

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00836 vom 3. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00836

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00836 du 3 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00836 del 3 agosto 2020

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

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1. 3

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). 1. 4

Revisionsrechtlich massgebend ist, ob im gesamten Vergleichszeitraum

eine anspruchserhebliche Tatsachenänderung eingetreten ist oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_66/2020 vom 9. Juni 2020

E. 4.1). Dafür ist grundsätzlich das gesamte anspruchserhebliche Tatsachenspektrum massgebend. Mithin kann bereits eine einzelne diesbezügliche Tatsachenänderung für eine Neufestsetzung der Rente genügen (Urteile des Bundesgerichts 9C_852/2018 vom 5. März 2019 E. 3, 9C_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 5). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, eine Verschlechterung oder Veränderung des Gesundheitszustandes sei nicht ausgewiesen, aus medizinischer Sicht habe keine langandauernde gesundheitliche Einschränkung festgestellt werden können (S. 1). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seine bestehenden Beschwerden hätten sich in näher dargelegter Hinsicht verschlechtert (S. 11 ff. Ziff. 17 ff.) und es seien neue hinzugetreten (S. 14 ff. Ziff. 25 ff.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob sich der Gesundheitszustand seit der letzten Anspruchsprüfung im Juli 2014 anspruchrelevant verändert hat, und ob diesbezüglich der Sachverhalt hinreichend abgeklärt ist. 3.

3.1

Die rentenablehnende Verfügung vom 3. September 2009 (Urk.

E. 6

im Verfahren Nr. IV.2014.00903 (Urk. 7/283) bestätigt.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220. (zuzüglich

Mehrwertsteuer) ermessenweise auf Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 22. Oktober 2019 aufgehoben und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Susanne Friedauer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

E. 7

/245), worin eine seit Jahren in Remission befindliche rheumatoide Arthritis und ein Status nach Hammerschlag-Verletzung des palmaren Handgelenkes links am 21.

Mai 2007 diagnostiziert wurden (S. 81 Ziff. 9.1) und für eine angepasste, handschonende Tätigkeit mit seltenem Hantieren von Lasten bis zu 10 kg eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestiert wurde (S. 85 Ziff. 11.4)

Das hiesige Gericht bestätigte mit Urteil vom 11. Januar 2016 (Urk. 7/283), dass sich der Gesundheitszustand seit der letzten Anspruchsprüfung nicht wesentlich verschlechtert habe (S. 19 E. 5.6). 4. 4.1

Dr. med.

A.____, Facharzt für Chirurgie, nannte mit Bericht vom 7. September 2016 (Urk. 7/286/9-11) folgende Diagnose (S. 1): - Kniegelenksverletzung rechts vom 22. Oktober 2014 mit - verheilter Impressionsfraktur des medialen Tibiaplateaus - aktuell

osteochondralem Defekt im medialen Tibiaplateau

Er führte aus, er habe dem Patienten eine bilanzierende Kniegelenksarthroskopie empfohlen (S. 2 unten).

Am 8. Dezember 2016 wurde der genannte Eingriff durchgeführt (Urk. 7/286/14 15 = Urk. 7/303/11-12, vgl.

Urk. 7/303/9-10) .

4.2

Dr. med.

B.____, Facharzt für Rheumatologie, C.____,

der den Beschwerdeführer seit November 2008 behandelt (Urk. 7/49 Ziff. 1.2), nannte mit Bericht vom 1 5. August 2017 (Urk. 7/286/41-43) die folgenden, hier verkürzt an geführten Diagnosen (S. 1 f.): - arthroskopisches Anbohren mediales Tibiaplateau mit subchondraler Spongiosaplastik am 8. Dezember 2016 - Verdacht auf subfibulares

Impingement mit zystischer Stressreaktion Processus

lateralis

tali rechts - Residualzustand nach medialer Tibiafraktur rechts bei Stolpersturz am 2 2.

Oktober 2014 - rheumatoide Arthritis, Erstdiagnose (ED) Januar 2009 -

Hammerschlagverletzung linke Hand vom 2 1. Mai 2007 - längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung - Tendovaginitis d e Quervain rechts - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus 24 packyears (py) - Penicillinallergie

Er führte aus, insgesamt zeige sich ein sehr guter Verlauf (der rheumatoiden Arthritis) ohne Entzündungsmanifestationen im Bereich der Gelenke (S. 2 unten). 4.3

Laut provisorischem Austrittsbericht vom 1 1. Januar 2018 (Urk. 7/303/13-17) war der

Beschwerdeführer vom 3 1. Dezember 2017 bis 1 1. Januar 2018 im D.____, E.____,

hospitalisiert (S. 1 Mitte). Es wurden - unter anderem - die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen genannt (S. 1 f.): - schwere Mitralklappen-Insuffizienz - koronare 1-Gefässerkrankung, ED 3 1. Dezember 2017 - aktuell subakuter NSTEMI

(Myokardinfarkt) 3 1. Dezember 2017 - Verdacht auf Community Acquired Pneumonie, ED 1. Januar 2018 - rheumatoide Arthritis (ED 2008) - rezidivierende depressive Episoden

Laut Austrittsbericht vom 2 2. März 2018 (Urk. 7/286/19-22 = Urk. 7/286/26-29) war der

Beschwerdeführer vom 1 2. bis 2 2. März 2018 im D.____ des E.____ hospitalisiert (S. 1

Mitte). Laut Bericht vom 1 5. März 2018 (Urk. 7/286/16-18 = Urk. 7/286/30-32) erlitt er am 1 4. Februar 2018 erneut einen schweren Myokard infarkt (MI) , worauf am 1 5. März 2018 eine Re-Operation (Mitralklappenersatz) erfolgte S. 1 Mitte, S. 2 Mitte). 4.4

Dr. B.____ (vorstehend E. 4.2) führte mit Bericht vom 3. Juli 2018 (Urk. 7/286/23 25) aus, es zeige sich aktuell keine wesentliche Entzündungsma nifestation (S. 3 oben).

Dr. med. F.____, Praktischer Arzt, führte mit Bericht vom 2 0. Juli 20 18 (7/286/2 6) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 2. Oktober 2009 (Ziff. 1.1) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 2009 (Ziff. 1.3). Die Prognose bezeichnete er mit dem Hinweis auf komplexe Krankheitsbilder und Unfall folgen als eher schlecht (Ziff. 2.7). 4.5

Mit Bericht vom

14. Juni 2018 (Urk. 7/295/11 = Urk. 7/309/1) wurde ausgeführt, es sei mit dem Beschwerdeführer im D.____ des E.____ das weitere Vorgehen bezüglich des atypischen, immer noch bestehenden Vorhofflatterns besprochen und eine Katheter-gestützte Ablation dieser Rhythmusstörung in Aussicht genommen worden.

Laut Bericht vom 15. August 2018 (Urk. 7/295/8-10) wurde der Beschwerdeführer im D.____ des E.____ nach Abschluss eines 12-wöchigen kardialen Rehabilitationstrainings, an dem er regelmässig und motiviert teilgenommen habe, untersucht (S. 2 Mitte).

Am 31. August 2018 erfolgte im D.____ des E.____ der Eingriff zur Ablation der atrialen Tachykardie (Urk. 7/295/6-7 = Urk. 7/309/41-42 , Urk. 7/295/1-5 = Urk. 7/309/36-40) .
4.6

Laut Austrittsbericht vom 10. Dezember 2018 (Urk. 7/301 = Urk. 7/303/3-8 = Urk. 7/306/4-9 = Urk. 7/309/28-33)

war der Beschwerdeführer vom 25. November bis 10. Dezember 2018 in der Klinik für Neurologie des E.____ hospitalisiert (S. 1 Mitte), dies nach einer intrazerebralen Blutung parietal rechts mit Erstmanifestation (EM) am 23. November 2018 und Erstdiagnose am 25. November 2018 (S. 1 Ziff. 1). Ein neurochirurgisches Konsilium am 25. November 2018 (Urk. 7/309/2-3 = Urk. 7/309/4-5 = Urk. 7/309/6-7)

ergab, dass keine notfallmässige neurochirurgische Interventionsindikation bestehe (S. 2 unten Ziff. 1). Am 10. Dezember 2018 trat der Beschwerdeführer eine Neurorehabilitation an, über die nicht berichtet werden konnte, weil er am Eintrittstag bereits wieder austrat (vgl. Urk. 7/311).
4.7

Mit Bericht vom 24. Januar 2019 über die im D.____ des E.____ erfolgte Verlaufskontrolle (Urk. 7/309/24-27) wurde ausgeführt, aus kardialer Sicht berichtete der Patient über gutes Wohlbefinden (S. 2 Mitte).

Am 1. Februar 2019 erfolgte eine Untersuchung (Perimetrie) in der Augenklinik des E.____ (Urk. 7/309/19-21) . Laut Formularbericht vom 26. Juni 2019 wurde dabei keine augenärztlichen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 7/310 Ziff. 2.5).
4.8

Dr. A.____ (vorstehend E. 4.1) führte mit Bericht vom 11. Februar 2019 (Urk.

7/303/1-2) aus, der Beschwerdeführer sei seit August 2016 wegen einer Kniegelenksverletzung rechts vom Oktober 2014 in Behandlung. Ferner bestehe ein Status nach einer Sprunggelenksverletzung aus dem Jahr 2011. Sowohl am Kniegelenk als auch am Sprunggelenk hätten sich Knorpelschäden gefunden. Diese seien am 8. Dezember 2016 arthroskopisch operiert worden. Zurzeit finde sich eine deutliche Besserung der Situation. Am Kniegelenk verspüre der Patient nur noch wenig Schmerzen, am Sprunggelenk komme es immer wieder zum belastungsabhängigen Auftreten von Schmerzen (S. 1).
4.9

Dr. med. G.____ , Assistenzarzt Kardiologie, D.____ des E.____ , führte im Kostengutsprachege such vom 6. März 2019 (Urk. 7/309/17-18) zur Begründung aus, ein entsprechendes Gesuch sei bereits am 17. September 2018 positiv beantwortet worden. Leider sei der Patient in der Zwischenzeit schwer erkrankt und habe daher die Rehabilitation nicht antreten können. Jetzt sei er erfreulicherweise so weit genesen, dass er

das kardiale Rehabilitationsprogramm in Angriff nehmen könne (S. 2 Mitte). 4.10

Dr. B.____ (vorstehend E. 4.2) nannte mit Bericht vom 1 2. März 2019 (Urk. 7/304 = 7/306/1-3) die folgenden, hier verkürzt angeführten Diagnosen (S. 1 f.): - rheumatoide Arthritis, ED Januar 2009 - intrazerebrale Blutung parietal rechts, ED 2 5. November 2018 - Vorhofflattern, ED 1 6. Februar 2018 - erfolgreiche Elektroablation am 3 1. August 2018 - koronare Eingefässerkrankung , ED 3 1. Dezember 2017 - Status nach subakutem NSTEMI am 3 1. Dezember 2017, 2 x Stenting mit gutem Resultat - schwere Mitralklappeninsuffizienz nach Myokardinfarkt: Mitralklap penersatz 1 5. März 2018 (E.____) - arthroskopisches Anbohren mediales Tibiaplateau mit subchondraler

Spongiosaplastik am 8. Dezember 2016 - Verdacht auf subfibulares

Impingement mit zystischer Stressreaktion Processus

lateralis

tali rechts - Residualzustand nach medialer Tibiafraktur rechts bei Stolpersturz am 2 2. Oktober 2014 - Hammerschlagverletzung linke Hand vom 2 1. Mai 2007 - längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung - Tendovaginitis de Quervain rechts - arterielle Hypertonie - Hypercholesterinämie - Nikotinabusus 24 py - Penicillinallergie

Dr. B.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei seit 2009, als er sich bei einem Arbeitsunfall das linke Handgelenk verletzt habe, nicht erwerbstätig. Da in letzter Zeit zusätzliche Erkrankungen aufgetreten seien, welche verschiedene Organ systeme betreffen, bestehe seines Erachtens die Notwendigkeit einer interdisziplinären Begutachtung (S. 2 unten). 4.11

Laut Bericht vom 1 5. April 2019 über die in der Klinik für Neurologie des E.____ erfolgte Kontrolluntersuchung (Urk. 7/309/13-16) , berichte der Beschwerdeführer über eine gute Rückbildung der Residualsymptomatik nach der intrakraniellen Blutung vom 2 3. November 2018 (S. 3 oben). 4.12

Die Ärzte der Klinik für Gefäßchirurgie des E.____ führten mit Bericht vom 1 4. Juni 2019 (Urk. 7/309/8-11) aus, der Patient sei bei Verdacht auf ein Aortenaneurysma vom Hausarzt zugewiesen und in der viszeralchirurgischen Sprechstunde unter sucht worden. Er habe selber keine Beschwerden bemerkt, nur eine Auswölbung im Epigastrium verspürt. Ansonsten sei er wohl auf und beklage keine wesentliche Leistungsminderung im Alltag (S. 2 Mitte). Eine aneurysmatische Erweiterung bei normalkalibriger Aorta sei in einer so kurzen Zeit sehr unwahrscheinlich (S. 3 unten). 4.13

Am 2 4. Juli 2019 erstattete Dr. Dr. med. H.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), eine Beurteilung

(Urk. 7/312 S.

E. 9

f.) . Er nannte zusammenfassend aus neurologischer Sicht eine intrazerebrale Blutung rechts (Erstdiagnose 2 5. November 2018) unter doppelter Antikoagulation, gefolgt von einer Komplexbehandlung Schlaganfall im Stroke zentrum . Eine Neurorehabilitation sei bereits am Aufnahmetag abgebrochen worden. Im Verlaufs-CT habe sich keine neue intrakranielle Blutung gezeigt . Kardio logisch bestehe eine gute Funktion und das Vorhof-Flattern sei

am 31. August 2018 erfolgreich behandelt worden. Ophthalmologisch seien keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden (S. 10 Mitte) .

Gesamthaft sei damit nur jeweils eine kurzdauernde Arbeitsunfähigkeit infolge intrazerebraler Blutung und kardiale Interventionen anzunehmen. Eine neurologische Reha sei am Aufnahmetag abgebrochen worden (S. 10 unten). 5. 5.1

Bei der Anspruchsprüfung im Juli 2014 lagen (wie schon 2009) in diagnostischer Hinsicht eine rheumatoide Arthritis und ein Status nach Hammerschlagverletzung der linken Hand vor (vorstehend E. 3.2).

Im Oktober 2014 kam es zu einer Tibiafraktur rechts mit osteochondralen Defekten, die im Dezember 2016 operativ angegangen wurden (vorstehend E. 4.1). Im August 2017 wurden unter anderem (neu) eine längere depressive Reaktion im Rahmen einer Anpassungsstörung und eine Tendovaginitis de Quervain rechts diagnostiziert (vorstehend E. 4.2). Am 31. Dezember 2017 und am 14. Februar 2018 erlitt der Beschwerdeführer einen Myokardinfarkt (vorstehend E. 4.3). Am 31. August 2018 wurde ein neu diagnostizierte s Vorhof-Flattern (erfolgreich) operativ angegangen (vorstehend E. 4.5). Im November 2018 trat eine intrazerebrale Blutung auf (vorstehend E. 4.6). Aus einem im März 2019 erneuerten Kostengutsprache gesuch für eine kardiale Rehabilitation (vorstehend E. 4.9) ist zu schliessen, dass eine solche noch ausstehend ist oder zumindest war. 5.2

Die RAD-Feststellung, aufgrund der genannten Beeinträchtigungen habe sich jeweils nur eine kurzzeitige Arbeitsunfähigkeit ergeben (vorstehend E. 4.13), greift vor diesem Hintergrund zu kurz und lässt sich überdies auch aktenmässig gar nicht belegen, da in den Behandlungsberichten auf die Arbeitsfähigkeit weder in der angestammten Tätigkeit noch einer angepassten Tätigkeit näher eingegangen wurde. 5.3

Vielmehr ist festzuhalten, dass die genannten Beeinträchtigungen über den gesamten Vergleichszeitraum von Juli 2014 bis Oktober 2019 hinweg teils konsektiv, teils überlappend aufgetreten sind und durchaus geeignet erscheinen, auf eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustands hinzuweisen (vgl. vorstehend E. 1.3) . Ferner steht weder fest, welche dieser Beeinträchtigungen im Verfügungszeitpunkt noch andauerten, noch wie sie sich - allenfalls in wechsel seitiger Beeinflussung - auf die Arbeitsfähigkeit auswirken.

Der Sachverhalt erweist sich mithin als nicht hinreichend abgeklärt, womit die angefochtene Verfügung - in Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde - aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit sie den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitverlauf und im Verfügungszeitpunkt in geeigneter Weise abkläre und erneut verfüge. 6.

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