

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00659 vom 4. Juni 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-06-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00659

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00659 du 4 juin 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00659 del 4 giugno 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 nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

E. 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 Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. 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. 1.4

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.

E. 1.5

Eine Verschlechterung der Erwerbsfähigkeit ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat. Artikel 29 bis ist sinngemäss anwendbar (Art. 88a Abs. 2 IVV) . 1.

E. 5

eine ganze Invalidenrente zu (Urk. 7/45-47). Diese Verfügung wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts vom 16. Juni 2008 im Prozess Nr. IV.2008.00219 in Bezug auf die Rentenberechnung aufgehoben (Urk. 7/57), worauf die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 20. März 2009 bei einem Invaliditätsgrad von 82 % mit Wirkung ab November 2005 eine Neuberechnete höhere ganze Invalidenrente zusprach (Urk. 7/64-68) .

E. 5.1

Im Zeitpunkt des Z.____-Gutachtens standen eher nicht-psychiatrische Beschwerden im Vordergrund. Hinweise für eine schwergradige depressive Störung waren nicht vorhanden (E. 3.2). Die Frage, ob der psychiatrisch gestellten Diagnose überhaupt eine invalidisierende Bedeutung zukam, liess das Gericht unbeantwortet, da der Beschwerdeführer ohnehin in der Lage war, in einer angepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen (Urk. 7/172 E. 5.4).

E. 5.2

Seit der Z.____-Begutachtung trat beim Beschwerdeführer eine Stirnhöhlenmukozele mit Rezidiv auf, die zweimal operativ behandelt wurde. Die Suva nahm einen Rückfall an und sicherte die Übernahme der augenärztlichen und rhinologischen Behandlung zu (vgl. Urk. 7/186/335). Laut Berichtender B.____-Klinik am C.____ (E. 4.2) bestand eine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der stationären Aufenthalte vom 18. Juni bis 2. Juli 2019 und vom 3. bis 19. April 2020, dazwischen und danach bestand in Bezug auf die stattgehabte Stirnhöhlenmukozele keine Arbeitsunfähigkeit.

Augenärztin Dr. E.____ berichtete (E. 4.4.), dass

sich die bekannten Beschwerden insgesamt verstärkt hätten, jedoch durch ein dichteres Sichtokklusiv eine Reduktion derselben vorerst zulasten der Sehschärfe realisierbar erreicht werden können. Dass durch die reduzierte Sehschärfe eine höhergradige

Arbeitsunfähigkeit als seinerzeit von der Z.____ -Opht h alm ologin (vgl. E. 3.6) attestiert hervorgerufen wurde, wurde von Dr. E.____ indessen nicht berichtet.

Bezüglich Kopfschmerzen führte die operative Behandlung der Stirnhöhlen mukozelle zu keiner Reduktion, sondern der Beschwerdeführer gab an, die Intensität derselben habe zugenommen. Allerdings zeigten sich keine neuen fokalen-neurologischen Defizite bei der bereits bekannten Hemihypästhesie und Allodynie im V11-Bereich rechts sowie deutlicher Visusminderung rechts (E. 4.3.1), und

klagte der Beschwerdeführer bereits schon vor der Z.____ -Begutachtung (E. 3) über stärkste, kaum therapierbare Kopfschmerzen (vgl. Urk.

7/46 S. 4 oben). Auch Dr. F.____ (E. 4.5) berichtete gegenüber dem Krankenversicherer eine seit 2004 vorliegende chronische Migräne mit exzessiven Dauerkopfschmerzen

von einer Intensität zwischen 7-10 bei einem Maximum von 10 auf der Schmerzskala und ohne schmerzfreie Intervalle, deren Behandlung bis anhin ohne Erfolg gewesen seien. Infolge einer Schmerzexazerbation unterzog sich der Beschwerdeführer einer stationären Behandlung zur analgetischen Einstellung, wodurch eine Schmerzreduktion in den für ihn erträglichen Bereich

erzielt werden konnte (E. 4.7). Eine längerdauernde Verschlechterung bezüglich der Kopfschmerzen kann allein aufgrund dieses stationären Aufenthalts

nicht angenommen werden. 5. 3

Was das neu diagnostizierte Schlafapnoe-/ Hypopnoe -Syndrom betrifft, konnte offenbar - wie von Dr. G.____

(E. 4.6) als Therapieoption angekündigt - eine nächtliche Sauerstofftherapie installiert werden (vgl. Urk. 3/3; E. 4.

E. 5.5

Zusammenfassend ist eine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Rentenaufhebung vom Mai 2017 nicht ausgewiesen. Inwiefern weitere medizinische Abklärungen neue entscheidungswesentliche Erkenntnisse liefern könnten, ist nicht ersichtlich. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 4. Oktober 2021 erweist sich damit als rechtmässig. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

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 festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800. festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -
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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Tiefenbacher

E. 6

Bei der Beurteilung der Arbeits (un) fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit 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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung mit der Begründung (Urk. 2), gestützt auf die medizinischen Abklärungen sei von einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen, die 3-4 Monate andauert habe und während derer keine Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. Ansonsten sei seit der letzten Verfügung vom 22. Mai 2017 von keiner wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes auszugehen (S. 1 unten).

Da die Rentenleistungen mit Verfügung vom 22. Mai 2017 aufgehoben worden seien, müsse bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes die einjährige Wartefrist erneut erfüllt sein. Nachdem die Verschlechterung nur 4 Monate gedauert habe, sei das Wartejahr nicht erfüllt, weshalb kein Anspruch auf Leistungen bestehe (S. 1 unten).

Dem Beschwerdeführer sei weiterhin eine behinderungsangepasste Tätigkeit in einem 80%igen Pensum zumutbar. Aus den eingereichten Berichten sei nicht ersichtlich, dass sich die Arbeitsfähigkeit durch die neuen Diagnosen verschlechtert haben sollte (S. 2 Mitte). 2.2

Dagegen wandte der Beschwerdeführer im Wesentlichen ein (Urk. 1) , im Zeitpunkt der Rentenaufhebung seien die nichtpsychiatrischen Beschwerden im Vordergrund gestanden.

Das Ausmass der depressiven Störung sei als leichtgradig eingestuft worden, dies auch in Anbetracht der vielfältigen Aktivitäten (S. 4 unten). Die behandelnde Psychiaterin habe eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt. Diese Feststellung könne nicht ohne weiteres gestützt auf eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verneint werden (S. 6 unten). Auch die Situation betreffend Kopfschmerzen habe sich seit der Rentenaufhebung verschlechtert (S. 7 Mitte). Die Revisionsoperation der Stirnhöhlenmukozele im März 2020 habe zu keiner Verbesserung geführt, sondern die Intensität der Kopfschmerzen habe zugenommen, die Konzentration habe sich verschlechtert und die nebeneinander versetzten Doppelbilder hätten zugenommen (S. 7 unten). Weiter hätten sich auch die Augenprobleme verschlimmert (S. 9 oben). Aufgrund des multimorbiden und sehr komplexen Beschwerdebildes bedürfe es zur genauen Beurteilung des Ausmasses der Verschlechterung und der aktuell bestehenden Arbeitsfähigkeit eines polydisziplinären Gutachtens (S. 9 Mitte). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenaufhebenden Verfügung vom 22. Mai 2017 (Urk. 7/153) beziehungsweise der diese bestätigenden Urteile vom 23. Januar 2019 und 27. Mai 2019 (vgl. vorstehend E. 1.4) anspruchrelevant verschlechtert hat und in diesem Zusammenhang, ob die Abklärungen der Beschwerdegegnerin genügen. 3. 3.1

Massgebend für die mit Verfügung vom 22. Mai 2017 ausgesprochene Renten aufhebung war das polydisziplinäre (allgemeininternistische, psychiatrische, orthopädische, neurologische und ophthalmologische) Gutachten des Z.____

vom 20. Dezember 2016 (Urk. 7/134 = Urk. 7/136 ; vgl. Urk. 7/172 E. 5.4 und Urk. 7/176 E. 6.10). Darin stellten die Ärzte folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 33 Ziff. 5.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (F33.1) - Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit schwerer Kontusion

bulbi rechts am 23.11.2004 - Impressionsfraktur Sinus frontalis und Orbitadach rechts mit traumatischer Ablatio

retinae rechts, VK-Blutung - Limbus parallele Plombe, Kryotherapie rechts am 3.12.2004 - Wundversorgung der Rissquetschwunde der Lider rechts am 23.11.2004 - operative Rekonstruktion des Margo orbitale superior, Mukosa-Eradikation, Sinus frontalis rechts, Obliteration Duktus naso

frontalis mit M. temporalis -Plombe, Konturkorrektur mit Titan- Mesh und Deckung mit Periost-Lappen, epiretinale

Fibroplasie am 6.12.2004 - Zykloplexie rechts bei okulärem

Hypertoniesyndrom mit Zyklodialyse am 17.2.2006 - Nachstarbehandlung am 5.12.2013 - posttraumatische Kopfschmerzen mit zusätzlichem schmerzmittelinduziertem Kopfschmerz - Visusbeeinträchtigung rechts - periphere Netzhautnarben nach Amotio

retinae rechts - traumatische Pupillenentrundung nach Bulbustrauma - Hinterkammerlinsen-Pseudophakie - partielle Optikusatrophie rechts - Makulaatrophie rechts

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff. 5.2 S. 33 f.): - chronische Schulter- und Nackenbeschwerden beidseits - radiologisch Tendinitis calcarea, deutliche Spondylose HWK6/7 und Unkovertebralarthrose (Röntgen und MRI 17.11.2016)

- klinisch bis auf Hinweise für subakromiales

Impingement und mögliche frozen

shoulder der dominanten rechten Seite unauffälliger Befund - chronische Leistenschmerzen links - radiologisch bis auf kleine Ausziehungen trochantär unauffälliger Befund (Röntgen 17.11.2016) - klinisch unauffälliger Befund - chronische Kniebeschwerden rechts - radiologisch unauffälliger Befund (Röntgen 17.11.2016) - klinisch unauffälliger Befund - chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - funktionelle Hemihypästhesie rechts - Adipositas - BMI 32,8 kg/m² (Gewicht 104 kg, Grösse 178 cm) - arterielle Hypertonie - substituierte Hypothyreose - aktuell latente hypothyreotische Stoffwechsellage - anlagebedingte Fehlsichtigkeit links (Hyperopie, Astigmatismus) - Alterssichtigkeit links (Presbyopie) - chronische Benetzungsstörung an beiden Augen - Cataracta

incipiens links 3.2

Zurzeit stünden eher nicht- psychiatrische Beschwerden im Vordergrund. So beklage der Beschwerdeführer Augenprobleme und anhaltende Kopfschmerzen, Schulterschmerzen und deswegen eine Schlafstörung und einen raschen Konzentrationsabfall mit Ermüdung. Es lägen auch psychiatrische Befunde vor. Der Beschwerdeführer zeige eine bedrückte Stimmungslage mit resignativer Lebenshaltung und einen partiellen sozialen Rückzug. Im Rahmen seiner Verwandtschaft halte er die Beziehungen jedoch aufrecht. Das Ausmass der depressiven Störung könne als leichtgradig eingestuft werden, dies auch in Anbetracht der vielfältigen Aktivitäten. Hinweise für eine schwergradige depressive Störung beständen nicht, der Beschwerdeführer habe bisher nie einen Suizidversuch unternommen, er habe nie in stationärer psychiatrischer Behandlung gestanden, und die aktuelle Dosis des Antidepressivums entspreche einer Standarddosierung im Sinne einer Erhaltungstherapie. Er gebe auch an, Freude an seinen Kindern zu haben und wolle deshalb auch weiterleben (S. 18). 3.3

Auf orthopädischer Ebene könne zusammenfassend festgestellt werden, dass sich die seitens des Bewegungsapparates recht diffus beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei der Leidensdruck bei Tendinitis calcarea und möglicher frozen

shoulder der dominanten rechten Seite, kaum aber die übrige, sehr inkonstant präsentierte Symptomatik, so dass von einer klaren nicht-organischen Beschwerdekomponente ausgegangen werden müsse (S. 26). 3.4

Von neurologischer Seite her stelle sich die Frage, ob der Beschwerdeführer damals eine relevante Hirnverletzung erlitten habe, welche Frage aufgrund der zeitnahen Berichte zu verneinen sei. Betreffend die beklagten intensiven Kopfschmerzen sei die Annahme eines Schmerzmittelübergebrauchs bei der angegebenen Menge von Schmerzmitteln auch aktuell noch gerechtfertigt. Bei der aktuellen Untersuchung sei eine Hemihypästhesie rechts angegeben worden, welche nicht durch das Trauma erklärt werden könne und welche auch jetzt wie schon im Jahr 2005 als funktionell zu interpretieren sei. Hinweise für einen links hemisphärischen Prozess hätten sich zu keinem Zeitpunkt ergeben. Auch wenn in der aktuellen Untersuchung nicht explizit beklagt, so ergäben sich aktuell auch keine Anhaltspunkte für kognitive Minderleistungen. So habe während der knapp einstündigen Untersuchung kein Anhalt für Einschränkungen der Aufmerksamkeit oder Merkfähigkeit

bestanden. Gegen eine solche in der Vergangenheit mitge nannte Konzentrationsstörung spreche auch die weitere aktive Teilnahme am Strassenverkehr (S. 29). 3.5

Am rechten Auge bestehe eine partielle Optikus - und Makulaatrophie , die eine Reduktion der Sehschärfe und Gesichtsfelddefekte verursachten. Aufgrund einer traumatischen Pupillenerweiterung bestehe eine vermehrte Blendungsemp find lich keit und aufgrund einer chronischen Benetzungsstörung in Kombination mit der Pupillenstörung gebe der Beschwerdeführer eine monokulare Doppelbild wahr nehmung an. Links zeige sich eine beginnende Linsentrübung, die eine geringe Reduktion der Sehschärfe verursache (S. 32). 3.6

Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich leichte bis zumindest mittelschwere Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungs fähigkeit von 100 %, wobei wiederholte Überkopfmänner vermieden werden sollten. Aus neurologischer Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10 % aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Aus ophthalmologischer

Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adap tierte Tätigkeit von 15 % aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs, wobei poten tiell gefährliche Arbeiten, Arbeiten auf Gerüsten und an schnell drehenden Maschinen nicht mehr zumutbar seien. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeits un fähigkeit von maximal 20 % (S. 34 f.)

Zusammenfassend bestehe aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe in der angestammten Tätigkeit als Koch als auch in einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, adap tierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar mit erhöhtem Pausenbedarf (S. 35). 4.

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden Berichten: 4.1 4.1.1

Dr. med. A.____ , Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 17. November 2019 (Urk. 7/182/1) eine schwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (F33.2) bei einer rezidivierenden depressiven Störung. Die Verschlechterung zeige sich mit einer massiven Antriebsstörung, der zu Folge der Beschwerdeführer zeitweise tagelang nicht aus dem Haus gehen könne. Soziale Kontakte seien praktisch nicht mehr vorhanden. Seinem verhaltensauffälligen Sohn sei er nicht mehr gewachsen. Innerlich und äusserlich bestehe eine massive Gefühlsstarre. Auslöser des stark verschlechterten Zustandes seien die aktuellen körperlichen Komplikationen, die erneut Operatio nen im Kopfbereich erfordert hätten und weiterhin erforderten. 4.1.2

Im Bericht vom 6. Dezember 2020 (Urk. 7/199) diagnostizierte Dr. A.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Epi sode, mit somatischem Syndrom (F33.11), welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirk e (S. 3 Ziff. 2.5). Die Verfassung des Beschwerdeführers habe sich wegen der hinzugekommenen somatischen Komplikationen sowie des Wegzugs des Soh nes, der den Kontakt zu ihm praktisch abgebrochen habe, verschlechtert (S. 2 Ziff. 2.2).

Sie habe dem Beschwerdeführer keine Medikamente verordnet, da die ser von seinen anderen Ärzten bereits eine erhebliche Menge an Antidepressiva erhalte (S. 3 Ziff. 2.3). Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei sehr schlecht, da wei tere somatische Probleme aufgetaucht seien (S. 3 Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer habe keine Ressourcen, die bei

einer Eingliederung hilfreich sein könnten (S. 4 Ziff. 3.5). In behinderungsangepasster Tätigkeit bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr (S. 6 Ziff. 4.2). 4.1.3

Am 24. Januar 2022 (Urk. 11/1) berichtete Dr. A.____, der Beschwerdeführer leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradige Episode (F33.2). Er sei schwer gehemmt im Antrieb und abgesehen von den sehr häufigen Konsultationen bei Ärzten verschiedener Fachrichtungen unfähig sich für irgendeine Aktivität aufzuraffen, verlasse seine Wohnung nicht, pflege keine sozialen Kontakte mehr, besorge seinen kleinen Haushalt nicht, koche nicht mehr, sondern er verpflege sich aus dem Kühlschrank. Im Gespräch falle eine ausgeprägte Konzentrationsstörung auf. Ebenfalls sei das Kurzzeitgedächtnis beeinträchtigt, indem er nicht fähig sei, die Krankheitsgeschehnisse der letzten zwei Jahre in ihrer zeitlichen Einordnung aufzuzählen. Das Denken sei formal vollständig eingeengt auf seine gesundheitlichen Störungen und deren Konsequenzen. Die Gedanken drehten sich ausschliesslich um seine düstere Zukunft, was immer wieder heftigste Ängste hervorrufe. Inhaltlich bestünden keine wahnhaften Gedankengänge. Es gebe keine Hinweise auf Wahrnehmungsstörungen. Die Stimmung sei schwer depressiv, der Beschwerdeführer sei unfähig, Freude zu empfinden, sei hoffnungslos und habe häufige Todeswünsche. Es finde alle 2-3 Wochen eine supportive Psychotherapie statt. Er erhalte ein antidepressives Medikament, das gleichzeitig eine schmerzberuhigende Wirkungskomponente habe. Angesichts der schwer depressiven Verfassung bestehe seit mindestens Januar 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten. 4.2 4.2.1

Die Ärztin der Klinik B.____ des Universitätsspitals C.____, in welcher Klinik beim Beschwerdeführer am 19. Juni 2019 und 3. April 2020 eine Stirnhöhlendrainage durchgeführt worden war (vgl. Urk. 7/181/1-2 S. 1 Mitte und Urk. 7/181/5-6 S. 1),

attestierten im Bericht vom 20. Juni 2019 (Urk. 7/181/1-2) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 18. Juni bis 2. Juli 2019 (S. 2 Mitte) und berichteten am 19. Dezember 2019 (Urk. 7/181/3-4), der Beschwerdeführer klagte über unverändert rechtsseitig betonte Kopfschmerzen und über exazerbierte, insbesondere auch vertikale Doppelbilder, welche seit der Operation vermehrt bestünden (S. 1 Mitte). Insgesamt zeige sich klinisch kein Hinweis für einen akuten Infekt beziehungsweise ein Mukozelenrezidiv im Bereich der Stirnhöhle (S. 2 Mitte). 4.2.2

Dr. med. D.____, Oberärztin an der B.____-Klinik am C.____, berichtete am 14. Januar 2021 (Urk. 7/208/ 8-9), der Beschwerdeführer sei wegen einer Stirnhöhlenmukozele frontal rechts, welche nach der Impressionsfraktur des Sinus frontalis und Orbitadachs rechts 2004 aufgetreten sei, in Behandlung (S. 1 Ziff. 2.1). Die Stirnhöhlenmukozele sei im April 2020 operativ behandelt worden. Zudem sei eine beidseitige sensorineurale Schwerhörigkeit diagnostiziert worden (S. 1 Ziff. 2.5). In der Konsultation vom 8. Oktober 2020 habe sich endonasal eine leicht ödematöse Schleimhaut mit teils kleinen Vernarbungen, jedoch ansonsten gut offenen Nasennebenhöhlen gezeigt. Es sei im Rahmen des stationären Aufenthalts mit operativer Therapie eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 3. bis 19. April 2020 attestiert worden (S. 1 Ziff. 1.3). In Bezug auf die stattgehabte Stirnhöhlenmukozele bestehe aktuell keine Arbeitsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 2.6). 4.3 4.3.1

Laut Bericht der Klinik für Neurologie am C.____ vom 21. Mai 2020 (Urk. 7/181 /

E. 7

-10) zeige sich eine erneute Schmerzexazerbation mit Zunahme der Schmerzintensität und des elektrisierenden Charakters der Kopfschmerzen. Diese seien weiterhin täglich bereits

nach dem Erwachen vorhanden und hätten eine migränöse Komponente. In der klinischen Untersuchung zeigten sich aktuell keine neuen fokal-neurologischen Defizite bei vorbestehender Hemihypästhesie rechts und Allodynie im V1-Bereich rechts sowie deutlicher Visusminderung rechts (S. 4 Mitte). 4.3.2

Laut dem Bericht vom 19. November 2020 (Urk. 7/189) leidet der Beschwerdeführer an posttraumatischen chronischen Kopf-/ Orbitaschmerzen nach Arbeitsunfall mit Eisenstange, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (S. 3 Ziff. 2.5). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Restless - Legs -Syndrom, eine Stirnhöhlenmukozelle frontal rechts sowie eine Hypothyreose genannt (S. 3 Ziff. 2.6).

Der Beschwerdeführer leide an täglichen Kopfschmerzen (S. 2 Ziff. 2.2). Es liege eine posttraumatische Augenveränderung rechts vor (entrundete mydriatische Pupille, unter anderem ohne Lichtreaktion (LR), Doppelbilder), eine asymptomatische Augenpartie, die Achillessehnen-Reflexe (ASR) fehlten, die Bizepssehnenreflexe (BSR) rechts und links seien vorhanden. Das MRI vom Februar 2020 zeige einen Status nach Rekonstruktionen und gegebenenfalls eine Mukozele frontal rechts (S. 3 Ziff. 2.4). 4.3.3

Gemäss Bericht vom 12. September 2021 (Urk. 7/227 = Urk. 3/4) bestehen seit 2004 chronische Kopfschmerzen, die ursprünglich als Traumafolge begonnen und sich im Verlauf chronifiziert hätten, und aktuell Komponenten einer chronischen Migräne ohne Aura, eines chronischen Spannungskopfschmerzes sowie eines zervikozephalen Kopfschmerzes zeigten. Ausserdem bestehe ein Status nach Medikamentenübergangs-kopfschmerz mit Medikamentenentzug im Juli 2020 (S. 2 oben).

Therapieversuche umfassten unter anderem eine Basistherapie mit Magnesium, eine schmerzdistanzierende medikamentöse antidepressive Therapie (Saroten), eine psychologische Gesprächstherapie und eine Behandlung mit Aimovig. Bei fehlender ausreichender Besserung unter diesen Massnahmen sehe sich der Beschwerdeführer gezwungen, täglich Analgetika einzunehmen, was wiederum zu Medikamentenübergangs-kopfschmerzen führe (S. 2 Mitte). 4.4 4.4.1

Dr. med. E.____, Fachärztin für Ophthalmologie, stellte im Bericht vom 17. August 2020 (Urk. 7/181/12-13) folgende Diagnosen aus ihrem Fachbereich (S. 1 Mitte): - Status nach penetrierendem Trauma mit Eisenstange 2004 - Status nach limbusparalleler Plombe frontal und Kryopexie am 3.12.2004 - Status nach Zyklonexie bei Zyklodialyse mit okulärem Hypotonie syndrom am 17.2.2006 - Status nach YAG- Kapsulotomie 2014 - persistierende partielle Mydriase - zentral multiple Hornhautnarben - monokulare Doppelbilder

Der Beschwerdeführer schildere, dass die monokularen Doppelbilder am rechten Auge zunehmend störten. Diese seien am ehesten refraktiv bedingt durch die residualen zentralen multiplen Hornhautnarben und der traumatischen Mydriase zu sehen. Weiterhin liege eine hohe Anisometropie links mehr als rechts vor, die bei einer Kontaktlinsenunverträglichkeit nicht durch Kontaktlinsen korrigiert werden könnten. 4.4.2

Am 21. Januar 2022 stellte Dr. E.____ fest (Urk. 11/2),

insgesamt hätten sich die bekannten Beschwerden (Visusminderung, Doppelbilder, erhöhte Blendung aufgrund traumatischer Mydriase) im Vergleich zum Vorbefund verstärkt und eine Reduktion der Beschwerden habe nur durch ein dichteres Sichtokklusiv (vor erst) zulasten der Sehschärfe rechts erreicht werden könne. 4.5

Dr. med. F.____ , Facharzt für Neurologie, berichtete am 11. September 2020 (Urk. 7/181/11), der Beschwerdeführer leide seit 2004 unter einer chronischen Migräne mit exzessiven Dauerkopfschmerzen. Ein Migränetagebuch erübrige sich, da der Beschwerdeführer seit Jahren über Dauerkopfschmerzen mit einer Intensität zwischen 7-10/10 , ohne schmerzfreie Intervalle, klage. 4.6

Dr. med. G.____ , leitender Arzt Pneumologie/ Somnologie , und med. pra c t . H.____ , Assistenzärztin, Spital I.____ , diagnostizierten im Bericht vom 13. April 2021 (Urk. 7/222) aus ihrem Fachgebiet ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoe-/ Hypopnoe -Syndrom mit subjektiv stark störendem Schnarchen, aggraviert in Rückenlage. Die Rückenlagevermeidungstherapie mit tels Rucksack habe nicht geklappt, der Beschwerdeführer fühle sich durch den Rucksack extrem stark eingeengt , und es komme erneut zu Angst- und Panik attacken. Ausserdem schmerzten die Schultern, da er sic h nicht mehr gut bewegen könne. 4.7

Dr. m ed. J.____ , Facharzt für Chirurgie, RAD , kam gestützt auf die vor liegenden medizinischen Berichte zum Schluss, die Stirnhöhlenmukozele , die adäquat versorgt worden sei, habe zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes geführt. Ansonsten könne von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen werden (Feststellungsblatt vom 7. Juni 2021, Urk. 7/215 S. 7 oben). 4.

E. 8

). Allerdings geht weder aus dem Bericht von Dr. G.____ noch aus dem Austrittsbericht des I.____ (E. 4.8) hervor, d ass sich das Schlafapnoe-/ Hypopnoe -Syndrom auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt . 5. 4

Hinsichtlich des psychischen Gesundheitszustandes ist v orab darauf hinzuweisen, dass Dr. A.____

(E. 4.1) schon immer von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausging (vgl. Urk. 7/172 E. 3.3) . Veränderungen im Psychostatus w u rden für den Zeitraum nach der Renteneinstellung bis zur angefochtenen Ver fü gung in den aktuell aufgelegten Berichten nicht beschrieben, obwohl die behandelnde Psychiaterin (E. 4.1) eine Verschlechterung des Gesundheitszustan des angab. Dementsprechend ist auch ihre Diagnosestellung, welche variiert zwi schen mittelgradig und schwergradig depressiver Störung mit somatischem Syn drom, nicht nachvollziehbar. Insbesondere beschrieb sie i m November 2019 (E. 4.1.1) bei einer schwergradigen depressiven Episode eine massive Antriebs störung, aufgrund derer der Beschwerdeführer zeitweise tagelang nicht aus dem Haus gehen könne und soziale Kontakte meide . Gut ein Jahr später im Dezember 2020 (E. 4.1.2) beschrieb sie eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes , diagnostizierte aber

lediglich eine mittelgradige depressive Episode . Gemäss ihren

Angaben fand die psychiatrische Behandlung trotz de s angeblich verschlechter ten Gesundheitszustandes

nur

alle 4-6 Wochen statt , und verordnete sie selber keine Antidepressiva, angeblich weil dem Beschwerdeführer von anderen Ärzten eine «erhebliche Menge» verschrieben w orden sei . Um welche Medikamente es sich hierbei handelt e , nannte sie nicht, aktenkundig ist lediglich Saroten (Amytriptylin) , was Dr. A.____ schliesslich mit Bericht vom 24. Januar

2022 (E. 4.1.3) bestätigte . In

diesem Bericht führte sie entgegen ihrer früheren Aussage an, es finde alle 2-3 Wochen eine supportive Psychotherapie statt, ohne zu erklären, seit wann und aus welchem Grund nun mit einer engmaschigeren Behandlung

fortgeföhren wurde . Angesichts ihrer Berichterstattung muss angenommen werden, dass sich Dr. A. bei ihrer Beurteilung mehr auf die subjektive Befindlichkeit des Beschwerdeföhriers denn auf seinen Psychostatus gestützt hat. Überdies ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen). Insgesamt vermögen deshalb die Berichte der behandelnden Psychiaterin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeföhriers nicht darzutun .

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