

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01199 vom 26. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01199

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01199 du 26 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01199 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 3

3.1???? Das Spital Y. ____, Departement Chirurgie, Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie, beschrieb nach erfolgter Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 14. Dezember 2009 bis zum 20. Januar 2010 in seinem Austrittsbericht vom 20. Januar 2010 einen Status nach linkslateraler Leber-resektion und open abdomen treatment am 16. Dezember 2009 mit/bei einem Leberabszess Segment III mit Streptokokkus angiosus (CT 14. Dezember 2009), einem Magenbypass, einer Cholecystektomie am 16. November 2009 und einem abheilenden Anastomosenulcus (16. Dezember 2009), einem Multorganversagen mit/bei Herzkreislaufversagen, akutem anurischem Nierenversagen (mit/bei continuous veno-venous hemodialysis; cvvHD vom 16. Dezember 2009 bis 1. Januar 2010), akuter Leberinsuffizienz, disseminierter intravasaler Gerinnung (DIC), akutem progressivem Lungenversagen (ARDS; mit invasiver Beatmung vom 15. Dezember 2009 bis 2. Januar 2010 und offener Tracheotomie vom 23. Dezember 2009 bis 3. Januar 2010) und einer Critical Illness Polyneuropathie. Weiter beschrieb das Spital Y. ____ ein metabolisches Syndrom mit Adipositas per magna (BMI 50,5 kg/m²), den Verdacht auf ein obstruktives Schlafapnoe Syndrom, eine arterielle Hypertonie und Hyperlipidämie sowie eine axiale Hiatushernie mit Refluxösophagitis Grad II (Endoskopie 2. Juni 2009) und führte eine Lungenembolie 1983 und einen Nikotinabusus (30 pack years; py) auf (Urk. 8/24 S. 10). Als Diagnosen/Komplikationen im Verlauf attestierte das Spital Y. ____ trockene Gangrän der Zehen beidseits mit Verdacht auf septische Embolien (DD NW unter Katecholaminen), rechts Zehen (Dig.) I-V, links Dig. II-IV. Weiter beschrieb es eine massive hämodynamisch relevante mittlere GI-Blutung (am 29. Dezember 2009) mit einer Notfall-Koloskopie und Notfall-Gastroskopie mit DS-Einlage, mit wahrscheinlicher Blutungsquelle Dünndarm (Fusspunktanastomose) oder Restmagen; vorbeschriebenem Anastomosenulcus, Gastrojejunostomie abgeheilt, einer im Angio-CT vom 29. Dezember 2009 festgestellten Blutungsquelle des mittleren Jejunum und interventionell-angiographischem Coiling in der kleinen Dünndarmarterie am 30. Dezember 2009 (Urk. 8/24 S. 11).

3.2???? Im Anschluss an den stationären Aufenthalt im Spital Y. ____ hielt sich der Beschwerdeführer vom 25. Januar bis 20. Februar 2010 zur Rehabilitation in der Klinik Z. ____, auf. In ihrem Austrittsbericht vom 20. Februar 2010 hielt die Klinik Z. ____ folgende Diagnosen fest (Urk. 8/24 S. 6): Einen Status nach linkslateraler Leberresektion und open Abdomen Treatment (16. Dezember 2009; Spital Y. ____), Nekrosen an den Zehen beidseits, einen Status nach Magenbypass, Cholecystektomie (Spital Y. ____, 16. November 2009), ein passagerer Anstieg der Leberwerte (Transaminasen, G-GT, AP am 10. Februar 2010), ein metabolisches Syndrom, eine axiale Hiatushernie, den Verdacht auf ein obstruktives

Schlafapnoesyndrom und einen Status nach Lungenembolie (1983) und Nikotinabusus (30 py). Die Rehabilitation sei erfolgreich verlaufen und der Beschwerdeführer sei nach 3-wöchigem Aufenthalt in deutlich gebessertem Allgemeinzustand und gesteigerter Belastungsfähigkeit in die häusliche Umgebung und ambulante Weiterbehandlung entlassen worden mit der Empfehlung, weiterhin Physiotherapie zur Verbesserung der Kraft sowie Gehtraining zur Verbesserung der Durchblutung in den unteren Extremitäten sowie zusätzlich Ausdauertraining durchzuführen (Urk. 8/24 S. 7f.).

3.3???? Am 23. November 2010 stellte Dr. med. A.____ in seinem Bericht seit bald einem Jahr bestehende, chronisch offene Stelle an allen Zehen rechts fest, die langsam zugegangen seien, und erwähnte von Dig V bis Dig. II, Dig. II und I noch offene eitrige Wunden mit Verbindung zum Knochen (Urk. 8/23. S. 5).

3.4???? Im Operationsbericht vom 9. Dezember 2010 des Spitals Y.____, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, diagnostizierten Dres. med. A.____ und B.____ eine Osteomyelitis Dig. I/II des rechten Fußes bei einem Status nach septischen Ebolien und beschrieben die durchgeführte Wundrevision, die Nagelbetradikation des Dig. I/II, die Endgliedkürzung des Dig. I und die Stumpfversorgung sowie die Endgliedamputation ossär des Dig. II und die Stumpfversorgung (Urk. 8/23 S. 6 = 8/24 S. 13 = Urk. 22/2).

3.5???? Die vorstehend genannten Berichte legte der behandelnde Hausarzt Dr. med. C.____ seinem eigenen Bericht vom 31. Dezember 2010 zu Händen der IV-Stelle bei (Urk. 8/24 S. 6-13) und fasste die vorstehend genannten Diagnosen, stationären Spitalaufenthalte und Eingriffe zusammen (Urk. 8/24 S. 1). Er hielt fest, dass die Stand- und Gehfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt sei, er als Maler entsprechend nicht mehr belastbar sei. Im angestammten Beruf sei der Beschwerdeführer seit dem 13. November 2009 und auf Weiteres vollständig arbeitsunfähig und benötige eine vorwiegend sitzende Tätigkeit. Weiter beschrieb er detailliert, welche Arbeiten dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Einschränkungen in behinderungsangepasster Tätigkeit noch zumutbar seien, und hielt fest, dass ihm rein sitzende Tätigkeiten zu 100% und wechselbelastende Tätigkeiten (kurzfristig für Minuten) zu 50 % zumutbar seien. Das gelte seit dem 16. Dezember 2009 (Urk. 8/24 S. 2 und S. 4). Nach Behandlungsabschluss und entsprechender physikalischer Rehabilitation sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit zeitlich voll belastbar. Dr. C.____ führte aus, dass in etwa drei Monaten eine Umschulung auf eine vorwiegend sitzende Tätigkeit angefangen werden könne (Urk. 8/24 S. 3).

3.6???? Den Bericht von Dr. C.____ vom 31. Dezember 2010 unterbreitete die IV-Stelle ihrem Regionalen ärztlichen Dienst (RAD). Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, kam am 12. Januar 2011 für den RAD zum Schluss, dass mit der Diagnose eines Zehengangriffs und einer Osteomyelitis beidseits mit Zehenamputationen, einer Polyneuropathie der unteren Extremitäten und eines metabolischen Syndroms seit dem 16. Dezember 2009 ein relevanter Gesundheitsschaden vorliege, der die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler vollumfänglich einschränke. Für eine leidensangepasste Tätigkeit (wechselbelastende, überwiegend sitzende, leichte Tätigkeit mit Heben bis 10 kg, ohne Bücken, ohne Kauern, ohne Hocken, ohne Knien, ohne häufiges Treppengehen und ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten) bestehe hingegen seit dem 16. Dezember 2009 eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/32 S. 3).

3.7.???. Gestützt auf die Angaben des Hausarztes Dr. C.____ und die Bestätigung seiner Einschätzung durch den RAD verneinte die IV-Stelle am 10. Oktober 2011 den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

E. 4

4.1.???. Aufgrund der Akten steht fest und ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer seit seiner Magen-Bypass-Operation am 13. November 2009 beziehungsweise seit der notfallmässigen Hospitalisation am 16. Dezember 2009 aufgrund der eingetretenen gravierenden Operations-Komplikationen, welche im Anschluss eine einmonatige Rehabilitation bis zum 20. Februar 2010 nötig gemacht und im späteren Verlauf zur Teilamputation der Zehen geführt haben, in seiner angestammten Tätigkeit als Maler auf Dauer vollständig arbeitsunfähig ist, da seine Stand- und Gehfähigkeit bleibend eingeschränkt ist.

?????. Für eine weitergehende oder frühere Einschränkung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit (insbesondere für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Arbeitsunfähigkeit als Maler ab März 2009) finden sich in den Akten keine Hinweise. Auch den im Beschwerdeverfahren eingereichten verschiedenen Arztberichten können entgegen der Einschätzung des Beschwerdeführers keine weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen entnommen werden, welche eine weitergehende oder frühere Einschränkung zur Folge haben, wie nachfolgend aufgezeigt wird.

4.2.???

4.2.1.?? Neben den bereits bekannten Diagnosen im Zusammenhang mit der Magen-Bypass-Operation und den aufgetretenen Komplikationen diagnostizierte das Spital Y.____, Klinik für Angiologie, am 14. März 2011 neu eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) der unteren Extremitäten Stadium I beidseits mit distalem Verschluss der Arteria dorsalis pedis beidseits und führte aus, dass es dem Beschwerdeführer ordentlich gehe und sich aktuell eine gute arterielle Ruheperfusion beidseits bis peripher zeige. Die Zehen rechts und der zweite Zeh links seien nach Amputation der Endglieder nun fast vollständig verheilt und es zeigten sich reizlose Verhältnisse. Als Therapievoranschlag wurde regelmässige körperliche Aktivität empfohlen, eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht attestiert (Urk. 22/1).

4.2.2.?? In der elektrodiagnostischen Untersuchung vom 1. April 2011, welche vom Spital Y.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, durchgeführt wurde, fanden sich klinisch und elektrodiagnostisch primär keine Hinweise für eine Kompression von Nerven oder des Plexus lumbosacralis respektive des Nervus ischiadicus rechts als Ursache der persistierenden Schmerzen im Bereich der rechten unteren Extremität. Aufgrund des pathologischen H-Reflexes (S1) und der leicht- bis mässiggradigen neurogenen Veränderungen im Segment L5 rechts wurde der Beschwerdeführer im Anschluss für ein MRI der Lendenwirbelsäule zum Ausschluss einer Kompression der L5- oder S1-Wurzel rechts angemeldet und es wurde festgehalten, falls sich dort keine Hinweise für eine neurogene Ursache der Schmerzen finden, müsse von persistierenden Schmerzen im Rahmen der PAVK respektive dem Status nach septischem Schock ausgegangen werden (Urk. 22/3 S. 2).

4.2.3.?? In der Folge ergab das MRI der Lendenwirbelsäule vom 7. April 2011 geringgradige degenerative Veränderungen der LWS mit zirkumferentieller Diskusprotrusion und hypertropher Facettengelenksarthrose L4/5 und deutlicher

Bedr?ngung der Wurzel L5 rezessal rechts > links (Urk. 22/4). Als Ursache der anhaltenden ausstrahlenden Schmerzen im rechten Unterschenkel konnte damit zwar eine radikul?re Kompression der L5-Wurzel rechts nachgewiesen werden; eine (weitergehende) Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit wurde vom Spital Y.___, Klinik f?r Plastische Chirurgie und Handchirurgie, im Bericht vom 10. Mai 2011 aber auch gest?tzt auf diese Diagnose nicht attestiert (Urk. 22/5).

4.2.4?? Auch die beiden Berichte von Dr. C.___ vom 21. Mai 2011 und vom 31. Dezember 2011 (Urk. 22/9 und Urk. 22/8), in welchen dem Beschwerdef?hrer seit seinem Spitalaufenthalt vom 13. November 2009 eine anhaltende vollst?ndige Arbeitsunf?higkeit attestiert wurde, verm?gen keine weitergehenden Einschr?nkungen zu dokumentieren, da sie offenkundig einzig den Zweck hatten, zu Handen des Sozialamtes Dietlikon und damit im Zusammenhang mit der Berechnung des Sozialhilfebudgets des Beschwerdef?hrers darzulegen, ob dem Beschwerdef?hrer im Rahmen der Budgetberechnung ein Einkommen anzurechnen ist oder allenfalls entsprechende berufliche Massnahmen einzuleiten w?ren.

4.2.5?? Der Bericht des Spitals Y.___, Departement Chirurgie Klinik f?r Viszeral- und Transplantationschirurgie, vom 24. Februar 2012 beschreibt den Status nach Nabelhernienrepair am 4. Januar 2012 und h?lt fest, dass der Beschwerdef?hrer in den n?chsten Monaten nicht zu schwer heben solle, dass er den Bauchgurt noch einen Monat tragen solle und danach nur noch bei Bedarf tragen m?sse. Weitergehende Einschr?nkungen oder eine bis zum massgebenden Entscheidzeitpunkt im Oktober 2011 attestierte Arbeitsunf?higkeit ergibt sich auch aus diesem Bericht nicht (Urk. 22/7).

E. 4.3

??? Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Beschwerdef?hrer aufgrund der Akten in seiner angestammten T?tigkeit als Maler seit dem 13. November 2009 100% arbeitsunf?hig ist und dauerhaft bleiben wird und er zudem ab dem Zeitpunkt der Magenbypass-Operation am 13. November 2009 bis zum Abschluss der Rehabilitation am 20. Februar f?r jegliche andere T?tigkeit 100 % arbeitsunf?hig war. F?r die Zeit nach Abschluss der Rehabilitation in der Klinik Z.___ am 20. Februar 2010 bis zum Zeitpunkt des Verf?gungserlasses am 10. Oktober 2011 war er hingegen in einer leidensangepassten, vorwiegend im Sitzen auszu?benden, leichten T?tigkeit, welche auf die eingeschr?nkte Stand- und Gehf?higkeit R?cksicht nimmt, 100 % arbeitsf?hig.

E. 5

5.1???? Anspruch auf eine Rente haben gem?s Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsf?higkeit nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern k?nnen (lit. a), w?hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunf?hig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres mindestens 40 Prozent invalid sind (lit. c).

???????? Da der Beschwerdef?hrer seit dem 13. November 2009 in seiner bisherigen T?tigkeit als Maler dauerhaft 100 % arbeitsunf?hig ist, ist das Wartejahr grunds?tzlich im November 2010 abgelaufen. Zu pr?fen ist daher der Invalidit?tsgrad des Beschwerdef?hrers nach Ablauf des Wartejahres im November 2010.

???????? An dieser Stelle ist jedoch darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdef?hrer erst mit Eingabe vom 6. Dezember 2010 (bei der IV-Stelle eingegangen am 23. Dezember 2010) zum Rentenbezug angemeldet hat (Urk. 8/17), was dazu f?hrt, dass ein allf?lliger

Rentenanspruch grundsätzlich frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (somit frühestens ab Juni 2011) entstehen kann (Art. 29 Abs. 1 IVG).

5.2???? Wie vorstehend ausgeführt, besteht beim Beschwerdeführer seit seinem Austritt aus der Klinik Z. ___ am 20. Februar 2010 in einer leidensangepassten Tätigkeit eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit. Weiter ist unbestritten und aufgrund der Akten ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall zu 100 % erwerbstätig wäre; der Invaliditätsgrad ist daher gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen.

5.3???? Bei der Bestimmung des Valideneinkommens kam die IV-Stelle nach Prüfung des Auszugs aus dem individuellen Konto (IK-Auszug) zum Schluss, dass sich der Beschwerdeführer durchgehend mit einem weit unterdurchschnittlichen Einkommen in diversen Tätigkeiten (auf dem Niveau von Einkommen für Hilfsarbeiten) begnügt habe und dies auch für diejenigen Phasen seines Erwerbslebens gegolten habe, in denen er als gelernter Maler selbständigerwerbend tätig war (Urk. 8/25 und Urk. 8/31).

5.4???? Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art. 16 ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/bb mit Hinweisen).

5.5???? Aufgrund der Akten finden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen erzielt hat. Im Gegenteil: Der Beschwerdeführer ist Schweizer und hat eine abgeschlossene Berufslehre als Maler. Es ist daher vielmehr davon auszugehen, dass er sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommen begnügt hat, und es ist für den Einkommensvergleich darauf abzustellen. Mit der IV-Stelle ist deshalb davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfalle trotz abgeschlossener Malerlehre seine Arbeitsfähigkeit vollumfänglich auf dem Einkommensniveau eines Hilfsarbeiters verwerten würde.

5.6???? Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

????????? sowie an:

-?? Gerichtskasse

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.