisch eingeschränkte Beweglichkeit der LWS mit gelegentlich unspezifischen Schmerzausstrahlungen in beide Beine. Die Beschwerden am Bewegungsapparat würden folgende Einschränkungen bedingen: Kein Lastenheben über 5 kg, kein längeres Gehen, wechselnde Tätigkeit im Sitzen/Stehen. Die psychiatrische Behandlung sei noch nicht abgeschlossen, weshalb diesbezüglich keine Prognose zur Arbeitsfähigkeit abgegeben werden könne (Urk. 13/116/3). 4.8

Mit dem Einwand schreiben zum Vorbescheid legte der Beschwerdeführer den provisorischen Austrittsbericht der C. \_\_\_ , Zentrum für Integrative Psychiatrie, über die vom 24. Mai bis 18. Juli 2023 erfolgte Hospitalisation auf. Darin wurden folgende Diagnosen genannt (Urk. 13/120/1 f.): - Agoraphobie: Mit Panikstörung (ICD-10 F40.01) - Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F13.2) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - Vorhofflimmern, paroxysmal (ICD-10 I48.0) - Nicht-alkoholische Steatohepatitis (ICD-10 K75.8) - Stoffwechselstörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 E88.9) - Status nach Fraktur des Kalkaneus 2014 (ICD-10 S92.0) - Zustand nach Arthrodesese subtotal OSG rechts 2016 (ICD-10 Z98.1) - Kalkaneussporn (ICD-10 M77.3) - Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: untere Extremität (ICD-10 M99.56) - Benigne essentielle Hypertonie: ohne Angabe einer hypertensiven Krise (ICD-10 I10.00) - Diabetes mellitus, Typ 2: ohne Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet (ICD-10 E11.90)

Der Eintritt des Versicherten sei freiwillig zur Entzugsbehandlung bei langjährigem Alprazolam-Abusus und zur psychoemotionalen Stabilisierung bei bekannter Panikstörung erfolgt. Diese hätten komplikationsfrei durchgeführt werden können. Der Versicherte habe das stationäre Therapieangebot regelmässig besucht und aktiv und interessiert daran teilgenommen. Im Verlauf der Therapie habe eine deutliche Reduzierung und im Anschluss das Absetzen von Xanax erreicht werden können. Im Zusammenhang mit dem Absetzen seien allerdings vermehrt Panikattacken aufgetreten. Um den Versicherten bei der Bewältigung seiner Angstzustände zu unterstützen, seien regelmässige Gespräche mit seiner Bezugsperson etabliert worden, um Bewältigungsstrategien zu entwickeln und emotionale Unterstützung zu bieten. Als medikamentöse Unterstützung sei eine Therapie mit Sertralin etabliert worden. Bei gutem Ansprechen auf die Medikation und Patient compliance sei Sertralin im Verlauf bis 150 mg hochdosiert worden. Ausserdem habe der Versicherte bei Anspannung und innerer Unruhe Medikamente ( Relaxane ) aus

der Reserve bezogen (Urk. 13/120/4). 5. 5.1

In somatischer Hinsicht zeigte sich in den bildgebenden Untersuchungen der Hals- und Lendenwirbelsäule zwar eine Zunahme der degenerativen Veränderungen (Urk. 13/103/1 f.) und auch in Bezug auf den rechten Fuss wurde nach stattgehabter Osteosynthesematerialentfernung und Versteifung des unteren Sprunggelenks mit zwei Schrauben über eine beginnende OSG-Arthrose sowie einen Fersensporn berichtet (Urk. 13/108/7). Diesbezüglich wies RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 25. Juli 2023 aber nachvollziehbar darauf hin, dass die sich daraus ergebenden körperlichen Einschränkungen im Belastungsprofil (körperlich leichte Tätigkeiten, kurze Wege, kein schweres Heben; vgl. E. 3.4) bereits berücksichtigt wurden (Urk. 13/117/3). In den Akten finden sich denn auch keine Hinweise auf eine durch die genannten Befunde bedingte weitergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Gegenteilig hielt auch Dr. Y. \_\_\_

in seinem Bericht vom 12. Mai 2023 fest, dass dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung der Beschwerden am Bewegungsapparat wechselnde Tätigkeiten zwischen Sitzen und Stehen, ohne längeres Gehen und ohne Lastenheben über 5 kg zumutbar seien (Urk. 13/116/3).

Etwas anderes lässt sich auch aus dem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens aufgelegten Bericht der I. \_\_\_-Klinik vom 2. April 2024 (Urk. 10/2) nicht ableiten. Abgesehen davon, dass rechtsprechungsgemäss zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis der Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2023 bildet (BGE 143 V 409 E. 2.1), ergeben sich daraus auch keine neuen medizinischen Erkenntnisse und Befunde. Vielmehr werden die bereits bekannten progredienten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule erwähnt, die – wie bereits ausgeführt – keine weitergehenden körperlichen Einschränkungen als die im Belastungsprofil bereits berücksichtigt zu begründen vermögen.

Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer beklagten Doppelbilder (Urk. 1) ist zunächst darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer gemäss dem beschwerdeweise aufgelegten Austrittsbericht der C. \_\_\_ vom 1. November 2023 über den Aufenthalt vom 11. Oktober bis 1. November 2023 im Rahmen der neurologischen Untersuchung bei Eintritt keine Doppelbilder angegeben hat (Urk. 3/1). Gemäss Bericht von Dr. med. J. \_\_\_, Fachärztin für Ophthalmologie, vom 25. März 2024 fand die Erstkonsultation denn auch erst am 13. Dezember 2023 – und damit nach Erlass der vorliegend die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Verfügung vom 1. Dezember 2023 – statt (Urk. 10/1 S. 2). Mithin beziehen sich sowohl der Bericht von Dr. J. \_\_\_ als auch der Bericht des Spitals K. \_\_\_ vom 2. August 2024 (Urk. 10/3) ausschliesslich auf nach dem vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum durchgeführte Konsultationen und Behandlungen, weshalb sie keine Rückschlüsse auf den im Zeitpunkt des Erlasses der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2023 gegebenen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zulassen und nicht in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C \_ 361/2020 vom 26. Februar 2021 E. 3.3). Im Übrigen lässt sich den Berichten auch keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entnehmen respektive wird dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Nach dem Gesagten ist im vorliegend massgebenden Beurteilungszeitraum keine Veränderung des somatischen Gesundheitszustandes ausgewiesen. 5 .2

Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers betrifft, machte dieser geltend, dass Hauptbeschwerden die Anfälle von Panik- und Somatisierungsstörungen seien, die trotz Medikamenten und Verhaltenstherapien weiter anfallsweise auftreten würden (Urk. 1 ). Bereits gegenüber den Z.\_\_\_\_ -Gutachtern hatte der Beschwerdeführer über jeden Tag auftretende Angstsensationen berichtet (Urk. 13/38/14). Inwiefern sich diesbezüglich eine Verschlechterung ergeben haben sollte, lässt sich weder den Berichten der C.\_\_\_\_ noch den übrigen Akten entnehmen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer gegenüber den Ärzten der C.\_\_\_\_ von einer seit Jahren bestehenden Panikstörung mit täglich mehreren Panikattacken berichtet hat, wobei sich die Symptomatik nicht aggraviert habe (Urk. 13/108/1), zeigt, dass keine Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist.

RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ hielt diesbezüglich mit Blick auf die Akten nachvollziehbar fest, dass die während der Hospitalisationen beschriebenen Diagnosen und Befunde denen von 2014 und davor entsprechen würden (Urk. 13/117/4). Darauf durfte die Beschwerdegegnerin abstellen.

Daran vermag auch die vom behandelnden Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Y.\_\_\_\_ , seit dem 1. Januar 2023 attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 13/116/2) nichts zu ändern. So vermochte auch er hinsichtlich der bereits bekannten Angststörung keine seit der rechtskräftigen Verfügung vom 14. Dezember 2016 eingetretene veränderte Befundlage zu benennen. Im Zusammenhang mit der von Dr. Y.\_\_\_\_ genannten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (Urk. 13/116/3) ist sodann festzuhalten, dass die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraussetzt (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). Daran fehlt es vorliegend, da Dr. Y.\_\_\_\_ über keine fachärztliche Qualifikation verfügt. Ohnehin führte Dr. Y.\_\_\_\_ die depressiven Symptome auf eine Belastungssituation im Zusammenhang mit der laufenden Ehescheidung zurück. Bei diesem – verständlicherweise belastenden –

Umstand handelt es sich indes im Wesentlichen um einen psychosozialen Faktor. Gemäss ständiger Rechtsprechung braucht es für die Annahme einer Invalidität jedoch in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das ( fach )ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Eine depressive Erkrankung wurde denn schliesslich von den Ärzten der C.\_\_\_\_ auch nicht mehr diagnostiziert (Urk. 13/120, Urk. 3/1). Weiter ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen , dass Hausärztinnen und Hausärzte 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 ). Dies kommt vorliegend umso mehr zum Tragen, als Dr. Y.\_\_\_\_ als Rechtsvertreter des Beschwerdeführers auftritt. Dies macht eine Identifikation mit dessen Interessen weit über das Mass hinaus deutlich , das bei einer behandelnden Fachperson zu erwarten wäre . Der Beweiswert der Berichte von Dr. Y.\_\_\_\_ wird dadurch massgeblich gemindert (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_695/2019 vom 18. Dezember 2019 E. 4.3).

In Bezug auf die im Bericht der C.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2023 neu genannte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) fehlt es sodann an einer psychiatrischen Herleitung der

Diagnose (Urk. 13/120/1). RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_

führte diesbezüglich in ihrer Stellungnahme vom 28. November 2023 aus, dass die umfangreichen diagnostischen Eingangskriterien dieses Störungsbildes beim Beschwerdeführer nicht erfüllt seien, insbesondere wenn eine Abgrenzung gegenüber agoraphobisch bedingter vegetativer Übererregung und den tatsächlich vorhandenen somatischen Folgezuständen (insb. Schmerzen nach Fraktur) vorgenommen werde (Urk. 13/126/3). Dies überzeugt.

Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch aus den mit der Beschwerde aufgelegten Berichten der C.\_\_\_\_ nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So lässt sich dem Austrittsbericht vom 1. November 2023 entnehmen, dass er zur Entzugstherapie aufgrund seines Alkoholkonsums eintrat, wobei sich das nach dem Eintritt entwickelte typische Alkoholentzugssyndrom unter medikamentöser Therapie schnell zurückentwickelte (Urk. 3/1 S. 3). Insgesamt konnte die Therapie somit bis zum Austritt aus medizinischen Gründen (akute Zahnentzündung, die eine notfallmässige zahnärztliche Intervention erforderte) komplikationsfrei durchgeführt werden (Urk. 3/1 S. 4). Seitens der bekannten Agoraphobie und Panikstörung konnte gar von einer Besserung berichtet werden, indem der Beschwerdeführer mit Psychoedukation und Gesprächen sowie der vorher aufgelegten medikamentösen Therapie mittels Sertralin – und damit ohne die zuvor abgesetzten Benzodiazepine – die Paniksymptome unter Kontrolle halten konnte (Urk. 3/1 S. 3). Gemäss Austrittsbericht vom 11. November 2023 trat der Beschwerdeführer am 5. November 2023 sodann zur Behandlung der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung ein (Urk. 3/2 S. 2). Abgesehen davon, dass es in Bezug auf diese neu genannte Diagnose an einer psychiatrischen Herleitung fehlt, lässt sich dem Bericht auch keine veränderte Befundlage, auch nicht bezüglich der Agoraphobie und Panikstörung, entnehmen. Im Übrigen brach der Beschwerdeführer die Therapie bereits nach sieben Tagen freiwillig ab (Urk. 3/2 S. 3).

Nach dem Gesagten fehlen Anhaltspunkte dafür, dass sich hinsichtlich des psychopathologischen Befundes und des Schweregrads der Symptomatik, welche im Rahmen dieser Neuanschuldung in erster Linie massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit Hinweisen), beim Beschwerdeführer eine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingestellt hätte.

## **E. 6**

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weder in somatischer noch in psychiatrischer Hinsicht in anspruchsbegründender Weise verschlechtert. Mangels eines Revisionsgrundes entfällt eine neue Bemessung des Invaliditätsgrades (oben E. 1.3.2). Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung mit der angefochtenen Verfügung vom 1. Dezember 2023 (Urk. 2) folglich zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## **E. 7.1**

Der Beschwerdeführer ersuchte in der Beschwerde vom 29. Dezember 2023 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 1). Mit Verfügung vom 26. August 2024 wurde ihm das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit zugestellt und Frist angesetzt, um dieses vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt sowie unter Beilage sämtlicher Belege zur aktuellen finanziellen Situation dem Gericht

einzureichen, unter der Androhung, dass bei ungenügender Substantiierung oder fehlenden oder ungenügenden Belegen zur finanziellen Situation davon ausgegangen werde, dass keine prozessuale Bedürftigkeit bestehe (Urk. 6).

### **E. 7.2**

Mit Eingabe vom 20. September 2024 reichte der Beschwerdeführer das Formular zur Abklärung der prozessualen Bedürftigkeit zwar (rudimentär) ausgefüllt ein (Urk. 8), legte zur Substantiierung jedoch keinerlei Belege auf; im Besonderen fehlt der Beschluss der Sozialbehörde, die ihn nach seinen Angaben unterstützen soll. Auch nach entsprechender Aufforderung seitens des Gerichts (vgl. Urk. 15 und 16), reichte der Beschwerdeführer den genannten Beschluss bis heute nicht ein. Die Bedürftigkeit kann somit nicht genügend überprüft werden, weshalb androhungsgemäss (vgl. Urk. 6 Dispositiv Ziff. 2; Urk.

### **E. 7.3**

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst: Das Gesuch des Beschwerdeführers um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung wird abgewiesen; und 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: - Dr. med. 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 FehrSauter

### **E. 8**

S. 6 Ziff. 13) von fehlender prozessualer Bedürftigkeit auszugehen ist. Folglich ist das Gesuch vom 29. Dezember 2023 um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung abzu

weisen.

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