

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00338 vom 23. Dezember 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-12-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2025.00338](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2025.00338)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00338 du 23 décembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2025.00338 del 23 dicembre 2025

## Erwägungen

### E. 1.1

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ( 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 Neuanschuldung 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. 2

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um min destens fünf Prozentpunkte ändert ( lit . a) oder auf 100 Prozent erhöht ( lit . b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisions rechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 8C\_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in recht licher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_255/2024 vom 27. Januar 2025 E. 4.1, je mit Hinweisen). 1. 3

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

Hinsichtlich

des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

## **E. 1.2**

Unter Hinweis auf Schlafstörungen, depressive Verstimmung und Konzentrationstörungen mit einer rezidivierenden depressiven Störung und einer somatischen Störung mit Rückenschmerzen (Urk. 9/136/1) beziehungsweise auf eine massive psychosoziale-familiäre Belastungssituation mit einer chronischen depressiven Störung (Dysthymie) und einer unverarbeiteten posttraumatischen Belastungsstörung bei psychosozialer-familiärer Belastungssituation (Urk.

9/136/11 f.) meldete sich der Versicherte am 17. Januar 2022 (Urk. 9/138 S.

## **E. 2**

) in Rechtskraft erwuchs.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit im Gastrobereich, wie er diese im Jahr 2007 zuletzt ausgeübt habe, nicht mehr zumutbar sei. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm hingegen im Rahmen von 80 % zumutbar. Die Einschränkung von 20 % werde mit dem vermehrten Pausenbedarf begründet (S. 1). Das zu beachtende Belastungsprofil beinhalte körperlich sehr leichte wechselbelastende Tätigkeiten bis 5 Kilogramm Trage- und Hebeleistung sowie einen erhöhten Pausenbedarf. Der Invaliditätsgrad betrage 28 %, womit kein Rentenanspruch entstehe.

Die anlässlich der Einwände eingereichten ärztlichen Berichte in Bezug auf die Notfall-Operation im Juli 2024 hätten keine langandauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgewiesen, weshalb an der Abweisung des Leistungsanspruchs festgehalten werde. Bei einer Laminektomie sei erfahrungsgemäss von einer mehrmonatigen Rekonvaleszenz auszugehen. Es seien keine perioperativen neuroorthopädischen Komplikationen beschrieben worden und die vom Neurochirurgen

beschriebenen jetzigen körperlichen Einschränkungen seien weitestgehend im letzten Gutachtens-Belastungsprofil berücksichtigt worden. Medizintheoretisch bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit ab Operationsdatum bis auf weiteres und in angepasster Tätigkeit vom Operationsdatum bis zum 17. Februar 2025. Ab diesem Datum (Arztbericht Dr. Z.\_\_\_\_, Urk. 9/221) betrage die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit 20 % (Urk. 2,

S. 2).

## **E. 2.2**

Demgegenüber wandte der Beschwerdeführer ein, dass die Beschwerdegegnerin eine ablehnende Verfügung erlassen habe, ohne eine Verlaufsbeurteilung einzuholen, obwohl es nach dem Gutachten zu einer objektiven Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes gekommen sei (Urk. 1 S. 2 Ziff. II.3). Es sei nach der Beurteilung im Mai 2024 bei einem Aufenthalt im A.\_\_\_\_ im Juli 2024 zu einer massiven Exazerbation der Rückenschmerzen gekommen, sodass er sich notfallmässig operieren lassen müsse (S. 5 Ziff. III.7). Er leide unter einer schweren multisegmentalen Spinalkanalstenose mit Formenstenosen mit zunehmenden Exazerbationen, Lumboschmerz rechts und Fussheberschwäche links. Die Rückenbeschwerden mit Schwäche und Taubheit des rechten Beins würden ihn weiterhin massiv belasten (S. 6 Ziff. III.9).

Es sei damit nach dem polydisziplinären Gutachten zu einer wesentlichen Verschlechterung des Rückenleidens gekommen. Der regionale ärztliche Dienst (RAD) habe lediglich geschrieben, dass das Zumutbarkeitsprofil weitestgehend gleich wie vor der Beurteilung und daher weiterhin von einer Arbeitsunfähigkeit von 20 % auszugehen sei. Diese RAD-Verlaufsbeurteilung sei weder in sich schlüssig noch nachvollziehbar (S. 6 III.10). Es sei zu einer objektivierbaren Verschlechterung gekommen, welche nicht schlüssig abgeklärt worden sei. Bereits eine leicht veränderte Arbeitsfähigkeitsbeurteilung in einer angepassten Tätigkeit könne zu einer Teilinvalidenrente führen, da der Invaliditätsgrad bisher bei 28 % festgestellt worden sei. Deshalb sei es notwendig, die Auswirkungen der gesundheitlichen Verschlechterung korrekt und umfassend abzuklären, was bisher nicht geschehen sei (S. 7 Ziff. III.11). Nachdem gewichtige Zweifel hinsichtlich der Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung bestünden, zumal es zu einer objektiven Verschlechterung gekommen sei, habe die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, indem sie nicht zumindest eine Verlaufsbeurteilung durchgeführt habe (S. 7 Ziff. III.12). 2. 3

Das Bundesgericht hat mit Urteil vom 23. Februar 2016 (9C\_862/2015, Urk. 9/131) die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Mai

2015 (Urk. 9/11 2 ) bestätigt, mit welcher die rentenzusprechende Verfügung vom 23. April 2009 wiedererwägungsweise aufgehoben wurde. Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung vom 17. Januar 2022 eingetreten und hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen geprüft. Streitig und zu prüfen ist

demnach der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung, namentlich ob seit der Verfügung vom 4. Mai 2015 (Urk. 9/11 2 ) eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten ist und ob diesbezüglich der Sachverhalt genügend abgeklärt wurde.

3. 3.1

Beim Erlass der Verfügung vom 4. Mai 2015 (Urk. 9/11 2 )

lagen im Wesentlichen die nachfolgenden medizinischen Berichte vor: 3 .2

Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 20. Dezember 2013 (Urk.

## **E. 6**

) erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an. Mittels Vorbescheids kündigte die IV-Stelle an, auf das Leistungsgesuch mangels Nachweises einer gesundheitlichen Verschlechterung nicht einzutreten (Urk. 9/147 ), wogegen der Versicherte Einwand erhob (Urk. 9/152, Urk. 9/163 = 9/165 ) und weitere Arztberichte vorlegte (Urk. 9/162 = 9/164 ). Die IV-Stelle trat daraufhin auf das Leistungsgesuch ein (Urk. 9/166 ) und tätigte weitere medizinische und erwerbliche Abklärungen, insbesondere wurde ein Gutachten in Auftrag gegeben, welches vom Y.\_\_\_\_ AG ( Y.\_\_\_\_ ) am 5. Juli 2024 erstattet wurde (Urk. 9/206 ). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/210, Urk. 9/213, Urk. 9/216, Urk. 9/222) , anlässlich dessen der Versicherte weitere medizinische Unterlagen einreichte (Urk. 9/215 , Urk. 9/221 ), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 27. März 2025 einen Anspruch auf Invalidenrente (Urk. 9/224 = Urk. 2). 2.

Mit Beschwerde vom 12. Mai 2025 (Urk. 1) beantragte der Beschwerdeführer , die Verfügung vom 27. März 2025 (Urk. 2) sei aufzuheben und es sei die Streitsache zu einer erneuten neurologischen Begutachtung an die IV-Stelle zurückzuweisen. Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. August 2025 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 8. August 2025 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 6.2**

Im Bericht vom 23. Oktober 2024 zu Händen des Beschwerdeführers führte Dr.

J.\_\_\_\_ betreffend die Konsultation vom 2. Oktober 2024 aus, der Beschwerdeführer sei im A.\_\_\_\_ auf Besuch bei den Angehörigen gewesen, als er massive Rückenschmerzen bekommen habe, zum Arzt gegangen und operiert worden sei. Der Beschwerdeführer trage eine Rückenbandage und berichte über ein positives Resultat der Operation trotz noch vorhandener Schmerzen. Auch das Knie schmerze. Dr. J.\_\_\_\_ hielt fest, es werde in einem Monat eine Verlaufsbeobachtung bezüglich des Rückens durchgeführt, der Heilungsprozess beanspruche circa 6 Monate . Betreffend die Konsultation vom 23. Oktober 2024 führte Dr. J.\_\_\_\_ ferner unter anderem aus, die Gehstrecke betrage 10 bis 15 Minuten (Urk.

9/215/3).

### **E. 6.3**

Mit Bericht vom 6. November 2024 (Urk. 9/215/1 f.) zu Händen des Beschwerdeführers äusserte sich Dr. J.\_\_\_\_ dazu, ob seit der neurologischen Begutachtung vom Mai 2024 eine relevante Verschlechterung und anhand objektiver Kriterien eine höhere Arbeitsunfähigkeit als 20 % begründet werden könne. Er äusserte sich dahingehend, dass eine Verschlechterung durch massive Exazerbation der Rückenschmerzen während eines Aufenthaltes in V.\_\_\_\_ im Juli 2024 bei bekannter schwerer Spinalkanalstenose bestehe. Der Beschwerdeführer habe notfallmässig in V.\_\_\_\_ operiert werden müssen mit Spondylodese lumbal und Diskektomie. Subjektiv bestünden Rückenschmerzen und eine verkürzte Geh

strecke von 10 bis maximal 15 Minuten. Es zeige sich eine Schwäche im Bereich des linken Beins, vor allem für die Dorsalflexion des Fuss es und der Grosszehe, beim Gehen könne er den linken Fuss vom Boden nicht gut heben bei Fersengang. Beim Zehenspitzen gang habe er starke Schmerzen im Bereich des rechten Knies mit Exazerbation der Schmerzen. Beinheben in Rückenlage sei bis circa 70° möglich, allerdings mit starken Schmerzen im Rücken (vgl. auch den Bericht vom 23. Oktober 2024, Urk. 9/215/3 f.) . Er absolviere jetzt Physiotherapie, habe eine stark verkürzte Gehstrecke. Der Gang sei zusätzlich durch die Knieschmerzen rechts aufgrund des Sturzes von 2023 beeinträchtigt (S. 1). Bezüglich des Gutachtens bemerkte Dr. J.\_\_\_\_ , dass es im Rahmen seiner Behandlung des Beschwerdeführers seit 2014 nie Hinweise oder Merkmale einer Simulation oder Aggravation gegeben habe. Die klinische Symptomatik und der objektive Befund hätten immer mit den Angaben des Beschwerdeführers korrespondiert. Dieser möge Schwierigkeiten in der Beschreibung seiner Beschwerden haben , jedoch seien diese nicht einfach «diffus». Die Befunde und Beurteilungen seien zusammenhängend mit dem klinischen Verlauf und der Bildgebung und den neurologischen Untersuchungen. Die lange Anamnese des Rückens, zuletzt die Notfalloperation im Juli 2024 deute auf Progredienz hin. Es bestehe aktuell eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für jegliche Tätigkeit, die Resultate der Operation seien langfristig abzuwarten, circa im Verlauf eines Jahres (S. 2). 6. 4

In seiner Stellungnahme vom 22. März 2025 (Urk. 9/223/2 f.) äusserte sich Dr. I.\_\_\_\_ vom RAD zu den neu eingegangenen Berichten dahingehend, dass nach einer Laminektomie erfahrungsgemäss von mehrmonatiger Rekonvaleszenz auszugehen sei . Da keine perioperativen neuroorthopädischen Komplikationen beschrieben worden seien und die vom Neurochirurgen beschriebenen jetzigen körperlichen Einschränkungen weitestgehend im Belastungsprofil des Gutachtens berücksichtigt worden seien, werde medizinisch folgende Arbeitsunfähigkeit empfohlen:

Vom 5. August 2024 (OP) bis inklusive

### **E. 9**

/100 S. 6 f.) aus, auf das G.\_\_\_\_ -Gutachten könne abgestellt werden. Es sollte weiter von einem für die Arbeitsunfähigkeit relevanten dauerhaften, jedoch psychisch gebesserten, Gesundheitszustand mit folgender Arbeitsfähigkeits beurteilung ausgegangen werden: Gemäss Gutachten bestehe spätestens ab Oktober 2008 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit (Küchenhilfe) und in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. 3 .5

Nach Verfügungserlass reichte der Beschwerdeführer den Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. B.\_\_\_\_ vom 17. Juni 2015 (Urk. 9/125/1 ) und die Stellungnahme von Dr. med. J.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, vom 6. Juli 2015 (Urk. 9/125 /2 f. ) ein.

Während Dr. B.\_\_\_\_ weiterhin an seiner gestellten Diagnose (rezidivierende depressive Störung, mittelschwere Episode, ICD10 F33.1-2; unverarbeitete post traumatische Belastungsstörung, ICD10 F43) festhielt (Urk. 9/125 /1), kritisierte Dr. J.\_\_\_\_ die im G.\_\_\_\_ -Gutachten attestierte Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit als nicht nachvollziehbar (Urk. 9/125/ 2- 3 ). 4. 4.1

Der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 27. März 2025 (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Berichte zugrunde: 4. 2

Dr. J. \_\_\_ hielt in seiner E-Mail vom 17. Mai 2022 an die sozialen Dienste der Stadt K. \_\_\_

(Urk. 9/151) fest, die Verschlechterung des Gesundheitszustandes habe schon im letzten Jahr begonnen mit zunehmenden Rückenschmerzen und elektrisierenden Ausstrahlungen ins rechte Bein hauptsächlich im L4-Bereich. Im erneuten MRI vom 11. Mai 2022 sei eine zunehmende Verschlechterung im Verlauf der Nervenfasern oberhalb der

schweren Spinalkanalstenose sichtbar geworden. Das Versagen des rechten Beins mit Sturz auf der Strasse sei alarmierend und könne wieder auftreten. Er plane eine Vorstellung beim Chirurgen zur operativen Behandlung der Spinalkanalstenose. Der Beschwerdeführer habe jedoch eine psychiatrische Problematik mit Panik, welche nach dem Sturz zugenommen habe. Zusätzliche Verstärkung sei bei der Diskussion der operativen Behandlung zu erwarten. Er werde die Situation mit dem Beschwerdeführer behutsam besprechen. 4. 3

In seinem Bericht vom 28. Juni 2022 (Urk. 9/162/4 ff. = 9/164/4 ff. ) führte Dr. J. \_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer am 6. Mai 2022 beim Gehen auf der Strasse aufgrund plötzlichen Versagens des rechten Beins gestürzt und zu Boden gefallen sei (Urk. 9/162/5), worauf die MRI-Kontrolle vom 11. Mai 2022 (Urk. 9/167/3) erfolgt sei. Die Elektromyographie-Untersuchung vom 31. Mai 2022 habe eine Peroneusparese rechts mit Fussheber- und Grosszehenheberparese mit begleitenden lokalen Schmerzen im Bereich der Kniekehle ergeben, was als neuer Befund betrachtet werden müsse. Dr. J. \_\_\_ nannte die folgenden Diagnosen (Urk. 9/162/5 f.) : Status nach Diskushernien-Operation der LWS 1997, Status nach mikrochirurgischer Sequestrektomie L3/4 rechts bei Diskushernie am 13.

Juli 2006, schwere Spinalkanalstenose mit Foramenstenosen und Lumboischialgie rechts mit zunehmenden Exacerbationen, stellenweise zunehmende Stenose durch zunehmend gewellten Verlauf der Caudafasern oberhalb der höhergradigen Stenose L2/3, neu auftretende Peroneusparese rechts seit 6. Mai 2022, Migräne mit häufigen Exacerbationen, ausgeprägte Panikstörung. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit müsse multidisziplinär erfolgen. Für die angestammte Tätigkeit bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Verlauf der Parese am rechten Bein müsse noch abgewartet werden. Der Beschwerdeführer habe bedingt durch seine Angst grosse Panik vor einer Operation. Es sei zudem zu evaluieren, ob mit einer solch komplexen Operation an einem Rücken, der schon zweimal operiert worden sei, eine namhafte Besserung resultieren könne (Urk. 9/192/6). 4. 4

In ihrem Bericht vom 3. Juli 2022

(Urk. 9/162/ 3 = 9/164/ 3 )

stellte Dr. med. L. \_\_\_ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die nachfolgenden Diagnosen:

Rezidivierende depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD10 F33.1), eine posttraumatische Belastungsstörung ( PTBS ) (ICD10 F43.1), chronische Rückenschmerzen bei im MRT vom Mai 2022 nach gewiesenem Bandscheibenvorfall. Es bestehe seit 1. Januar 2021 (vgl. Urk. 9/136/1) keine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Im Vergleich zu 2015 sei eine deutliche Schmerz zunahme zu verzeichnen. Der Beschwerdeführer sei stärker durch seine Ängste eingeschränkt, Belastbarkeit und Konzentration seien weiter reduziert und die Müdigkeit zunehmend. 4. 5

Dr. med. M. \_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte in seinem Bericht vom

## E. 12

Juli 2022 eine schwere Spinalkanalstenose L2/3 mit zunehmender Lumboischialgie rechts bei einem

Status nach Diskushernien-Operation der LWS 1997, einem Status nach Sequestrektomie L3/4 rechts bei Diskushernie 2006, eine Peroneusparese rechts seit 6. Mai 2022, eine rezidivierende depressive Episode, PTBS sowie eine Migräne ohne Aura (Urk. 9/162 S.

1). Es bestehe weiterhin Arbeitsunfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Es sei eine deutliche Verschlechterung des Zustandes des Beschwerdeführers im Vergleich zu 2015 eingetreten bei neu aufgetretener Peroneusparese seit Mai 2022 und deutlicher Zunahme der Rückenschmerzen mit Kraftminderung sowie einer deutlichen Zunahme der Angstzustände (S. 1 Ziff. 3). 4. 6

Der Bericht von Dr. J.\_\_\_\_

vom 31. Januar 2023

(Urk. 9/167 = 9/215/7) entspricht im Wesentlichen demjenigen vom 28. Juni 2022 (Urk. 9/162/4 ff.). 4. 7

In ihrem Bericht vom 5. Mai 2023 (Urk. 9/177) stellte Dr. L.\_\_\_\_

die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittelschwere depressive Episode, sowie von chronischen Schmerzen bei neurologischer Erkrankung der Wirbelsäule (S. 4). Er habe Schlafstörungen, depressive Stimmung, weniger Freude, kaum Antrieb, Schmerzen, kein Interesse und kaum soziale Kontakte (S. 3). Der Beschwerdeführer werde auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nie wieder arbeitsfähig sein. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ebenfalls nicht zumutbar und die Prognose sei schlecht (S. 6). Im Übrigen verwies sie im Wesentlichen auf die Akten (S. 4). 4. 8

Am 23. August 2023 berichtete Dr. J.\_\_\_\_ über die gesundheitliche Entwicklung des Beschwerdeführers (Urk. 9/183 = 9/215/5 f.). Dieser habe während eines kurzen Aufenthalts in der N.\_\_\_\_

am 5. Januar 2023 die Kontrolle über sein rechtes Bein verloren und sei auf einer Treppe gestürzt. Er sei anschliessend in der N.\_\_\_\_ am rechten Knie operiert worden. Der Beschwerdeführer berichte, er habe nun Schmerzen in der Kniekehle und ein Beugungsdefizit. Gemäss Angaben von Dr. J.\_\_\_\_ hinke der Beschwerdeführer beim Laufen. Die Fussheberparese vom rechten Fuss sei regredient und sei offenbar vom Unfall und der Operation nicht beeinflusst worden (S. 1).

Er mache Physiotherapie für das Knie (S. 2 oben). 4. 9

Im Bericht zum MRI vom 2. Mai 2024 (Urk. 9/215/9 f.) schilderte Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie am Institut P.\_\_\_\_ in Q.\_\_\_\_, dass im Vergleich zur Untersuchung vom Mai 2022 - eine vorbestehende linkskonvexe Torsionsskoliose und kyphotische Fehllagerung der LWS mit multisegmentalen, teils aktivierten degenerativen Veränderungen, - eine stationär höhergradige Spinalkanalstenose L2/3, - eine leichte Spinalkanalstenose L3/4, - eine osteodiskogene Tangierung/mögliche Irritation der L4-Nevenwurzel rezessal beidseits, rechts betont, - eine stationäre foraminale Bedrängung der L4-Nervenwurzel beidseits, - eine vorbestehende rechtsbetonte Bedrängung der L5-Nervenwurzel rezessal beidseits, - eine stationäre forminale Diskushernie L5/S1 links mit Kompression der L5-Nervenwurzel foraminal links - und eine vorbestehend

linksbetonte Bedrängung der S1-Nervenwurzel rezessal beidseits vorlägen . 4. 10

#### 4.10.1

Am 5. Juli 2024 (Urk. 9/206) erstattete die Y.\_\_\_\_ unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, sowie nach Begutachtung durch Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, sowie Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten. Im Rahmen der interdisziplinären Konsensbeurteilung wurden die nachfolgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 9/206/12): - Chronisches lumbosakrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/Z98.8) - Status nach lumbalem Eingriff zirka 1997 - Status nach Laminotomie LWK 3/4 rechts und Sequestrektomie eines Bandscheibenvorfalles LWK3/4 2006 - Radiologisch mehrsegmentale Degeneration der Lendenwirbelsäule einschliesslich im Verlauf unveränderter Spinalkanalstenose LWK2/3 sowie möglicher Affektion der Nervenwurzel L4 beidseits - Inzidentelles Aneurysma der PICA links (ICD-10 I67.10 oder Q28.9) - Dysthyreose (ICD-10 F34.1) Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien eine Migräne ohne Aura, ein Verdacht auf arterielle Hypertonie, anamnestisch Refluxkrankheit, eine leichte Hypertriglyceridämie und Dyslipidämie sowie ein Status nach Knieeingriff rechts wahrscheinlich 2023 zu nennen. 4.10.2

Im Rahmen der Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität führten die Gutachter aus, aus Sicht des Bewegungsapparates liessen sich die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden durch die vorliegenden Befunde keinesfalls klar begründen. Ein gewisser Leidensdruck unter höhergradiger Belastung angesichts radiologisch dokumentierter Veränderungen an der Wirbelsäule sei durch aus nachvollziehbar, doch lasse die äusserst inkonsistente klinische Präsentation mit zeitweise offenbar vollständig fehlendem Leidensdruck an eine massive nicht-organische Beschwerdekomponekte denken. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen seien nicht nachvollziehbar. Aus neurologischer Sicht würden sich die geklagten massiven Schmerzen in der Untersuchungssituation nicht widerspiegeln. Aus psychiatrischer Sicht fänden sich Inkonsistenzen sowie Hinweise auf eine Selbstlimitierung. Aus allgemeininternistischer Sicht hätten sich Hinweise auf Verdeutlichungstendenzen gefunden (Urk. 9/206/11 Ziff. 4.2). 4.10.3

Im Rahmen der Begründung der Gesamtarbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Küche eine volle und anhaltende Arbeitsunfähigkeit und in einer körperlich sehr leichten und adaptierten V erweistätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %.

Aus neurologischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Koch wie auch für andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und in einer körperlich leichten Verweistätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe in der Tätigkeit als Hilfskoch wie auch für eine andere Tätigkeit, die der körperlichen Situation des Versicherten angemessen sei, eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs.

Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht eingeschränkt. Die aus neurologischer und psychiatrischer Sicht attestierten leichten

Einschränkungen in einer adaptierten Verweistätigkeit könnten nicht addiert werden, da es möglich sei, für die jeweiligen Ruhephasen die gleichen Pausen in Anspruch zu nehmen (Urk. 9/206/13 Ziff. 4.5). 4.10. 4

Hinsichtlich der optimal angepassten Tätigkeit hielt en

die Gutachter fest, dass es sich um körperlich sehr leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung handeln müsse. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über fünf Kilogramm sei zu vermeiden (Urk. 9/206/14 Ziff. 4.7.1). Es sei eine maximale Präsenz von 6.8 Stunden pro Tag möglich, wobei darin der erhöhte Pausenbedarf bereits berücksichtigt sei (Ziff. 4.7.2 f.). Von dieser Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne unverändert seit der Verfügung von 2015 ausgegangen werden (Ziff. 4.7.5). 4. 11

In seiner Stellungnahme vom 11. Juli 2024

(Urk. 9/209/ 10 ) hielt Dr. I. \_\_\_ vom RAD fest, dass das Gutachten auf eigenen Untersuchungen beruhe, schlüssig erscheine, umfassend sei und die gesamte Aktenlage sowie sämtliche Beschwerden und Symptome des Beschwerdeführers berücksichtige. Es werde empfohlen, darauf abzustellen. 5.

5.1

Wie bereits erwähnt, ist hinsichtlich

des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Das Y. \_\_\_ - Gutachten vom 5. Juli 2024 erfüllt sämtliche oben erwähnten Kriterien . So ist das Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruht auf einer internistischen, orthopädischen, psychiatrischen sowie neurologischen Begutachtung und damit auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden . Zudem ist es in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein . Die Schlussfolgerungen in der Expertise sind zudem begründet (vgl. Urk. 9/206/49 ff., Urk. 9/206/60 ff., Urk. 9/206/70 ff. ) . Der Beschwerdeführer äusserte denn auch – abgesehen von der geltend gemachten Verschlechterung nach der Begutachtung - keine Kritik am Gutachten . Es kann daher grundsätzlich sowohl hinsichtlich der Diagnosen als auch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf das Gutachten abgestellt werden. 5.2

Zu prüfen ist, ob ein

Revisionsgrund , mithin eine wesentliche Veränderung der tatsächlichen Verhältnisse, vorliegt.

Im Y. \_\_\_ -Gutachten vom 5. Juli 2024 wurde aus allgemeininternistischer, psychiatrischer, orthopädischer und neurologischer Sicht eine Veränderung gegen über der Verfügung vom 4. Mai 2015 verneint (Urk. 9/206/51 Ziff. 9, Urk.

9/206/61 f. Ziff. 8.1.4 und Ziff. 9, Urk. 9/206/73 Ziff. 9, Urk. 9/206/82). Dies vermag zu überzeugen, insbesondere da in psychiatrischer Hinsicht ebenfalls eine Dysthymie diagnostiziert und in orthopädischer Hinsicht gar eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit - abgesehen von der zeitlich begrenzten Arbeitsunfähigkeit von rund 6 Monaten nach dem lumbalen Eingriff vom 12. Juli 2006 - attestiert wurde. Dabei wurde auch die Knieoperation 2023 in der N.\_\_\_\_ berücksichtigt, wobei es gemäss den Angaben des Beschwerdeführers diesbezüglich gut gehe ( vgl. Urk. 9/206/68 oben Urk. 9/206/69 Ziff. 6.1, vgl. auch Urk. 9/206/71 unten ). Aus neurologischer Sicht wurde eine Veränderung ebenfalls nachvollziehbar verneint mit der Begründung, dass die rechts seitige Beinschwäche bereits 2006 beschrieben worden sei (Urk. 9/206/79) .

Damit ergibt sich seit der letztmaligen materiellen Überprüfung im Jahr 2015 keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, womit zumindest bis zum Zeitpunkt des Gutachtens im Juli 2024 (weiterhin) kein Rentenanspruch besteht.

6.

Der Beschwerdeführer macht e bereits im Einwandverfahren (vgl. Urk. 9/213) sowie beschwerdeweise geltend, es sei nach der Begutachtung im Mai 2024 bei einem Aufenthalt im A.\_\_\_\_ im Juli 2024 zu einer massiven Verschlechterung der Rückenschmerzen gekommen mit notfallmässiger Operation (vorstehend E. 2.2). Damit stellt sich die Frage, ob seit der Erstattung des Gutachtens eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist . Der Beschwerdeführer hat hierfür die nachfolgenden medizinischen Berichte vorgelegt: 6 . 1

Dr. med. Z.\_\_\_\_ , Neurochirurg e , bestätigte (Urk. 9/221/2, Übersetzung vom 17. Februar 2025 , Urk. 9/221/1), dass sich der Beschwerdeführer am 5. August 2024 einer «

laminectomy

fixation  
surgery » aufgrund von Spinal kanalstenose unterzogen habe. Er könne sich nicht beugen, für lange Zeitab schnitte stehen oder schwere körperliche Aktivität ausführen.

### **E. 17**

Februar 2025 ist ihm eine angepasste Tätigkeit gemäss Belastungsprofil zu 80 % zumutbar.  
7.6

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Ver fahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46

BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Schneider

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