

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00413 vom 31. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00413

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00413 du 31 janvier 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00413 del 31 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1961, war bis Anfang November 2003 als Kundendienst-Mitarbeiter für die Y. tätig (Urk. 8/7 S. 1). Diese Anstellung wurde per April 2005 gekündigt (Urk. 8/13 S. 1). Er leidet insbesondere unter Kopfschmerzen und psychischen Beschwerden (Urk. 8/5 S. 11, Urk. 8/13 S. 1, Urk. 8/41 S. 10, Urk. 8/53 S. 5 f.). Am 9. Juli 2004 hatte sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 8/2). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem das Gutachten des Z. vom 7. Februar 2005 ein (Urk. 8/17). Gestützt darauf sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 19. April 2005 eine ganze Rente ab 1. November 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % zu (Urk. 8/24).

1.2. Am 8. Februar 2008 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (Urk. 8/26 und holte unter anderem das Gutachten von Dr. med. A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 15. Oktober 2008 (Urk. 8/41) und das Gutachten von Dr. med. B., Facharzt für Neurologie, vom 24. Juni 2009 (Urk. 8/53) ein. Gestützt darauf kündigte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 15. Juli 2009 die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente auf Ende des folgenden Monats nach Zustellung der Verfügung an (Urk. 8/56). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 14. September 2009 und unter Beilage verschiedener neuer Arztberichte (Urk. 8/62) Einwände (Urk. 8/63). Daraus war zu entnehmen, dass beim Versicherten im Juli 2009 ein Tonsillenkarzinom mit Lymphknotenmetastase festgestellt und er von Juli bis August 2009 drei Mal operiert worden war (Urk. 8/62 S. 1, Urk. 8/62 S. 12 ff.). Die IV-Stelle holte im weiteren Verlauf die Stellungnahme von Dr. A. vom 24. September 2009 (Urk. 8/69) und den Bericht der Klinik für Ohren-, Nasen-, Hals- und Gesichtschirurgie (ORL) des D. vom 21. Oktober 2009 (Urk. 8/72) ein. Am 18. Dezember 2009 wurde der Versicherte wegen eines Tumorrezidivs ein weiteres Mal operiert (Urk. 8/77) und anschliessend mit Radiochemotherapie (RCT) behandelt (Urk. 8/79 S. 1). Der Versicherte nahm mit Schreiben vom 18. Juni 2010 unter Beilage der Berichte der ORL-Klinik des D. vom 21. Mai und 14. Juni 2010 (Urk. 8/79) zu den Arztberichten Stellung (Urk. 8/80). Die Ärzte der ORL-Klinik des D. attestierten im Bericht vom 8. Februar 2011 schliesslich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/86). Die IV-Stelle stellte daraufhin die bisherige ganze Rente mit Verfügung vom 7. März 2011 wie angekündigt auf Ende des folgenden Monats nach Zustellung der Verfügung ein und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2).

1.3. Nachdem der Versicherte mit Schreiben vom 22. März 2011 (Urk. 8/92) und sein Hausarzt Dr. med. E. ____, Facharzt für Allgemeinmedizin, mit Schreiben vom 25. März sowie vom 19. April 2011 (Urk. 8/104) um Unterstützung bei der Wiedereingliederung ersucht hatten, eröffnete die IV-Stelle Integrationsmassnahmen und gewährte mit Mitteilung vom 17. Mai 2011 eine Kostengutsprache für eine Potentialabklärung durch die F. ____, vom 23. Mai bis 17. Juni 2011 samt Taggeldleistungen (Urk. 9/5, Urk. 9/8).

2. 2.1.

2.1. Mit Eingabe vom 11. April 2011 erhob der Versicherte gegen die rentenaufhebende Verfügung vom 7. März 2011 Beschwerde und beantragte, diese Verfügung sei aufzuheben und es sei ein neutrales, polydisziplinäres Obergutachten mit Fachärzten der Neurologie, Psychiatrie und Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde (HNO) zu veranlassen sowie hernach seine Erwerbsunfähigkeit neu zu beurteilen; eventualiter sei Dr. A. ____, im weiteren Verfahren zu seiner Gutachtenstätigkeit im Auftrag der Invalidenversicherung respektive weiterer Versicherer zu befragen. In prozessualer Hinsicht ersuchte er darum, es sei vorfrageweise zu prüfen, ob der Beschwerde die aufschiebende Wirkung erteilt werden könne; bejahendenfalls sei die Beschwerdegegnerin umgehend anzuweisen, bis auf Weiteres eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2011 auf Abweisung der Beschwerde und des Gesuchs um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde (Urk. 7 S. 1). Mit Eingabe vom 17. Juni 2011 zog der Beschwerdeführer das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde zurück (Urk. 10). In der Replik vom 2. September 2011 hielt er an seinen übrigen Anträgen fest und stellte ausserdem den Antrag, die bisherige ganze Rente sei per Ende April 2011 lediglich zu suspendieren; nach Abschluss der laufenden Integrationsmassnahmen sei über einen zukünftigen Rentenanspruch neu zu verfahren (Urk. 14 S. 3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 26. Oktober 2011 auf eine Duplik (Urk. 18).

2.2. Mit Eingabe vom 20. September 2012 (Urk. 20) reichte die Beschwerdegegnerin auf Anfrage des Gerichts hin (Urk. 21/51, Urk. 22 S. 2) die neuesten IV-Akten über ein Aufbautraining bei der F. ____, vom 1. Juli 2011 bis 31. Mai 2012 (Urk. 21/30), ein Job Coaching (Urk. 21/32) sowie über eine am 13. September 2011 vorgenommene diagnostische Tonsillektomie links (Urk. 21/28) ein. Ab Dezember 2011 wurde der Versicherte im Rahmen des externen Arbeitstrainings und Job Coaching als Fachmitarbeiter Werkstatt bei der F. ____, eingesetzt (Urk. 21/32-34, Urk. 21/37, Urk. 21/39-40). Ab Juni 2012 wurde der Beschwerdeführer von der F. ____, als Werkstattmitarbeiter und Arbeits-Agoge angestellt (Urk. 21/35).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die im Rahmen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) und der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) fallen in die Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2), der rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 122 V 77 E.

2b, Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Entsprechend dem in materiell-rechtlicher Hinsicht geltenden allgemeinen Übergangsrechtlichen Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen), sind die mit der IV-Revision 6a neu aufgenommenen oder neu gefassten gesetzlichen Bestimmungen hier nicht anwendbar. Im Folgenden werden daher die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit der 5. IV-Revision geltenden, am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Fassung zitiert.

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu

beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

3.1.1.1.1.1

3.1.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, beim Beschwerdeführer sei ab Januar 2007 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und er sei ab dann in der angestammten und in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen. Wegen der Krebsbehandlung sei vorübergehend vom 27. Oktober 2009 bis 14. Dezember 2010 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, danach habe aber wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestanden, weshalb die Rente auf Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben sei (Urk. 2 S. 2).

3.2.1.1.1 Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, er sei infolge der seit 20 Jahren dauernd bestehenden, in ihrer Heftigkeit täglich unterschiedlich ausgeprägten Kopfschmerzen nicht in der Lage, eine regelmässige Arbeit auszuüben. Ursächlich für diese Kopfbeschwerden sei überwiegend wahrscheinlich eine im Jahr 1994 wegen eines akuten Infekts der Keilbeinhöhle durchgeführte Kieferhöhlen-Operation mit anschliessender Chronifizierung der Schmerzen, was Dr. G. überzeugend dargelegt habe. Ausserdem habe er ihm Verlaufe der Zeit auch ein depressives Krankheitsbild entwickelt. Auf die Gutachten von Dr. B. und Dr. A. könne nicht abgestellt werden, da diese bei ihren Beurteilungen unter anderem von falschen Tatsachenannahmen ausgegangen seien. Zudem hätten die behandelnden Ärzte bestätigt, dass sich die seit Jahren in unterschiedlicher Ausprägung vorhandenen Depressionen wieder stark verschlechtert hätten. Laut der Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. med. H., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führe bereits die psychische Erkrankung zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit. Er, der Beschwerdeführer, leide zudem, wie sich im Nachgang zu der im Jahr 2010 durchgemachten Krebserkrankung gezeigt habe, an weiteren, alle im HNO-Bereich befindlichen Krankheiten, und zwar an Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits, an einer anterioren Diskusverlagerung im Kiefergelenk beidseits mit Reduktion, an Bruxismus (Zähneknirschen) und an einem mittelschweren, obstruktiven Schlafapnoesyndrom. Nebst einer neutralen neurologischen und psychiatrischen Abklärung sei daher auch eine HNO-ärztliche Beurteilung einzuholen (Urk. 1 S. 3 ff.). Im übrigen sei nunmehr auch die Beschwerdegegnerin zur Einsicht gelangt, dass er, wenn überhaupt, zuerst Hilfe bei der Wiedereingliederung benötige. Gemäss dem Bericht der F. zur Potentialabklärung liege bei ihm zwar ein Eingliederungspotential und ein grosser Wille zur Wiedereingliederung vor, jedoch werde es ein schwieriger und langwieriger Prozess, bei dem er Unterstützung benötige.

Er weise trotz aller Bemühungen noch erhebliche Einschränkungen und Defizite auf. Es sei klar, dass er während des Integrationsprogramms mit Taggeldleistungen der Invalidenversicherung keinen Anspruch auf eine Rente habe. Es habe sich jedoch erwiesen, dass er auch medizinisch-theoretisch keineswegs voll arbeitsfähig sei und die Arbeitsfähigkeit keineswegs auch wirtschaftlich verwerten könnte. Daher sei die vollständige Einstellung der Rente nicht gerechtfertigt gewesen. Richtigerweise hätte die Beschwerdegegnerin die bislang ganze Invalidenrente nicht ohne Weiteres aufheben, sondern lediglich für die Dauer der Integrationsmassnahmen suspendieren müssen (Urk. 14 S. 2 f.).

3.3. Zu prüfen ist, ob seit der Verfügung vom 19. April 2005, mit der dem Beschwerdeführer eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % mit Wirkung ab dem 1. November 2004 zugesprochen worden war (Urk. 8/24), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2), Veränderungen eingetreten sind, welche die Aufhebung der Rente rechtfertigen.

E. 4

4.1. Die ganze Rente war dem Beschwerdeführer gestützt auf das psychiatrische Gutachten des Z.____ vom 7. Februar 2005, verfasst von Dr. med. I.____, Leitender Arzt (Urk. 8/17), zugesprochen worden (Urk. 8/18 S. 2 f.). Der Beschwerdeführer hatte anlässlich der Begutachtung über attackenartige und bei Belastung, Anspannung und erhöhter Konzentration verstärkte Kopfschmerzen, ständigen Konzentrationsmangel, vermehrte Müdigkeit, Schlafstörungen, Nacken-, Rücken-, Knieschmerzen und Schmerzen in den Fingern mit Gliederschmerzen sowie Schwellungsgefühl geklagt (Urk. 8/17 S. 2). Dr. I.____ war zum Schluss gekommen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnosen eines chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2) und einer rezidivierenden depressiven Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), in jeglicher Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt sei. Ausserdem führte er die Diagnosen Status nach Alkoholabusus, abstinent seit November 2003, einer obstruktiven Blasenentleerung bei engem Blasenhal und Opiaten (ICD-10 N32.0), einer Gastrooesophagealen Refluxkrankheit (ICD-10 K21.9) und den Status nach einer Sphendoidektomie links auf (Urk. 8/17 S. 6 ff.). Im Wesentlichen dieselben Diagnosen waren gemäss dem Bericht vom 30. November 2004 auch von den Ärzten der J.____ gestellt worden, wo der Beschwerdeführer vom 3. bis 30. November 2004 stationär behandelt worden war. Auch diese Ärzte hatten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 8/13). Die Diagnose eines chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp (ICHD-II 2.2.3) zusätzlich mit/bei Verdacht auf analgetika-induzierten Kopfschmerz (ICHD-II 8.2.3) war zuvor auch von den Ärzten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des D.____ gestellt worden (Bericht vom 2. Juli 2004, Urk. 8/5 S. 9). Diese Sachlage bildet die Vergleichsbasis zum angefochtenen Revisionsentscheid.

4.2.1

4.2.1. Im Rahmen des Anfang Februar 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens (Urk. 8/26), das zur angefochtenen Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2) führte, stellte der Hausarzt Dr. E.____ im Verlaufsbericht vom 22. Februar 2008 fest, der Gesundheitszustand und die Diagnosen seien trotz sehr hochdosierter Schmerztherapie (MST [Morphinsulfat] 1,1 gr/d) unverändert (Urk. 8/27). Auch der behandelnde

Psychiater Dr. H.____ gab an, der Gesundheitszustand und die im Gutachten des Z.____ vom 7. Februar 2005 aufgeführten Diagnosen seien unverändert. Weiter führte Dr. H.____ jedoch aus, unter intensiver Therapie sei das durchschnittliche Schmerzniveau von 7 bis 8 auf 4 bis 6 reduziert worden, was weiterhin nicht einem Bereich entspreche, der für eine Erwerbstätigkeit notwendig wäre. Bezüglich der Depression bestehe eine Vollremission. Die Therapie zielle auf eine Depressions- und Suizidprophylaxe (bei vormaligem Suizidversuch, Urk. 8/53 S. 6 f.) sowie das Erreichen/Erhalten einer minimalen Lebensqualität. Funktionell liege allerdings weiterhin ein Zustand weit unterhalb der Schwelle für eine minimalste Erwerbstätigkeit vor (Berichte vom 29. Februar 2008, Urk. 8/29, und vom 20. März 2008, Urk. 8/33).

Der psychiatrische Gutachter Dr. A.____ untersuchte den Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten vom 15. Oktober 2008 (Urk. 8/41) am 8. Oktober 2008. Dieser habe angegeben, es gehe ihm nicht jeden Tag gleich. Manchmal seien die Schmerzen bereits am Morgen unerträglich. Durch die Medikamente könne eine Besserung erzielt werden. Sehr starke Schmerzattacken habe er nicht mehr jeden Tag, durch die hohe Gabe von Morphin hätten sich die dauernden Kopfschmerzen mit einer Schmerzstärke im Bereich zwischen 4 bis 6 seit zirka acht Monaten gebessert. Die Attacken würden zirka ein- bis zweimal im Monat mit einer Schmerzstärke von 9 bis 10 auftreten. Mit zusätzlichen 20 Morphintropfen trete nach zirka 30 bis 40 Minuten eine Besserung ein. Seit März/April 2008 seien die Depressionen besser. Er habe damals das Gefühl gehabt, er sei stabil genug, um die antidepressiven Medikamente zu reduzieren. Nach einem Monat hätten sich jedoch erneut Weinkrämpfe und Traurigkeit eingestellt (Urk. 8/41 S. 4 ff.). Dr. A.____ stellte die Diagnosen der Abhängigkeit von ärztlich verordneten Opioiden (Morphin; ICD-10 F11.24), einer anamnestisch rezidivierenden depressiven Stimmung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), und anamnestisch den Status nach Abhängigkeit von Alkohol (ICD-10 F 10.20; Urk. 8/41 S. 10). Er kam zum Schluss, dass aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht beim Beschwerdeführer aktuell keine Minderung der Leistungsfähigkeit/Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 8/41 S. 15). Zum aktuellen Zeitpunkt sei die depressive Symptomatik unter der installierten antidepressiven Medikation rückläufig (Urk. 8/41 S. 12). Aufgrund der hochdosierten Morphineinnahme sei jedoch nicht klar, ob es sich bei den während der Untersuchung objektivierbaren leichten Konzentrationsstörungen und der Müdigkeit um Nebenwirkungen des Medikamentes handle (Urk. 8/41 S. 14). Auch könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) vorliege. Denn es sei anhand der vorliegenden Akten nicht klar, ob den geklagten Kopfschmerzen ein organisches Korrelat zugrunde liege (Urk. 8/41 S. 12). Bezüglich der Operation in der Keilbeinhöhle im Jahr 1994 lägen keine Unterlagen vor. Aus den vorliegenden Akten gehe nicht hervor, inwieweit diese Operation mit der Schmerzsymptomatik in Zusammenhang stehe. Im Gutachten des Z.____ vom 2. Februar 2005 (richtig: 7. Februar 2005, Urk. 8/17) sei eine HNO-ärztliche Untersuchung empfohlen worden, um diese Frage zu klären. Diese Untersuchung sei soweit aktenkundig nicht durchgeführt worden. Es werde daher eine HNO-ärztliche, neurologische und neurochirurgische Untersuchung des Beschwerdeführers empfohlen (Urk. 8/41 S. 10 f.). Aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumindest sei das Schmerzsyndrom mangels erheblicher Komorbidität, eines sozialen Rückzugs in allen Belangen des Lebens und - solange kein Methodenwechsel stattgefunden habe und die psychopharmakologische Therapie nicht evaluiert worden sei - mangels eines verfestigten,

therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlaufs einer Konfliktbewältigung als überwindbar einzustufen (Urk. 8/41 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss dem im Auftrag der Zürich Versicherung erstellten gutachterlichen Bericht der HNO-Klinik des L. ___ vom 8. Oktober 2008, wo der Beschwerdeführer am 22. September 2008 untersucht worden war, wurde kein Hinweis auf eine sinugene Cephalgie gefunden. Der Situs nach Keilbeinhöhlenfensterung (im Jahr 1994) sei regelrecht abgeheilt. Es bestehe kein HNO-ärztlicher Handlungsbedarf; die Ursache für die geklagten (Kopf-)Beschwerden sei die von Dr. med. M. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und Oberärztin der Abteilung Psychosomatik des Departements Innere Medizin des L. ___, gestellte psychosomatische Diagnose eines chronifizierten Kopfschmerzes (Urk. 8/50 S. 3 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. M. ___, die den Beschwerdeführer ebenfalls am 22. September 2008 begutachtet hatte, stellte gemäss dem Bericht vom 16. Dezember 2008 die Diagnosen eines chronischen Kopfschmerzes vom Spannungstyp (ICD-10 G44.2) und einer rezidivierenden depressiven Störung, seit Monaten in Vollrevision (ICD-10 F33.1), sowie den Status nach Aethylabusus, seit 2003 kontrollierte Abstinenz (ICD-10 F 10.2). Zur Frage, ob die Kopfschmerzen somatischer oder psychischer Natur seien, können festgehalten werden, dass chronische Schmerzzustände grundsätzlich auch psychische Einflussfaktoren hätten, die je nach Persönlichkeit eines Patienten unterschiedlich sein könnten und die nicht unbedingt Ausdruck eines psychischen Leidens seien. Im Fall des Beschwerdeführers seien die Schmerzen aus völliger Gesundheit und Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer Keilbeininfektion aufgetreten, so dass die Ursache der Schmerzen eine somatische sei. Wenn der Schmerz länger anhalte, können es durch die chronischen Schmerzen zu dauerhaften Veränderungen in der Hirnrinde kommen (Neuroplastizität), die weiter wirksam seien, auch wenn die ursprüngliche Ursache im Körper nicht mehr vorhanden sei. Die im Jahr 1994 durchgeführte Kieferhöhlenoperation sei daher überwiegend wahrscheinlich die Ursache für die geklagten Beschwerden, obwohl sie ohne Folgen ausgeheilt sei. Ein psychisches Leiden als Ursache für die Beschwerden sei jedenfalls auszuschliessen, auch wenn Persönlichkeitsfaktoren möglicherweise die Intensität des Leidens beeinflussen könnten. Solche Persönlichkeitsfaktoren würden jedenfalls kein psychisches Leiden per se darstellen. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der Tätigkeit als Sicherheitsberater bestehe weiter (Urk. 8/50 S. 5 ff.).

4.2.2 Ä Ä Dr. E. ___ hielt im Bericht vom 11. Februar 2009 zuhanden des Leiters des Schmerz-Ambulatoriums des Instituts für Anästhesiologie des C. ___, Dr. med. N. ___, ausserdem fest, beim Beschwerdeführer bestehe eine schwere, chronische komplexe Schmerzstörung mit vorwiegend Kopfschmerzen und Weichteilschmerzen. Aktuell beständen vor allem diese seit zwei bis drei Monaten neu aufgetretenen Zustände mit massivster Nausea im Vordergrund. Er habe die Idee von Spiegelschwankungen bei hochdosierten Opiaten als Ursache für diese Problematik im Sinne eines vorübergehenden Entzuges. Die Symptomatik sei aber so unterschiedlich in der Ausprägung und reagiere zum Teil nur unvollständig auf zusätzliche parenterale Morphingaben, weshalb er nicht mehr sicher sei, ob es damit zu tun habe. Er wäre daher froh, wenn die hochdosierten Opiate noch einmal zur Diskussion gestellt werden könnten und allenfalls noch einmal eine medikamentöse Neueinstellung probiert werden könnte (Urk. 8/50 S. 1).

Am 24. Juni 2009 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der IV-Stelle von Dr. B. ___ neurologisch begutachtet. Dieser kam gemäß dessen Gutachten gleichen Datums zum Schluss, dem inzwischen chronischen Kopfschmerz liege mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine Migräne mit Aura gemäß ICHD-II-Code 1.2 als zyklisch-konstitutionelle primäre Kopfschmerzform mit typischer Erstmanifestation im Jahr 1993 zugrunde. Bei dem aktuellen klinischen Bild handle es sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch gemäß ICHD-II-Code 8.2.3. Weder eine Migräne noch der jetzt bestehende Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch rechtfertige unter einer adäquaten Therapie eine dauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/53 S. 11 ff.).

Vom 22. bis 25. Juli 2009 wurde der Beschwerdeführer in der ORL-Klinik des D. ___ zwecks Tonsillektomie rechts hospitalisiert (Kurzaustrittsbericht vom 24. Juli 2009, Urk. 8/62 S. 12). Zwei weitere Operationen erfolgten am 10. August (transorale Tumornachresektion im Bereich der rechten Tonsillenloge; Urk. 8/62 S. 13 f.) und am 27. August 2009 (selektive Neck dissection Level II-IV rechts; Urk. 8/62 S. 15 f.).

Dr. E. ___ erklärte im Bericht vom 8. September 2009, es sei nach einer längeren recht stabilen Phase der Kopfschmerzen unter hoch dosierter Morphintherapie Ende 2008 zu einer zunehmenden Verschlechterung mit einer neuen Symptomatik gekommen. Der Beschwerdeführer habe über massivste Übelkeit geklagt, die anfallsartig aufgetreten und mehrere Stunden angehalten habe. Daher habe er ihn an Dr. N. ___ überwiesen, der bei Verdacht auf teilweise Analgetika induzierten Kopfschmerz eine Umstellung der Medikation mit dem wesentlichen Ziel, die Opiate zu reduzieren, begonnen habe. In einer ersten Phase sei es dem Beschwerdeführer darunter sehr gut gegangen. Im Mai 2009 sei es zu einer ersten schweren Krise gekommen. Darunter seien auch die depressiven Symptome wieder aufgetreten und der behandelnde Psychiater Dr. H. ___ habe erneut mit einer antidepressiven Therapie begonnen. Danach habe die Schmerzintensität wieder etwas nachgelassen, so dass mit der weiteren Opiat-Reduktion habe fortgeföhren werden können. Im Juli 2009 sei beim Beschwerdeführer ein Krebsleiden im HNO-Bereich festgestellt worden. Im Schmerztagebuch des Beschwerdeführers sei eine Zunahme der Schmerzintensität in den letzten Monaten festzustellen. Es sei noch offen, ob dies mit der Umstellung der Medikation (Opiat-Reduktion) oder mit dem Krebsleiden samt den Operationen zu tun habe. Ebenfalls noch völlig offen sei, ob die Medikamentenumstellung wirklich zu einer anhaltenden Besserung föhren werde. Mit Sicherheit aber sei er in der gegenwärtigen Situation nicht arbeitsfähig. Aktuell sei der Schmerzpegel eher wieder am Steigen (Urk. 8/62 S. 1 f.).

Im Bericht vom 10. September 2009 föhrte der behandelnde Psychiater Dr. H. ___ mit Bezug auf das Gutachten von Dr. A. ___ aus, seines Erachtens sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht zu stellen, da die Schmerzursache beim Beschwerdeführer nicht unbekannt sei. Das Schmerzgeschehen habe seinen Anfang im akuten Infekt der linken Keilbeinhöhle im Jahr 1994. Daraus habe sich ein chronischer Schmerz entwickelt. Dieses Phänomen sei medizinisch durchaus bekannt, wie etwa bei den Phantomschmerzen. Auch sei von Dr. I. ___ (gemäß dem Gutachten des Psychiatrie-Zentrums vom 7. Februar 2005, Urk. 8/17) ein chronischer Spannungskopfschmerz (ICD-10 G44.2) diagnostiziert worden. Es sei zudem nicht

zutreffend, was der Gutachter Dr. A. ___ festgehalten habe, nämlich dass kein Methodenwechsel stattgefunden habe und die psychopharmakologische Therapie nicht evaluiert worden sei. Er selbst habe den Beschwerdeführer mit einer kognitiven Verhaltens-, Hypnotherapie, der Ressourcenaktivierung und Traumabearbeitung EMDR (Augenbewegungs-Desensibilisierung und Wiederaufarbeitung) und verschiedenen Entspannungsverfahren behandelt. Im O. ___, wo der Versicherte vom 22. Dezember 2003 bis zum 19. Februar 2004 behandelt worden sei (vgl. Urk. 8/5 S. 11 f.), seien ebenfalls verschiedene Therapiemethoden angewandt worden. Schliesslich sei er in der Folge vom 3. bis 30. November 2004 in der J. ___ (vgl. Urk. 8/13) stationär behandelt worden. Auch sei die Pharmakotherapie wiederholt und umfassend evaluiert worden. Ein nicht mehr angehabter Verlauf sei somit zumindest im psychiatrischen Fachbereich bestens ausgewiesen. Damit sei eine wichtige Voraussetzung für die Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung klar erfüllt. Zudem leide der Beschwerdeführer unter bisher zu wenig beachteten schmerzbedingten Hirnleistungsstörungen. So habe die Testung der Konzentrationsfähigkeit vom 19. Februar 2009 auf eine erhebliche Hirnleistungsstörung hingewiesen. Die zusätzliche, nach der Begutachtung durch Dr. A. ___ aufgetretene lebensbedrohende Krebserkrankung habe beim Beschwerdeführer ausserdem eine mittelschwere depressive Reaktion mit Angst und Besorgnis ausgelöst. Es sei in dieser Situation eine nochmalige kognitive Verschlechterung zu beobachten. Die heute bezüglich Arbeitsunfähigkeit relevante Diagnose laute: kognitive Störung (ICD-10 F06.7) infolge von chronischem Kopfschmerz (ICD-10 G44.x) nach akutem Infekt des Sinus sphenoidalis rechts. Die Klassifikation des Kopfschmerzes müsse noch fachneurologisch spezifiziert werden. Die alleinige Klassifikation des Kopfschmerzes als Migräne wie gemäss dem Gutachten von Dr. B. ___ halte er für nicht ausreichend, obwohl phasenweise eine typische Migräne mit Aura bestanden habe. Bezüglich des neurologischen Gutachtens von Dr. B. ___ sei es unzutreffend, dass die Migräne nie spezifisch behandelt worden sei respektive nie eine klassische Migräneprophylaxe durchgeführt worden sei. Auch werde dort unzutreffend die Keilbeinhöhlenoperation auf das Jahr 2004 datiert und behauptet, die Erkrankung habe als typische Migräne begonnen. Aufgrund dieser unzutreffenden Darstellung verliere das Gutachten an Relevanz (Urk. 8/62 S. 4 ff.).

Im Schreiben vom 24. September 2009 hielt Dr. H. ___ zudem fest, seit dem Auftreten der Krebserkrankung (Verdacht vom 24. Juni 2009, Diagnose vom 2. Juli 2009) habe er eine deutliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes mit Gedankenkreisen, Angst, Verlangsamung, Blockierung, Affektlabilität und vermehrter Konzentrationsstörung festgestellt. Diese Symptome hätten sich trotz dreier an und für sich erfolgreicher chirurgischer Eingriffe und einer Intensivierung der antidepressiven Therapie nicht verbessert, sondern seien progredient. Anlässlich der Untersuchung vom 24. September 2009 habe er eine mittelschwere depressive Symptomatik mit Einengung und zunehmender generalisierender Angst festgestellt. Die Arbeitsunfähigkeit sei dadurch - soweit dies bei bereits vor der Krebserkrankung vollständig bestandener Arbeitsunfähigkeit überhaupt möglich sei - zusätzlich eingeschränkt (Urk. 8/71 S. 1).

Am 18. Dezember 2009 wurde gemäss dem Bericht der ORL-Klinik des D. ___ gleichen Datums wegen eines Lymphknotenrezidivs eine zweite Neck dissection, und zwar mit Level Va und Vb rechts durchgeführt (Urk. 8/77). Laut dem Bericht der

ORL-Klinik des D.____ vom 14. Juni 2010 habe diese und die anschliessend bis zum 7. April 2010 durchgeführte Radiochemotherapie die Arbeitsfähigkeit zusätzlich eingeschränkt respektive eine Erwerbsfähigkeit während der Behandlung unmöglich gemacht. Über eine erneute Arbeitsaufnahme müsse im Verlauf diskutiert werden (Urk. 8/79 S. 1). Dem Bericht der ORL-Klinik des D.____ vom 8. Februar 2011 ist zu entnehmen, dass die letzte Kontrolle am 15. Dezember 2010 stattgefunden habe und seither aus ORL-Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe (Urk. 8/86).

4.2.3.1 Vom 2. November 2010 bis zum 15. Februar 2011 wurde der Beschwerdeführer sodann im Zentrum für Schlafmedizin der Klinik für Pneumologie des D.____ wegen schlechter Schlafqualität mit ausgeprägter Morgenmüdigkeit und Anlaufschwierigkeiten ambulant behandelt. Es wurde die Diagnose eines mittelschweren, obstruktiven Schlafapnoesyndroms gestellt, das mittels CPAP-(Continuous-Positive-Airway-Pressure-)Therapie behandelt wurde. Dies führte zu einer verbesserten Schlafqualität und einer regredienten Tagesmüdigkeit (Bericht vom 3. November 2010, Urk. 3/3). Im Bericht des Zentrums für Zahnmedizin des D.____ vom 25. Januar 2011 hatten die dortigen Ärzte ausserdem die folgenden klinischen Diagnosen festgehalten: Seit 1994 chronische, zum Teil migräniforme Kopfschmerzen (differentialdiagnostisch: cervicogen, myogen Spannungstyp, Migräne mit und ohne Aura), Tendomyopathie der Kau- und Nackenmuskulatur beidseits (Diagnose-Code Q9, D1), anteriore Diskusverlagerung im Kiefergelenk beidseits mit Reduktion (Diagnose-Code Q9, D2), Bruxismus, Verdacht auf Parafunktion. Zur weiteren Diagnostik seien zusätzliche Termine nötig (Urk. 3/4).

E. 4.3

4.3.1.1 Gemäss dem damals massgeblichen Gutachten des Z.____ vom 7. Februar 2005 (Urk. 8/17) war die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers zum Zeitpunkt der Begutachtung in erster Linie durch die Kopfschmerzen begründet, welche ihrerseits die zusätzlich bestehende Depression beeinflussten respektive verstärkten. Die für die depressive Symptomatik zusätzlich mitbestimmende Komponente des Suizids des Bruders im Jahr 1999 (Urk. 8/17 S. 6) war somit schon damals nicht mehr im Vordergrund. Anfang 2008 war nach einheitlicher medizinischer Aktenlage das durchschnittliche Schmerzniveau der Kopfbeschwerden insbesondere unter der Behandlung mit Morphin von 7 bis 8 auf 4 bis 6 (Urk. 8/29 S. 1, Urk. 8/33 S. 1, Urk. 8/41 S. 4) und die Häufigkeit der heftigeren Kopfschmerzattacken auf ein- bis zweimal im Monat reduziert worden (Urk. 8/41 S. 4). Spätestens ab Februar bis mindestens im September 2008 war ausserdem die rezidivierende depressive Stimmung nach einheitlicher psychiatrisch-fachärztlicher Einschätzung in Vollremission (Gutachten von Dr. A.____ vom 15. Oktober 2008, Urk. 8/41 S. 12; Berichte von Dr. H.____ vom 29. Februar 2008, Urk. 8/29 S. 1, und vom 20. März 2008, Urk. 8/33 S. 1; Bericht von Dr. M.____ vom 16. Dezember 2008, Urk. 8/50 S. 7). Damit ist im Vergleich mit dem Gesundheitszustand zur Zeit des Gutachtens des Z.____ vom 7. Februar 2005 (Urk. 8/17) für die Zeit ab Februar 2008 eine Verbesserung der beim Beschwerdeführer vorherrschenden Kopf- und psychischen Beschwerden ausgewiesen. Die Annahme einer Verbesserung ist allerdings insofern zu relativieren, als gemäss dem Gutachten des Z.____ vom 7. Februar 2005 schon Anfang 2005 durch Erhöhung der Medikation insbesondere mit Opiaten eine deutliche Verbesserung der Konzentration und ein deutliches Nachlassen der Schmerzen hatte erreicht werden können (Urk. 8/17 S. 5, Urk. 8/41 S. 6). Schon damals war von den Ärzten der Neurologischen

Klinik und Poliklinik des D.____ aufgrund des Verdachts auf analgetika-induzierten Kopfschmerz (ICHHD-II 8.2.3) indes die therapeutische Empfehlung abgegeben worden, die Opiat-Medikation zu reduzieren (Bericht vom 2. Juli 2004, Urk. 8/5 S. 9). Auch Dr. B.____ ging gemäss seinem Gutachten vom 24. Juni 2009 von Kopfschmerzen bei Medikamentenmissgebrauch (auf dem Boden einer Migräne) aus und empfahl einen Medikamentenentzug (Urk. 8/53 S. 11 f.). Ein solcher respektive eine Medikamentenumstellung mit dem Ziel, die Opiate zu reduzieren, war von Dr. N.____ und Dr. E.____ - ohne dass Dr. B.____ davon Kenntnis hatte (Urk. 8/53 S. 5) - bereits im Frühjahr 2009 eingeleitet worden, ohne dass bereits ein stabiles Beschwerdebild erreicht worden wäre (vgl. dazu auch nachfolgend Erwägung 4.3.2; Urk. 8/50 S. 1, Urk. 8/62 S. 1 f. und S. 10).

Welche Auswirkung die teilweise gesundheitliche Verbesserung im Jahr 2008 auf die Arbeitsfähigkeit hatte, wurde von den Medizinern unterschiedlich beurteilt. Diese Frage kann jedoch offen gelassen werden. Denn auf die Phase des gebesserten Gesundheitszustandes folgte wegen der Krebserkrankung in den Jahren 2009 bis 2010 unstrittig eine Zeit mit erheblicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und eine rückwirkende Aufhebung oder Herabsetzung (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 lit. b IVV) der bisherigen ganzen Rente fällt hier unstrittig nicht in Betracht.

Für die Zeit der Krebsbehandlung, welche Mitte Dezember 2010 abgeschlossen wurde (Urk. 8/86), ging die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit aus (Urk. 2 S. 2). Jedoch ist eine (im Vergleich zum Gesundheitszustand von 2008 aufgetretene) diesbezügliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht erst ab dem 27. Oktober 2009 anzunehmen. Denn die erste Hospitalisation zur Durchführung der ersten Krebsoperation erfolgte bereits vom 22. bis 25. Juli 2009 (Urk. 8/62 S. 12), kurz darauf folgten zwei weitere Operationen im August 2009 (Urk. 8/62 S. 13 ff.). Bereits Ende 2008 waren ausserdem neue Beschwerden mit massivster Nausea zum bisherigen Beschwerdebild hinzugetreten, die möglicherweise im Zusammenhang mit Spiegelschwankungen bei hochdosierten Opiaten standen, wie dem Bericht von Dr. E.____ vom 11. Februar 2009 zu entnehmen ist (Urk. 8/50 S. 1). Die daraufhin auf der Anästhesiologie des D.____ durch Dr. N.____ begonnene Umstellung der Medikation mit dem Ziel, die Opiatmenge zu reduzieren, hatte gemäss dem Bericht von Dr. E.____ vom 8. September 2009 zwar eine kurzfristige Verbesserung der Beschwerden bewirkt. Eine stabile Besserung des Gesundheitszustandes blieb jedoch aus. Dr. E.____ berichtete von einer ersten Krise mit Zunahme der depressiven Symptomatik im Mai 2009 und einer Zunahme der Schmerzintensität, wobei noch offen sei, ob die Umstellung der Medikation mit Opiat-Reduktion oder das Krebsleiden mit den Operationen dies bewirke und ob die Medikamentenumstellung zu einer anhaltenden Besserung führen werde (Urk. 8/62 S. 1 f.). Auch Dr. H.____ bestätigte im Bericht vom 24. September 2009 eine deutliche Verschlechterung des psychischen Zustandes ab Entdeckung des Krebsleidens Ende Juni 2009, dies mit zusätzlicher Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/71 S. 1). Ebenfalls im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist das im Verlauf der Krebsbehandlung aufgetretene, wenn auch mittels CPAP-Gerät erfolgreich behandelte Schlafapnoesyndrom mit zumindest vorübergehender Beeinträchtigung der Schlafqualität (Urk. 3/3) zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer spätestens ab Juli 2009 bis mindestens Mitte Dezember 2010 in

jeglicher Tätigkeitsfähigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Bei dieser Sachlage fällt auch die Aufhebung der bisherigen ganzen Rente im Rahmen einer substituierten Begründung (vgl. BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteil des Bundesgerichts 9C_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 mit Hinweis), welche die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort sinngemäss geltend macht (Urk. 2 S. 2), ausser Betracht.

4.3.3 Für die Zeit nach Abschluss der Krebsbehandlung ging die Beschwerdegegnerin ohne Weiteres gestützt auf die Stellungnahme von med. pract. P. ___, Fachärztin für Innere Medizin, des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 2. März 2011 (Urk. 8/87 S. 7) davon aus, dass beim Beschwerdeführer ab Mitte Dezember 2010 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe. Zutreffend ist, dass die Krebserkrankung und deren Behandlung gemäss dem Bericht der ORL-Klinik des D. ___ vom 8. Februar 2010 ab dem 15. Dezember 2010 zumindest im hier zu beurteilenden Zeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2; BGE 122 V 77 E. 2b) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr begründete.

Jedoch ist für die Zeit von Mitte Dezember 2010 bis zum 7. März 2011 mit Blick auf den gesamten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers keine derartige (erneute) Verbesserung in physischer und psychischer Hinsicht ausgewiesen, dass von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit respektive einer uneingeschränkten Leistungsfähigkeit auszugehen wäre, die die Aufhebung der Rente für die Zukunft rechtfertigen würde. In psychischer Hinsicht wurde allein von Dr. A. ___ gemäss dem Gutachten vom 15. Oktober 2008, mithin bezüglich einer Zeit der Besserung und vor der erneuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Krebserkrankung, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Dies geschah ausserdem unter dem Hinweis, dass anhand der vorliegenden Akten und insbesondere angesichts der Operation in der Keilbeinhöhle im Jahr 1994 nicht beurteilt werden könne, ob der (Kopf-)Schmerzproblematik ein somatisches Korrelat zugrunde liege (Urk. 8/41 S. 10 ff.). Daraus kann in jedem Fall nichts für die Zeit ab dem 15. Dezember 2010 abgeleitet werden, zumal die (auch von Dr. A. ___ festgehaltene) rezidivierende depressive Störung, welche damals remittiert war (Urk. 8/41 S. 10), ab Mai 2009 im Rahmen der Medikamentenumstellung und zufolge der Krebserkrankung wieder in Erscheinung trat (Urk. 8/62, Urk. 8/71 S. 1).

Auch der Umstand, dass die Ärzte die Ursache für die Kopfschmerzproblematik uneinheitlich respektive nicht ausschliesslich als somatisch bedingt beurteilten, rechtfertigt nach dem Gesagten nicht die Annahme, der Beschwerdeführer sei ab Mitte Dezember 2010 vollständig arbeitsfähig. Die Ärzte der Neurologischen Klinik und Poliklinik des D. ___ waren gemäss dem Bericht vom 2. Juli 2004 von einer multifaktoriellen Ursache für die Kopfbeschwerden ausgegangen. Und zwar seien die Bedingungen für einen chronischen Spannungskopfschmerz gemäss den Kriterien der International Headache Society erfüllt. Dieser werde aber auch überlagert von einem erheblichen Analgetikakonsum mit Opiaten (bis 650 mg Morphium täglich) und einer für das Schmerzerleben negativen psychischen/depressiven Belastung (Urk. 8/5 S. 9 f.). Dr. I. ___ schloss gemäss dem Gutachten der Psychiatrie-Klinik Z. ___ vom 7. Februar 2005 vorbehaltlich einer anderslautenden HNO-ärztlichen Beurteilung auf einen psychogenen Auslöser (Urk. 8/17 S. 6). Die Ärzte der HNO-Klinik des L. ___ fanden gemäss dem Bericht vom 8.

Oktober 2008 keine sinugene Ursache für die Cephalgie und verwiesen auf die psychosomatische Diagnose eines chronifizierten Kopfschmerzes gemäss der Psychiaterin Dr. M.____ (Urk. 8/50 S. 3 f.), welche die Ursache für die Kopfschmerzen jedoch nicht in einem psychischen Leiden begründet sah, sondern wegen der Chronifizierung der Schmerzen nach der Kieferhakenoperation und mittels Neuroplastizität (Begründung eines Schmerzgedächtnisses) auf eine somatische Ursache schloss (Urk. 8/50 S. 7). Diese Ansicht vertrat sinngemäss auch der behandelnde Psychiater Dr. H.____ in der Stellungnahme vom 10. September 2009 (Urk. 8/62 S. 4). Dr. B.____ schliesslich hatte die Kopfbeschwerden gemäss dem Gutachten vom 24. Juni 2009 im Zusammenhang mit einer Migräne mit Aura in Kombination mit einem Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch beurteilt (Urk. 8/53 S. 11 f.). Damit kann nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass die Ursache für die Kopfschmerzen somatisch bedingt ist und nicht von einer (hauptsächlich) psychogenen Schmerzstörung auszugehen ist (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 24. Oktober 2008, Verfahren Nr. IV.2007.000623, in welchem eine Migräne als invalidisierend beurteilt wurde).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbst wenn bei den Kopfbeschwerden von einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage auszugehen wäre und dieses aus Gründen der Rechtsgleichheit analog nach der Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu beurteilen wäre (vgl. BGE 136 V 279 E. 3, 130 V 352) - was hier offen bleiben kann -, wäre die Überwindbarkeit der Schmerzen und eine vollständige Arbeitsfähigkeit jedenfalls nicht unbesehen der neuen Umstände und des gesamten Gesundheitszustandes nach Krebserkrankung und Krebsbehandlung ab Mitte Dezember 2010 zu bejahen. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit von Mitte Dezember 2010 bis mindestens zum 7. März 2011, welche entgegen den Aussagen der behandelnden Ärzte auf eine erhebliche Verbesserung des gesamten Gesundheitszustandes mit Steigerung der Leistungsfähigkeit unmittelbar im Anschluss an die durchgemachte Krebsnachsorge schliessen liesse, ist den Akten indes nicht zu entnehmen.

4.3.4 Ä Ä Auch die aktenkundigen Sachverhalte nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2) lassen keine Rückschlüsse zu, welche die Aufhebung der Rente im (Zeit-)Rahmen dieses Verfahrens rechtfertigen würden. Zwar absolvierte der Beschwerdeführer erfolgreich die ab dem 23. Mai 2011 eingeleiteten Integrationsmassnahmen (Urk. 15/2, Urk. 21/12, Urk. 21/39-40), was auf eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit ab Mai 2011 hinweist. Dies belegt jedoch nicht eine rentenerhebliche Arbeitsfähigkeit für die Zeit von Ende 2010 bis im März 2011. Da jedoch eine Aufhebung/Herabsetzung der Rente zu Recht unstrittig ex nunc et pro futuro respektive auf Ende des der Zustellung der rentenaufhebenden Verfügung folgenden Monats hin (Art. 85 Abs. 2, Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV) zu erfolgen hätte, kann die Aufhebung der Rente zumindest im Rahmen dieses Verfahrens nicht bestätigt werden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von weiterführenden Beweismassnahmen bezüglich des hier zu beurteilenden Zeitraums, wie sie der Beschwerdeführer beantragt hat (Urk. 1 S. 2), ist kein Erkenntnisgewinn zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist.

4.4 Ä Ä Ä Ä Die angefochtene Verfügung vom 7. März 2011 (Urk. 2) ist aufzuheben und die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

5. Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung), ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Bei diesem Ausgang des Verfahrens steht dem vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2'700.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. März 2011 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Yolanda Schweri
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 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 des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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