

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01009 vom 23. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01009

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01009 du 23 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01009 del 23 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1.0

expidet) beim

Cymbalta unter anderem Schläfrigkeit (am häufigsten), Angst, Zittern (häufig), Aufmerksamkeits-, Bewegungs- und Gangstörungen (gelegentlich) , beim Lamictal unter anderem Koordinationsstö rungen, Müdigkeit, Schläfrigkeit (sehr häufig) , Verwirrtheit , Tre mor (häufig) , und beim Temesta unter anderem eine Verminderung der Aufmerksamkeit (bei gleichzeitiger Einnahme von anderen Medikamenten)

sowie der Fahrtüchtigkeit

und damit just diejenigen Symptome erwähnt werden, welche laut den behan delnden Ärz ten resp. laut Beschwerdeführer

seit 2012 verstärkt aufgetreten sein sollen. 4.3

Nach dem Gesagten hat der Beschwerdeführer mit den von ihm - mit dem Revisi onsbegehren vom 27. Mai 2013 sowie im Rahmen des Vorbescheidver fahrens - eingereichten Arztberichten (nur, aber immerhin) glaubhaft gemacht, dass sich sein Gesundheitszustand sowie seine Arbeitsfähigkeit seit der letztma ligen Überprüfung des Rentenanspruches (Dezember 2010) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2013 massgeblich verschlechtert haben. Die Beschwerdegegnerin hätte deshalb sein Erhöhungsgesuch nicht ohne Weiteres abweisen dürfen, sondern den medizinischen Sachverhalt vollständig abklären müssen.

Aufgrund der nachfolgenden Erwägungen kann jedoch darauf verzichtet wer den, die Sache zur Vervollständigung des medizinischen Sachverhaltes an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 4.4 4.4.1

Dem vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens am 12. Juni 2014 eingereichten Austrittsbericht des C. ___ vom 28. Mai 2014 (Urk. 11/1) ist nämlich zu entnehmen, dass er dort vom 5. März bis 23. Mai 2014 hospitalisiert war, wobei am 16. April 2014 eine neuropsycholo gische Untersuchung (in stationärem Rahmen) durchgeführt wurde (Bericht vom 19. Mai 2014, Urk. 11/2).

Oberärztin Dr. med. M. ___ und die leitende Psychologin Dr. dipl. -psych. N. ___ führten im Austrittsbericht vom 28. Mai 2014 unter dem Titel „Diagnosen nach ICD-10“ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (F33.2), sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit (F06.8) und einen Verdacht auf eine anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung (F60.5) sowie ferner

die bereits bekannten somatischen Diagnosen an (Urk. 11/1 S. 1). Unter dem Titel „Zusammenfassende Beurteilung“ hielten sie fest, dass es im Rahmen des stationären Aufenthaltes zu einer Verbesserung der ängstlich-depressiven Problematik gekommen sei. Aufgrund der gesundheitlichen Situation gingen sie von einer weiterhin andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, zumal sich während des stationären Aufenthaltes herausgestellt habe, dass emotional aufwühlende Situationen wie auch längere geistige Aktivitäten rasch in Blutzuckerentgleisungen mündeten und der Beschwerdeführer insgesamt nur für kurze Zeitintervalle von 1,5 bis 2 Stunden belastbar gewesen sei. Neu diagnostiziert worden seien kognitive Einschränkungen (vor allem der mnestischen und exekutiven Funktionen, der Konzentration und konstruktiven Apraxie). Eine Verlaufskontrolle sollte nach Absetzen von Lorazepam, jedoch spätestens in einem Jahr dringend erfolgen. Grundsätzlich sei der Beschwerdeführer aufgrund der verschiedenen Krankheitsfaktoren aus ihrer Sicht derzeit und in Zukunft nicht in der Lage, seinem angestammten Beruf nachzugehen (Urk. 11/1 S. 7-8).

Im Bericht vom 19. Mai 2014 betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom 16. April 2014 hielten die Psychologinnen Dr. dipl. psych. N.____ und Dr. rer. nat. O.____ fest, dass sich beim Beschwerdeführer deutliche Einschränkungen im Bereich der mnestischen und exekutiven Funktionen zeigten. Es bestünden starke Konzentrationsschwierigkeiten sowie Hinweise auf eine konstruktive Apraxie. Im Vergleich zur neuropsychologischen Testung im Juni 2010 zeige sich eine deutliche Verschlechterung der Lern- und Gedächtnisleistung. Die Ursache für die auffälligen Testergebnisse sei nicht eindeutig festzumachen. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass die kognitiven Defizite durch die langjährige und immer noch bestehende Benzodiazepineinnahme mitbedingt sein könnte. Zudem bestünden seit 10 Jahren nicht näher bezeichnete organische Schädigungen und Funktionsstörungen des Gehirns. Grundsätzlich zeige sich die Verlaufskontrolle des MRI ohne Progression der organischen Komponente. Darüber hinaus sei zu beachten, dass die schwere depressive Symptomatik zum aktuellen Zeitpunkt ebenfalls deutliche Auswirkungen auf die kognitive Leistungsfähigkeit haben könnte. Es werde empfohlen, einen Benzodiazepinabbau einzuleiten und nach dem Medikamentenabbau sowie einer Besserung der depressiven Symptomatik eine neuropsychologische Untersuchung zur Verlaufsbeurteilung durchzuführen (Urk. 11/2 Seite 2). 4.4.2

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind zwar grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Zusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheidens zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98).

Wohl fanden die Untersuchungen im C.____ erst im März, April und Mai 2014 statt und wurden in den betreffenden Berichten keine konkreten Aussagen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2013 gemacht. Insbesondere mit Blick auf die seither bis zum Eintritt ins C.____ am 5. März 2014 unverändert gebliebene hohe Dosierung der psychopharmakologischen Medikation (vgl. Urk. 11/2 S. 3) ist jedoch anzunehmen, dass sich die neuropsychologischen Befunde in etwa gleich präsentiert hätten, wenn die Beschwerdegegnerin in Nachachtung der ihr obliegenden Untersuchungspflicht vor Verfügungserschluss weitergehende psychiatrische und neuropsychologische Abklärungen getätigt hätte.

Im Vergleich zu den im Gutachten des A.____ vom 26. Februar 2010 (Urk. 8/74) erhobenen sowie den damit übereinstimmenden Befunden im Bericht der Pri vatklinik D.____ vom 21. Juni 2010 betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom 14. Juni 2010 (Urk. 8/85/5-7) geht aus den – auf eingehen den fachärztlichen Abklärungen in stationärem Rahmen beruhenden - Berichten des C.____ ein wesentlich schlechteres Zustandsbild des Beschwerdeführers hervor. Die von Dr. B.____ sowie Dr. F.____ in ihren Berichten vom 2. März und 5. September 2013 resp. 14. März und 22. August 2013 vorgenommene Beurteilung, wonach sich der Gesundheitszu stand des Beschwerdeführers massgeblich verschlechtert hat, erscheint daher (nunmehr) befundmässig genügend untermauert, und ist zumindest deren Ein schätzung, wonach der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig ist, nicht (mehr) in Frage zu stellen. 4.4.3

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass es genügt, wenn eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers lediglich dessen angestammte Tätigkeit als Kundenberater bei der Y.____ AG, nicht aber andere leidensangepasste – mutmasslich geringer entlohnte – Tätigkeiten betreffen würde, denn bei der mittels Prozentvergleiches vorgenommenen Inva liditätsbemessung (vgl. Urk. 8/95 S. 21 und 22 E. 5) wurde auch das Invaliden einkommen auf der Basis der bisherigen Tätigkeit berücksichtigt (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.4.2 mit Hinweis). Dem nach ist ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente bereits dann zu bejahen, wenn eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit besteht (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG), was nach dem Gesagten ohne Weiteres angenommen werden kann. 5.

Gemäss Art. 88 bis

Abs. 1 lit . a IVV erfolgt die Erhöhung der Renten, sofern der Versicherte die Revision verlangt, frühestens von dem Monat an, in dem das Revisionsbegehren gestellt wurde. Das Revisionsbegehren des Beschwerdefüh rers vom 27. Mai 2013 ging am 28. Mai 2013 bei der Beschwerdegegnerin ein (Urk. 8/105, vgl. Aktenverzeichnis zu Urk. 8/1-117). Dem Beschwerdeführer steht somit ab dem 1. Mai 2013 eine ganze Invalidenrente zu. 6.

Demnach ist die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2013 in Gutheissung der Beschwerde aufzuheben und festzustellen, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2013 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversi cherung hat. 7. 7.1

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. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Der vertretene Beschwerdeführer hat überdies Anspruch auf eine Prozessentschä digung , welche nach pflichtgemäsem Ermessen auf Fr. 1'800.-- (inkl. Mehr wert steuer und Barauslagen) festzusetzen ist (§ 34 Abs. 1 des Geset zes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversiche rungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. Oktober 2013 aufgehoben und festgestellt, dass der Beschwerdeführer mit Wirkung ab 1. Mai 2013 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. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Karin Hoffmann, unter Beilage des Doppels von Urk. 14 (Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 12. Januar 2015) - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
HurstMöckli

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, 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). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). 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 oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher 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).

E. 1.3

Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]). Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundesgericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art.

69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 1.4

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 (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärzte darf und soll berücksichtigt werden, dass deren Beurteilung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt. Berichte behandelnder Ärzte können jedoch Anlass für weitere Abklärungen geben, wenn darin nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende, objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgetragen werden, die einer Auseinandersetzung bedürfen (Urteile des Bundesgerichtes 9C_276/2009 vom 24. Juni 2009 E. 4.2.3 und 9C_53/2008 vom 18. Februar 2009 E. 4, je mit Hinweisen). 2.

E. 2

8. Mai 2014 ins Recht (Urk. 10 und Urk. 11/1-2). Mit Verfügung vom 3. Dezember 2014 wurde der Beschwerdegegnerin Frist angesetzt, um zu diesen Berichten Stellung zu nehmen (Urk. 12). Diese teilte am 12. Januar 2015 mit, dass sie auf eine Duplik verzichte (Urk. 14).

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand sowie die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der letzten rechtskräftigen Überprüfung des Rentenanspruches Ende 2010 derart verschlechtert haben, dass ihm nunmehr eine ganze Invalidenrente zusteht.

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin machte geltend, eine richtungsweisende dauerhafte Veränderung von Gesundheitszustand und medizinisch-theoretischer Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Der Aufenthalt in der Privatklinik D.____ liege fast ein Jahr zurück. Auch in den weiteren vom Beschwerdeführer eingereichten Arztberichten fehlten objektive Befunde, welche eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers begründen könnten (Urk. 2).

E. 2.3

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, er habe immer alles daran gesetzt, erwerbstätig zu bleiben. Dies habe schlussendlich aufgrund seiner psychischen Erkrankung immer wieder zu Überforderung und somit zur Verstärkung der psychischen Problematik geführt. Hinzu kämen die diversen somatischen Erkrankungen, welche ausserordentlich belastend seien, aber auch durch die Einnahme diverser Medikamente zu weiteren Beeinträchtigungen führten, insbesondere, weil der Diabetes nun seit längerer Zeit nicht mehr wirklich kontrollierbar sei (Urk. 1 Seite 6). Sei der Diabetes früher noch als Befund ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bewertet worden, so müsse heute da von ausgegangen werden, dass er einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 1 Seite 5). Hinzu

kämen hirnorganische Veränderungen, welche die kognitiven Fähigkeiten einschränkten. Dr. B.____ habe in diesem Zusammenhang Wortfindungsstörungen beobachten können, ebenso hätten sich die Panikstörungen vermehrt und sich bei beginnender Ermüdung ausgeprägte Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen gezeigt. Im Vergleich zum Gutachten des A.____ vom 26. Februar 2010 sei klarerweise eine massive Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten. Damals habe mit Hilfe der diversen Medikamente ein gewisses Gleichgewicht gehalten werden können. Auch sei der Beschwerdeführer in der Lage gewesen, den Diabetes zu kontrollieren. Aus dem Gutachten gingen Probleme wie zum Beispiel der Tremor nicht hervor. Auch die kognitiven Fähigkeiten seien damals noch als genügend bezeichnet worden. Auch habe er sich seither noch weiter zurückgezogen und isoliert. Vergleiche man die Medikamentenliste gemäss Gutachten mit der heutigen, falle auf, dass bei einigen Medikamenten die Dosis habe erhöht werden müssen, andere hätten ersetzt werden müssen und insgesamt müssten mehr Medikamente eingesetzt werden. Auch dies dokumentiere, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert habe (Urk. 1 Seite 6). 3.

E. 3

.

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen ist, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen einzugehen. Das Gericht zieht in Erwägung:

- 1.

E. 3.1.1

Das hiesige Gericht hat im Urteil IV .2011.00095 vom 14. Mai 2012 (Urk. 8/95), mit welchem es die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 14. Dezember 2010 (Urk. 8/92) aufgehoben und festgestellt hatte, dass dem Beschwerdeführer weiterhin eine Dreiviertelrente zusteht, unter anderem erwogen, dass Dr. Z.____ in seinem – der ursprünglichen Rentenzusage vom 30. August 2005 (Urk. 8/23) zugrunde liegenden (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 17. Mai 2005, Urk. 8/20) - psychiatrischen Gutachten vom 30. März 2005

die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (50 % bis 70 %) mit einer Vielzahl von somatischen Diagnosen, einer postoperativen Depression mittleren Grades mit Insuffizienz gefühlen und Versagensängsten sowie einer Zwangsstörung im Sinne einer rigiden, anankastischen Persönlichkeit mit imperativer Kontroll zwangssymptomatik begründet habe. Rund fünf Jahre später hätten die A.____ -Gutachter die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1), eine anankastische Persönlichkeit (ICD-10 F60.5), eine chronische, initial wahrscheinlich cholangiogene Pankreatitis mit rezidivierenden den Schüben, einen seit November 2001 substituierten pankreopri ven Diabetes mellitus, eine stark verzögerten Magen entleerung und einen Verdacht auf intestinale bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarmes sowie einen Status nach schwerer postoperativer respiratorischer Insuffizienz mit Langzeit beatmung

vom 16. Januar bis am 17. Februar 2003 mit seiner Flashbacks begründet .

Das internistisch- gastroenterologische und psychiatrische Gutachten des A.____

entspreche den rechtsprechungs gemässen Anforderungen an ein beweiswertes ärztliches Gutachten. Was die Schluss einschätzung anbelange, seien die Gutachter von einer Adaption und deshalb von einer geringfügigen Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auf 50 % ausgegangen . Der RAD sei den A.____ -Gutachtern gefolgt und von einer Arbeitsfähigkeit von neu 50 % ausgegangen (Urk. 8/8 9/6). Diese Steigerung erscheine allerdings reichlich hypothetisch, zu mal neue somatische Diagnosen dazugekommen seien (Ulcus duodeni und bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarms). Zudem hätten die Gutachter selbst dar auf hin gewiesen , dass bei grundsätzlich leichter Verbesserung der psychischen Situation es zwischen zeitlich zur Verschlimmerung mit

Hospitalisation – sie hätten eine solche aus dem Jahre 2009 erwähnt – gekommen sei . Die Beschwerdegegnerin habe

denn auch in der angefochtenen Verfügung weiterhin auf eine 40%ige Arbeitsfähigkeit ab gestellt . Es sei daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das A.____ - Gutachten von keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes ausgegangen sei (Urteil S. 19 bis 20).

Was der behandelnde Psychiater des Beschwerdeführers, Dr. B.____ , gegen das A.____ - Gutachten vorbringe , vermöge nicht zu überzeugen. Demnach könne auf dieses Gutachten abgestellt werden und sei mit den Gutachtern davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 30. August 2005 nicht wesentlich geändert habe, zumal dieser Befund auch durch die Berichte des Gastroenterologen Prof. Dr. med. E.____ , von Hausärztin Dr. med. F.____ , FMH für Allgemeinmedizin und Akupunktur TCM , der

Diabetologin Dr. med. G.____ , FMH Innere Medizin und Endokrinologie-Diabetologie , sowie von Dr. H.____ von der Privatklinik D.____

nicht erschüttert werde (Urteil S. 20 und 21) .

E. 3.1.2

Im besagten Gutachten des A.____ vom 26. Februar 2010 (Urk. 8/74) waren zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden (Urk. 8/74/23): 1. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht- bis

mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1); 2. anankastische Persönlichkeit (ICD-10 F60.5); 3. chronische, initial wahrscheinlich cholangiogene Pankreatitis mit rezidivierenden Schüben

a) Laparoskopie

Cholezystektomie im September 2001; b) exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz seit November 2001; c) linksseitige Pankreasschwanz- und Pankreaskopfresektion am 16. Januar 2003; d) Pankreaskopfzystenoperation am 16. Mai 2003; e) rezidivierender Dünndarm Subileus; f) Bauchwand- und Narbenhernien mit Status nach Netzeinlage im Mai 2004; g) Status nach Ulcus duodeni im Mai 2008 und Juli 2008 (nichtsteroidales Antirheumatika [NSAR]); 4. pankreopriver Diabetes mellitus seit November 2001 substituiert; 5. stark verzögerte Magenentleerung und Verdacht auf intestinale bakterielle Fehlbesiedlung des Dünndarmes (Gastroskopie am 8. Januar 2010); 6. Status nach schwerer postoperativer respiratorischer Insuffizienz mit Langzeitbeatmung vom 16. Januar bis am 17. Februar 2003, seither sogenannte Flashbacks.

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der letzten Tätigkeit nannten sie (Urk. 8/74/23-24): 1. arterielle Hypertonie, medikamentös eingestellt; 2.

Hypercholesterinämie, medikamentös eingestellt; 3. hypogonadaler

Hypogonadismus, mit Testosteron-Spritzen substituiert; 4. schädlicher Tabakgebrauch (ICD-10 F17); 5. Status nach

operierter

Periarthropathia

humeroscapularis

calcarea

rechts; 6. postoperative Dekonditionierung mit Flashbacks und passagären Muskelatrophien nach Pankreasschwanz- und Pankreaskopfresektion mit schwerer postoperativer respiratorischer Insuffizienz im Jahre 2003 und Pankreaskopfzystenoperation im Jahre 2003.

Unter dem Titel „Versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese“ war ausgeführt worden, dass der Beschwerdeführer polymorbide sei. Bereits aus internistischer Sicht führten die Folgen der mehrfach operierten Pankreaserkrankung zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Zusätzlich bestehe beim Beschwerdeführer vor dem Hintergrund einer anankastischen

Primärpersönlichkeitsstruktur eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig leicht- bis mittelgradig depressiver Symptomatik. 2008 und 2009 hätten Exazerbationen der depressiven Symptomatik zur Notwendigkeit einer psychiatrischen Hospitalisierung geführt. Der Beschwerdeführer habe während der Hospitalisierungen zwar stabilisiert werden können, aber vor dem Hintergrund seiner prognostisch ungünstigen Persönlichkeitsstruktur mit dysfunktionalem Verhalten und daraus resultierender Dekompensationsbereitschaft ergebe sich eine gesamthafte Minderung der Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 8/74/24). Der Beschwerdeführer sei in der Lage, seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin zu verrichten, wobei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe. Dabei seien sowohl die Leistungsminderung wie auch eine Reduktion des möglichen Arbeitszeitpensums inbegriffen. Der Beschwerdeführer könne sämtliche körperlich leichten Arbeiten, die

seinem Ausbildungsstand entsprechen, verrichten. Er könne solche Verweistätigkeiten ebenfalls im Rahmen einer gesamten Arbeitsfähigkeit von 50 % unter einbezogener Minderung der Leistungsfähigkeit ausüben. Somit bestehe auch in adaptierten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit in der Grössenordnung von 50 % (Urk. 8/74/25).

E. 3.1.3

Die behandelnden Ärzte und Ärztinnen Dr. B.____ (Urk. 8/66/2, Urk. 8/93/83-84), Dr. F.____ (Urk. 8/33/1 und Urk. 8/85/2) und Dr. G.____

(Urk. 8/38) hatten demgegenüber zusammengefasst angenommen, dass eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 70 % bestehe.

E. 3.2

.8

RAD-Arzt Dr. J.____ nahm zu den im Rahmen des Vorbescheidverfahrens eingereichten Arztberichten am 7. Oktober 2013 dahingehend Stellung, dass im Bericht von Dr. F.____ vom 22. August 2013 neue objektivierbare Befunde fehlten, welche eine dauerhafte Verschlechterung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit begründen könnten. Psychiater B.____ beschreibe die subjektiven Verschlechterungsangaben des Beschwerdeführers, aber keine neuen psychiatrischen Befunde und Diagnosen. Deshalb bestehe kein Anlass, von seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2013 abzuweichen (Urk. 8/115/3). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin holte auf das Revisionsbegehren des Beschwerdeführers vom 27. Mai 2013 (Urk. 8/105) hin einzig die Stellungnahmen des RAD vom 28. Juni und 17. Oktober 2010 (Urk. 8/107/2-3 und Urk. 8/115/3) zu den vom Beschwerdeführer mit dem Revisionsbegehren sowie im Rahmen des Vorbescheidverfahrens

eingereichten Arztberichten ein und wies gestützt darauf das Erhöhungsgesuch ab (Urk. 2). Weitere Abklärungen erfolgten nicht.

Es kann offenbleiben, ob unter diesen Umständen die einen höheren materiellen Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verneinende Verfügung vom 24. Oktober 2013 - vom massgeblichen rechtlichen Bedeutungsgehalt her (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 41/06 vom 25. August 2006 E. 3.2) - nicht eine Nichteintretensverfügung mangels glaubhaft gemachter erheblicher Tatsachenänderungen darstellt. Aufgrund der nachfolgenden Erwägungen hätte die Beschwerdegegnerin nämlich jedenfalls auf das Revisionsbegehren eintreten und den Sachverhalt vollständig abklären müssen. 4.2 4.2.1

Laut den Feststellungen im (psychiatrischen) Hauptgutachten des A.____ vom 26. Februar 2010 hatte sich anlässlich der Begutachtung (Februar 2010) erneut das Bild einer rezidivierenden depressiven Störung mit derzeit leichter bis mit telgradiger Ausprägung gezeigt. Ferner sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund seiner Persönlichkeitsstrukturen mit ausgeprägter Zwanghaftigkeit sowie daraus resultierenden dysfunktionalen Verhaltensauffälligkeiten immer wieder zur Selbstüberforderung und damit auch zu depressiven Dekompensationen neige. Zeichen einer hirnganorgisch bedingten Leistungsminde rung nach Langzeitbeatmung hätten sich anlässlich der Begutachtung in der Psychopathologie des Versicherten nicht ergeben, aus rein psychiatrischer Sicht bestehe bei ihm ein eingeschränktes Durchhaltevermögen mit einer Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (Urk. 8/74/21). Im internistisch-gastroenterologischen Teilgutachten des

A.____

vom 15. Februar 2010 (Urk. 8/74/31-38) war unter anderem festgestellt worden, dass die Bauchspeicheldrüsenfunktion voll ständig verschwunden sei und mittels regelmässiger Einnahme von bauchspeicheldrüsenhaltigen Fermenten substituiert werden müsse. Auch müsse regelmässig Insulin gespritzt werden. Beides habe der Beschwerdeführer gut resp. recht gut im Griff. Im Weiteren bestehe eine Magenentleerungsstörung, welche die Blutzuckereinstellung stark erschweren könne und auch zu Blähungen im Bauchraum führe. Auch wegen der einzunehmenden Säureblocker könne es zu Blähungen, Durchfällen und Resorptionsstörungen kommen (Urk. 8/74/36). 4.2.2

Aus dem Austrittsbericht der Privatklinik D.____

vom 28. Juli 2012 (Urk. 8/103/1-5) geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort wegen verstärkter Depression vom 18. Juni bis 28. Juli 2012 zum vierten Mal hospitalisiert war, wobei im Wesentlichen die gleichen Diagnosen erhoben wurden wie im Bericht von Dr. med. H.____ von der Privatklinik D.____ vom 9. Juni 2010 betreffend die (dritte) Hospitalisation vom 25. Mai bis 10. Juli 2010 (Urk. 8/85/3) , namentlich auch eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) . Während Dr. H.____

in diesem Bericht keine – längerfristigen - Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei Klinikauftritt gemacht hatte (vgl. 8/95 S. 21 E. 4.2.4) , kam Dr. I.____ im Austrittsbericht vom 27. Juli 2012

zum Schluss, dass der Beschwerdeführer im bisherigen Beruf – bis auf Weiteres - zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 8/103/3). Sowohl der behandelnde Psychiater Dr. B.____

als auch Hausärztin Dr. F.____

gaben an, dass in der Privatklinik D.____ zwar eine leichte Stabilisierung des psychischen und physischen Gesundheitszustandes habe erreicht werden können, diese aber nicht angehalten habe . Dr. B.____

berichtete am 2. März 2013 und 5. September 2013 von einem stärkeren und generalisierteren Auftreten der Angst-Panikattacken (Herzrasen, Zittern, Schweissausbrüche), von verstärkter Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit , von einem schon bei beginnender Ermüdung verstärkten Verlust der Konzentration und Gedankenkonfusion , von objektiv beobachtbaren Wortfindungsstörungen , ausgeprägten

Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen beim Gehen sowie von einer zunehmenden Gangunsicherheit (Urk. 8/103/6-7 und Urk. 8/114).

Laut den Angaben von Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 22. August 2013 kam es im vergangenen Jahr unter anderem zu zunehmenden Schwierigkeiten der Blutzuckereinstellungen

sowie in den letzten Monaten deutlich vermehrt zu (durch den Gastroenterologen nicht mehr befriedigend therapierbaren) diffusen Magen-Darm-Symptomen, dauernder Nausea sowie Verdauungsstörungen

(Urk. 8/110). 4.2.3

Beruhend auf neuen medizinischen Einschätzungen auf denjenigen Massstäben, auf welche – wie hier (vgl. E. 3.1.3 und E. 3.1.1 zweiter Absatz) - bei der früheren Anspruchsbeurteilung

rechtlich nicht abgestellt wurde, kann auf weitergehende Abklärungen (nur, aber immerhin) solange verzichtet werden, wie aufgrund einer Analyse der neu vorliegenden medizinischen Unterlagen angenommen werden muss, es würden sich lediglich im früheren Verfahren bestehende Unterschiede fortsetzen. Anders verhält es sich, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Einschätzung der behandelnden Ärzte durch neu eingetretene tatsächliche Verhältnisse begründet sein könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 3.3.1 ; vgl. auch vorstehende E. 1.4).

Dies ist vorliegend der Fall. Wohl entsteht der Eindruck, dass die behandelnden Ärzte, welche den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der letztmaligen Überprüfung des Rentenanspruches Ende 2010 abweichend von den Gutachtern des A.____ als viel gravierender eingestuft hatten (vgl. E. 3.1.3), in den aktuellen Berichten teilweise (wiederum) lediglich die subjektiven Verschlechterungsangaben des Beschwerdeführers wiedergegeben haben. Sie haben aber durchaus auch objektivierbare Anhaltspunkte dafür geliefert, dass sich die im Gutachten des A.____ vom 26. Februar 2010 erhobenen Diagnosen in ihrer Intensität und in ihren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere in der angestammten Tätigkeit massgeblich verändert haben könnten. Darauf deutet insbesondere auch der Umstand hin, dass seither offenbar die psychopharmakologische Medikation erhöht wurde

(laut A.____ -Gutachten vom 26. Februar 2010 ; Cymbalta : 3 x 60 mg täglich, Trittico : 2 x 100 mg abends; Lamotrigin : 1 x 75 mg täglich; Temesta

E. 3.2.4

Dr. G.____

hielt in ihrer – vom Beschwerdeführer mit dem Revisionsbegehren vom 27. Mai 2013 eingereichten – „Stellungnahme aus diabetologischer Sicht“ vom 19. April 2013 fest, dass sich die Diabetes-Einstellung als ziemlich schwierig gestaltet : Der Beschwerdeführer weise starke Blutzuckerschwankungen auf, die Blutzuckerwerte könnten in Ruhe recht hoch sein und sanken aber bei plötzlicher Bewegung bis zu heftigen Hypoglykämien ab. So erkläre sich auch, dass der Beschwerdeführer mit einem verhältnismässig hohen Blutzucker aus dem Haus müsse, um unterwegs nicht eine Unterzuckerung zu erleiden. Weiter sei festzuhalten, dass psychische Schwankungen den Blutzucker massgeblich beeinflussten (Urk. 8/103/8).

E. 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).

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