

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00081 vom 24. Januar 2011**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00081](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00081)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00081 du 24 janvier 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00081 del 24 gennaio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 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 Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.3**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht;

vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4) .

Da bei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachver halt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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). 2.

#### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 22. Januar 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 29. Dezember 201

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete in ihrer Verfügung (Urk. 2) die Einstellung der Invalidenrente damit, dass gestützt auf das eingeholte polydisziplinäre Gutachten und die Einschätzung ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) von einer Besserung des Allgemeinzustandes beziehungsweise von einer vollständigen Ausheilung der gesundheitlichen Beschwerden auszugehen sei. Sämtliche Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer wieder zumutbar (S. 1).

#### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, auf das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten könne – aus näher dar gelegten Gründen (vgl. S. 4 ff.) – nicht abgestellt werden. Welche beweismässig relevante Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer invalidisierenden Erkrankung in welchem prozentualen Ausmass vorliege, werde von den Gutachtern nicht ausgeführt. Interpretationsmöglichkeiten würden allesamt zuungunsten des Beschwerdeführers getroffen. Auch die Empfehlung einer stationären Entgiftung und Entwöhnung der Medikamente zeige immer noch eine vorhandene Behandlungsbedürftigkeit. Er sei nach wie vor vollständig arbeitsunfähig in allen Tätigkeiten (S. 7).

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist die Einstellung der Invalidenrente , mithin ob ein Revisionsgrund vorliegt. 3. 3.1

Die mit Verfügung vom 24. Januar 2011 mit Wirkung ab 1. Februar 2007 erfolgte Zusprache einer ganzen Invalidenrente erging im Wesentlichen gestützt auf die folgenden Berichte (vgl. Urk. 6/51) : 3.2

Vom 18. September bis 15. November 2006 liess sich der Beschwerdeführer in der Rehaklinik Y.\_\_\_\_

behandeln, wo er unter anderem neuropsychologisch (Urk. 6/14/20-23) und psychosomatisch (Urk. 6/14/24-26) untersucht wurde. Mit Austrittsbericht vom 4. Dezember 2006 (Urk. 6/14/8-10) nannten die Ärzte die folgenden Diagnosen (S. 1): - traumatische Hirnverletzung mit Subarachnoidalblutung - ausgedehnte Frontobasis - und Mittelgesichtsfraktur - Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten (ICD-10 F43.25) Der Beschwerdeführer sei sieben Monate nach einem Sturz vom Baugerüst mit traumatischer Hirnverletzung und ausgedehnten Gesichtsfrakturen, welche operative Versorgungen erforderten, zur stationären Neuro-Rehabilitation zugewiesen worden. Bei Eintritt seien persistierende starke Kopfschmerzen im Vordergrund gestanden, ferner eine reduzierte psychophysische Belastbarkeit und Lumbalgien. Der Beschwerdeführer habe über häufiges Schwarzwerden vor den Augen, insbesondere beim Aufstehen, berichtet. Bei der klinischen Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf eine fokale Schädigung des zentralen oder peripheren Nervensystems ergeben. Auch bei subjektiv angegebener Hyposmie hätten sich klinisch eher inkonsistente Befunde ergeben. Die neuropsychologische Testbatterie habe eine schmerzbedingte Einschränkung der Kooperations- und Leistungsfähigkeit ergeben. Bei beeinträchtigter Kooperationsbereitschaft, dysphorischer Stimmung unter Leistungsanforderung und kontinuierlichen Angaben von höchsten Schmerzwerten hätten die Testergebnisse keine validen Schlüsse auf den Schweregrad neuropsychologischer Einschränkungen zugelassen (S. 2). Trotz der eingeschränkten Kooperation könne festgehalten werden, dass die Aufnahmefähigkeit für neue Informationen, die Lernfähigkeit und das Frischgedächtnis im sprachlichen und visuell-räumlichen Bereich einigermaßen adäquat seien. In einem psychosomatischen Konsilium sei eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten diagnostiziert worden (S. 3 oben). Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit bestehe eine mindestens leicht bis mittelschwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Als Bauarbeiter sei eine Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht zumutbar, ebenso bestehe keine Arbeitsfähigkeit für andere beruflichen Tätigkeiten (S. 2 Mitte). 3.3

Am 19. Dezember 2006 (Urk. 6/10/1-2) berichteten die Ärzte der Klinik und Poliklinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie, Z.\_\_\_\_, von einem Schädelhirntrauma und Jochbeinfraktur rechts nach Sturz vom Baugerüst am 23. Februar 2006 und erachteten den Beschwerdeführer bis auf Weiteres als zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1). Der Beschwerdeführer weise ein depressives Zustandsbild auf und sei unruhig und klagt über rezidivierende Schwindelattacken, Spannungskopfschmerzen und Konzentrationsstörungen. Aus ihrer Sicht seien die klinische und radiologische Nachkontrolle unauffällig. Bezüglich Prognose stünden die psychische Komponente im Vordergrund und die gelegentlichen Schwindelanfälle im Zentrum des weiteren therapeutischen Geschehens (S. 2). 3.4

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, ergänzte mit Bericht vom 20. Dezember 2006 (Urk. 6/12/1-4) die bekannten Diagnosen um ein chronisches Lumbal- bis Panvertebralsyndrom bei Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dekonditionierung (Ziff. A) und attestierte dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. Februar 2006 (Ziff. B). Hinsichtlich Prognose führte sie aus, diese sei als sehr schwierig zu beurteilen. Der durchgeführte Rehabilitationsaufenthalt habe zu einer

deutlichen Verschlechterung der Symptomatik geführt und aktuell sei kaum eine therapeutische Intervention möglich. Es bleibe zu hoffen, dass die psychiatrische Therapie eine Verbesserung der Situation bringe (Ziff. D). 3.5

Die Ärzte des Psychiatrie-Zentrums A.\_\_\_\_ berichteten am 12. Januar 2007 über die ambulante Behandlung vom 5. bis 12. Januar 2007 (Urk. 6/17/13-15). Die Schlussfolgerungen des psychosomatischen Konsils der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ entsprächen auch ihren Befunden. Der Beschwerdeführer brauche eine engmaschige Tagesstruktur, um eine weitere Chronifizierung der Symptomatik zu vermeiden. Eine Behandlung in ihrem Ambulatorium würde diesen Anforderungen nicht gerecht werden (S. 2). 3.6

Der Beschwerdeführer weilte vom 26. Juli bis 9. August 2007 in der Klinik B.\_\_\_\_ zur stationären Therapie (Behandlungsprogramm für Schmerzkrankte). Die Ärzte berichteten am 22. August 2007 (Urk. 6/24/9-12) von einem Beschwerdeführer, welcher nur für Momente offen und in der Therapie schwierig zu motivieren gewesen sei (S. 3) und dass die Ziele nicht erreicht worden seien (S. 4). 3.7

Die von den Versicherungsmedizinerinnen der Suva, Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 28. Mai 2008 durchgeführte Untersuchung des Beschwerdeführers (Bericht vom 1. Juli 2008, Urk. 6/29/8-35) ergab aus neurologischer Sicht einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz sowie einen Verdacht auf Störung des Geruchssinns. Aus psychiatrischer Sicht liege eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und Sozialverhalten vor. Im Weiteren bestehe aufgrund der vorliegenden Frontalläsion die Diagnose einer organischen Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F07.0). Eine Behandlung des Beschwerdebildes mit tagesstrukturierenden Massnahmen sei dringend indiziert (Urk. 6/29/35). 3.8

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. Januar 2009 (Urk. 6/77/5-7) unter anderem eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2); Differentialdiagnose: organische depressive Störung (ICD-10 F06.32) und empfahlen dem Beschwerdeführer ihr ambulantes Therapiekonzept für Depression und Schädel-Hirntrauma (S. 1 ff.).

Am 30. April 2009 (Urk. 6/42/42-44) ergänzten die Ärzte, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 24. November 2008 bei ihnen in Behandlung (S. 1). Da er nicht zu einer aktiven Teilnahme in der Schmerzgruppe fähig gewesen sei, würden Einzelpsychotherapien durchgeführt (S. 2 am Schluss). 3.9

Die am 18. Mai 2009 von der Suva durchgeführte kreisärztliche Untersuchung (Bericht vom 3. Juni 2009, Urk. 6/38/2-12) ergab eine komplexe Problematik, deren orthopädisch-traumatologischer Anteil nur von untergeordneter Bedeutung sei. Wesentliche und vor allem nachvollziehbare pathologische Befunde hätten nicht erhoben werden können, weshalb eine Beurteilung auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet empfohlen wurde (S. 11 Ziff. 5). 3.10

Die E.\_\_\_\_-Ärzte berichteten der Unfallversicherung am 10. Februar 2010 (Urk. 6/50/23). Als Hauptdiagnose nannten sie erneut eine schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2) und hielten fest, der Beschwerdeführer sei gedanklich an seine starken Einschränkungen und das Erleben der grossen Abhängigkeit sowie an die fast immer anhaltenden Kopfschmerzen sowie den Schwindel gebunden (S. 1). 4. 4.1

Nach Erlass der Rentenverfügung sind im Rahmen der ersten Rentenrevision (vgl. Urk. 6/66) unter anderem folgende Arztberichte eingegangen: 4.2

Die Ärzte des E.\_\_\_\_ hielten in ihrem Bericht vom 14. März 2011 (Urk. 6/80/31-32) an ihrer bislang gestellten Diagnose einer schweren depressiven Episode (ICD-10 F32.2) fest (S. 1) und führten aus, die gegenwärtige Behandlung des Beschwerdeführers bestehe aus ambulanten psychotherapeutischen Sitzungen, welche der Beschwerdeführer liegend verbringe, denn sitzend sei nicht möglich (S. 2). 4.3

Dr. med. F.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, beantwortete die Revisionsfrage der Beschwerdegegnerin mit Bericht vom 5. Juli 2011 (Urk. 6/68/6) dahingehend, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gleichbleibend sei und eine unveränderte Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 1). 5. 5.1

Im vorliegenden Revisionsverfahren sind die folgenden relevanten medizinischen Berichte aktenkundig: 5.2

Dr. F.\_\_\_\_ nannte im Verlaufsbericht Rentenrevision vom 10. November 2016 (Urk. 6/77/1-4) als Diagnose eine schwere depressive Störung (Ziff. 1.2) bei stationärem Gesundheitszustand (Ziff. 1.1). Der Beschwerdeführer sei vollständig in jeglicher Tätigkeit arbeitsunfähig (Ziff. 2.1). 5.3

#### 5.3.1

Am 22. Juni 2017 erstatteten Dr. med.

G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mag. rer. nat. J.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Medizinische Leitung, L.\_\_\_\_, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6/96/3-59). Die Gutachter konnten zusammengefasst keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 52 III. Ziff. 1). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Prädisposition, einen Verdacht auf arterielle Hypertonie, ein Refluxleiden sowie einen Analgetika-Fehlgebrauch mit Analgetika-Cephalgie (S. 52 III. Ziff. 2).

Die Gutachter führten zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen wie auch jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit des allgemeinen Arbeitsmarktes inklusive zeitlichem Verlauf aus, diese sei anhand objektivem klinischem Störungsbefund nicht überwiegend wahrscheinlich als limitiert anzusehen (S. 54 VI. Ziff. 1).

Die Gutachter hielten zur Konsistenz fest, es seien bildmorphologisch gering gradige Kontusionsnarben nach einem Schädelhirntrauma im Jahr 2006 nachweisbar, ein klinisches Defektkorrelat sei als möglich, jedoch angesichts der Befunde nicht als überwiegend wahrscheinlich belegt anzusehen, da erhebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen erhoben worden seien. So wies zum Beispiel die Symptomvalidierung der neuropsychologischen Testung deutlich auf ein verfälschendes Antwortverhalten hin.

Ein wesentlicher Leidensdruck lasse sich aus der wenig intensiven psychiatrischen Therapie nicht ableiten. Ebenso gebe es keinen Anhalt für eine Limitation von Willensbildung und Einsichtsfähigkeit.

Die objektiven Befunde seien mit einer Selbstständigkeit, Selbstversorgung, sozialer Integration und Aktivität vereinbar und sprächen gegen eine namhafte Limitierung der

Ressourcen (S. 53 f. V Ziff. 1-5).

Zur Frage, ob sich der Grad der Arbeitsunfähigkeit seit der letzten Revision verändert habe, und ob es sich hierbei um eine Verbesserung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes handle oder um einen im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustand, dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nur anders beurteilt würden, führte die Gutacht er aus, angesichts des jetzigen psychiatri schen Befunds sei vergleichend mit der vorangehend aktenkundig gestellten und in der Bewertung der Arbeitsfähigkeit bislang führende n Diagnose eines erhebli chen depressiven Syndroms eine Besserung anzunehmen (S. 55 VII. Ziff. 1). 5.3.2

Dr. G.\_\_\_\_ führte in seinem internistischen Teilgutachten aus, der Beschwerdeführer gebe vor, an einer allgemeinen Schwäche, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und dauerhaften Kopfschmerzen sowie auch an einer Leistungsunfähigkeit zu leiden. In der körperlichen Untersuchung zeige sich eine leichte diffuse Druckdolenz im gesamten Abdomen. Am ehesten bestehe hier ein Zusammenhang mit dem Refluxleiden, welches mit Pantozol gut behandelbar sei. Weiter lägen leicht hypertensive Blutwerte vor, die hausärztlich kontrolliert werden sollten. Die Medikamenten-Anamnese mit hohen Dosen von Analgetika spreche für eine Analgetika-Cephalgie. Hier bedürfe es der Entgiftung und Entwöhnung. Es bestehe zudem eine Präadipositas. Auffällig sei eine deutliche Diskrepanz zwischen dem muskulösen Körperbau mit zeitweise nahezu unauffälligem Gangbild und der angegebenen diffusen Kraftlosigkeit. Aus internistischer Sicht sei für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit kein ausreichender Anhalt gegeben und ein solcher werde auch aktenkundig nicht attestiert (S. 21 f. Ziff. 2.1.5). 5.3.3

Dr. M.\_\_\_\_ nannte in seinem neurologischen Teilgutachten als Diagnose eine Analgetika-Cephalgie (S. 27 Ziff. 2.2.3). Er führte aus, der hiesige Befund decke sich insofern mit wiederholten akten dokumentierten Befunden, in welchen eben falls überwiegend keine «wesentlichen und vor allem nachvollziehbaren pathologischen Befunde», «stark demonstratives» und «aggravierende s» Verhalten beschrieben worden sei. In der Magnetresonanztomographie (MRI) stellten sich reizfreie postoperative und posttraumatische Veränderungen im Bereich der Frontobasis rechts sowie ein kleiner kortikaler Strukturdefekt im Gyrus

rectus rechts und anterioren

Gyrus

orbitalis rechts dar. Der weitere kernspintomographische Befund sei ohne namhafte Auffälligkeiten, insbesondere finde sich keine menigeale Kontrastmittelanreicherung (somit kein Hinweis auf ein Liquorunterdrucksyndrom). Es zeigten sich auch keine weiteren posttraumatischen Veränderungen. Für die angegebene Empfindungsstörung der rechten Gesichtshälfte finde sich kein pathomorphologisches Korrelat im zerebralen MRI. Für einen zentralen oder peripher vestibulären Schwindel ergebe sich nach dem klinischen Untersuchungsbefund kein Anhalt für ein Akustikusneurinom oder anderweitige Läsionen, welche einen Schwindel erklären könnten. Die Anamnese sei nicht typisch für eine peripher-vestibuläre Störung. Bei anamnestisch berichteter allgemeiner Schwäche fänden sich keine Atrophien, Reflexauffälligkeiten oder Paresen (S. 28). Die Kriterien eines analgetikainduzierten Kopfschmerzes seien erfüllt. Es erfolge eine leitlinienwidrige Therapie mit kontinuierlicher hochdosierter Analgetikaeinnahme. Aus neurologischer Sicht sei somit eine Entgiftung und Entwöhnung vorrangig notwendig. Das

Kopfschmerzsyndrom begründe somit keine Minderung der Arbeitsfähigkeit (S. 29 oben).

Zusammengefasst sei auf neurologischem Fachgebiet keine Minderung der Arbeitsfähigkeit attestierbar. Ein namhaftes Defektresiduum des stattgehabten schwergradigen Schädelhirntraumas sei bei dem hier erhobenen Bild einer demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden sowie der gezeigten reversiblen Pharmaka-Interferenz nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit abgrenzbar. Die Fehlmedikation sei zwar aktenkundig erkannt, aber die versicherungsmedizinische Konsequenz daraus nicht gezogen worden (S. 29). 5.3.4

Dr. H. \_\_\_ führte in seinem orthopädischen Teilgutachten aus, der Beschwerdeführer klagt über Fersenschmerzen beidseits. Das angefertigte MRI des linken Rückfusses zeige diskrete ödematöse Veränderungen zwischen dem Musculus

abductor

digiti

minimi und dem Musculus

flexor

digitorum

brevis. Dies erkläre die vorgetragene Beschwerden und das demonstrative Gangbild jedoch nicht. Darüber hinaus klagt der Beschwerdeführer über einen generalisierten Ganzkörperschmerz und eine Kraftminderung seit dem Unfall im Jahr 2006. Hierzu erscheint diskrepant, dass keine Inaktivitätsatrophie im Bereich der Muskulatur vorliege. Die mangelnde Compliance bei der körperlichen Untersuchung sei nicht durch eine erkennbare strukturelle orthopädische Läsion zu erklären. Hier sei eine bewusstseinsnahe Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden wahrscheinlich.

Zusammenfassend finde sich kein klinisches Korrelat für die geklagten Beschwerden auf orthopädischem Fachgebiet. Der Beschwerdeführer sei auch nicht als arbeitsunfähig anzusehen (S. 33 Ziff. 2.3.4). 5.3.5

Dr. I. \_\_\_ führte in seinem psychiatrischen Teilgutachten aus, es bestehe kein Anhalt für eine die Arbeitsfähigkeit mindernde Erkrankung im psychiatrischen Fachgebiet (S. 38 Ziff. 2.4.3). Ausweislich des hiesigen AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befundberichtes und deutlich diskrepant zum Beschwerdevortrag seien keine namhaften Beeinträchtigungen zu objektivieren, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit nicht gestört, ein namhaftes depressives Syndrom sei somit nicht zu attestieren. Auch für eine andere psychiatrische Erkrankung fänden sich keine Anhaltspunkte. Eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Trauma folgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung lägen nicht vor. Auch eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht zu diagnostizieren. Ein den Schmerzen zugrundeliegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnetisch nicht herauszuarbeiten. Auch wirke der Beschwerdeführer in und vor allem ausserhalb der formalen Untersuchungssituation nicht namhaft schmerzgeplagt (S. 38 Ziff. 2.4.4). 5.3.6

Die testpsychologische Erhebung von J. \_\_\_

erbrachte formal unterdurchschnittliche Leistungen in den Bereichen des visuellen Gedächtnisses. Das Testverfahren im Bereich des konvergenen Denkens habe gemäss Gutachter abgebrochen werden müssen, da der Beschwerdeführer nicht ausreichend motiviert mitgearbeitet habe. Das Beschwerdevalidierungsverfahren habe deutliche Hinweise auf eine erhebliche Antwortverzerrung (Aggravation, Simulation) erbracht (S. 45 oben Ziff. 2.5.4). Aus dem kortikalen Strukturdefekt resultierende kognitive Einschränkungen hätten sich angesichts der Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Verfälschung methodisch nicht ausreichend abgrenzen lassen. Aktenkundig seien weiter eine traumatisch bedingte Persönlichkeitsveränderung und Verhaltensauffälligkeiten diskutiert worden. Das hier gebotene klinische Bild sei jedoch zumindest ebenso gut einer bewusstseinsnahen Darbietung von Auffälligkeiten geschuldet. Typische Phänomene einer Frontalhirnläsion fehlten jedoch. Eine organische Verhaltens- oder Persönlichkeitsstörung sei also allenfalls als möglich anzusehen. Die bildmorphologisch beschriebenen Läsionen seien zudem ausgedehnt und kämen durchaus auch asymptomatisch vor. Der Bildbefund allein belege also keine klinisch relevante Störung.

Zusammenfassend sei eine hirnorganisch bedingte Störung als möglich, jedoch nicht überwiegend wahrscheinlich anzusehen, mithin sei keine invalidisierende Gesundheitsstörung zu attestieren (S. 45 Ziff. 2.5.4). 5.4

RAD-Arzt Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, erachtete in seiner Stellungnahme vom 28. Juni 2017 (Urk. 6/97/3) das L.\_\_\_\_-Gutachten für beweistauglich. Es bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit seit spätestens 22. Juni 2017, wobei dem Beschwerdeführer jedwede Tätigkeit zumutbar sei. Als medizinische Massnahme sei eine Analgetika-Entgiftung und -Entwöhnung durchzuführen. Anzumerken bleibe, dass erfreulicherweise eine Besserung des Allgemeinzustandes beziehungsweise eine restitutio ad integrum per Gutachterdatum bestätigt worden sei. Überwiegend wahrscheinlich habe diese schon seit langer Zeit bestanden, habe jedoch nun plausibel dargelegt werden können. Eine baldige Arbeitssuche werde empfohlen. 5.5

Am 21. November 2017 (Urk. 6/108) nahmen die Gutachter der L.\_\_\_\_ zum Einwand des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 6/102) Stellung. Es seien keine neuen medizinischen Aspekte und keine neuen Berichte mit abweichenden Befunden oder neuen Erkrankungsdiagnosen vorgelegt worden. Ihre gutachterlichen Erhebungen seien umfänglich und vollständig, vor allem in Hinblick auf die berichteten Beschwerden, ebenso die Befunde und die nachfolgende Diskussion unter Berücksichtigung der Vorberichte (S. 1). 5.6

RAD-Arzt Dr. N.\_\_\_\_ nahm am 4. Dezember 2017 Stellung (Urk. 6/111/3). Er führte aus, es sei unter anderem kritisiert worden, das psychiatrische Gutachten sei nicht ausführlich genug. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass das Gutachten nur deshalb so kurz ausgefallen sei, weil es nichts Signifikantes und von Relevanz zu beschreiben gegeben habe. Auch werde kritisiert, das neurologische Gutachten würde die neurologischen Defizite des Beschwerdeführers nicht ausreichend beschreiben. Nun sei versicherungsmedizinisch davon auszugehen, dass ein gutachterlich zertifizierter Neurologe durchaus im Stande sei, eine derartige, wie vom Beschwerdeführer vorgebrachte, massiv ausgeprägte neurologische Erkrankung zu erkennen und zu beschreiben. Dies auch im zeitlichen Verlauf und nicht nur im Moment. Jedoch sei es bei fehlender Symptomatik unmöglich, eine valide Beschreibung einer nichtexistierenden Erkrankung abzugeben. Daher werde aus versicherungsmedizinischer Sicht empfohlen, weiterhin auf das sehr gute Gutachten und die Stellungnahme des RAD vom 28. Juni 2017 mit den darin formulierten

Empfehlungen abzustellen (S. 1). 6. 6.1

Da im Rahmen der im Mai 2011 eingeleiteten Rentenrevision (vgl. Urk. 6/66) mit am 22. Juli 2011 erfolgter Bestätigung der unveränderten Invalidenrente (Urk. 6/70) keine eingehende materielle Prüfung des Sachverhaltes vorgenommen wurde, indem lediglich Berichte der E.\_\_\_\_ -Ärzte vom 14. März 2011 (vgl. vorstehend 4.2) und des behandelnden Hausarztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2011 (vgl. vorstehend E. 4.3) eingeholt wurden, ist als Vergleichszeitpunkt, ob eine revisionsrelevante Veränderung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist, auf die erstmalige Rentenzusprache abzustellen (vgl. vorstehend E. 1.3 ) . 6.2

Die erstmalige Rentenzusprache mit Verfügung vom 24. Januar 2011 (Urk. 6/ 63 ) stützte sich vor allem auf die Beurteilung der Ärzte der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ vom September und Oktober 2006 (vgl. vorstehend E. 3.2) und der RAD-Einschätzung durch Dr. Wüst von Ende Januar 200

#### **E. 7**

(Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm weiterhin eine angemessene Invalidenrente zuzusprechen. Ferner sei eine ergänzende multidisziplinäre Begutachtung durch die Beschwerdegegnerin durchzuführen sowie die Akten der Suva beizuziehen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 26. Februar 2018 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 21. März 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 8**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 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 Die Vorsitzende i.V. Der Gerichtsschreiber KächBrühwiler

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