

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00331 vom 18. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00331

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00331 du 18 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00331 del 18 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

0. Februar 2015 (Urk. 7/223 = Urk. 2) wies die IV-Stelle das Gesuch um Erhöhung der Invalidenrente ab .

E. 1.1

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). 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.

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen 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 dar.

Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

Das Gericht kann die Angelegenheit z u neuer Entscheidung an die Vor instanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein , wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinische n Sachverhalt über haupt für gut achtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativ expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betref fende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der - anschliessend refor matorisch entscheidenden - Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurück zuweise n, wenn lediglich eine Klarstel lung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 137 V 210

E. 4.4.1. 4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4 , publi ziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) .

2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 16. März 2015 Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Februar 2015 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, eine medizinische Begutachtung sowie eine Abklärung der noch gegebenen funktionellen Leistungsfähigkeit zu veran lassen. Hernach sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, einen neuen Einkommensvergleich vorzunehmen und den Invaliditätsgrad neu zu bestimmen (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 7. Mai 2015 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 21. Mai 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass aufgrund der drei Leistenhernien-Operationen zwar zeitweise eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, eine massgebliche dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes aber nicht ausgewiesen sei . Durch die bisherige Therapie sei es gelungen, den Gesundheitszustand weitgehend zu stabilisieren. Demzufolge bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente, weshalb das Erhöhungsgesuch abgewiesen werde (S. 2).

E. 2.2

Demgegenüber vertrat der Beschwerdeführer den Standpunkt (Urk. 1), es werde zu Unrecht ausgeführt, dass keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen sei. In der Zwischenzeit sei nicht nur der Morbus Bechterew fortgeschritten, sondern es seien weitere Befunde gestellt worden, welche die nach wie vor persistierenden Beschwerden erklären würden. Trotz diverser Operationen sowohl an der linken Hüfte wie auch in der Leistengegend habe keine Verbesserung des Gesundheitszustandes respektive der Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Deshalb müsse eine neue Standortbestimmung vorgenommen werden und hernach geprüft werden, ob eine allenfalls noch gegebene Leistungsfähigkeit wirtschaftlich überhaupt noch verwertbar wäre (S. 5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letztmaligen Beurteilung der Verhältnisse (vorstehend E. 1.2) verschlechtert hat. 3. 3.1 Der Verfügung vom 16. August 2013 (Urk. 7/147) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Arztberichte zugrunde. 3.2

Dr. med. Y.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, gab mit Bericht vom 27. und 28. Juli 2011 (Urk. 7/55) an, er behandle den Beschwerdeführer seit 2005 und diagnostizierte als Ursache der Arbeitsunfähigkeit eine Spondylarthritis, Morbus Bechterew, Erstdiagnose (ED) vor über 20

Jahren. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er eine hypertensive Herzkrankheit, Adipositas sowie ein metabolisches Syndrom auf (Urk. 7/55/6-7). Die bisherige Tätigkeit als Bademeister sowie eine behinderungsangepasste, leichte Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer zu 50 % zumutbar (Urk. 7/55/3 Ziff. 1.9; Urk. 7/55/7). 3.3

Am 29. und 30. September 2011 erfolgte die von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene bidisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers in den Fachdisziplinen Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie, wobei zusätzlich eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durchgeführt wurde. Die Ärzte der Z.____ erstatteten ihr Gutachten am 17. Januar 2012 (Urk. 7/64). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie Folgendes auf (S. 5): - Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) - Diagnosestellung 1992 - fortgeschrittene Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule - Zeichen der peripheren Gelenkbeteiligung (aktuell linksseitiger Kniegelenkerguss; Verdacht auf Hüftgelenkbeteiligung linksseitig, Differentialdiagnose (DD) im Rahmen einer Offset-Problematik; mögliche Schultergelenkbeteiligung) - unter nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Salazopyrin - deutliche Wirbelsäulenfehlform und konsekutive muskuläre Dysbalance

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie Senk- und Spreizfüsse beidseits, Übergewicht und einen Status nach Morbus Scheuermann auf (S. 5). Die Ärzte gaben an, die arbeitsbezogenen relevanten Probleme seien eine verminderte Beweglichkeit des Nackens, des Rückens und beider Schultergelenke. Der Beschwerdeführer habe eine Umschulung zum Farbgestalter absolviert, jedoch nie in diesem Beruf gearbeitet. Er habe von 2004 bis 2009 in den Sommermonaten als Bademeister gearbeitet. Es könne daher kein sinnvoller Vergleich zwischen Leistungsfähigkeit und Anforderungen einer angestammten Tätigkeit gemacht werden (S. 5). Eine körperlich mittelschwere Tätigkeit sei unter Berücksichtigung der nachfolgend aufgeführten Limiten ganztags zumutbar: Heben/Boden zu Taille Höhe maximal/selten 30 kg, Heben/Tailen- zu Kopfhöhe maximal/selten 17.5 kg, Heben/horizontal maximal/selten 35 kg, Tragen jeweils eine Hand maximal/selten 22.5 kg, Arbeit über Schulterhöhe und Rotation im Sitzen bis manchmal (bis 3 Stunden pro 8-Stunden-Arbeitstag), angesichts der aktuellen Problematik seitens des linken Hüft- und Kniegelenkes sollte Treppensteigen nur selten und Gehen maximal 4 Stunden pro 8-Stunden-Arbeitstag ausgeführt werden. Angesichts der entzündlichen Aktivität und der funktionell deutlich eingeschränkten Wirbelsäulenbeweglichkeit mit notwendigen Kompensationsmechanismen und entsprechender rascher Ermüdung spezifischer Muskelgruppen erscheine in einer angepassten Tätigkeit zum jetzigen Zeitpunkt eine Leistungsminderung um 33 % gerechtfertigt. Es sei nicht ausgeschlossen, dass durch einen Ausbau der immunmodulatorischen Behandlung eine Steigerung der Arbeitstätigkeit möglich sei (S. 6). Die Leistungsbereitschaft sei als zuverlässig zu betrachten und eine Selbstlimitierung infolge Schmerz werde verneint (S. 8). 3.4

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), gab mit Stellungnahme vom 27. Januar 2012 an, für die Beurteilung könne auf das Gutachten abgestellt werden. Es bestehe ein Gesundheitsschaden, der ab dem 1. Mai 2011 zu einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Bademeister und zu einer Arbeitsunfähigkeit von 33 % in einer angepassten Tätigkeit mit dem beschriebenen Belastungsprofil geführt habe (Urk. 7/67 S. 3 f.). Mit erneuter Stellungnahme vom 23. Mai 2012 führte Dr. A.____ aus, es könne – unter Berücksichtigung des Einwandes des Beschwerdeführers, mit dem dies er darauf hingewiesen habe, dass er den körperlichen Eignungstest als Bademeister nicht mehr bestanden habe – davon ausgegangen werden, dass er diese Tätigkeit nicht mehr ausüben könne und diesbezüglich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 7/78). 3.5

Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.2) gab mit Bericht vom 12. Juli 2012 (Urk. 7/83) an, es sei in letzter Zeit zu einer Beschwerdezunahme, vor allem im Bereich des Rückens, gekommen. Diese Beschwerden seien ganz klar abhängig von der körperlichen Belastung. Es sei zudem zu einer entzündlichen Aktivität der Kniegelenke gekommen, die im Zusammenhang mit der Grunderkrankung stünden. Die Arbeitsfähigkeit sei eingeschränkt auf 4 - 5 Stunden täglich. 3.6

Mit erneutem Bericht vom 19. Februar 2013 (Urk. 7/111) führte Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.2, E. 3.5)

als Diagnosen einen Morbus Bechterew, eine Gonarthrit und – arthrose, eine Hypertonie, ein Chronic

Obstructive

Pulmonary

Disease (COPD) sowie Adipositas auf. Der Beschwerdeführer könne leichte, wechselseitige Tätigkeiten 2 – 4 Stunden pro Tag ausüben. Im Vergleich zur Voruntersuchung habe sich der Gesundheitszustand verschlechtert (S. 6). 4. 4.1

Beim Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die nachfolgenden Berichte. 4.2

Dr. Y.____ (vorstehend E. 3.2, E. 3.5-6) bestätigte mit Bericht vom 9. August 2013 (Urk. 7/145) die bisher gestellten Diagnosen (S. 1 Ziff. 1.1). Es sei eine langsame Beschwerdezunahme zu erwarten (S. 1 Ziff. 1.4). Eine leichte bis mittlere Arbeit sei dem Beschwerdeführer zu 50 %

beziehungsweise 4 – 5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 80 % bestehe (S. 2 f. Ziff. 1.4, Ziff. 1.7, Ziff. 1.9). 4.3

Die Ärzte der B.____ informierten mit Schreiben vom 29. Oktober 2013 (Urk. 7/174 /1-2) über die Zuweisung des Beschwerdeführers zur Beurteilung der linken Hüfte und diagnostizierten eine symptomatische Coxarthrose links. Als Nebendiagnosen führten sie einen Morbus Bechterew ED 1993, Basistherapie mit Enbrel und NSAR, sowie Adipositas auf (S. 1). Der Leidensdruck des Beschwerdeführers sei sehr hoch. Es sei eine Hüftprothesenimplantation links besprochen und ein Operationstermin vereinbart worden (S. 2). 4.4

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.4) gab mit Stellungnahme vom 12. November 2013 in Bezug auf den Arztbericht von Dr. Y.____ (vorstehend E. 4.2) an, dass sich eine vergleichbare Einschätzung auch im Arztbericht aus dem Jahr 2011 fände. Es sei demnach gelungen, den Gesundheitszustand durch die bisherige Therapie weitgehend zu stabilisieren. Eine massgebliche Verschlechterung sei in den vorliegenden Unterlagen nicht ausgewiesen (Urk. 7/170 S. 2 f.). 4.5

Mit Schreiben vom 29. Dezember 2013 (Urk. 7/206) berichtete

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, D.____, über die stationäre Rehabilitationsmassnahme vom 17. Dezember 2013 bis zum 29. Dezember 2013 aufgrund der symptomatischen Coxarthrose links. Dabei führte er aus, dass die Gehfähigkeit unter den intensiven therapeutischen Massnahmen deutlich habe verbessert werden können. Die Schmerzen seien im Verlauf rückläufig gewesen (S. 2). 4.6

Mit Bericht vom 10. Januar 2014 (Urk. 7/202) informierten die Ärzte der B.____ über die am 12. Dezember 2013 durchgeführte Hüftoperation, wobei eine Hüft-Totalprothesen-Implantation links erfolgt sei (S. 2). 4.

E. 7

Mit Schreiben vom 13. Januar 2014 (Urk. 7/181) bestätigten die Ärzte der B.____

die gestellten Diagnosen und führten als weitere Diagnosen ein metabolisches Syndrom, eine behandelte arterielle Hypertonie, eine Glukosetoleranzstörung sowie einen Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom auf (S.

1). In der Zusammenschau des klinischen Befundes mit der radiologischen Abklärung bestehe sicher eine weit fortgeschrittene Einschränkung der Beweglichkeit. Es sei in der einmaligen Vorstellung nicht möglich gewesen, eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzugeben, da allein schon die Bewegungsfähigkeit durch die

Hüftproblematik vor der Operation so eingeschränkt gewesen sei, dass erst nach erfolgter Operation und Rehabilitation überhaupt eine aussagekräftige Untersuchung möglich sein werde (S. 3). 4.

E. 8

Mit Sprechstundenbericht vom 10. Februar 2014 (Urk. 7/194) bestätigten die Ärzte der B.____,

dass eine langjährige HLA B27-positive Spondyloarthritis mit Befall aller Wirbelsäulenabschnitte vorliege, die weiterhin eine leichte Entzündungsaktivität unter Anti-TNF-Therapie zeige. Weiter liege eine wahrscheinlich postentzündliche Coxarthrose links vor. Ob die ventrale Deckplattenveränderung Lendenwirbelkanal 2 von einem Trauma herrühre oder ob bereits eine Spondyloarthritis-assoziierte Osteoporose vorliege, müsse in einer DXA-Messung mit Messung an der rechten Hüfte kontrolliert werden (S. 2). 4.9

Die Ärzte der B.____

informierten mit Schreiben vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/209/20-21) über die erfolgte MRI-Ganzkörper Untersuchung der Halswirbelsäule (HSW), der Brustwirbelsäule (BWS), der Lendenwirbelsäule (LWS) sowie der Iliosakralgelenke (ISG). Es bestünden die bekannten postentzündlichen Veränderungen beider ISG. Im abgebildeten Gebiet lägen keine aktiven entzündlichen Veränderungen vor. Weiter bestünden multisegmentale degenerative Veränderungen der Wirbelsäule sowie eine Reizung der AC-Gelenke beidseits, in erster Linie degenerativ bedingt. Schliesslich sei ein sehr geringer Erguss sternoclaviculär rechts zu erwähnen. Die Kniegelenke hätten im Rahmen einer Ganzkörper MR-Tomographie nicht abgebildet werden können (S. 2). 4.10

Dr. med. E.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie für Rheumatologie, führte mit Schreiben vom 6. Juli 2014 (Urk. 7/209/11-12) in Bezug auf die Befunde der MRI-Ganzkörperuntersuchung in der B.____

(vorstehend E. 4.9) aus, dass sich die klinischen und radiologischen Vermutungen bestätigt hätten. Eindeutige postentzündliche Veränderungen würden lediglich in den ISG zum Nachweis gelangen. Im übrigen Achsenskelett und im Sternbereich seien weder eindeutige aktive noch postentzündliche Veränderungen nachweisbar. Die Schultergelenke seien unauffällig, ebenso die rechte Hüfte. Bei Status nach Totalendoprothese (TEP) - Versorgung der linken Hüfte bestünden weiterhin Beschwerden, welche zurzeit in der B.____ weiter abgeklärt würden. Falls ein Infekt vorliege, müsste Enbrel auf jeden Fall sistiert werden (S. 1). Was die Spondylarthropathie angeht, bestehe – abgesehen von den Schmerzen – kein akuter therapeutischer Handlungsbedarf (S. 2). 4.11

Mit weiterem Sprechstundenbericht vom 21. Juli 2014 (Urk. 7/204) gaben die Ärzte der B.____

an, der Beschwerdeführer

mache einen unveränderten Verlauf mit persistierenden Schmerzen im Bereich der linken Hüfte geltend. Zudem gebe er an, es komme beim Husten zu einer Zunahme der Schmerzen (S. 1). MR-morphologisch zeige sich ein unauffälliger Befund mit regelrechter Darstellung der Hüftabduktoren ohne Lockerungszeichen. Ein Infekt habe weitgehend durch Punktion und laborchemische Untersuchung ausgeschlossen werden können.

Differenzialdiagnostisch komme auch in Anbetracht der Zunahme der Beschwerden beim Husten ein Leistenbruch infrage, was abzuklären sei. Aus hüftorthopädischer Sicht bestehe aktuell kein weiterer Handlungsbedarf (S. 2). 4.

E. 12

Dr. E.____ (vorstehend E. 4.10) führte

in seinem bei der Beschwerdegegnerin am 23. September 2014 eingegangenen Bericht (Urk. 7/209/7-10) folgende, nach folgend gekürzt aufgeführte Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew) - Thorakovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen im Sinne einer diffusen idiopathischen Skeletthyperostose (DISH)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er Inguinalhernien beidseits, symptomatisch links (Diagnose August 2014), ein metabolisches Syndrom sowie Adipositas auf (S. 1 Ziff. 1.1). Mit einer Besserung der Wirbelsäulen-Symptome (entzündliche und/oder postentzündliche Veränderungen lumbal, fortgeschrittene Degeneration der Halswirbelsäule sowie hyperostotische Spondylose der Brustwirbelsäule) könne nicht gerechnet werden. Die Bewegungseinschränkung der Schultern, die wahrscheinlich im Zusammenhang stehe mit der entzündlich-rheumatischen Erkrankung, verunmögliche Arbeiten über Kopfhöhe oder Arbeiten, die eine einwandfreie Schulterbeweglichkeit voraussetzen. Das Resultat der TEP-Versorgung der linken Hüfte sei aus unklaren Gründen nicht befriedigend, sodass mit einer bleibenden Gehbehinderung gerechnet werden müsse. Seines Erachtens könne nicht mehr von einer wesentlichen Verbesserung der körperlichen Einschränkungen ausgegangen werden (S. 2 Ziff. 1.4). Als nächster Schritt sei eine operative Sanierung der Inguinalhernie links geplant (S. 2 Ziff. 1.5). Die bisherige Tätigkeit als Bademeister sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (S. 2 f. Ziff. 1.7). Es könne nicht mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit beziehungsweise einer Erhöhung der Einsatzfähigkeit gerechnet werden (S. 3 Ziff. 1.9). 4.13

Mit Bericht vom 15. Dezember 2014 (Urk. 7/214) informierten die Ärzte der B.____ über die erfolgte Jahreskontrolle am 12. Dezember 2014 und gaben an, dass nach wie vor belastungsabhängige, linksseitige, pertrochantäre Beschwerden bestünden. Es sei wenig Besserungstendenz erkennbar (S. 1). Ursache für die Restbeschwerden sei eine Tendinopathie der Iliopsoassehne und der Hüftabduktoren, wobei sich im ganzen Becken enthesiopathische Veränderungen zeigen würden (S. 2). 4.

E. 14

Dr. med. F.____, Fachärztin für Chirurgie, Oberärztin i.V., G.____, Chirurgische Klinik, führte mit Bericht vom 23. Januar 2015 (Urk. 7/221/7-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (S. 1 Ziff. 1.1): - symptomatische, supraumbilicale Narbenhernie - Status nach Nabelhernien-Operation 2002 - Status nach offener Cholezystektomie 1994 - symptomatische Inguinalhernien beidseits - Morbus Bechterew (ED 1998, HLA-B27 positiv)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie einen nicht insulinpflichtigen Diabetes mellitus Typ II, eine arterielle Hypertonie, einen Nikotinabusus sowie Adipositas (S. 1 Ziff. 1.1). Im Oktober 2014 sei eine notfallmässige

Hospitalisation mit laparoskopischer

Adhäsionolyse , intraperitonealer

Onlay-Mesh (I-POM) und Direktverschluss der zwei grössten Narbenhernien erfolgt. Im November 2014 und Januar 2015 sei en

Inguinalhernien-Repair links und rechts nach Lichtenstein erfolgt (S. 2 Ziff. 1.3) . Es bestünden aktuell keine weiteren Bauchwandhernien (S. 2 Ziff. 1.4). Ab dem 1 0. Januar 2015 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für 2 Wochen, danach sei der Beschwerdeführer wieder voll arbeitsfähig im Hinblick auf die Bauchwandhernien (S. 2 Ziff. 1.6). 4.15

Dr. med. H.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab mit Arztzeugnis vom 2 7. Januar 2015 (Urk. 3/3) an, der Beschwerdeführer stehe wegen Krankheit in seiner Behandlung und sei vom 1. Februar 2015 voraussichtlich bis und mit 3 1. März 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. 4.1 6

Dr. E.____ (vorstehend E. 4.10, E. 4.12) bestätigte mit Arztzeugnis vom 2 8. Januar 2015 (Urk. 3/4), dass er den Beschwerdeführer seit Mai 2014 wegen einer Erkrankung des Bewegungsapparates behandle . Da sowohl die Gelenke der unteren Extremitäten, d er Wirbelsäule und auch der Schultern beteiligt seien, s ehe er momentan keine Möglichkeit den Beschwerdeführer in de n Arbeitspro zess zu integrieren. Er erachte

den Beschwerdeführer vorläufig bis auf weiteres als zu 100 % arbeitsunfähig. 4. 1 7

Mit Stellungnahme vom 5. Februar 2015 gab RAD-Arzt Dr. A.____ (vorstehend E. 3.4, E. 4.4) an, es habe vom 6. Oktober 2014 bis zum 2 4. Januar 2015 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Darüber hinaus sei aber keine massgebliche dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Im Z.____ Gutachten sei die Problematik seitens der Wirbelsäule, des linken Hüft- und Kniegelenks bereits berücksichtigt worden (Urk. 7/222 S. 5). 5. 5.1

Die vorliegenden Arztberichte lassen eine abschliessende Beurteilung der Streitsa che nicht zu. 5.2

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin ist eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Erlass der rentenzusprechenden Verfügung vom 1 6. August 2013 (Urk. 7/147) durch die vorliegenden Akten ausgewiesen. I m Z.____ - Gutachten (vorstehend E. 3.3) sind zwar ein linksseitiger Kniegelenkserguss , ein Verdacht auf eine Hüftgelenksbeteiligung linksseitig sowie eine mögliche Schultergelenksbeteiligung – und somit Anzeichen einer peripheren Gelenksbeteiligung – bereits erwähnt. Es erfolgte aber keine genaue Diagnose stellung , sondern lediglich eine Verdachtsäusserung. Es kann demgemäss nicht die Rede davon sein, dass die Prob lematik seitens der Wirbelsäule sowie des lin ken Hüft- und Kniegelenks bereits genügend berücksichtigt worden ist , wie dies RAD-Arzt Dr. A.____ ausführte (vorstehend E. 4.17). So wurde neu

insbeson dere eine Coxarthrose links diagnostiziert, wobei sogar eine Hüftprothese ein gesetzt werden musste. Schliesslich erfolgten drei Hernien -O perationen und auch der Diabetes Mellitus Typ II sowie der Verdacht auf eine Schlafapnoe wur den erst im Rahmen des Revisionsverfahrens diagnostiziert. Da sowohl neue Diagnosen gestellt wurde n als auch eine Beschwerdezunahme in Bezug auf die bereits diagnostizierten Befunde ersichtlich ist , kan n entgegen den Ausführun gen der Beschwerdegegnerin nicht von einem stabilisierten Gesundheitszustand ausgegangen werden. 5. 3

Für eine abschliessende Beurteilung fehlt es indes an einer genügenden

medizinisch-theoretischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Insbesondere hat die Beschwerdegegnerin

entgegen der Empfehlung ihres RAD-Arzt es

Dr. A. ___ keine entsprechende Einschätzung von der B. ___ eingeholt (vgl. RAD-Stellungnahmen vom 4. Juli und 15. Dezember 2014, Urk. 7/222 S. 3 f.). Eine solche erscheint allerdings

für die Beurteilung der Auswirkungen der Coxarthrose auf die Arbeitsfähigkeit als notwendig. Weiter gilt es zu erwähnen, dass bei der rentenzusprechenden Verfügung vom 16. August 2013 (Urk. 7/147) auf das Z. ___ -Gutachten abgestellt wurde, wonach der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit zu 33 % arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 7/79, Urk. 7/95). Im Rahmen der vorliegenden Rentenrevision ging aber Dr. Y. ___ (vorstehend E. 4.2) von einer höheren Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit aus.

Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt nach der Rechtsprechung auch vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.2), so dass diesbezüglich weiterer Abklärungsbedarf besteht. 5.4

Zusammenfassend erweist sich die vorliegende Aktenlage für die abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich, weshalb die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache – dem Antrag des Beschwerdeführers folgend – an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, damit diese, nach ergänzender Abklärung, eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch neu verfüge. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6.6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Ausgangsgemäss steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer -

ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien ist die Prozessentschädigung vorliegend auf Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 10. Februar 2015 aufgehoben, und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Yolanda Schweri - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Kudelski

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