

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00511 vom 8. Januar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-01-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00511](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00511)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00511 du 8 janvier 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00511 del 8 gennaio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) haben Versicherte Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung, wenn sie ihre Erwerbsfähigkeit (oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid sind. 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). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). 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 ATSG). Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, 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 Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföhrung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C\_562/2008, Erw. 2.1 mit Hinweis).

1.4 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## **E. 2**

2.1 Strittig ist die revisionsweise Erhöhung der bis anhin ausgerichteten halben Rente, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeföhrers wesentlich verschlechtert hat respektive sich die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit verändert hat. Für die Beurteilung der Frage, ob eine anspruchserhebliche Änderung eingetreten ist, wird der Sachverhalt zur Zeit der strittigen Verfügung (April 2008) verglichen mit dem Sachverhalt, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenrevision (Verfügung vom November 2006, Urk. 11/66) bestanden hat.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung davon aus, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes im März 2007 nicht von Dauer und somit nicht invalidenversicherungsrechtlich relevant gewesen sei. Seit dem Spitalaustritt habe wieder die vorherige Arbeitsfähigkeit bestanden. Im Vergleich zur letzten Revision könne von einer stationären Situation aus medizinischer Sicht ausgegangen werden, die Arbeitsfähigkeit sei unverändert. Somit bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Urk. 2 S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Beschwerdeantwort wurde festgehalten, es sei unbestritten, dass eine Verschlechterung der HIV-Problematik ausgewiesen sei. Dem Beschwerdeföhrer sei

jedoch trotz des verschlechterten Gesundheitszustandes eine angepasste Tätigkeit weiterhin zu 50 %, also halbtags, zumutbar. Aus den Akten sei nirgends ersichtlich, dass die Arbeitsfähigkeit in höherem Grad eingeschränkt sei, auch die von den psychiatrischen Fachärzten erwählte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht kumulativ zu werten. Demzufolge ergebe sich nach wie vor ein unveränderter IV-Grad von 50 % und somit der Anspruch auf eine halbe Rente (Urk. 10 S. 2).

2.3.1.1.1 Der Beschwerdeführer stellte sich auf den Standpunkt, dass sich aus der durch die HIV-Erkrankung und die Nebenwirkungen bedingten Arbeitsunfähigkeit und der durch die psychischen Befunde bedingten Arbeitsunfähigkeit insgesamt eine Arbeitsunfähigkeit ergebe, die viel höher sei als die 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Es sei objektiv, dass sich der Gesundheitszustand und dadurch bedingt die Arbeitsunfähigkeit (betreffend leichte körperliche Arbeit) in den letzten Monaten erheblich verschlechtert habe. Diese gesundheitliche Verschlechterung gelte es bei der Bemessung des IV-Grades entsprechend zu berücksichtigen (Urk. 1 S. 3 f.).

### E. 3

3.1.1.1.1 Anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprache im September 1998 wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer seit November 1994 ohne wesentlichen Unterbruch in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Nach Ablauf der Wartezeit hätte er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiter ein Einkommen von etwa Fr. 50'245.-- (für das Jahr 1998) erzielen können. Der Beschwerdeführer sei in einer körperlich leichten Tätigkeit, beispielsweise als Mitarbeiter in der Etikettierung, als Lagermitarbeiter oder als Packer, zu 50 % arbeitsfähig. Mit dieser verbliebenen Restarbeitsfähigkeit könne er zumutbarerweise noch etwa Fr. 21'316.-- pro Jahr (für das Jahr 1998) verdienen. Damit ergab sich ein Invaliditätsgrad von 58 % und somit der Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 14/7 Rückseite).

3.2.1.1.1 Wie bereits erwähnt, wurde die Invalidenrente in der Folge erhöht und schliesslich wieder auf eine halbe Rente herabgesetzt. Zu dieser letzten Änderung ist den vorhandenen Akten lediglich zu entnehmen, dass aufgrund der aktuellen Unterlagen festgestellt worden sei, dass der Beschwerdeführer seit dem 21. Oktober 2003 wieder eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit ausüben könnte, wobei er mehr als 40 % des Erwerbseinkommens erzielen könnte, das heute erreicht würde, wenn keine Invalidität vorläge (Urk. 14/9 Rückseite und Urk. 14/10).

3.3.1.1.1 In der letzten, dem Beschwerdeführer eröffneten rechtskräftigen Verfügung vom 7. November 2006 wurde wiederum ausgeführt, dass - nach wie vor - eine dem Gesundheitszustand angepasste Tätigkeit ausgeübt werden könnte, wobei mehr als 40 % des Erwerbseinkommens erzielt werden könnte, das heute ohne Invalidität erreicht würde (Urk. 11/66).

### E. 4

4.1.1.1.1 Dr. med. B.\_\_\_\_, Innere Medizin und Infektiologie FMH, Chefarzt an der Medizinischen Poliklinik des Kantonsspitals C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_), führte im Schreiben vom 22. Mai 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/71) aus, beim Beschwerdeführer habe sich der Gesundheitszustand weiterhin verschlechtert, was auch Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit habe.

4.2. Nach einer Hospitalisation vom 14. März 2007 bis zum 28. März 2007 in der Medizinischen Klinik des C.\_\_\_\_ wurden im Austrittsbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Innere Medizin und Pneumologie FMH, Oberarzt, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzarzt, vom 18. April 2007 (Urk. 11/77/3-6) im Wesentlichen folgende Diagnosen genannt (S. 1):

- HIV-Infektion CDC Stadium B3 (Erstdiagnose 1985)
- Aktuell: Nokardiose und Aktinomykose apikaler Unterlappen links
- CD4 Zellen 27/Åµl (4 %), HIV RNA 123'000 Kopien/ml
- Status nach i.v. Drogenabusus
- Status nach Hepatitis A und B
- Positive HCV-Serologie
- Polytoxikomanie
- Status nach i.v. Drogen - Abusus, aktuell Methadon-Substitution
- Nikotin und Cannabis - Abusus

Der Beschwerdeführer sei nach mehrjährigem Thailandaufenthalt notfallmässig wegen rezidivierendem Fieber, Husten und Nachtschweiss eingetreten. Er sei seit dem Jahre 1985 HIV-positiv und bislang ohne retrovirale Therapie (S. 1). Unter antibiotischer Therapie habe sich eine zunehmende Besserung des Allgemeinzustandes sowie ein Rückgang der Entzündungszeichen gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand entlassen worden. Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_ bezifferten die Arbeitsfähigkeit ab dem 27. März 2007 mit 0 % (S. 2).

4.3. Im Verlaufsbericht der Medizinischen Klinik des C.\_\_\_\_ vom 9. August 2007 (Urk. 11/76/3-4) hielten Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_, Oberärztin, fest, der Gesundheitszustand sei stationär (Ziff. 1). Während des Spitalaufenthaltes im März 2007 sei der Beschwerdeführer wegen einer Nokardiose und Aktinomykose im apikalen Unterlappen links sowie einer Bakteriämie mit Salmonella enteritidis behandelt worden. Nach Abschluss dieser Behandlung habe er das Spital in gutem Allgemeinzustand verlassen. Die Arbeitsfähigkeit sei wieder gegeben gewesen (Ziff. 2). Im Vergleich zu den Voruntersuchungen vom Oktober 2003 habe sich bei bekannter HIV-Infektion aktuell eine Verdoppelung des Viral loads (123'000 Kopien/ml) sowie eine Abnahme der CD-4 Lymphozyten (27 Zellen/ml; im Vergleich dazu 257 Zellen/ml im Oktober 2003) gezeigt (Ziff. 3). Der Beschwerdeführer sei in der medizinischen Poliklinik im Hause zur Einleitung einer antiretroviralen Therapie vorgestellt worden. Die Frage nach der Prognose könne aus der vorhandenen Aktenlage nicht beantwortet werden (Ziff. 4).

4.4. Dr. B.\_\_\_\_ beurteilte den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlaufsbericht vom 18. September 2007 (Urk. 11/77/1-2) als verschlechtert (Ziff. 1). Die Immunanlage habe sich verschlechtert, mit Abfall der CD4-Zellen auf 27/Åµl und Auftreten von opportunistischen Infektionen (Soor-Stomatitis und Oesophagitis, Bakteriämie mit Salmonella enteritidis im März 2007, Nokardiose und Aktinomykose der Lunge im März 2007). Zudem beständen eine weitere körperliche Schwächung sowie Therapienebenwirkungen mit Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2). Im März 2007 habe sich das HIV-Stadium zu CDC B3 geändert. Unter der antiretroviralen Therapie ergäben sich vor allem Vormittags gastrointestinale Nebenwirkungen mit

Bettlägerigkeit von über einer Stunde. Es bestehe ein gutes virologisches und immunologisches Ansprechen (Ziff. 3). Die Prognose sei abhängig vom anhaltenden Ansprechen und fehlender Resistenzentwicklung. Es sei eine lebenslange Therapie notwendig (Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der körperlichen Schwächung und der Notwendigkeit zur Therapie sei dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit in einem körperlich anstrengenden Beruf nicht mehr zumutbar. Eine Arbeitsfähigkeit sei für eine sitzende Tätigkeit unter Berücksichtigung der Medikamentennebenwirkungsproblematik in reduziertem Umfang denkbar (Ziff. 5).

4.5 Ä Ä Ä Ä Im Feststellungsblatt zur Rentenrevision (Urk. 11/78) führte Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 21. September 2007 aus, im März 2007 habe eine passagere Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden. Diese sei aber nicht von Dauer und somit nicht invalidenversicherungsrechtlich relevant gewesen. Bereits bei Spitalaustritt habe gemäß Bericht wieder die vorherige Arbeitsfähigkeit bestanden. Für eine schwere körperliche Arbeit habe schon vorher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Seit dem Spitalaustritt im März 2007 sei keine Verschlechterung des Gesundheitsschadens ausgewiesen, so dass im Vergleich zur letzten Revision von einer stationären Situation aus medizinischer Sicht ausgegangen werden könne. Die Arbeitsfähigkeit sei unverändert (S. 2 unten).

4.6 Ä Ä Ä Ä Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 12. November 2007 (Urk. 11/84 = Urk. 3/3), am 16. Mai 2007 sei mit einer antiretroviralen Therapie begonnen worden, welche der Beschwerdeführer weiterhin einnehme. Unter der Therapie sei es zu einem guten Ansprechen sowohl in Bezug auf Laborparameter als auch in Bezug auf die körperlichen Symptome gekommen (Ziff. 1). Als Nebenwirkungen der Therapie beständen morgendliche Bauchkrämpfe, verbunden mit imperativem Stuhldrang und nachfolgend Ruhebedarf mit Bettlägerigkeit von über einer Stunde (Ziff. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotz Stabilisierung der körperlichen Situation bestehe aufgrund der Erkrankung und Therapie eine Arbeitsunfähigkeit von über 50 % alleine aufgrund der körperlichen Einschränkungen. Zusammen mit der psychiatrischen Komponente ergebe sich seines Erachtens eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 % (Ziff. 3). Die Arbeitsfähigkeit bei Spitalaustritt von 0 % habe sich nur leicht gebessert (Ziff. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die psychischen Komponenten mit der langjährigen Suchterkrankung spielten sowohl bei der Krankheitsbewältigung als auch im Umgang mit Nebenwirkungen eine wesentliche Rolle. Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, er habe den Beschwerdeführer aufgrund einer akuten Krise mit agitiert-depressiver Symptomatik am 5. Oktober 2007 notfallmäßig der Psychiatrischen Poliklinik zugewiesen. Er erachte eine fachärztliche Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als sinnvoll (Ziff. 5).

4.7 Ä Ä Ä Ä Im Schreiben der Fachstelle H.\_\_\_\_ (H.\_\_\_\_), Psychiatrische Poliklinik am C.\_\_\_\_, vom 14. Januar 2008 (Urk. 11/86 = Urk. 11/90/1) führten Dr. med. I.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Oberarzt, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzarzt, aus, der Beschwerdeführer sei vom 8. Oktober 2007 bis 10. Dezember 2007 in Abklärung an der Psychiatrischen Poliklinik gestanden. Eine eingehende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei im Rahmen der Abklärung nicht erfolgt. Aufgrund der Ausprägung des psychiatrischen Befundes sei aber von einer mittelgradigen

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (schätzungsweise 20 Stunden pro Woche) auszugehen.

4.8 Im Abklärungsbericht der H. \_\_\_ vom 14. Januar 2008 (Urk. 11/90/2-3) nannten Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- Opiateabhängigkeit, gegenwärtig Teilnahme an einem ärztlich überwachtem Ersatzdrogenprogramm (Methadon 25mg/d)
- Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und sozialem Verhalten
- Verdacht auf Persönlichkeitsstörung
- HIV-Infektion, antivirale Therapie

Aufgrund von Integrationsschwierigkeiten nach seiner Rückkehr aus Thailand sei der Beschwerdeführer an der Psychiatrischen Poliklinik angemeldet worden. Er klage über seine Unfähigkeit, wieder zu arbeiten (S. 1 unten).

Der Beschwerdeführer sei bewusstseinsklar, kooperativ und gut orientiert, Konzentration und Aufmerksamkeit seien unauffällig. Im formalen Denken sei er kohärent und es bestehe kein Hinweis für Wahn und Ich-Störungen. Als Sinnestäuschungen berichte der Beschwerdeführer über gelegentliche akustische Halluzinationen in Form von Geräuschen. Es bestehe kein Anhalt für Befürchtungen und Zwänge. Im Affekt sei der Beschwerdeführer gelegentlich aggressiv, leicht deprimiert, ängstlich, schwer gereizt, innerlich unruhig und klagsam. Er klage über subjektive Störungen der vitalen Gefühle, Antriebsverlust, Schlafstörungen mit Alpträumen, Müdigkeit und Appetitminderung. Zurzeit gebe es keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung (S. 2 Mitte).

Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ gaben an, der Beschwerdeführer leide unter einer Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt im Rahmen von psychosozialen Belastungen (somatische Krankheit, Arbeitslosigkeit, Migrationsproblematik) bei einer Opiateabhängigkeit sowie einer vermutlichen Persönlichkeitsstörung. Abgesehen von einer Unterstützung durch das Sozialamt werde im Verlauf der Behandlung durch den Hausarzt eine antidepressive Medikation neben der Methadonabgabe empfohlen (S. 2 unten).

Die RAD-Ärzte Dr. G. \_\_\_ und Dr. med. K. \_\_\_, Anästhesiologie FMH, führten in ihrer undatierten (zwischen Ende März und Mitte April 2008 erfolgten) Stellungnahme (Urk. 11/92 S. 2 unten und S. 3) aus, es werde sowohl im somatischen als auch im psychiatrischen Bericht übereinstimmend von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen. Es sei angesichts des neusten Berichts der H. \_\_\_ nicht zu rechtfertigen, die Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit in beiden Arztberichten zu addieren. Für schwere Arbeiten sei der Beschwerdeführer schon vorher arbeitsunfähig gewesen, eine leichte (allenfalls sitzende) Tätigkeit sei ihm in einem reduzierten Arbeitspensum von 50 % nach wie vor zumutbar (S. 3).

Dr. B. \_\_\_ gab in seinem Bericht vom 30. Mai 2008 (Urk. 8) an, er habe den Beschwerdeführer letztmals am 15. Mai 2008 untersucht (S. 1 oben). Unter der antiretroviralen Therapie sei es zu einem guten Ansprechen in Bezug auf die Laborwerte wie auch der Häufigkeit von Infektionen gekommen (Ziff. 1). Als Folge der Therapie komme es regelmässig zu morgendlichen Bauchkrämpfen, welche den

Beschwerdeführer für ein bis zwei Stunden zum Abliegen zwängen (Ziff. 2).

Neben der HIV-Infektion bestehe beim Beschwerdeführer eine chronische Hepatitis C. Die Ultraschallbefunde sprächen für eine beginnende Zirrhose mit portaler Hypertonie (Ziff. 3).

Seit zirka Februar 2008 leide der Beschwerdeführer zusätzlich an Gelenkschmerzen im Bereiche beider Sprung- und Kniegelenke. Diese würden sich als morgendliche Steifigkeit und Belastungsschmerzen äußern, welche die Gehstrecke des Beschwerdeführers auf maximal 2 Kilometer pro Tag verkürzt hätten und auch nach längerem Stehen auftraten. Klinisch seien im Intervall keine Schwellungen zu beobachten. Die Beschwerden würden gut zu einer Folge der chronischen Hepatitis C im Sinne parainfektiver Symptome passen und wären eine Indikation für eine medikamentöse Therapie (Ziff. 4).

Es bestehe weiterhin eine psychische Labilität mit Phasen von ausgeprägter depressiver Stimmungslage (Ziff. 5).

Aufgrund der Erkrankung und der Therapienebenwirkungen bestehe aus rein körperlicher Sicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %. Limitierend seien vor allem die abdominalen Nebenwirkungen, neu seien zusätzliche Gelenkprobleme mit Einschränkung der Belastungsfähigkeit dazu gekommen. Es könne erwartet werden, dass die psychische Komponente von - seines Erachtens - zusätzlichen 25 % Arbeitsunfähigkeit unter der Therapie der Hepatitis C zunehmen würde (Ziff. 6).

## E. 5

5.1 In Würdigung der medizinischen Berichte ist beim Beschwerdeführer eine Verschlechterung der HIV-Problematik ausgewiesen. Des Weiteren ergibt sich, dass im Mai 2007 eine antiretrovirale Therapie begonnen wurde und ein gutes Ansprechen sowohl in Bezug auf die Laborwerte wie auch auf die körperlichen Symptome besteht. Durch diese Therapie sind indessen verschiedene Nebenwirkungen in Erscheinung getreten, wobei insbesondere die morgendlichen Bauchkrämpfe, verbunden mit Bettlägerigkeit von über einer Stunde, im Vordergrund stehen.

Nach dem Gesagten ist im Vergleich zum Sachverhalt im Zeitpunkt der letzten Rentenrevision im November 2006 aus somatischer Sicht eine Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Zu prüfen bleibt indessen, wie sich diese Änderung auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt.

5.2 Im Austrittsbericht der Medizinischen Klinik des C.\_\_\_\_ vom April 2007 wurde einerseits festgehalten, der Beschwerdeführer sei in gutem Allgemeinzustand entlassen worden, andererseits wurde die Arbeitsfähigkeit jedoch mit 0 % beziffert. Im folgenden Bericht vom August 2007 wurde dann ausgeführt, der Beschwerdeführer habe das Spital in gutem Allgemeinzustand verlassen und die Arbeitsfähigkeit sei wieder gegeben gewesen. Beide Berichte stammen von der Medizinischen Klinik des C.\_\_\_\_, beziehen sich auf den Zeitpunkt des Spitalaustritts und wurden durch Assistenzarzt Dr. E.\_\_\_\_ mitunterzeichnet. Dass sie sich dennoch betreffend Arbeitsfähigkeit diametral widersprechen, ist wohl durch einen Verschieb im Austrittsbericht zu erklären. Auch die Tatsache, dass die Arbeitsfähigkeit von 0 % ab dem 27. März 2007 und somit seit dem Tag vor Spitalaustritt bestehen soll, deutet auf ein Versehen hin, war doch der

Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zeitpunkt der Hospitalisation sicherlich schlechter als bei Spitalaustritt.

Dr. B. von der Medizinischen Poliklinik des C. gab im September 2007 an, für eine sitzende Tätigkeit sei unter Berücksichtigung der Medikamentennebenwirkungsproblematik eine Arbeitsfähigkeit in reduziertem Umfang denkbar. Im November 2007 führte er aus, dass alleine aufgrund der körperlichen Einschränkungen eine Arbeitsunfähigkeit von über 50 % bestehe. Zusammen mit der psychiatrischen Komponente schätzte er eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 75 %. Unter Bezugnahme auf den Austrittsbericht hielt er fest, dass sich die Arbeitsfähigkeit bei Spitalaustritt von 0 % nur leicht gebessert habe. Im Mai 2008 berichtete Dr. B., dass aufgrund der Erkrankung und der Therapienebenwirkungen aus rein körperlicher Sicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % bestehe, wobei insbesondere die abdominalen Nebenwirkungen limitierend seien und neu Gelenkprobleme dazu gekommen seien.

Zusammenfassend ergibt sich, insbesondere gestützt auf den Bericht von Dr. B. vom Mai 2008, dass aus somatischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % ausgegangen werden kann. In dieser neusten Beurteilung durch Dr. B. werden, abgesehen von den Nebenwirkungen der antiretroviralen Therapie, auch die seit Februar 2008 vorliegenden Gelenkbeschwerden berücksichtigt.

Demnach besteht beim Beschwerdeführer aus somatischer Sicht weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Diesbezüglich hat sich also keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Zu prägen bleibt indessen die neu hinzugetretene psychische Komponente.

5.3 Betreffend psychische Beschwerden liegen die Beurteilungen durch Dr. I. und Dr. J. von der H. sowie durch Dr. B. vor:

Dr. B. gab im November 2007 an, dass der Beschwerdeführer anfangs Oktober 2007 eine akute Krise mit agitiert-depressiver Symptomatik erlitten habe.

Dr. I. und Dr. J. diagnostizierten im Januar 2008 eine Anpassungsstörung mit gemischter Störung von Gefühlen und sozialem Verhalten. Zudem äusserten sie den Verdacht auf eine Persönlichkeitsstörung. Zur Anpassungsstörung erläuterten sie, dass Angst und depressive Reaktion im Rahmen psychosozialer Belastungen (somatische Krankheit, Arbeitslosigkeit, Migrationsproblematik) beständen.

Im Mai 2008 hielt Dr. B. fest, dass weiterhin eine psychische Labilität mit Phasen von ausgeprägter depressiver Stimmungslage bestehe.

5.4 Dr. B. stellte somit keine klare Diagnose, sondern sprach lediglich von depressiver Symptomatik beziehungsweise depressiver Stimmungslage, was angesichts der Tatsache, dass es sich bei ihm nicht um einen Facharzt für Psychiatrie handelt, auch nachvollziehbar ist. Aus seiner Beurteilung kann indessen keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert abgeleitet werden.

Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG zu Erwerbsunfähigkeit währende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es

braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne verselbständigte psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

Wie Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ selbst angaben, steht die von ihnen diagnostizierte Anpassungsstörung stark im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen. Sie beschrieben Angst und depressive Reaktion im Rahmen der somatischen Krankheit, der Arbeitslosigkeit und der Migrationsproblematik. Damit stehen die psychosozialen Faktoren klar im Vordergrund. So waren auch Anlass zur psychiatrischen Abklärung die Integrationsschwierigkeiten nach der Rückkehr aus Thailand.

Demnach erscheint unwahrscheinlich, dass es sich um eine von der Belastungssituation verselbständigte Anpassungsstörung handelt. Eine solche ist auch mit den angegebenen Stichworten (gelegentlich aggressiv, leicht deprimiert, ängstlich, schwer gereizt, innerlich unruhig, klagsam, subjektive Störungen der vitalen Gefühle, Antriebsverlust, Schlafstörungen, Müdigkeit, Appetitminderung, Urk. 11/90/2-3 S. 2 Mitte) nicht erklärbar. Die psychosozialen Belastungen, denen der Beschwerdeführer ausgesetzt ist, sind zweifellos einschneidend. Sie vermögen jedoch kein invalidenversicherungsrechtlich bedeutsames psychisches Leiden zu begründen.

Dr. I. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ schätzten die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des psychiatrischen Befundes auf 20 Stunden pro Woche. Gemäss ihren eigenen Angaben hat indessen keine eingehende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit stattgefunden. Die geschätzte Einschränkung aus psychiatrischer Sicht von 20 Stunden pro Woche ist damit einerseits nicht wirklich fundiert und andererseits - wie gezeigt - angesichts der Diagnosen nicht invalidenversicherungsrechtlich relevant.

Demzufolge ergibt sich, dass aufgrund der psychischen Beschwerden keine zu berücksichtigende Arbeitsunfähigkeit vorliegt. Somit hat sich auch diesbezüglich keine Veränderung ergeben, zumal ein Addieren der Arbeitsunfähigkeiten aus körperlicher und aus psychiatrischer Sicht von vornherein als unzulässig erscheint und viel mehr davon auszugehen ist, dass keine über 50 % liegende Arbeitsunfähigkeit gegeben ist.

5.5 Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass - verglichen mit dem Zeitpunkt der letzten Rentenrevision - sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers zwar verändert hat, jedoch in Bezug auf die für die Invaliditätsbemessung massgebende Arbeitsfähigkeit keine Änderung eingetreten ist.

Demnach ist der angefochtene Entscheid nicht zu beanstanden und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss 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:

- Aids-Hilfe Schweiz
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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).

Ä

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