

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00599 vom 11. Oktober 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-10-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00599](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00599)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00599 du 11 octobre 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00599 del 11 ottobre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

.3

Mit Bericht vom 25. Januar 2007 informierten die behandelnden Ärzte der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ die IV-Stelle über den Gesundheitszustand des Versicherten (Urk. 12/51), was die se als Neuanmeldung entgegennahm. Dr.

med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, erstattete am 14. März 2008 ein orthopädisches

Gutachten (Urk. 12/72). Im Rahmen des Einwandverfahrens gab die IV-Stelle beim medizinischen Gutachtenzentrum B.\_\_\_\_

ein Gutachten in den Disziplinen Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag (Gutachten vom 24. März 2011 [Urk. 12/129]). Am 9. August 2011 trat der Versicherte ein Arbeits training an (Urk. 12/144), welches am 26. August 2011 vorzeitig beendet wurde (Urk. 12/150). Mit Verfügung vom 28. November 2011 sprach die IV-Stelle dem Versicherten ab dem 1. Mai 2008 eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Invaliditätsgrad: 55 %; Urk. 12/163-164).

#### **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 (Art. 6 ATSG) 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. 1.3.1**

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 Zusprennung 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 Aufgabenbereich 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). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 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; Urteil des Bundesgerichts 8C\_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

### **E. 1.3.2**

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).

Die Heranziehung eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, die in Anbetracht von möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen. Unter einer Sachverhaltsabklärung im Sinne von BGE 133 V 108 muss eine Abklärung verstanden werden, die – wenn sie inhaltlich zu einem anderen Ergebnis führt – geeignet ist, eine Rentenerhöhung, -herabsetzung oder

-aufhebung zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_527/2018 vom 1. April 2019 E. 5.1.1).

#### **E. 1.4**

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b / ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 ).

#### **E. 1.5**

Am 13. September 2019 (Eingangsdatum IV-Stelle) ersuchte

der Versicherte, vertreten durch das Sozialamt seiner Wohngemeinde, um Neubeurteilung seines Rentenanspruchs (Urk. 12/ 228 ). Die IV-Stelle trat auf das Gesuch ein (Urk. 12/232) , holte diverse Arztberichte ein (Urk. 12/234-241, Urk. 12/246) und legte das Dossier ihrem regionalen ärztlichen Dienst (RAD) zur Stellungnahme vor (Stellungnahme Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie , vom 9. April 2020 [Urk. 12/248/4]). Mit Verfügung vom 14. Juli 2020 wies die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch des Versicherten – wie vorbeschrieben (Urk. 12/249) – ab (Urk. 2 = Urk. 12/253).

#### **E. 2**

IVG).

##### **E. 2.1**

Die IV-Stelle führte zur Begründung ihres Entscheides aus, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verglichen mit den Arztberichten und den 2016 gutachterlich festgestellten Diagnosen trotz Beschwerden nicht verändert hätten. Im Bericht des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 27. November 2019 werde festgehalten, dass sämtliche durchgeführten Untersuchungen normwertig ausgefallen seien. Die Pumpfunktion des Herzens werde vermindert zu den Voruntersuchungen angegeben, der Wert sei jedoch noch im Normbereich. Bezüglich der Niere werde im Bericht des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 festgehalten , dass sich erfreulicherweise weiterhin eine Tumorrezidivfreiheit vier Jahre nach Nephrektomie rechts gezeigt habe. In psychiatrischer Hinsicht würden im Bericht der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 keine neuen Befunde oder Diagnosen aufgeführt, die nicht schon bekannt gewesen seien. Da in sämtlichen medizinischen Berichten keine Verschlechterung habe ausgewiesen werden können, habe der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 2 und Urk. 11 ).

##### **E. 2.2**

Dagegen vertritt der Beschwerdeführer

den Standpunkt, die Herzwerte wie auch die Leistungsfähigkeit hätten sich seit dem letzten Revisionsgesuch nochmals verschlechtert. Auch die Nierenwerte würden sich ständig verschlechtern, zudem habe er sich im März 2018 einer Herzoperation unterziehen müssen. Die aufgrund der Akten belegte Veränderung des Gesundheitszustandes sei geeignet, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Aus den Arztberichten ergebe sich ein polymorbides Beschwerdebild. Es sei anzunehmen, dass er hauptsächlich durch die psychischen und kardiologischen Beschwerden sowie die Niereninsuffizienz eingeschränkt werde. Die Beurteilung des RAD vom 9. April 2020 sei jedoch von einem Facharzt für Chirurgie erstattet worden. Bereits im ausführlichen Gutachten des

C.\_\_\_\_ vom 7. September 2016

werde davon ausgegangen, dass beim Beschwerdeführer aus psychischen Gründen keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Der psychiatrische Gesundheitszustand habe sich seither, was den Berichten der Psychiatrie Z.\_\_\_\_ zu entnehmen sei, nicht verbessert, sondern eher verschlechtert. Grundsätzlich seien seit 2016 alle den Beschwerdeführer behandelnden oder auch beurteilenden Ärzte der Ansicht, dass dieser aufgrund seiner vielfachen Beschwerden und Krankheiten über keine Erwerbsfähigkeit mehr verfüge. Nur die RAD-Ärzte, die den Beschwerdeführer noch nie selbst untersucht hätten, würden von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit ausgehen. Dies obwohl nach der letzten Verschlechterung seines Gesundheitszustandes seit März 2018 nur schon von kardialer Seite eine Linksherzinsuffizienz des Schweregrades II bestehe (Urk. 1 S. 5 ff.).

### **E. 2.3**

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wurde letztmals mit Verfügung vom 28. November 2016 (Urk. 12/215) materiell beurteilt (vgl. auch Urk. 12/248/4), als sein bisheriger Anspruch auf eine halbe Invalidenrente nach umfassenden medizinischen Abklärung mitsamt der Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (Urk. 12/208) und Vorlage des Dokuments an den RAD (Urk. 12/209/4 -7) bestätigt wurde. Zu prüfen ist somit, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen der Verfügung vom 28. November 2016 und der angefochtenen

Verfügung vom

14. Juli 2020 (Urk. 2) in für den Rentenanspruch erheblicher Weise geändert hat (E. 1.3).

### **E. 3**

.2.7

In seiner RAD-Stellungnahme vom 9. April 2020 hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, trotz der massiv anmutenden Beschwerden sei der Gesundheitszustand verglichen mit den Arztberichten und den 2016 gutachterlich festgestellten Diagnosen unverändert. Eine leicht verminderte LVEF auf 52 % (vormals 65 %) sei festzustellen. Weiterhin stehe eine massive Gewichtsreduktion aus, die schon lange zu einer Besserung des Gesundheitszustandes hätte führen können. Eine von einer bariatrischen Klinik begleitete Gewichtsreduktion werde empfohlen (Urk. 12/248/4).

### **E. 3.1**

1

Im polydisziplinären Gutachten des

C.\_\_\_\_ vom 7. September 2016 wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 12/208/73-74): - Adipositas per magna , BMI 48,2 - Koronare 1-Asterkrankung - Ektasie der Aorta ascendens mit Aorteninsuffizienz bei bicuspidaler Aortenklappe - Chronisches lumbospondylogenes Syndrom mit pseudoradiculären Schmerzausstrahlungen in beide Beine - Cervicospondylogenes Syndrom - Sulcus

ulnaris -Syndrom links, Erstdiagnose März 2016 - Somatoforme Schmerzstörung - Störungen durch Sedativa, Abhängigkeitssyndrom, ärztlich verordnete Medikation - Anamnestisch Konsum von psychotropen Substanzen, Cannabinoide n , Opioide n und Kokain - Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit ängstlich vermeidenden, narzisstischen und unreifen Zügen Daneben stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/208/74-75): - Status nach Osteosynthese Weber C Fraktur links mit Syndesmosenruptur am 24. September 1992 - Metabolisches Syndrom - Status nach medikamentös bedingter Hepatitis Juni 2015 - Mittelschwere chronische Niereninsuffizienz nach Nephrektomie rechts - Multilokuläres , papilläres Nierenzellkarzinom - Spannungstypkopfschmerzen

Im allgemeininternistischen Teilgutachten wurde festgehalten, beim Beschwerdeführer stehe eine extreme Adipositas mit einem BMI von 48.2 klinisch im Vordergrund. Der 2013 festgestellte Diabetes mellitus sei nun insulinpflichtig. Es sei von einer nicht optimalen, jedoch nicht entgleisten diabetischen Stoffwechsellage auszugehen. Die seit Jahren bekannte arterielle Hypertonie werde medikamentös antihypertensiv behandelt. Bei der Diagnose eines multilokulären

papillären Nierenkarzinoms habe im Mai 2015 eine

Nephrektomie rechts durchgeführt werden müssen. Seither finde sich eine mittelschwere chronische Niereninsuffizienz bei Status nach Nephrektomie rechts. Bezüglich des onkologischen Leidens sei aufgrund der Anamnese, der Klinik und der Aktenlage von einer vollständigen Remission auszugehen. Die Adipositas sei schwerwiegend, ebenfalls der Diabetes, weil angesichts der zahlreichen Risikofaktoren von einer ernststen Prognose ausgegangen werden müsse. Bezüglich Nierentumor sei zurzeit von einer Tumorfreiheit auszugehen, der weitere Verlauf sei aber offen. Wegen der extremen Adipositas resultiere eine Funktionsstörung in dem Sinne, dass der Beschwerdeführer keine körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten durchführen könne. Aufgrund der internistischen Diagnosen sollte in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine weitgehende Arbeitsfähigkeit möglich sein. Eine medizinisch überwachte Gewichtsreduktion sei dringendst notwendig. Viele gesundheitliche Probleme könnten dadurch deutlich verringert werden (Urk. 12/208/34-36).

Orthopädischerseits wurde festgehalten, der Beschwerdeführer leide seit mittlerweile 20 Jahren an wechselhaften Schmerzen im Bereich des Skeletts, teils in den Knie-, Fuss-, und Schultergelenken, teils in den Händen und vor allem im Rücken. Anlässlich der orthopädischen Untersuchung habe sich sowohl bezüglich dem Zustand nach Malleolarfraktur links als auch bezüglich dem Zustand nach intraartikulärer Trümmerfraktur des Metacarpale I rechts eine unauffällige Situation bei freier Beweglichkeit, fehlender Schwellung und regelrechter Stabilität gezeigt. Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik würden fehlen. Zusammengefasst müsse von einem lumbospondylogenen Syndrom nachgenanntem Voreingriff gesprochen werden.

Aufgrund der bildgebend dokumentierbaren, degenerativen HWS-Veränderungen sei zudem die Diagnose eines cervicospondylogenen Syndroms zu stellen. Die heute zu stellenden Diagnosen seien aus orthopädischer Sicht von leichtem Schweregrad. Aufgrund des chronischen lumbospondylogenen Syndroms seien dem Beschwerdeführer ständig schwere, das Achsenskelett belastende Tätigkeiten seit spätestens der Operation vom 12. Mai 2009 nicht mehr zumutbar. Leichte und mittelschwere, wechselbelastende, teils stehende, teils gehende, teils sitzende Tätigkeiten, rüchenschonend, also ohne Überkopftätigkeiten, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltungen, ohne Arbeiten in absturzgefährdeter Position seien aus orthopädischer Sicht medizinisch-theoretisch jedoch vollumfänglich zumutbar, dies spätestens sechs Monate nach dem Eingriff vom 12. Mai 2009 (Urk. 12/208/44-46).

Im neurologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die lumbalen und cervikalen Schmerzen würden

seit 2013 wieder zunehmen, ohne dass zurzeit klinisch-neurologisch radikuläre Zeichen vorhanden seien. Die aktuellen Schmerzausstrahlungen seien als pseudoradikulär zu interpretieren. Im Weiteren würden cervikale Schmerzen mit Schmerzausstrahlungen in den Schulterbereich und in den Hinterkopf persistieren. Cervikoradikuläre Symptome seien weder objektiv noch subjektiv vorhanden. Demgegenüber bestehe ein neurographisch nachgewiesenes

Sulcus - ulnaris -Syndrom links mit klinisch leichter Schwäche der Fingerabduktion und sensibler Störung im Ausbreitungsgebiet des Nervus

ulnaris, bei allerdings fehlendem Froment-Zeichen und auch fehlendem Signe de la chiquenaude. Bei der klinisch-neurologischen Untersuchung sei eine Sensibilitätsstörung im Bereich der ganzen linken Körperhälfte aufgefallen, diese folge jedoch weder einem peripheren Nerven noch einem Dermatome und müsse nun als funktionell beurteilt werden. Die Nervus

ulnaris Problematik links sei als leichtgradig zu betrachten, ansonsten würden aus neurologischer Sicht bezüglich der Wirbelsäule derzeit keine neurologischen Probleme bestehen. Bei Arbeiten, die eine Feinmotorik beidseits voraussetzten, sei der Beschwerdeführer durch das Sulcus - ulnaris -Syndrom etwas eingeschränkt, ansonsten bestünden keine Einschränkungen aus rein neurologischer Sicht (Urk. 12/208/49-50).

Kardiologisch bestehe eine koronare 1-Ast-Erkrankung mit Status nach akutem STEMI bei akutem Koronarverschluss, mit Status nach akuter Gefäßdilatation mit Stent mit gutem Resultat. Anamnestisch und klinisch würden keine Hinweise für eine Myokardischämie, jedoch eine ausgeprägte Belastungshypertonie schon nach 75 Watt Belastung bestehen. Die koronare Herzkrankheit wäre an sich gut behandelt, das verschlossene Gefäß sei rekanalisiert worden. Problematisch sei aber das metabolische Syndrom mit Vorhandensein von multiplen kardiovaskulären Risikofaktoren, die ihrerseits ein Risiko für eine Progredienz der koronaren Herzkrankheit bergen würden. Diese sei zurzeit gut behandelt, das Risiko für eine Progredienz sei aber gross, insofern bestehe ein gewisser Schweregrad. Die Belastungshypertonie sei eine potentiell schwergradige Problematik und könne in Verbindung mit der Aortenverbreiterung eine Gefahr bedeuten. Aufgrund der Belastungshypertonie und der Aortenpathologie seien körperliche Tätigkeiten nicht möglich. Anstrengungen müssten vermieden werden, da der Blutdruck da bei zu stark

ansteige (Urk. 12/208/53- 55).

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde im Wesentlichen folgender Befund fest gehalten: Die Bewusstseinslage sei klar und ungestört. Die Orientierung sei örtlich, zeitlich, zur eigenen Person und zur Situation vollständig gegeben. In der Psychomotorik sei der Beschwerdeführer im Antrieb gehemmt, dies jedoch vor allem aufgrund der Adipositas. Die Gangart sei ebenfalls aufgrund des Übergewichtes schleppend. Im Ausdrucksverhalten sei der Beschwerdeführer adäquat, mimisch moduliert, mitschwingend und angepasst. Sprache und Stimmlage seien gut artikuliert. Im Benehmen und den Umgangsformen sei der Beschwerdeführer gewandt, höflich und angepasst. Der Wille sei nicht beeinträchtigt. Im Kontaktverhalten sei der Beschwerdeführer den Blickkontakt anhaltend, detailreich, differenziert und zugewandt. Das Denken sei formal und inhaltlich nicht beeinträchtigt. Allenfalls könnte man die extreme Fixierung auf seine körperlichen Symptome als eine gewisse Gedankeneinengung deuten. Wahnhafte Symptome seien nicht vorhanden. Die Angst vor sozialen Kontakten zeige doch eine sozial phobische Komponente ohne dass im engeren Sinne eine soziale Phobie diagnostiziert werden könnte. Ich-Störungen seien nicht feststellbar. In Stimmung und Affekt sei der Beschwerdeführer in der Untersuchungssituation angepasst, offen, mitteilungs bereit. Er lasse sich auf die Untersuchungssituation gut ein, gebe auf alle Fragen bereitwillig Auskunft ohne Anzeichen von emotionaler Überforderung. Die mnestischen Funktionen seien in der klinischen Untersuchung nicht beeinträchtigt. Es würden keine psychischen Werkzeugstörungen vorliegen. Die Intelligenz werde als durchschnittlich eingeschätzt. Eine aktive Suizidalität liege nicht vor, jedoch ein deutlicher Lebensüberdruß. Der Beschwerdeführer gebe an, dass er sich oft wünsche, dass er am Morgen nicht mehr aufwache. Diesem Umstand entspreche das äusserst selbstdestruktive Verhalten des Beschwerdeführers, indem er Massnahmen, die seine gesundheitliche Verfassung verbessern würden, insbesondere eine Verringerung des Körpergewichtes mit positiven Einflüssen auf die Schmerzen im Bewegungsapparat und seinen Diabetes mellitus nicht wahrnehmen könnte. Die komplexen Ich-Funktionen des Beschwerdeführers seien beeinträchtigt. So sei die Selbststeuerung mit einem unkontrollierten Essverhalten, die Selbst- und Fremdwahrnehmung beeinträchtigt. Eine Ablösung vom Elternhaus mit einem Übergang in ein autonomes Erwachsenenleben mit adäquaten Beziehungen habe nicht stattgefunden. Ein Konsum illegaler psychotroper Substanzen sei durch ärztlich verordnete, nicht indizierte, abhängig machende Medikamente ersetzt worden (Urk. 12/208/63-64).

### **E. 3.2**

Im Rahmen des vorliegenden Rentenrevisionsverfahrens wurden insbesondere folgende Arztberichte aufgelegt:

#### **E. 3.2.1**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Urologie, und med. pract .

H.\_\_\_\_ stellten in ihrem Bericht für die Klinik für Urologie des

Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 folgende Diagnosen (Urk. 12/234 / 13) : -  
Papilläres Nierenzellkarzinom Typ 1 multifokal rechts pT1a, CN0, cM0, Fuhrmann Grad 2,  
R0 - Insgesamt 7 kortikale Zysten zwischen 5 und 15 mm Niere links - Nebendiagnosen: -  
Status nach composite graft biologischem Aortenklappenersatz und Ersatz der Aorta  
ascendens mit einer Valsalva -Prothese am 27. März 2018 - Koronare 1-Gefässerkrankung -  
Diabetes mellitus Typ II - Mittelschwere chronische Niereninsuffizienz G3b A3 nach KDIGO

O bei mutmasslicher sekundärer, fokaler und segmentaler Glomerulosklerose - Status nach Polytoxikomanie mit Kokain, LSD, Ecstasy und THC-Konsum bis 2007 - Morbide Adipositas - Statininduzierte

Myopathie - Chronische Schmerzverarbeitungsstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Der Beschwerdeführer sei aktuell unter Active surveillance mit jährlicher Verlaufskontrolle.

In der CT-Angiographie vom März 2019 habe sich vier Jahre nach Nephrektomie rechts erfreulicherweise weiterhin eine Tumorzidivfreiheit gezeigt. In der am 6. Juni 2018 durchgeführten Kontrastmittelsonographie seien die Bosniak 1 Zysten links dargestellt worden, welche weiterhin unverändert seien und als harmlos eingestuft werden könnten (Urk. 12/234/14).

### **E. 3.2.2**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte in ihrem Bericht für das Notfallzentrum des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2019 aus, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund einer erneuten Schmerzepisode bei bekanntem Schmerzkomplex mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen, Übelkeit und Thoraxschmerzen notfallmässig vorgestellt. Da er bezüglich des Schmerzkomplexes bereits umfassend abgeklärt und bis vor Kurzem hospitalisiert gewesen sei, sei bei gutem Allgemeinzustand sowie unauffälligen Vitalparametern und EKG auf eine erneute weiterführende Diagnostik verzichtet worden. Nach Gabe von Paracetamol und niedrigdosiert Morphin intravenös habe der Beschwerdeführer nahezu beschwerdefrei wieder nach Hause entlassen werden können (Urk. 12/234/9-12).

### **E. 3.2.3**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Radiologie und Nuklearmedizin, und PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Nuklearmedizin, führten am 27. und am 28. November 2019 im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ eine Myokardperfusionsszintigraphie (2-Tagesprotokoll) mit einem EKG-getriggerten SPECT/CT unter Belastungs- und Ruhebedingungen durch. In ihrem Bericht vom 27. November 2019 hielten sie einen klinisch und elektrisch negativen pharmakologischen Belastungstest fest. Szintigraphisch habe sich kein Hinweis auf eine prognostisch relevante Belastungsmyokardischämie gezeigt. Die LVEF liege sowohl post-Stress als auch unter Ruhebedingungen mit 50 beziehungsweise 52 % im Normbereich. Es habe sich kein Nachweis für regionale Myokardwandbewegungsstörungen ergeben. Die bisherige konservative Therapie sei weiterzuführen. Eine Kontrolle mittels MIBI-Szintigraphie in einem Jahr werde empfohlen. Bei morbider Adipositas sei eventuell eine bariatrische Therapie zu besprechen (Urk. 12/240/1-4).

### **E. 3.2.4**

PD Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin sowie leitender Arzt Kardiologie am

Kantonsspital E.\_\_\_\_,

führte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2019 aus, hinsichtlich der systolischen Pumpfunktion des linken Ventrikels nach chirurgischem Aortenklappenersatz / Graftersatz

der Aorta ascendens finde sich ein stabiler Verlauf. Allerdings sei es im Vergleich zur letzten echokardiographischen Untersuchung vom 11. Dezember 2018 zu einer progredienten Ventrikeldilatation gekommen. Die Funktion der aortalen Bioprothese sei regelrecht. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei eher als ungünstig zu bezeichnen. Der Beschwerdeführer leide unter chronischen Schmerzexazerbationen von Seiten seiner Wirbelsäulenproblematik, sowie an einer Linksherzinsuffizienz des Stadiums NYHA II. Eine Rückkehr in den ursprünglich erlernten Beruf als Sanitärinstallateur sei praktisch ausgeschlossen. Der Beschwerdeführer habe diesen Beruf seit dem Jahr 2000 nicht mehr ausgeübt. Es werde eine medikamentöse konservative Therapie mit regelmässigen jährlichen Nachkontrollen durchgeführt. Der Beschwerdeführer sei derzeit zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben, Details seien bei der Hausärztin einzuholen. Allein von kardialer Seite würde eine Linksherzinsuffizienz des Schweregrades II bestehen. Die systolische Funktion des linken Ventrikels sei eingeschränkt. Der Beschwerdeführer komme bereits beim Gehen von zwei Treppenstufen leicht ausser Atem. Hinsichtlich der koronaren Begleiterkrankung (1-Gefässerkrankung, Status nach inferoseptalem Hinterwandinfarkt) sei die Prognose eher gut. Für die Beurteilung des Falles wichtig wäre die Einholung eines rheumatologischen, eines nephrologischen sowie eines schmerztherapeutischen Gutachtens (Urk. 12/241).

### **E. 3.2.5**

Med. pract. M.\_\_\_\_, Oberarzt an der Psychiatrie Z.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 28. Januar 2020 folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/246/2): - Panikstörung mit Agoraphobie (ICD-10 F41.0) - Somatoforme autonome Funktionsstörung oberer und unterer GIT (ICD-10 F45.32) - Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Anteilen (ICD-10 F45.41) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

Der Beschwerdeführer sei aktuell aufgrund der psychischen und körperlichen Symptomatik nicht in der Lage, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen. Es sei davon auszugehen, dass er auch unter intensivster Therapie nicht mehr arbeiten könne.

Er sei stark eingeschränkt in der Durchhaltefähigkeit, in den Spontanaktivitäten und der Flexibilität sowie in seiner Selbstbehauptungsfähigkeit. Mittelgradige Einschränkungen würden in der Flexibilität, der Gruppenfähigkeit und der Selbstversorgung bestehen. Auch die Mobilität sei aufgrund der Agoraphobie stark eingeschränkt. Die körperlichen Belastungen könnten nur in Ansätzen beurteilt werden, jedoch würden die Schmerzen den Beschwerdeführer bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten massiv einschränken. Einseitige Haltungen, schweres Heben und anspruchsvolle Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration verlangen, seien ihm nicht mehr möglich. Zur beruflichen Situation würden keine Informationen vorliegen und es könne nicht beantwortet werden, wie viele Stunden pro Tag die bisherige Tätigkeit zumutbar sei. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, einer dem Leiden angepassten Tätigkeit nachzugehen. Aufgrund der vielen Komorbiditäten und der Chronifizierung der Symptomatik sei die Prognose für eine Eingliederung schlecht. Einer Eingliederung würden die chronischen Erkrankungen, die starken Schmerzen sowie die geringgradig ausgeprägten Ressourcen im Wege stehen (Urk. 12/246).

### **E. 3.2.6**

Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Urologie, hielt in seinem Bericht für die Klinik für Urologie des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 1. April 2020 fest, der Beschwerdeführer habe sich

anlässlich der regulären Nachsorgekontrolle subjektiv als vollständig beschwerdefrei gezeigt. Mit Ernährungsumstellung und Sport habe er deutlich an Gewicht verloren. In der aktuellen Bildgebung (Sonographie Abdomen und Röntgen Thorax ap/lateral vom 28. Februar 2020, Kontrastmittel-Sonographie Leber vom 8. Mai 2020) habe sich eine unauffällige Nachsorge gezeigt. Bei dem 7 mm grossen Befund im Segment II der Leber handle es sich gemäss Kontrastmittel-Sonographie um ein Hämangiom. Die nächste Kontrolle sei in einem Jahr vereinbart. In Anbetracht der chronischen Niereninsuffizienz und des Leberbefundes sei für nächstes Jahr im März 2021 ein MRI Thorax-Abdomen in die Wege geleitet worden (Urk. 16/3).

#### **E. 4.1**

Die

Beschwerdegegnerin verneint eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes und stützt sich dabei auf die Beurteilung ihres RAD-Arztes Dr. D.\_\_\_\_ vom 9. April 2020. Demgegenüber spricht der Beschwerdeführer der betreffenden RAD-Beurteilung die Beweiskraft ab und begründet

die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustandes hauptsächlich mit psychischen und kardiologischen Beschwerden sowie einer Niereninsuffizienz (E. 2.2).

#### **E. 4.2**

In Bezug auf das Rückenleiden wurde von Seiten des Beschwerdeführers keine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend gemacht. Mit Blick auf die im vorliegenden Rentenrevisionsverfahren aufgelegten Arztberichte bestehen dafür sodann auch keine hinreichenden Anhaltspunkte (E. 3.2, Urk. 12/234/1-8, Urk. 12/234/17-37, Urk. 16/1-2).

#### **E. 4.3**

Aus kardiologischer Sicht ist darauf hinzuweisen, dass sich der

Beschwerdeführer

am 27. März 2018 einer

Herzoperation (Aortaimplantat und Einsetzung einer biologischen Herzklappe) unterzog (Urk. 12/234/31-34), was die Beschwerdegegnerin zum Anlass nahm, um auf dessen Erhöhungsgesuch vom

13. September 2019 einzutreten (Urk. 12/232, Urk. 12/248/2). Die am 27. und am 28. November 2019 im Institut für Radiologie und Nuklearmedizin des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ durchgeführten kardiologischen Tests ergaben insofern keine Auffälligkeiten, als der pharmakologische Belastungstest klinisch und elektrisch negativ ausfiel, sich szintigraphisch kein Hinweis auf eine prognostisch relevante Belastungsmyokardischämie fand und sich auch kein Nachweis für regionale Myokardwandbewegungsstörungen ergab (E. 3.2.3). Der erhobene LVEF-Wert lag mit 50 respektive 52 % zwar leicht unter demjenigen, wie er anlässlich der kardiologischen Begutachtung im Juli 2016 erhoben worden war («LVEF um 55 % [Urk. 12/208/53]), jedoch stets noch im Normbereich (E. 3.2.3). Hinsichtlich der systolischen Pumpfunktion des linken Ventrikels hielt PD Dr. L.\_\_\_\_

in seinem Bericht vom 6. Dezember 2019 einen stabilen Verlauf nach der Herzoperation fest. Die Funktion der aortalen Bioprothese sei regelrecht. Dass PD Dr. L.\_\_\_\_ die Prognose zur Arbeitsfähigkeit als eher ungünstig und eine Rückkehr in den ursprünglich erlernten Beruf als praktisch ausgeschlossen

bezeichnete, bildet dabei keinen Hinweis auf eine postoperative Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit. So begründete er diese Einschätzung insbesondere mit dem invaliditätsfremden Gesichtspunkt, dass der Beschwerdeführer diesen Beruf seit dem Jahr 2000 nicht mehr ausgeübt

habe.

Für die angestammte Tätigkeit hatte jedoch bereits im Vergleichszeitpunkt (2016)

aus kardiologischen und internistischen Gründen

keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden (Urk. 12/208/76).

Soweit PD Dr. L.\_\_\_\_ die Einholung eines rheumatologischen, nephrologischen und eines schmerztherapeutischen Gutachtens als für die Beurteilung des Falles wichtig erachtete (E. 3.2.4), lässt dies gleichzeitig darauf schliessen, dass er im Rahmen seiner fachärztlichen Untersuchungen keine Anhaltspunkte ausmachte, welche weitere kardiologische Abklärungen indizierten.

Da sich auch aus den weiteren medizinischen Akten keine Hinweise auf eine massgebliche andauernde Verschlechterung des Herzleidens

ergeben, ist diesbezüglich mit dem RAD von einem unveränderten Gesundheitszustand aus zu gehen (vgl. E. 3.2).

#### **E. 4.4**

Nach der Diagnose eines Nierenkarzinoms wurde beim Beschwerdeführer am 11. Mai 2015 eine Nephrektomie rechts durchgeführt (Urk. 12/208/73). Die Gutachter des C.\_\_\_\_ hielten im September 2016 diesbezüglich fest, der Tumor habe in toto entfernt werden können und Metastasen hätten im Zeitpunkt der Untersuchung nicht vorgelegen. Aufgrund der Anamnese, der Klinik und der Aktenlage sei bezüglich des onkologischen Leidens von einer vollständigen Remission auszugehen. Seither bestehe eine mittelschwere chronische Niereninsuffizienz (Urk. 12/208/35, Urk. 12/208/76). In einer körperlich leichten, wechselbelasteten Tätigkeit massen die Gutachter dem Nierenleiden keine funktionellen Einschränkungen bei (Urk. 12/208/36). Im Rahmen des vorliegenden Rentenrevisionsverfahrens wurde ein Bericht der Urologie des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 aufgelegt, welcher über die urologische Verlaufskontrolle vier Jahre nach Nephrektomie orientiert. Diesem lässt sich entnehmen, dass eine am 23. März 2019 durchgeführte computertomographische Untersuchung keinen Hinweis auf ein Tumorzidiv ergeben hatte. Auch die Nierenzysten links hätten sich unverändert gezeigt. Weiterhin würden Bosniak I Zysten bestehen, welche unverändert seien und als harmlos eingestuft werden könnten. Auf eine weitere Bildgebung zur Active

surveillance vor der heutigen Konsultation sei entsprechend verzichtet worden.

Beschwerden im Bereich der Nierenlogen beidseits seien vom Beschwerdeführer verneint worden (Urk. 12/234/13-14). Dem Bericht der Klinik für Urologie des Kantonsspitals E.\_\_\_\_ vom 1. April 2020 lässt sich bei chronischer Niereninsuffizienz eine unauffällige Nachsorge und subjektiv eine vollständige Beschwerdefreiheit entnehmen (E. 3.2.6).

Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Nephrologie und Allgemeine Innere Medizin sowie leitender Arzt Nephrologie am Kantonsspital E.\_\_\_\_, bezeichnete die Nierenfunktion in seinem beschwerdeweise eingereichten Bericht vom 15. September 2020 als im Vergleich zum September 2019 zwar leicht verschlechtert, jedoch immer noch im üblichen Schwankungsbereich stabil (Urk. 16/2).

Vor diesem Hintergrund erweist es sich als schlüssig, dass RAD-Arzt D.\_\_\_\_ eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes auch in Bezug auf das Nierenleiden verneinte (E. 3.2.7).

#### **E. 4.5**

Auch was den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in psychiatrischer Hinsicht angeht, erachtete RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ keine massgebliche Veränderung als eingetreten. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7) ist RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ auch ohne einen Facharztstitel in Psychiatrie grundsätzlich in der Lage, die Zuverlässigkeit von Facharztberichten zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_106/2019 vom 6. August 2019 E. 2.3.3).

Sodann mutet es widersprüchlich an, wenn der Beschwerdeführer die Beweiskraft der Beurteilung von Dr. D.\_\_\_\_

infolge des nicht vorhandenen Facharztstitels in Psychiatrie in Abrede stellt, sich zur Begründung einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychischen Gründen aber auf die Berichte von med.

pract. M.\_\_\_\_ stützt, welcher ebenfalls nicht über eine

solche fachärztliche Qualifikation verfügt.

Was den Bericht von med.

pract.

M.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2020 angeht, ist hervorzuheben, dass dieser bei seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung auch die körperliche Symptomatik berücksichtigte. So führte er aus, der Beschwerdeführer sei aktuell aufgrund der psychischen und körperlichen Symptomatik nicht in der Lage, einer regelmässigen Arbeit nachzugehen und die Schmerzen würden ihn bei körperlich anstrengenden Tätigkeiten massiv einschränken (E. 3.2.5).

Soweit med. pract.

M.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer anspruchsvolle Tätigkeiten, die eine hohe Konzentration verlangen, als nicht mehr möglich bezeichnete, steht dies einer (Teil-)Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten (einfachen und repetitiven [vgl. Urk. 12/154/2]) Tätigkeit nicht entgegen.

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung hat die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit primär aus einer Würdigung der Auswirkungen der bei der versicherten Person diagnostizierten Krankheiten auf die Arbeitsfähigkeit zu erfolgen und kommt dem Mini-ICF-App-Rating diesbezüglich ergänzende Funktion zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_157/2019 vom 28. Oktober 2019 E. 4.3). Demgegenüber scheinen die von med.

pract .

M. \_\_\_ in seinem Bericht vom 28. Januar 2020 aufgeführten Funktionseinschränkungen einzig auf dem Mini-ICF-App Rating zu beruhen (Urk. 12/246/3 Ziffer 3.4, Urk. 12/246/4-7). Dem betreffenden Bericht lässt sich weder ein ausführlicher objektiver Befund (vgl. Urk. 12/246/2 Ziffer 2.4), noch eine Würdigung der Auswirkungen der diagnostizierten Krankheiten auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers

entnehmen .

Med. pract .

M. \_\_\_ lagen sodann auch keine Informationen zur bisherigen beruflichen Tätigkeit des Beschwerdeführers vor (Urk. 12/246/3 Ziffer 3.2, Urk. 12/246/4 Ziffer 4.1). Hinreichende Anhaltspunkte für eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes lassen sich dem betreffenden Bericht dementsprechend nicht entnehmen. Dies hat ebenso für den Bericht von med. pract .

M. \_\_\_ vom 2. März 2021 (Urk. 1

#### **E. 4.6**

Die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ , wonach im Wesentlichen von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen ist, überzeugt nach dem Gesagten und wird durch die vorliegenden medizinischen Akten gestützt. Da von weiteren medizinischen Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 2) keine entscheidungsrelevanten Ergebnisse zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in der

entscheidungsrelevanten Zeitspanne zu erwarten sind, kann darauf verzichtet werden (BGE 144 V 361 E. 6.5, 136 I 229 E. 5.3). 5.

Zusammengefasst ist keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu erkennen. Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Dies hat die Abweisung der Beschwerde zur Folge. 6 .

#### **6.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200. -- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge der mit Verfügung vom 23. November 2020 bewilligten unentgeltlichen Prozessführung (Urk. 13) jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 6.2

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ebenfalls aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg .

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung

nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Rechtsanwältin Lotti Sigg

ist daher mit Fr. 1'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, wird mit Fr. 1'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 18 sowie einer Kopie von Urk. 19 - 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 Vogel Kübler

## **E. 7**

).

## **E. 9**

S. 1]) weitgehend stabil mit wiederholenden Exazerbationen gewesen sei (Urk. 19 S. 2) sowie die geringe Behandlungintensität (stützende therapeutische Gespräche einmal pro Monat [Urk. 19 S. 2]) gegen eine im Verlauf stattgehabte andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychischen Gründen. Eine massgebliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus psychischen Gründen lässt sich somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellen.

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