

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00882 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00882

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00882 du 28 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00882 del 28 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Streitig und zu präzisieren ist, ob die IV-Stelle eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum zwischen der rechtskräftigen Verfügung vom 7. Januar 2005 (Urk. 8/100) und der Verfügung vom 29. Juli 2009 (Urk. 2) und damit einen Revisionsgrund zur Erhöhung der halben Invalidenrente zu Recht verneint hat.

2.2. Die IV-Stelle kam unter Hinweis auf die Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 29. April 2009 und vom 27. Juli 2009 sowie die übrigen Akten zum Schluss, eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes im massgeblichen Zeitraum, welche die Arbeitsfähigkeit massgeblich verändert hätte, sei nicht ausgewiesen. Dementsprechend sei weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % in einer der Behinderung angepassten Erwerbstätigkeit auszugehen. Betreffend Einkommensvergleich könne auf die Verfügung vom 7. Januar 2005 verwiesen werden. Der Invaliditätsgrad betrage weiterhin 50 % (Urk. 2 S. 2, Urk. 7). Demgegenüber macht der Beschwerdeführer gestützt auf Berichte der behandelnden Ärzte im Wesentlichen geltend, im massgeblichen Zeitraum sei eine anspruchrelevante Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten (Urk. 1, Urk. 11).

E. 3

3.1. Im Bericht des Rehasentrums B.____ vom 27. Mai 2004, wo der Beschwerdeführer vom 11. Februar bis am 2. März 2004 in stationärer Behandlung gestanden hatte, wurden im Wesentlichen ein chronisches lumbospondylogenes und cervicocephales Syndrom sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bei hohem Schmerzmittelbedarf und Somatisierung diagnostiziert (Urk. 8/73/1). Aus rheumatologischer Sicht sei der Versuch einer Wiederaufnahme einer leichten bis mittelschweren Arbeit zu 50 % möglich (Urk. 8/73/4).

3.2. Dr. med. C.____, Oberarzt am psychiatrischen Zentrum "____", diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Juni 2004 (Urk. 8/80/3) in psychiatrischer Hinsicht mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5). Im Beiblatt für spezielle Fragen vom 29. Juni 2004 bejahte Dr. C.____ den Eintritt einer Veränderung des Gesundheitszustandes beziehungsweise der Arbeitsfähigkeit seit Mai 2001. Im übrigen ging er davon aus, dass insbesondere das Hinzutreten der depressiven Störung, die in den ersten Jahren der Erkrankung noch nicht oder weniger intensiv vorhanden gewesen sei, zu einer Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit geführt habe.

Wenn man den Angaben des Beschwerdeführers folge, habe sich die depressive Entwicklung seit Mitte Mai 2003 verstärkt zu manifestieren begonnen. Seit er den Beschwerdeführer im Dezember 2003 kennen gelernt habe, würde er ihn als 100 % arbeitsunfähig einstufen. Der bisherige Verlauf gebe wenig Hoffnung auf eine nennenswerte Besserung in absehbarer Zeit (Urk. 8/80/5).

3.3 Während Dr. med. D.____ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2004 die Ansicht vertrat, im Vergleich zum Jahr 2001 sei keine objektive Verschlechterung ausgewiesen (Urk. 8/83/3), kam er am 22. September 2004 zum Schluss, eine leichte Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Sinne einer Reduktion der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von 65 % auf 50 % könne nach Würdigung der Gesamtsituation als plausibel angesehen werden (Urk. 8/94/2).

3.4 Im Austrittsbericht der Klinik für Kardiologie des Spitals E.____ vom 29. August 2008 wurden folgende Diagnosen erhoben (Urk. 8/109/2):

1. Koronare 3-Ast-Erkrankung bei schwerer diffuser Koronarsklerose

- subakuter inferoposteriorer ST-Hebungsinfarkt am 3. Mai 2008

- Status nach PCI/Stenting (Biomatrix 2.75/mm) einer subtotalen proximalen RCX-Stenose, 2 x 50%ige mittlere RIVA-Stenosen, chronischer kollateralisierter RCA-Verschluss

- LVEF 50 % mit Akinesie, inferolateraler Hypokinesie

cvRF: Nikotin (sistiert), pos. Familienanamnese, Hypercholesterinämie

Aktuell: Kontroll-Koronarangiographie

2. Gastroösophageale Refluxbeschwerden

3. Prostatahypertrophie

4. Ausgeheilte HBV-Infektion

Weiter hielten die berichtenden Ärzte des Spitals E.____ fest, beim Beschwerdeführer sei im Mai 2008 nach einem Herzinfarkt in Serbien mit zunächst konservativer Versorgung am Spital E.____ eine Koronarangiographie mit Stenting einer subtotalen RCX Stenose durchgeführt worden. Seither habe er noch linksthorakale Schmerzen mit gelegentlicher Ausstrahlung in den Hals bei Belastung auf dem Laufband, die ihn (zusammen mit Lumbalschmerzen wegen eines Bandscheibenprolaps) zum Anhalten zwingen. Ausserdem beschreibe er fraglich arrhythmischen Herzschlag, den er nachts in Linksseitenlage spüre (Urk. 8/109/3).

3.5 Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erhob mit Bericht vom 30. September 2008 folgende Diagnosen: Depression (zur Zeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom), Angst, Anfang Mai 2008 Herzinfarkt. Seit dem Jahr 2004 bestehe eine 50%ige, seit dem Herzinfarkt eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/107/1). Quantitative und qualitative Bewusstseinsstörungen fehlten, ebenso Orientierungsstörungen (zeitlich, örtlich, situativ und auf die eigene Person bezogen). Das Immediatgedächtnis sei gestört. Es beständen leichte Konzentrationsstörungen, hingegen schienen Auffassungsfähigkeit und intellektuelle Funktionen nicht beeinträchtigt. Im formalen Denken falle eine mittelgradige Einengung

auf den Infarkt und seine Symptome auf. Das inhaltliche Denken sei ungestört und Sinnestäuschungen lässen keine vor. Dafür zeigten sich Affektveränderungen in der Form von Freudlosigkeit, Angst und einer gewissen Affektstarre. In psychosomatischer Hinsicht sei Ermüdbarkeit zu nennen. Zudem leide der Beschwerdeführer an Schlafstörungen und Libidoverminderung. Suizidalität bestehe keine (Urk. 8/107/2). Der Gesundheitszustand sei "sich verschlechternd". Unter dem Titel "psychische Ressourcen" bemerkte Dr. F. ___ unter anderem, dass die Belastbarkeit zur Zeit erheblich eingeschränkt sei. Seit dem Myokardinfarkt sei die Ausübung einer (behinderungsangepassten) Tätigkeit nicht mehr möglich (Urk. 8/107/3).

3.6 Dr. med. G. ___, Spezialarzt FMH für Innere Medizin/Kardiologie, Chefarzt am Spital "___", diagnostizierte am 15. Mai 2009 eine koronare Herzkrankheit (KHK; Dreifesselbefall), ein chronisches Lumbovertebralsyndrom sowie eine reaktive Depression (Urk. 8/120/1). Der Beschwerdeführer leide - familiär vorbelastet - an einer koronaren Dreierkrankung, die anfangs Mai 2005 anlässlich eines Ferienaufenthaltes in Serbien zu einem Myokardinfarkt geführt habe. Wegen erneuter Angina pectoris sei am Spital E. ___ eine invasive Weiterabklärung durchgeführt worden. Als Befund sei eine Dreierkrankung erhoben worden, wobei in erster Session ein chronischer verschlossener RCA-Verschluss gefunden und die RCX wieder eröffnet worden sei. Am 20. Januar 2009 sei nach erneuten pectanginösen Beschwerden eine ergänzende Revaskularisation an RIVA und PLA der RCX erfolgt. Seither sei der Patient praktisch beschwerdefrei. Indes manifestiere sich bei ihm eine ausgesprochene Depression, wohl auch infolge der invalidisierenden Rückenschmerzen. Kardial leiste er gut 50 % des Sollwertes ohne Hinweise für Restischämien weder klinisch noch elektrokardiographisch. Dementsprechend bestehe keine Veranlassung, am medikamentösen Regime zu rütteln (Urk. 8/120/2).

3.7 Bezugnehmend auf die Verfügung der IV-Stelle vom 13. Mai 2009 äusserte Dr. F. ___ am 29. Mai 2009 die Auffassung, es sei lässcherlich, vom Beschwerdeführer die Ausübung einer Tätigkeit im Umfang eines 50%-Pensums zu erwarten (Urk. 8/122).

3.8 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. H. ___, Spezialarzt FMH für Allgemeine Medizin, wies am 11. Juni 2009 darauf hin, dass der Beschwerdeführer infolge des Myokardinfarkts bei koronarer Dreierkrankung in seiner Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Zudem habe er psychische Probleme und leide unter chronischen Rückenschmerzen. Aus seiner Sicht sei der Beschwerdeführer deswegen zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/123).

3.9 Dr. F. ___ berichtete am 24. August 2009, der Beschwerdeführer komme seit dem 24. Juni 2008 zu ihm. Die Symptomatik habe sich seit dieser Zeit trotz verschiedener Versuche, die Antidepressiva zu ändern, in keiner Weise verbessert. Der Patient sei bewusstseinsklar. Zeitlich sei er nicht richtig, örtlich situativ und bezüglich der eigenen Person sei er hinreichend orientiert. Im Kurzzeitgedächtnis fielen Lücken auf; das Langzeitgedächtnis sei intakt. Konzentrationsstörungen seien vorhanden, ebenso seien die intellektuellen Funktionen erhalten. Im formalen Gedankengang falle eine Denkverarmung auf. Wahn und Sinnestäuschungen seien nicht vorhanden. Affektiv sei der Patient freudlos, ängstlich und gereizt; eine gewisse Affektstarre liege vor. Psychomotorisch sei er ermüdbar und verlangsamt. Zwangshandlungen würden nicht vorgenommen. Er leide trotz eines Antidepressivums an Schlafstörungen und seine Libido

sei stark vermindert. Zudem sei eine bisweilen mittelschwere Suizidalität vorhanden. Seine Angst beziehe sich auf das Herz; er könne nur wenige Meter laufen. Hin und wieder komme es zu Panikstörungen mit Schweissausbruch, Mundtrockenheit, Ängstlichkeit, Schwächegefühl und Atembeschwerden. Sie als rein psychisch zu interpretieren, wäre vermessen. Dies sei die rein psychiatrische Seite, die somatische sei hinlänglich bekannt (Urk. 8/129).

3.10. Dr. med. I. ____, Spezialarzt FMH für Chirurgie, vom RAD war am 11. Dezember 2008 zum Schluss gekommen, eine Veränderung des Gesundheitszustands könne nicht gesehen werden (Urk. 8/112/2). Am 29. April 2009 führte Dr. I. ____, beim Beschwerdeführer sei ein Stenting durchgeführt worden und im Arztzeugnis der Kardiologie des Spitals E. ____, vom 20. Januar 2009 (Herzkatheter) werde ein gutes Langzeitergebnis, ein chronischer kollateralisierter RCA-Verschluss und eine lediglich leichtgradig reduzierte LV-Funktion (links ventrikuläre EF 50 %) beschrieben. Die Ärzte des Spitals E. ____, stellten in Frage, ob der Beschwerdeführer tatsächlich ein akutes koronares Syndrom (ACS) erlitten habe. Sie seien eher von einer symptomatischen Hypotonie ausgegangen. Völlig diametral zu den Fachärzten werde der Zustand des Beschwerdeführers vom Hausarzt H. ____, im Arztzeugnis vom 26. September 2008 beschrieben. Woher diese Erkenntnisse stammten, sei nicht belegt, und die Einschätzung des Hausarztes sei medizinisch in keiner Weise nachvollziehbar. Im Arztzeugnis des Psychiaters, Dr. F. ____, vom 30. September 2008 postuliere dieser, der Beschwerdeführer "sei durch seinen Myokardinfarkt gravierend eingeschränkt und er sei seit diesem Geschehen zu 100 % arbeitsunfähig". Dies sei aus den obengenannten Gründen nicht nachvollziehbar, insbesondere da sich der Psychiater auf eine angebliche kardiologische Situation beziehe, die nachweislich so nicht bestehe. Als Fazit hielt Dr. I. ____, weiterhin daran fest, dass eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands, der die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers massgeblich beeinträchtigen würde, so nicht gesehen werden könne (Urk. 8/112/3).

3.11. In einer weiteren Stellungnahme vom 27. Juli 2009 erklärte Dr. I. ____, der Psychiater Dr. F. ____, exponiere sich in seinem Schreiben vom 29. Mai 2009 als Kardiologie und pflege einen Schreibstil ("es sei lächerlich, von diesem Mann eine 50%ige Tätigkeit zu erwarten"), der deswegen eine Beantwortung von Seiten der IV-Stelle ausschliesse. Im Schreiben des Hausarztes, Dr. H. ____, vom 11. Juni 2009 würden psychische Probleme und Rückenprobleme geltend gemacht. Eine Präzisierung oder gar eine adäquate Befundung werde nicht geliefert. Im Arztzeugnis des Spitals "____" vom 15. Mai 2009 hätten die Kardiologen nach Stenting bestätigt, der Beschwerdeführer sei praktisch beschwerdefrei. Kardial leiste er gut 50 % des Sollwertes ohne Hinweis auf Restischämien. Begrenzend seien hier nicht etwa kardiale Beschwerden gewesen, sondern wohl auftretende Rückenschmerzen. Zum Schreiben des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers sei nur so viel zu bemerken, dass das Legen eines Stents keine Verschlechterung des Gesundheitszustands induziere, sondern im Gegenteil zu dessen Verbesserung durchgeführt werde. Dieses Ziel sei, wie im Bericht des Spitals "____" beschrieben werde, auch eindrücklich erreicht worden. Zusammengefasst liege kein Grund vor, von der bisherigen Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers abzurücken. Es bestehe weiterhin eine 50%ige Restarbeitsfähigkeit (Urk. 8/127/2).

4.1. Gestützt auf die zitierten medizinischen Berichte kann der Auffassung der IV-Stelle, es sei keine (bleibende) Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands des Beschwerdeführers eingetreten und es sei dementsprechend nach wie vor von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen, nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Die Zusprache einer halben Rente mit Verfüzung vom 7. Januar 2005 erfolgte gestützt auf die Beurteilungen des Dr. D. ___ vom RAD vom 16. Juli beziehungsweise vom 22. September 2004 (Urk. 8/83/3, 8/94/2), denen in erster Linie der Bericht des Reha-Zentrums B. ___ vom 27. Mai 2004 (Urk. 8/73/1) und der Bericht des Dr. C. ___ (Psychiatrisches Zentrum "___") vom 29. Juni 2004 (Urk. 8/80/3) zugrunde lagen. In den genannten Berichten wurden im Wesentlichen die Diagnosen eines chronischen lumbospondylogenen und cervicocephalen Syndroms sowie einer Schmerzverarbeitungsstörung (Urk. 8/73/1) beziehungsweise die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (Urk. 8/80/3) erhoben.

4.2. Für den revisionsrechtlich relevanten Zeitraum zwischen der Verfüzung vom 7. Januar 2005 (Urk. 8/100) und der angefochtenen Verfüzung vom 29. Juli 2009 (Urk. 2) liegen zahlreiche medizinische Berichte bei den Akten. Das rheumatologische Gutachten des Spitals E. ___ vom 16. April 2001 (Urk. 8/41) und die verhältnismässig ausführlichen Berichte des Reha-Zentrums B. ___ vom 27. Mai 2004 (Urk. 8/73) sowie des psychiatrischen Zentrums "___" vom 29. Juni 2004 (Urk. 8/80/3 ff.) waren jedoch alle mindestens fünf Jahre vor der den Prüfungszeitraum begrenzenden Verfüzung vom 29. Juli 2009 (BGE 131 V 353 E. 2 S. 354) erstellt worden. Bereits diese zeitliche Distanz rief nach einer vertieften Abklärung des Gesundheitszustandes sowie von dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 1. November 2006, I 462/06, Erw. 6.1). Eine solche fand jedoch weder hinsichtlich des psychischen noch des somatischen Gesundheitszustands statt. Die IV-Stelle holte lediglich bei ihrem ärztlichen Dienst Stellungnahmen ein zu den zahlreichen Berichten, die vorwiegend von den behandelnden Ärzten stammen. Bei diesen Stellungnahmen des RAD handelt es sich um Berichte im Sinne von Art. 49 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV). Solche sind keine medizinischen Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG und auch keine Untersuchungsberichte gemäss Art. 49 Abs. 2 IVV. Ihre Funktion besteht im Wesentlichen darin, den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu werten. Den Berichten nach Art. 49 Abs. 3 IVV kann zwar nicht jegliche Aussen- oder Beweiswirkung abgesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts vom 16. November 2007, 9C_341/2007, Erw. 4.1 mit Hinweisen). In Anbetracht der langen Zeitspanne zwischen den ausführlicheren somatischen und psychiatrischen Berichten und der Verfüzung vom 29. Juli 2009 durfte die IV-Stelle indessen nicht allein gestützt auf die Stellungnahmen ihres ärztlichen Dienstes eine aufgrund der vom Beschwerdeführer eingereichten ärztlichen Berichte und Atteste mögliche gesundheitliche Veränderung verneinen, zumal Dr. I. ___ vom RAD nicht überzeugend zu begründen vermochten, warum nicht auf die von ihrer Einschätzung abweichenden ärztlichen Beurteilungen abgestellt werden könne. Dazu kommt, dass Dr. I. ___ Spezialarzt für Chirurgie ist (vgl. Urk. 8/112/3). Seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann demzufolge - wenn nicht auch in kardiologischer - so jedenfalls in psychiatrischer Hinsicht lediglich beschränkte Aussagekraft haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts, vom 14. Juli 2009, 9C_323/2009, Erw. 4.3.1).

Bundesgerichts vom 11. August 2008, 8C_168/2008, Erw. 6.2.2 mit Hinweisen). Danach ist über den Leistungsanspruch erneut zu verfahren, wobei die IV-Stelle auch zu prüfen haben wird, ob (aufgrund des Herzinfarktes vom 3. Mai 2008) die Rente allenfalls befristet zu erhöhen ist.

5. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Da die Rückweisung der Sache als vollständiges Obsiegen gilt (ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen), ist die Beschwerdegegnerin gestützt auf § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG zu verpflichten, dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen. Entsprechend der Bedeutung der Streitsache und dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses ist diese mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bemessen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 29. Juli 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

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

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Ervin Deplazes
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

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

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