

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00385 vom 2. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00385

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00385 du 2 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00385 del 2 settembre 2019

Erwägungen

E. 1

9. Januar 2015 stellte sie die Rente ein (Urk. 8/166). Dagegen erhob der Versicherte Beschwerde und beantragte, die Verfügung sei aufzuheben und es sei festzustellen, dass er weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente habe (Urk. 8/ 167). Mit Urteil vom 4. Februar 2016 im Verfahren IV.2015.00219 hiess das hiesige Gericht die Beschwerde gut (Urk. 8/171) , dies mit der Begründung, eine revisionsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen (S. 12 E. 6.4), und hob die Verfügung vom 19. Februar 2015 auf mit der Feststellung, dass der Versicherte weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente habe (S. 13 Ziff. 1) . 4.%2 Mit Mitteilung vom 14. Dezember 2016 (Urk. 8/190), gewährte die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung , in deren Rahmen

vom 7. März bis 6. Juni 2017 eine arbeits marktliche Massnahme stattfinden sollte

(Urk. 8/202), welche vorzeitig abgebrochen wurde (Urk. 8/209) . Am 11. Oktober 2017 teilte die IV-Stelle mit, dass keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 8/211). Mit Vorbescheid vom 29. Januar 2018 wurde die Beibehaltung der bisherigen halben Rente in Aussicht gestellt (Urk. 8/225). Nach dagegen erhobenen Einwänden des Versicherten (Urk. 8/226) hielt die IV-Stelle mit Verfügung vom 14. März 2018 an der bisher ausgerichteten halben Invalidenrente fest (Urk. 8/229 = Urk.

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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt 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 hin sichtlich 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. 1.5

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) .

Dabei 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 IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt 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. 1.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gege benenfalls 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, wel che Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.7

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, aufgrund der vorhandenen Befunde und Diagnosen sei von keiner Ver schlechterung des Gesundheitszustands gegenüber 2014 auszugehen. Es werde am Entscheid festgehalten, wonach weiterhin Anspruch auf eine halbe IV-Rente bestehe (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), es stehe ihm eine ganze Rente zu, da ihm von seinem behandelnden Psychiater eine 100%ige Arb eitsunfähigkeit attestiert worden sei (S. 2).

E. 2.3

), nachdem das Gericht mit Urteil vom 4. Februar 2016 die Revisionsverfügung vom 19. Februar 2015 (Urk. 8/166) aufgehoben hat (Sachverhalt Ziff. 1.3) . Die Zusprache der halben Rente am

6. Februar 2008 (Urk. 8/94) erfolgte im Wesentlichen gestützt auf die Berichte der Universitätsklinik A. ___ vom Mai 2007 (vorsteh end E. 3.3), Dr. D. ___ vom Mai 2007

(vorstehend E. 3.4) und von Dr. E.____ vom Mai 2007 (vorstehend E. 3.5) . Aus somatischer Sicht wurden insbesondere Schulterschmerzen unklarer Zuordnung, Polyarthralgien der kleinen Fingergelenke, persistierende Knieschmerzen links und ein cervico - und lumbospondylogenes Syndrom linksbetont diagnostiziert.

Aus psychiatrischer Sicht wurden eine depressive Erkrankung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10, F45.4) sowie psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F.45.4) diagnostiziert. In der bisherigen Tätigkeit in der Gastronomie wurde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit, in angepasster Tätigkeit (leichte wechselbelastende Tätigkeiten, überwiegend sitzend, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, ohne Steigen auf Leitern und Gerüste, ohne kniende oder kniebeugende Körperhaltungen) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzugs von 20 % resultierte aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 53 % und somit der Anspruch auf eine halbe Rente. 5.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands stellte die Beschwerdeführerin auf die Stellungnahme der RAD- Ärztin

Dr. J.____ ab (vorstehend E. 4.7).

Als Vergleichszeitpunkt verwies sie fälschlicherweise auf den Zeitpunkt der mit Gerichtsurteil vom 4. Februar 2016 aufgehobenen Verfügung vom Januar 2015, (vorstehend E. 4.3) . Es seien verglichen mit dem letzten Bericht von Dr. E.____ aus dem Jahr 2014 keine neuen Aspekte genannt worden , welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Im Vergleich zu Juli 2013 erfolge eine reduzierte Pharmakotherapie. Eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten Rentenrevision könne nicht festgestellt werden. 5.3

Aus psychiatrischer Sicht wurden von Dr. E.____ im Mai 2007 eine depressive Erkrankung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten , diagnostiziert. Im Dezember 2017 diagnostizierte Dr. E.____ neu eine depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und gleichbleibend wie im Mai 2007 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten . Ging Dr. E.____ im Mai 2007 noch davon aus, dass bei weiterer Stabilisierung eine 50 % ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit möglich sei, hielt er im Dezember 2017 neu fest, er gehe von einer andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit aus. Aktuell besteht lediglich eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und gemäss Dr. E.____ keine schwere depressive Episode wie noch im Mai 2007. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands aus psychiatrischer Sicht ist daher nicht auszumachen, im Gegenteil liesse sich die nun neu diagnostizierte mittelgradige depressive Episode unter Umständen sogar als Verbesserung taxieren. Es ist nicht ersichtlich und wird auch nicht begründet, weshalb der behandelnde Psychiater trotz dieser von ihm festgestellten schwächeren Ausprägung der depressiven Erkrankung nun neu von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit ausgeht. Es bleibt auch auf die

Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). 5.4

Aus somatischer Sicht wurden neu ein Schlafapnoe-Syndrom und rezidivierende Kopfschmerzen respektive Migräne-Kopfschmerzen diagnostiziert, dies bei ansonsten weitgehend gleichbleibenden somatischen Beschwerden.

Das Hinzutreten einer neuen Diagnose stellt nicht per se einen Revisionsgrund dar, weil damit das quantitative Element der (erheblichen) Gesundheitsverschlechterung nicht zwingend ausgewiesen ist (BGE 141 V 9 E. 5.2 mit Hinweisen). Massgebend ist einzig, ob bzw. in welchem Ausmass – unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unabhän glich von der Ätiologie – den medizinischen Akten eine Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_664/2017 vom 25. Januar 2018 E. 9 und 9C_799/2016 vom 21. März 2017 E. 5.2.1 mit weiteren Hinweisen).

Das Hinzutreten der Migräne-Kopfschmerzen sowie des Schlafapnoe-Syndroms begründen für sich alleine keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und stellen daher keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands dar. Das selbe gilt für die nicht näher ausgewiesene Angststörung, die während des Klinikaufenthalts diagnostiziert wurde. Aus dem Austrittsbericht der Klinik (vorstehend E. 4.8) lässt sich keine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ableiten, zumal die Klinik nicht den Auftrag verfolgt, die Arbeitsfähigkeit rechtsverbindlich zu beurteilen. 5.5

Nach dem Gesagten kann festgehalten werden, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands somit weder in psychiatrischer (vorstehend E. 5.3) noch in somatischer Hinsicht (vorstehend E. 5.4) als überwiegend wahrscheinlich nachgewiesen ist. Es liegt keine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund vor, weshalb es beim bisherigen Rechtszustand bleibt. Dementsprechend hat der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente. 6.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtens, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 3

.4

Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht vom 16. Mai 2007 (Urk. 8/80/2-6) aus, dass sie den Versicherten seit 18. November 2005 behandle (Ziff. 4.1), und nannte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1)

die von Dr. Z.____ am 8. Juni 2006 aufgeführten Diagnosen (vorstehend E. 3.1). Seit 4. November 2005 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 3.). Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden (Ziff. 5.2). In welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt eine Erwerbstätigkeit noch zumutbar sei, sei nach Eintreten einer Besserung zu bestimmen (Ziff. 6.2).

E. 3.1

Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik A.____, nannte in seinem Bericht vom 8. Juni 2006 (Urk. 8/80/9-10) über die am 24. Mai 2006 erfolgte Untersuchung, die folgenden Diagnosen (S. 9): - Schulterschmerzen links unklarer Zuordnung - Verdacht auf Scalenusyndrom (Differentialdiagnose, DD, Thoracic outlet syndrom) - Polyarthralgien der kleinen Fingergelenke, betont der PIP-Gelenke - persistierende Knieschmerzen links - Status nach Distorsion des linken Kniegelenks am 2. September 2000 - Status nach arthroskopischer medialer Meniskusrefixation am 7. September 2000 - Status nach vorderer Kreuzband-Plastik mit freiem Ligamentum patellae-Transplantat am 8. November 2000 - Status nach magnetresonanztomographischer Signalalteration ähnlich einer Stressfraktur dorsolateral im Tibiaplateau links mit vollständiger Rückbildung der Signalstörung im MRI vom 6. Dezember 2001 - Status nach arthroskopischem Débridement am 4. September 2002 - Status nach Kniearthroskopie links mit Entfernung von Vernarbungen im Recessus suprapatellaris und Befreiung des Ligamentum intermeniscale am 17. Februar 2003 - cervico- und lumbospondylogenes Syndrom linksbetont - Fehlstatik des Achsen skeletts, Dysbalance der Rumpfmuskulatur - Status nach Teilamputation Dig. II-III des linken Fusses nach Unfall mit Rotationsmesser 1986

E. 3.2

Im Bericht vom 25. April 2007 über die gleichentags erfolgte Untersuchung in der Sprechstunde Obere Extremitäten der B.____ Klinik wurden als Diagnosen ein hochgradiger Verdacht auf eine instabile lange Bicepssehne links sowie eine leichte Tendinopathie (MR-tomografisch) mit bursaseitiger

Aufrauung der distalen Supraspinatussehne links genannt (Urk. 8/80/7-8).

E. 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsklinik A.____, führte in seinem Bericht vom 15. Mai 2007 (Urk. 8/82) aus, er habe den Versicherten vom 29. Februar bis 24. Mai 2006 ambulant behandelt (S. 8 Ad. 4.1), und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 7 f. Ad. 2.1): - persistierende Knieschmerzen links - Notch-Impingement nach vorderer Kreuzband-Rekonstruktion des linken Knies mit Ligamentum patellae

November 2010 auswärts - Fibrose im Recessus suprapatellaris und im vorderen Kompartiment des linken Knies bei Status nach vorderer Kreuzband-Plastik des linken Knies November 2010 auswärts und erstem arthroskopischen Débridement am 4. September 2002 Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Teilamputation Dig. II-III des linken Fusses nach einem Unfall mit einem Rotationsmesser 1986 und eine Allergie auf Acetylsalicylsäure (S. 8 Ad. 2.2). Beim Versicherten bestünden unklare Schulterschmerzen der linken oberen Extremität. Bei positivem Ansprechen der Schulterbeschwerden auf die physiotherapeutische Behandlung werde eine Möglichkeit gesehen, die Beschwerden im Verlauf zu verringern. Eine wesentliche Befundänderung sei jedoch nicht zu erwarten (S. 9 Ad. 4.).

E. 3.5

) nannte in seinem Bericht vom 27. April 2010 (Urk. 8/117) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten ICD-10 F54) - anamnestisch Schlaf-Apnoe-Syndrom - rezidivierende Kopfschmerzen Es bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % für leichte Arbeit ohne Stress. Wegen der Beschwerden in den Knien und der Schulter sei eine schwer körperliche Arbeit nicht möglich. Der Versicherte arbeite bereits zu 40 % im Gastgewerbe, allerdings im Office, wo er sehr flexibel sein könne und habe in einem Freund einen verständnisvollen Arbeitgeber gefunden, bei welchem er bei stärkeren Beschwerden Pausen machen oder auch tageweise nicht arbeiten könne (S. 1 oben). Die gesundheitliche Situation habe sich unter der Behandlung im Laufe der Jahre 2008/2009 stabilisiert, so dass der Versicherte Mitte 2008 wieder stundenweise im Gastgewerbe habe arbeiten können. Der Wiedereinstieg ins Arbeitsleben sei sehr schwer gewesen. Wiederholt sei es zu Arbeitsunfähigkeit aus somatischen Gründen und im Verlauf immer wieder zu psychischen Krisen mit jeweils erneutem Aufflammen der initialen Symptomatik gekommen (Ziff. 1.4). Es handle sich um eine chronische Erkrankung. Durch die Weiterführung der Behandlung hoffe Dr. E.____, dass der Versicherte das gegenwärtige Leistungsniveau mit weniger Krisen/Unterbrüchen halten könne. Mit einer wesentlichen Steigerung der Leistungsfähigkeit rechne er nicht (S. 3 unten). Es bestehe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit als Gastronomiefachmann (Ziff. 1.6). Jeglicher Stress, jede Belastung sei zu vermeiden, da ansonsten rasch eine Krise mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit folge (S. 5 oben).

E. 3.6

) beurteilte Arbeitsfähigkeit ab. Dem Versicherten sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Für die Ermittlung des Valideneinkommens stütze sie sich auf das vom Beschwerdeführer erzielte Einkommen unter Berücksichtigung der Einkommensentwicklung. Das Invalideneinkommen errechnete sie anhand des Tabellenlohns des Bundesamts für Statistik für Hilfsarbeiten. Da nur leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, ausgeübt werden sollten, verringere sich das Invalideneinkommen um 20 %.

Im Ergebnis errechnete sie einen Invaliditätsgrad von 55 % und sprach dem Versicherten eine halbe Rente mit Wirkung ab November 2006 zu (Urk. 8/92 S. 1 f.).

E. 3.7

Die IV-Stelle stellte auf die vom behandelnden Psychiater Dr. E.____ (vorstehend E.

E. 3.8

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) nannte in ihrem Bericht vom 12. April 2010 (Urk. 8/116) die gleichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1) wie in ihrem Bericht vom 16. Mai 2007 (vorstehend E. 3.4) und im Bericht von Dr. Z.____ vom 8. Juni 2006 (vorstehend E. 3.1).

Seit 2008 bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Der Versicherte könne nicht Treppen steigen oder lange Strecken gehen. Die bisherige Tätigkeit sei ihm noch zu 50 % zumutbar (Ziff. 1.7). Ob mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne, könne erst nach Eintreten einer Besserung bestimmt werden (Ziff. 1.8).

E. 3.9

Dr. E.____ (vorstehend E .

E. 3.10

Die IV-Stelle stellte auf die bei Dr. D.____ und Dr. E.____ eingeholten Arztberichte ab (vorstehend E . 3.8 und E. 3.9)

und erachtete den Gesundheitszustand des Versicherten als unverändert, weshalb kein neuer Einkommensvergleich nötig sei (Urk. 8/118 S. 1 unten). Am 5. Mai 2010 (Urk. 8/119) teilte sie dem Versicherten mit, dass weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente bestehe (S. 1 oben). 4. 4.1

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.5) nannte in seinem Verlaufsbericht vom 18. Juli 2013 (Urk. 8/131) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) - anamnestisch Schlaf-Apnoe-Syndrom - rezidivierende Kopfschmerzen Es bestehe eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % für leichte Arbeit ohne Stress. Wegen der Beschwerden in den Knien und der Schulter sei eine schwere körperliche Arbeit nicht möglich. Der Versicherte arbeite bereits zu 40 % im Gastgewerbe, allerdings im Office, wo er sehr flexibel sein könne und habe in einem Freund einen verständnisvollen Arbeitgeber gefunden, bei welchem er bei stärkeren Beschwerden Pausen machen oder auch tageweise nicht arbeiten könne (S. 1 oben). Auch in der Zwischenzeit sei es immer wieder zu mittelschweren bis schweren depressiven Phasen und/oder Phasen mit verstärkten somatischen Beschwerden mit entsprechenden Abklärungen gekommen (Ziff. 1.4) . Es handle sich um eine chronische Erkrankung. Durch die Weiterführung der Behandlung hoffe Dr. E.____ , dass der Versicherte das gegenwärtige Leistungsniveau mit weniger Krisen/Unterbrüchen halten könne. Mit einer wesentlichen Steigerung der Leistungsfähigkeit rechne er nicht (S. 2 unten). Es bestehe eine 40%ige Arbeitsfähigkeit als Gastronomiefachmann (Ziff. 1.6). Jeglicher Stress, jede Belastung sei zu vermeiden, da ansonsten rasch eine Krise mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit folge (S. 4 oben). 4.2

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) nannte in ihrem Verlaufsbericht vom 28. August 2013 (Urk. 8/134) die folgenden neu hinzugetretenen Diagnosen (Ziff. 2): - Status nach Auffahrunfall am 24. August 2012 - Status nach Commotio cerebri, cervikokraniales Beschleunigungstrauma Grad II, LWS-Kontusion Ob mit einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden könne , sei nach Eintreten einer Besserung zu bestimmen (Ziff. 1.9). 4.3

Am 12. Juli 2014 erstatteten Dr. med. G.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , und Dr. med. H.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie , ein psychiatrisches (Urk. 8/145) und rheumatologisches (Urk. 8/146) Gutachten sowie eine interdisziplinäre Beurteilung (Urk. 8/145/15-16) im Auftrag der Beschwerdegegnerin. Mit Urteil vom 4. Februar 2016 (Urk. 8/171) entschied das hiesige Gericht, darauf könne nicht abgestellt werden (S. 12 E. 6.4), weshalb sich nähere Angaben dazu hier erübrigen. 4.4

Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , nannte in seinem Bericht vom 10. November 2014 (Urk. 8/167/12-15) zur Untersuchung vom 8. November 2014 die folgenden Diagnosen (S. 12 oben): - Klinisch Schulterinstabilität links - Ruptur anteriores Labrum (MRI vom 28. Februar 2007) - Riss mittleres glenohumerales Band - Knieschmerz links, Streckdefizit mit

Notching 2014 - Status nach Kniearthroskopie am 2. September 2000 - Status nach arthroskopischer Meniskusfixation medial am 7. September 2000 - Status nach vorderer Kreuzband-Plastik am 8. November 2000 - Status nach arthroskopischem Débridement am 4. September 2002 - Status nach Kniearthroskopie und Entfernung von Vernarbungen am 17. Februar 2003 - Lumbalgie, Nacken- und Kopfschmerzen - Streckhaltung der Halswirbelsäule - Autounfall mit Kopfanprall am 24. August 2012 Da eine vollständige Luxation offenbar nie stattgefunden habe, bestehe zwar kaum mehr Hoffnung, dass muskulär stabilisiert werden könne, so dass eine volle Belastbarkeit des rechten Armes resultiere, es müsse aber auch keine Zunahme der Beschwerden befürchtet werden. Insgesamt könnten das linke Bein und der linke Arm nur beschränkt lange belastet werden, weshalb eine Arbeit als Kellner denkbar ungeeignet sei (S. 14 unten). Die Arbeit am Buffet sei besser geeignet. Glaubhaft ermüde ten aber der Arm bei einer solchen Tätigkeit und wegen der Subluxation auch die Finger, weshalb eine zeitliche Einschränkung resultiere (S. 15 oben). 4.5

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.4) nannte in ihrem Verlaufsbericht vom 30. November 2017 (Urk. 8/218) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Depression sowie eine Hypertonie (Ziff. 1.2). Es bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit von 100% (Ziff. 2.1) und die Prognose sei ungünstig (Ziff. 3.3). 4.6

Dr. E.____ (vorstehend E. 3.5) nannte in seinem Verlaufsbericht vom 11. Dezember 2017 (Urk. 8/221)

die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - psychische Faktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) - anamnestisch Schlaf-Apnoe-Syndrom - rezidivierende Kopfschmerzen Der Beschwerdeführer sei sowohl in der bisherigen als auch in angepasster Tätigkeit zu 100% arbeitsunfähig (Ziff. 2.1). Es handle sich um eine komplexe, chronische Erkrankung mit zunehmender Symptomatik und stetiger Abnahme der Belastbarkeit und Stresstoleranz. Er werde immer mehr nur noch im geschützten Rahmen tätig sein. Dr. E.____ gehe davon aus, dass der Patient andauernd zu 100% arbeitsunfähig bleiben werde (Ziff. 3.3). Trotz ununterbrochener Behandlung zeige sich eine stetige Verschlechterung des Befindens, der Stresstoleranz, der Belastbarkeit und der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.1). 4.7

Dipl.-Med. J.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Gesundheitswesen, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2018 (Urk. 8/224/2-3) aus, es seien dem letzten Arztbericht des behandelnden Psychiaters (vgl. vorstehend E. 4.6) verglichen mit dem letzten Bericht aus dem Jahr 2014 (vgl. vorstehend E. 4.1) keine neuen Aspekte zu entnehmen, welche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würden. Es erfolge eine im Vergleich zu Juli 2013 reduzierte Pharmakotherapie. Die monatlichen Arzttermine seien beibehalten worden. Ein stationärer Aufenthalt sei den Unterlagen zufolge zu keinem Zeitpunkt, weder aktuell, noch bei Rentenzusprache erfolgt. Eine Therapieresistenz, welche eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde, sei daher nicht nachgewiesen. Zusammenfassend könne eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustands im Vergleich zur letzten Rentenrevision nicht festgestellt werden (S. 3). 4.8

Die Fachpersonen der Klinik K.____ führten in ihrem Austrittsbericht vom 16. Juli 2019 (Urk. 14) aus, dass sie den Beschwerdeführer von 23. April bis 20. Juni 2019 stationär behandelten, und nannten die folgenden Diagnosen (S. 1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) - Angststörung, nicht näher bezeichnet (ICD-10 F41.9) - Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0) - chronifizierte Knieschmerzen - bei Status nach Operationen in den Jahren 2000, 2001, 2003, 2004 - schwere, gemischte Schlafapnoe, Erstdiagnose im Mai 2019 - Migräne-Kopfschmerzen unklarer Genese, neurologisch abgeklärt - Hypercholesterinämie - Vitamin-D Mangel und Folsäurenmangel, substituiert Zur Angststörung äusserten sie sich dahingehend, dass der Beschwerdeführer ängstliche Symptome aufweise, die Kriterien einer bestimmten Diagnose (z.B. generalisierte Angststörung, Panikstörung) aber nicht erfülle (S. 2 unten). Es bestehe weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5 oben). 5. 5 .1

Der für die Revision massgebliche zeitliche Referenzpunkt ist 2008, da zu diesem Zeitpunkt die letzte rechtskräftige Verfügung erging, welche auf einer vollumfänglichen materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (vgl. vorstehend E).

E. 7

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis

IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Milosav Milovanovic - 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 Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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