

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00862 vom 14. März 2022**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-03-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00862](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00862)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00862 du 14 mars 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00862 del 14 marzo 2022

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung 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 vielmehr 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**

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 Revisi onsergebnis 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). 1.

### **E. 2**

Dagegen liess der Versicherte am 10. Dezember 2020 Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und ihm sei eine ganze Invalidenrente auszurichten; eventualiter sei die Streitsache zu weiteren Abklärungen (polydisziplinäres Gutachten) an die Vorinstanz zurückzuweisen; sub eventualiter sei ihm mindestens eine Dreiviertelsinvalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 27. Januar 2021 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), worüber der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 2. Februar 2021 (Urk. 9) in Kenntnis gesetzt wurde. Mit Eingabe vom 26. Mai 2021 (Urk. 10) legte der Beschwerdeführer ein von seiner Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenes Gutachten auf (Urk. 11), welches mit Begleitschreiben vom 28. Mai 2021 (Urk. 12) der Beschwerdegegnerin zur Kenntnisnahme zugestellt wurde.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid damit, die medizinische Abklärung habe ergeben, dass sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers seit der letzten Beurteilung im Jahr 2013 verändert habe, da er sich weiteren Operationen unterzogen habe. Die gesundheitlichen Veränderungen hätten jedoch keinen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit. Weiterhin sei ihm möglich, einer beruflichen Tätigkeit in einem 50 %-Pensum nachzugehen. Das Erhöhungsgesuch werde deshalb abgewiesen und er habe weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente (Urk. 2 S. 2).

#### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er habe nach der Rentenzusprache weiterhin im Umfang von 50 % gearbeitet. Allerdings habe sich sein Gesundheitszustand

im Verlaufe der Jahre verschlechtert . Sein behandelnder Arzt habe Ende 2019 einen Verlaufsbericht eingereicht und erklärt, dass er neben der PTBS und der somatoformen Schmerzstörung an einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode leide. Es sei nachvollziehbar geschildert worden, weshalb zumindest im Dezember 2019 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei ( Urk. 1 S. 3-4) . Es habe sich kein fachkundiger RAD -Arzt mit dem Gut achten auseinandergesetzt, die Beschwerdegegnerin habe damit den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Aufgrund der schlüssigen Beurteilung des behandelnden Arztes sei davon auszugehen, dass er im Verfügungszeitpunkt vollumfänglich arbeitsunfähig gewesen sei (Urk. 1 S. 6). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 3.1**

Mit Verfügung vom 26. April 2011 (Urk. 8/33) erfolgte die Zusprache einer halben Invalidenrente gestützt auf folgende medizinische Berichte:

##### **E. 3.1.1**

Der behandelnde Arzt

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie, notierte in seinem Bericht als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende mittelschwere bis schwere depressive Episode sowie multi lokuläre Schmerzen am Bewegungsapparat mit Verdacht auf eine etablierte chronische Schmerzkrankung. Seit Jahren würden muskuloskelettale chronische Schmerzen mit unvermittelt auftretenden Exazerbationen bestehen, für die sich in ausgedehnten Abklärungen keine eindeutige verursachende Grunderkrankung habe finden lassen. Zuletzt seien die Schmerzen unter ausgebauter Opioid-Analgesie zusammen mit einer zentralschmerzmodulierenden medikamentösen Behandlung einigermaßen kontrolliert gewesen. Aus rheumatologischer Sicht würden sich keine relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben

(Urk. 8/8/1-5).

##### **E. 3.1.2**

Im Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_

vom 15. Juli 2010 wurde notiert, dass der Beschwerdeführer sei durch seinen ambulanten Psychiater wegen starken körperlichen Schmerzen im Nacken-, Schulterbereich, Gelenken und Oberschenkeln sowie der depressiven Symptomatik zugewiesen worden. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten die Behandler eine rezidivierende mittelgradige depressive Episode (F32.1) und eine seit Oktober 2006 anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) an . Sodann bestehe eine ausgedehnte Myotendinose der Schulter- und Beckengürtelmuskulatur sowie der paravertebralen Haltemuskulatur, chronische plantare Fersenschmerzen beidseits mehrheitlich im Rahmen einer plantaren Fasziitis , Achillodynie beidseits seit mindestens dem Jahr 2006 sowie eine Schlafstörung mit Diagnose eines Restless

legs Syndroms (F51) seit Oktober 2006 (Urk. 8/ 10/ 1-2).

Der Beschwerdeführer sei in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegeassistent seit mindestens dem 16. Februar 2010 zu 100 % arbeitsunfähig, ab dem 1. Juni 2010 bestehe noch eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Umfang von 50 % Arbeitsfähigkeit (circa vier Stunden pro Tag) sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem Leistungsprofil gleich wie in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit möglich (Urk. 8/10/4-5).

### **E. 3.1.3**

Im Bericht vom 18. August 2010 führte Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer habe als vier- bis neunjähriger Junge die entsetzlichen Kriegsszenen im Krieg zwischen E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_

miterlebt. Die Bilder seien unauslöschlich in seiner Erinnerung erhalten und würden vor allem in Belastungssituationen wieder auftauchen oder wenn er depressiv sei oder unter starken Schmerzen leide. Er fühle sich dann wie im Kriegsgeschehen drin, hilflos und ausgeliefert. Er habe Panikattacken, Intrusionen sowie Flashbacks (Urk. 8/13/8). Dr. D.\_\_\_\_

notierte im Bericht vom 21. August 2010 als Diagnosen eine chronische, posttraumatische Belastungsstörung bedingt durch anhaltende Traumatisierung in der Kindheit, Adoleszenz und im jugendlichen Erwachsenenalter (Kriegsgeschehen, Flucht, Migrationsproblematik; ICD-10 F43.1) sowie eine chronische Schlafstörung mit Restless-Legs Syndrom seit Kindheit. Es sei zu einer Retraumatisierung durch belastende Faktoren (Arbeit, psychosoziale Faktoren, rezidivierende, somatische Erkrankungen) mit Hyperarousal, Intrusionen, Flashbacks sowie Alpträumen gekommen. Sodann bestehe eine anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) sowie Züge einer ängstlich vermeidenden Persönlichkeit (ICD-10 Z73.1; vgl. Urk. 8/13/1). Mit Verlaufsbericht vom 11. Januar 2011 ergänzte Dr. D.\_\_\_\_, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär bis verschlechtert und berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (Urk. 8/19/1-2).

### **E. 3.1.4**

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung vom 1. September 2010 hielt RAD-Arzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Praktizierender Arzt, fest, ein relevanter Gesundheitsschaden sei ausgewiesen. Der Beschwerdeführer sei seit Juni 2010 in seiner bisherigen Tätigkeit zu 50 % arbeitsunfähig. Eine mindestens 20%ige Arbeitsunfähigkeit liege sodann seit Januar 2010 vor (Urk. 8/20/4-5). Am 15. Januar 2011 ergänzte Dr. G.\_\_\_\_, sowohl für die bisherige als auch für eine behinderungsangepasste Tätigkeit liege eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor. Von Januar bis Mai 2010 sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/20/5).

### **E. 3.2**

Im vorliegenden Rentenerhöhungsverfahren sind insbesondere folgende medizinische Unterlagen aktenkundig:

#### **E. 3.2.1**

Am 23. April 2019 berichtete Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, es hätten keine wesentlichen Fortschritte erreicht werden können,

ein direkter Vergleich mit dem Jahr 2011 sei für ihn jedoch schwierig, da der Beschwerdeführer erst seit November 2017 bei ihm Behandlung sei. Dennoch habe er den klinischen Eindruck, dass das allgemeine Zustandsbild des Beschwerdeführers sehr

wahrscheinlich deutlich schlechter sei als im Jahr 2011. Ein wesentlicher Teil des Krankheitsbildes sei aus seiner Sicht eine chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung, die sehr schwer zu behandeln sei (Urk. 8/60/2-3).

### **E. 3.2.2**

Mit Verlaufsbericht vom 14. August 2019 führten die behandelnden Ärzte der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: - Mittelgradige depressive Episode (F32.1) - Psychische und Verhaltensstörung durch Alkohol: Schädlicher Gebrauch (F10.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung: Multilokuläre Schmerzen am Bewegungsapparat (F45.40) - Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3 - Autoimmunthyreoiditis - Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise - chronische Reflux Beschwerden, Reizdarmsyndrom - Prostatahyperplasie, Status nach Prostatitis - reine Hypercholesterinämie - Schlafstörungen mit Restless - Legs -Syndrom - Hypogonadotroper Hypogonadismus

Der Beschwerdeführer habe sich wach und bewusstseinsklar gezeigt. Eine offen sichtliche Störung der mnestischen Funktionen habe nicht festgestellt werden können. Im formalen Gedankengang sei er blockiert und verlangsamt gewesen mit langer Antwortlatenz und Wortfindungsstörungen. Es habe jedoch kein Anhalt für inhaltliche Denkstörungen, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen gegeben. Affektiv sei der Beschwerdeführer deprimiert und reduziert schwingungsfähig gewesen. Die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit könne der Beschwerdeführer im zeitlichen Umfang von maximal zwei Stunden pro Tag ausüben. Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von mindestens 80 %

(Urk. 8/69/2-3).

### **E. 3.2.3**

Mit Verlaufsbericht vom 20. Dezember 2019 ergänzte Dr. H.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer würde aktuell eine mittel- bis schwergradige depressive Symptomatik zeigen und über somatoforme Schmerzen klagen. Bis Anfang 2019 habe der Beschwerdeführer eine hohe Seroqueldosis zu sich genommen und es habe ein Alkoholabusus bestanden. Aufgrund der hohen sedierenden Medikation und des intermittierenden Alkoholkonsums sei die therapeutische Arbeit erschwert gewesen. Seit Februar 2019 würden häufigere, wöchentliche Therapietermine stattfinden. Das Gespräch mit dem Beschwerdeführer erscheine dabei viel klarer. Bei der Einschätzung der 100%igen Arbeitsunfähigkeit stütze er sich auf die depressive Symptomatik, die posttraumatische Belastungsstörung und berücksichtige dabei die vorgängige Suchtproblematik. Prognostisch gehe er davon aus, dass jede stärkere Ausübung von Druck sehr wahrscheinlich die Traumadynamik beim Beschwerdeführer verstärken und damit zu einer raschen Verschlechterung der Symptomatik führen würde. Er halte gegenwärtig aufgrund der Depression und der Traumastörung eine Arbeit nicht für möglich. In Zukunft schliesse es dies aber nicht aus (Urk. 8/77).

### **E. 3.2.4**

Am 6. Oktober 2019 erstattete Dr. Z.\_\_\_\_

das

von der Pensionskasse in Auftrag gegebene Gutachten. Er führte aus, anlässlich der Exploration vom 17. Juli 2019 habe der Beschwerdeführer berichtet, Anfang des Jahres 2019 sei es zu einer deutlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes gekommen. Aktuell würden psychische Gründe im Vordergrund stehen (Urk. 8/93/6). Dr. Z.\_\_\_\_

fasste zusammen, der Beschwerdeführer habe im Jahr 2017 einen stillen Herzinfarkt erlitten und er sei im Jahr 2019 erneut in die Psychiatrische Universitätsklinik C.\_\_\_\_ eingetreten, da sich seine depressive Symptomatik verschlechtert habe und es erneut zu abendlichem Alkoholkonsum gekommen sei. Seit seinem Austritt aus der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ sei der Beschwerdeführer alkohol- und auch schlafmittelabstinent. Sein psychischer Zustand sei stabilisiert, jedoch könne er sich nicht mehr vorstellen, wieder an seinem alten Arbeitsplatz tätig zu sein. Dr. Z.\_\_\_\_

kam zum Schluss, die klinische Beobachtungen und Tests würden die seit mindestens 20 Jahren bestehende Krankheitsentwicklung gut belegen. Die depressiven Symptome seien aktuell zwar deutlich gebessert, die somatoforme Symptomatik bestehe jedoch weiterhin und imponiere als chronifiziert. Die Beschwerden seien konsistent, aus den Befunden und den zusätzlich vorhandenen körperlichen Erkrankungen sei aus gutachterlicher Sicht weiterhin klar eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben. Die von mehreren Behandlern aufgeführte posttraumatische Belastungsstörung als Auslöser der jetzigen Symptomatik könne zwar nicht ausgeschlossen werden. Jedoch könne sie aus gutachterlicher Sicht und nach Prüfung der entsprechenden Symptomatik auch nicht klar bestätigt werden. Aufgrund der vagen und teilweise widersprüchlichen Angaben bleibe die Diagnosestellung unsicher und ohne konkretere oder kohärentere Angaben zu den genaueren Umständen könne eine PTBS aus gutachterlicher Sicht nur als fremd anamnestisch erhobene Verdachtsdiagnose im Zusammenhang mit der rezidivierenden und chronifizierten depressiven Störung in einem Unterpunkt übernommen werden

(Urk. 8/93/60-63). Dr. Z.\_\_\_\_

ging davon aus, ein Teilzeitpensum von 25 % beginnend mit einer 50%igen Präsenzzeit könne der Beschwerdeführer bewältigen. Es solle dabei schrittweise im Laufe von sechs Monaten eine Steigerung der Leistung unter strikter Benzodiazepin/ Stilnox - sowie Alkoholabstinenz erprobt werden (Urk. 8/93/64).

### **E. 3.2.5**

Dr. A.\_\_\_\_ führte in ihrem am 27. November 2019 im Auftrag der Pensionskasse erstatteten Gutachten aus, im Krankheitsverlauf habe der Beschwerdeführer neben den vorwiegend psychosomatisch bedingten anhaltenden Schmerzen (im Rahmen einer somatoformen Schmerzstörung), eine Vielzahl von Krankheitsbildern entwickelt, die per se nicht zu einer bleibenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hätten. Im Jahr 2016 sei der Beschwerdeführer

aufgrund einer Spinalkanalstenose längere Zeit arbeitsunfähig gewesen. Am 26. Mai 2016 sei eine Mikrodiskektomie L3/4 und L4/5 durchgeführt worden sowie gleichzeitig eine Spondylodese L3-L5. Im Jahr 2017 habe der Beschwerdeführer einen stillen Herzinfarkt erlitten. Der Beschwerdeführer sei bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis (substituiert), hypogonadotropem Hypogonadismus (substituiert) sowie Prostatahyperplasie und Status nach Prostatitis regelmässig in endokrinologischer Betreuung gestanden. Des Weiteren seien Schmerzen im Rahmen des bekannten Reizdarmes aufgetreten (unauffällige Koloskopie 2018), die chronischen Refluxbeschwerden seien mittels einer Dauertherapie

mit Pantozol eingestellt worden. Die chronische Niereninsuffizienz Stadium III bei Status nach Analgetikaüberkonsum (NSAR) habe einmalig dialysiert werden müssen, aktuell sei die Situation stabil. Im Vordergrund der Schmerzproblematik stehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit generalisierten Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat mit weit verteilten Myalgien und Arthralgien. Die Diagnosekriterien für eine Fibromyalgie seien erfüllt, rheumatologisch hätten sich jedoch keine Hinweise für eine entzündliche Systemerkrankung finden lassen und es habe sich auch keine humorale Entzündungsaktivität gezeigt. Der Beschwerdeführer klagt aktuell über generalisierte Gelenks- und Weichteilschmerzen. Als Medikation werde neben niedrig dosiertem Opioiden auch Targin eingesetzt. Die fortlaufende 100%ige Krankschreibung erfolge durch den behandelnden Psychiater

(Urk. 8/93/70-72). Dr. A. \_\_\_ kam zum Schluss, in der klinischen Untersuchung habe sich eine Inkonsistenz der Beschwerden und der Untersuchungsbefunde gezeigt. Aufgrund der vorliegenden bildgebenden Untersuchungsergebnisse und der klinischen Untersuchung hätten sich aus somatischer Sicht keine Anhaltspunkte für eine Erhöhung des Berentungsgrades finden lassen. Es sei davon auszugehen, dass es dem Beschwerdeführer gelingen werde, seine Arbeitstätigkeit im vormals ausgeübten 50 %-Pensum wieder aufzunehmen. Die Berufsunfähigkeit betrage weiterhin 50 % bezogen auf ein 100 %-Pensum (Urk. 8/93/81).

#### **E. 4**

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

#### **E. 4.1**

Die erstmalige Rentenzusprache mit Verfügung vom 26. April 2011 (Urk. 8/27) stützte sich insbesondere auf die Berichte der behandelnden Ärzte (vgl. auch Urk. 8/20/4-5). Diese attestierten dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (E. 3.1.2 und E. 3.1.3). Aus rheumatologischer Sicht ergab sich jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (E. 3.1.1), da die Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers mehrheitlich aufgrund des psychiatrischen Leidens eingeschränkt sei. Da dem Beschwerdeführer sowohl in der bisherigen als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, ermittelte die Beschwerdegegnerin mittels Einkommensvergleich einen Invaliditätsgrad von 50 %, weshalb dem Beschwerdeführer eine halbe Invalidenrente zugesprochen wurde (vgl. Urk. 8/20/5-6).

#### **E. 4.2**

Die Beschwerdegegnerin erachtete in der angefochtenen Verfügung vom 11. November 2020 eine Veränderung des gesundheitlichen Zustandes zwar als ausgewiesen, da in der Zwischenzeit weitere operative Eingriffe stattgefunden hätten. Die gesundheitlichen Veränderungen hätten jedoch keinen Einfluss auf seine Arbeitsfähigkeit. Es sei ihm weiterhin möglich, einer beruflichen Tätigkeit

in einem 50 %-Pensum nachzugehen. In medizinischer Hinsicht stützte sich die

Beschwerdegegnerin insbesondere auf die Berichte der behandelnden Ärzte sowie die Gutachten der

Dres . med. Z.\_\_\_\_

und A.\_\_\_\_ vom 6. Oktober und 27. November 2019 (Urk. 8/101/11 und Urk. 8/118/3-4) .

Die Gutachten ergingen

unter Berücksichtigung der Vorakten (Urk. 8/93/26-60; Urk. 8/93/ 73-77), der Anamnese sowie den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (Urk. 8/93/12-22; Urk. 8/93/68-72). Die Gutachter erhoben sowohl den psychiatrischen Befund nach AMDP wie auch den orthopädischen Körperstatus (Urk. 8/93/23; Urk. 8/93/73). Sie nahmen zu den Beurteilungen in den Vorakten einlässliche Stellung und begründeten – soweit Diskrepanzen bestanden (vgl. insbesondere Urk. 8/93/62) – abweichende Einschätzungen plausibel. Mithin erfüllen die Gutachten die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (E. 1.4), weshalb darauf abgestellt werden kann.

#### **E. 4.3.1**

Ins ofern der Beschwerdeführer vorbrachte, die Beschwerdegegnerin hätte die Berichte durch einen in psychiatrischer Sicht versierten Facharzt prüfen lassen müssen, vermag er damit nicht durchzudringen (Urk. 1 S. 5). Dr. med. I.\_\_\_\_ , Facharzt Chirurgie, führte in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2013 verändert habe. Durch die somatischen Beschwerden seien immer wieder Zeiten der Arbeitsunfähigkeit aufgetreten, diese hätten jedoch keinen andauern den zusätzlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gehabt (Urk. 8/118/3-4) . Er berücksichtigte in seiner Stellungnahme die aktuelle Beurteilung des Psychiaters Dr. H.\_\_\_\_ , kam jedoch zum Schluss, dass sich diese nicht wesentlich vom Bericht der Psychiatrischen Universitätsklinik C.\_\_\_\_ vom Jahr 2013 unterscheide, zumal Schwankungen im Ausprägungsgrad zu einer rezidivierenden depressiven Störung gehörten. Seine Beurteilung stütze er auf die Einschätzung des Gutachters Dr. Z.\_\_\_\_ , mithin erhob er weder eigene Befunde noch stellte er eigene Diagnosen (vgl. Urk. 8/101/8-11), weshalb seine Beurteilung nicht zu beanstanden ist.

#### **E. 4.3.2**

Sodann vermögen weder die Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. Juni und 28. August 2020 (vgl. Urk. 8/116/1-7) noch der Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. September 2020 (Urk. 8/116/11-12), an der Einschätzung der

Drs. Z.\_\_\_\_

und A.\_\_\_\_

etwas zu ändern. Zum einen nahmen sie keine Stellung zum Gutachten und führten auch nicht aus, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in Bezug auf seine Leistungsfähigkeit seit dem Jahr 2011 in invalidenversicherungsrechtlich relevanter Weise verändert haben sollte.

Zum anderen lässt die unterschiedliche Beurteilung vielmehr die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E.

4) erkennen und die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen 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). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens per se

genügt, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteile des Bundesgerichts 9C\_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2 und 8C\_367/2020 vom 4. August 2020 E. 5.2.2, je mit Hinweisen). Eine solche vermag

– wie auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose –

für sich alleine

aber

keine massgebliche Verschlechterung des

Gesundheitszustandes zu belegen, zumal einzig massgebend ist, ob

beziehungsweise

in welchem Ausmass den medizinischen Akten eine erhebliche (andauernde) Verschlechterung der Arbeits- beziehungsweise Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts

8C\_457/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Die Berichte der behandelnden Ärzte lassen mithin keine Zweifel an der Einschätzung der Gutachter Drs. Z.\_\_\_\_

und A.\_\_\_\_ erwecken.

### **E. 4.3.3**

Der Beschwerdeführer machte sodann geltend,

es sei nicht tragfähig, dass die Gutachter – entgegen der Beurteilung der spezialisierten Fachmediziner (vgl. Bericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 7. September 2020, Urk. 8/116/11-12) – festhielten, es liege keine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder komplexe PTBS

vor (Urk. 1 S. 3 f.). Dem ist entgegenzuhalten, dass Dr. Z.\_\_\_\_

zur Herleitung der Diagnose nachvollziehbar ausführte,

aufgrund der vagen Angaben zu den berichteten Kriegstraumatisierungen könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob der Beschwerdeführer von den nur relativ kurz andauernden Kriegsereignissen und abseits der schweren Kriegshandlungen bis heute traumatisiert beziehungsweise Jahrzehnte später retraumatisiert sein könnte. Zwar könne eine schwere Traumatisierung nicht grundsätzlich ausgeschlossen werden, die vagen und teilweise widersprüchlichen Angaben würden eine abschliessende Diagnosestellung jedoch nicht zulassen, weshalb sie bloss als fremdanamnestisch erhobene Verdachtsdiagnose übernommen werde (Urk. 8/93/62-63). Diese Ausführungen sind schlüssig, zudem stehen sie im Einklang mit den klinisch diagnostischen Leitlinien zur posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Horst Dilling /Werner Mombour /Martin H. Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), 10. Auflage 2015, F43.1 S. 208), wonach die Störung dem Trauma mit einer Latenz folgt, die Wochen bis Monate dauern kann, jedoch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma auftritt. Beim Beschwerdeführer wäre die allfällige Störung nach mehr als 20 Jahren oder je nach auslösendem Ereignis noch später aufgetreten, was vor dem erwähnten Hintergrund der Leitlinien und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der Schweiz als Pflegeassistent nicht plausibel und nicht überwiegend wahrscheinlich erscheint.

Ergänzend ist auf die höchstrichterliche Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es für die Herleitung und Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung einer besonderen Achtsamkeit bedarf, was nicht bloss für das auslösende Trauma, sondern auch für die Latenzzeit zwischen initialer Belastung und Auftreten der Störung gilt und es eine besondere Begründung bei jenen Fällen braucht, in denen ganz ausnahmsweise aus bestimmten Gründen ein späterer Beginn berücksichtigt werden soll (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts 9C\_548/2019 vom 16. Januar 2020 E. 6.3). An diesen hierzu von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen fehlt es für die rechtsgenügende Begründung der Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung, weshalb auf die Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_

abgestellt werden kann. Daran vermag

auch

das vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren eingereichte interdisziplinäre Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) des Medizinischen Zentrum J.\_\_\_\_ vom 21. April 2021 keine Zweifel zu erwecken. Zum einen ist festzuhalten, dass für die richterliche Beurteilung eines Falles grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit der angefochtenen Verwaltungsverfügung –

hier am 11. November 2020 (Urk. 2) – massgebend sind (BGE 121 V 362 E. 1b mit Hinweisen). Zum anderen setzte sich Dr. med. K.\_\_\_\_

bei Stellung ihrer Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gerade nicht mit der Latenzzeit auseinander und führte nicht aus, inwiefern sich die Symptomatik des

Beschwerdeführers vorliegend erst verspätet manifestiert haben sollte. Sie begründete ihre Diagnose vielmehr lediglich

damit, dass ein Gutachter, der den Versicherten nur zwei bis drei Stunden sehe, in dieser Zeit oft kein Vertrauensverhältnis aufbauen könne und sich daher immer auf die Angaben der ambulanten Psychiater stützen müsse. Aus dem Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ geht denn

auch hervor, dass sie sich weitgehend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers stützte ;

mit der

abweichenden Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_

in Bezug auf die Herleitung der Diagnose setzte sie sich hingegen nicht auseinander (Urk. 11 S. 40 ff.).

#### **E. 4.3.4**

Auch aus somatischer Sicht geht – entgegen den Einwendungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6-7) – keine rentenrelevante Verschlechterung hervor. Während Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss kam, aufgrund der bildgebenden Untersuchungsergebnisse und der klinischen Untersuchung würden keine Anhaltspunkte für eine Erhöhung des Berentungsgrades bestehen und sie davon ausging, der Beschwerdeführer könne seine Arbeitstätigkeit im vormals ausgeübten 50 %-Pensum wieder aufzunehmen (E. 3.2.5) , stellte Dr. med. L.\_\_\_\_ , Facharzt Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, in seinem von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten lediglich fest, der Beschwerdeführer sei noch zu 40 % arbeitsfähig. Zur Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ nahm er keine Stellung , ebenso wenig führte er aus, inwiefern sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2011 wesentlich verändert haben sollte. Diesbezüglich ist daher lediglich von einer anderen Beurteilung eines im wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auszugehen .

Dr. A.\_\_\_\_

hingegen führte aus, im Vordergrund würde die somatoforme Schmerzstörung (Fibromyalgie ) mit generalisierten diffusen Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat mit Myalgien und Arthralgien stehen . In der durchgeführten klinischen Untersuchung konnte sie Inkonsistenzen der Beschwerden und der Untersuchungsbefunde feststellen , weshalb sie aufgrund der bildgebenden Untersuchungsergebnisse und der klinischen Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine Erhöhung des Berentungsgrades feststellen konnte (Urk. 8/93/81). Mithin ist das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

nachvollziehbar und darauf kann abgestellt werden .

Angesichts der Aktenlage sind in diesem Zusammenhang von weiteren Abklärungen auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon

ohne Verletzung der Untersuchungspflicht abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b).

#### **E. 4.4**

Zusammenfassend ist hinsichtlich einer Veränderung des Gesundheitszustandes gestützt auf die Gutachten der Dres . Z.\_\_\_\_

und A.\_\_\_\_ der Einschätzung des RAD zu folgen und

eine rentenrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt.

Dementsprechend hat die IV-Stelle das

Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers zu Recht abgewiesen, was die Abweisung der Beschwerde zur Folge hat .

#### **E. 5**

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 8 00.-- fest zulegen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr.

#### **E. 8**

00 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin VogelSherif

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