

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00095 vom 5. Mai 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00095

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00095 du 5 mai 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00095 del 5 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1958, war vom 1. Februar 2007 bis 29. Februar 2016 bei der Y.____ AG als Linienbus-Chauffeur tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 11. Februar 2016 war (Urk. 8 /12/1). Unter Hinweis auf eine Chronic

Obstructive

Pulmonary

Disease (COPD) Stufe D, Asthma und Blut hoch druck meldete er sich am 9. Juni 2017 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8 /5 /6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die erwerbliche Situation ab, holte Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 8 /17/6-12, Urk. 8 /23) und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 8 /21/3-4). Auf den die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht stellenden Vorbescheid vom 2. November 2017

(Urk. 8/22) und den

Einwand vom 1. Dezember 2017

(Urk. 8/27) hin erliess die IV-Stelle am

28. Dezember 2017 einen

neuen

Vorbescheid, mit dem sie die Zusprache einer halben Rente ankündigte (Urk.

8/31). Nach neuem Einwand vom 26. Januar 2018

(Urk. 8/33)

holte die IV-Stelle weitere Arztberichte ein (Urk. 8/35/3, Urk. 8/40/9-21, Urk. 8/49 - 50), zu denen sich der Versicherte am

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. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG 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 ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

E. 1.005

/ 2). Dies ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 39'160.-- (Fr. 72'863. -- . / Fr. 33'703.--) und demnach einen Invaliditätsgrad von gerundet 54 %.

Für einen Abzug vom Tabellenlohn des Invalideneinkommens bleibt unbestritten kein Raum (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_768/2018 vom 12. April 2019 E. 5.2.3).

Im Rahmen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung im Z.____-Bericht vom 19. September 2018 wurde den leidensbedingten Einschränkungen vollumfänglich Rechnung getragen.

Insbesondere wird auch dort erwähnt, dass der Beschwerdeführer unter einer 24-Stunden-Heimsauerstofftherapie stehe. Unter Berücksichtigung dieser Tatsache wurde

ihm eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bescheinigt
(Urk. 8/49/2-3).

Auch das Alter des Beschwerdeführers ändert daran nichts. Dieser war im massgebenden Zeitpunkt der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zwar schon sechzigjährig. Doch wirkt sich

im Bereich der Hilfsarbeiten auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) das fortgeschrittene Alter nicht zwingend lohnsenkend aus. Hilfsarbeiten werden auf dem massgebenden ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 8C_403/2017 vom 25. August 2017 E. 4.4.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3). Der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, fällt als invaliditätsfremder Faktor regelmässig ausser Betracht (Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E.

5.3; vgl. auch Urteil 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2). 7 .

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer in der angefochtenen Verfügung zu Recht eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers sind von weiteren medizinischen Abklärungen keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 136 I 229 E. 5.3). Eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes ist nicht auszumachen. Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, die Beschwerdegegnerin hätte abklären müssen, hinsichtlich welcher konkreten Tätigkeit er aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen tatsächlich arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 7), so ist ihm zu entgegnen, dass das Kompetenzniveau 1 ein weites Spektrum auch an leichten Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2), so dass sich eine Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten erübrigt (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1).

Eine allfällige weitere Verschlechterung der gesundheitlichen Beschwerden nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung wäre im Rahmen einer Neuanschuldung bei der Beschwerdegegnerin geltend zu machen.

Die Beschwerde erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet und ist folglich abzuweisen. 8 .

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge der ihm gewährten unentgeltlichen Prozessführung (vgl. Urk.

E. 2

Der Versicherte erhob am 31. Januar 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 17. Dezember 2018 und beantragte, es sei diese aufzuheben und ihm rückwirkend ab Januar 2018 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen. Eventualiter sei die vorgenannte Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit zur Neuentscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen.

Zudem ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Urk. 1 S. 2). Die IV-Stelle ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 5. März 2019 (Urk. 7) um Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 12. März 2019 (Urk. 12) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig wurde ihm

die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 12). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2018 (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer gemäss neuen medizinischen Erkenntnissen in einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig sei. In seiner angestammten Tätigkeit als Linienbus-Chauffeur bestehe seit Januar 2017 keine Arbeitsfähigkeit mehr. Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 54 %. Nach Ablauf des Wartjahres per Januar 2018 bestehe Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (S. 4). Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes im März 2018 sei vorübergehender Natur gewesen und

könne nicht als langandauernd berücksichtigt werden (S. 5).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), aus dem Bericht des Kantonsspitals Z.____

vom 19. September 2018

ergebe sich nicht, dass ihm

eine leichte, sitzende Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar sei (S. 5).

Aufgrund der aktuellen Aktenlage sei er

vielmehr vollständig arbeitsunfähig (S. 7).

Weiter machte der Beschwerdeführer geltend, die Beschwerdegegnerin habe den Sachverhalt in mehrfacher Weise unvollständig abgeklärt. Die angefochtene Verfügung sei daher eventualiter aufzuheben und die Sache an die Vorinstanz zurückzuweisen (S. 3 und 7). In formeller Hinsicht stellte der Beschwerdeführer die

Frage, ob die angefochtene Verfügung vom 17. Dezember 2018 den juristischen Anforderungen des Verfügungsbegriffs entspreche, da sie nicht (handschriftlich) unterzeichnet worden sei. Ausserdem sei die Verfügung widersprüchlich, da in der Begründung von einer halben Invalidenrente die Rede sei, jedoch auf Seite 5 festgehalten werde, er habe Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 1 S. 4).

Zudem habe er keine Möglichkeit gehabt, sich zu den vom Z.____ eingereichten Berichten zu äussern, was eine Verweigerung des rechtlichen Gehörs bedeute (S. 5). 3.

3.1

Vorab ist zu prüfen, ob der Beschwerdeführer mit seinen formellen Rügen durchdringt. 3.2

Verfügungen werden mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen. Sie sind zu begründen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen. Aus einer mangelhaften Eröffnung einer Verfügung darf der betroffenen Person kein Nachteil erwachsen (Art. 49

Abs. 3 ATSG) .

Zwar erkannnte der Beschwerdeführer zu Recht, dass die Verfügung vom 17. Dezember 2018 (Urk. 2) nicht handschriftlich unterzeichnet wurde. Allerdings ist eine Unterschrift bei sozialversicherungsrechtlichen Verfügungen nicht generell verlangt, insbesondere ergibt sich die Unterschriftspflicht nicht aus dem Grundsatz der Schriftlichkeit (vgl. BGE 105 V 249 ff.). Aus dem Briefkopf geht zweifelsfrei hervor, dass der beanstandete Entscheid durch die Beschwerde gegnerin erlassen wurde, was auch der Beschwerdeführer nicht in Abrede stellte. Die Beschwerdegegnerin hat sodann in der Vernehmlassung die Kompetenz des Sachbearbeiters zum Erlass der Verfügung oder deren rechtliche Aussenwirkung nicht in Zweifel gezogen (Urk. 7), weshalb ein Eröffnungsmangel zu verneinen ist (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C_434/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 2.2).

Dass die Beschwerdegegnerin auf Seite 5 der Verfügung im Widerspruch zu den Seiten 1 und 4 festhält, es bestehe Anspruch auf eine ganze statt auf eine halbe Rente, vermag an der Rechtswirksamkeit des Entscheids ebenfalls nichts zu ändern, handelt es sich doch hierbei um einen offensichtlichen Verschieb (Urk. 2 S. 5). Dies hat der Beschwerdeführer im Ergebnis auch erkannt, ging er doch selbst von einer halben Rente aus (Urk. 1 S. 4). Im Übrigen kann die Beschwerdeinstanz ein Kanzleiversehen, das - wie hier - letztlich keinen Einfluss auf die Entscheidformel (vgl. dazu Urk. 1 S. 2) ausübt, jederzeit berichtigen (Art. 55 Abs. 1 ATSG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 3 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren,

VwVG).

Die Verfügung vom 17. Dezember 2018 (Urk. 2) wurde dem Beschwerdeführer damit gehörig eröffnet. Ohnehin ist weder ersichtlich noch geltend gemacht, inwiefern ihm aus einem allfälligen Eröffnungsmangel ein rechtlicher Nachteil erwachsen wäre (vgl. Art. 49 Abs. 3 ATSG).

Zu prüfen ist sodann die geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs, da sich der Beschwerdeführer zu den Z. ___ -Berichten nicht äussern können

(Urk. 1 S. 5).

Aus Inhalt und Funktion des Akteneinsichtsrechts als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör folgt, dass grundsätzlich sämtliche beweiserheblichen Akten den Beteiligten gezeigt werden müssen, sofern in der sie unmittelbar betreffenden Verfügung darauf abgestellt wird. Denn es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass die Verfügungsadressaten vor Erlass eines für sie nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen können. Das Akteneinsichtsrecht ist somit eng mit dem Äusserungsrecht verbunden, gleichsam dessen Vorbedingung. Die Betroffenen können sich nur dann wirksam zur Sache äussern und geeignete Beweise führen oder bezeichnen, wenn ihnen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Behörde bei ihrer Verfügung gestützt hat. Das rechtliche Gehör dient in diesem Sinne einerseits der Sachaufklärung und stellt andererseits ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht im Verfahren dar. Daraus ergibt sich, dass der Versicherer, welcher neue Akten bezieht, auf die er sich in seiner Verfügung zu stützen gedenkt, grundsätzlich verpflichtet ist, die Beteiligten über den Aktenbeizug zu informieren. Das Akteneinsichtsrecht bezieht sich auf sämtliche verfahrensbezogene Akten, die geeignet sind, Grundlage des Entscheids zu bilden (BGE 132 V 387 E. 3 mit Hinweisen).

Den Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die im Vorbescheidverfahren getätigten Abklärungen, und insbesondere die Berichte des Z.____ vom 5. März 2018 (Urk. 8/40/17 -21), vom 27. März 2018 (Urk. 8/40/10 -11), vom 9. Mai 2018 (Urk. 8/50/2-3) und vom 19. September 2018 (Urk. 8/49) , aber auch den Bericht des behandelnden Dr. med.

A.____ , Innere Medizin und Pneumologie, vom 9. April 2018 (Urk. 8/40/9) am 5. Oktober 2018 zur Stellungnahme zugestellt hat (Urk. 8/51). Die genannten Berichte werden im Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 5. Oktober 2018 in der Beilage erwähnt (Urk. 8/51/2), weshalb mangels entsprechender Beanstandung davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer diese auch effektiv erhalten hat. Der Beschwerdeführer hat daraufhin am 24. Oktober 2018 schriftlich Stellung genommen und sich - entgegen seiner Darstellung - dabei insbesondere zum Bericht des Z.____ vom 19. September 2018 geäußert

(Urk. 8/52/2). Über eine fehlende Akten einsicht hat sich der anwaltlich vertretene Beschwerdeführer im Übrigen in seiner Stellungnahme vom 24. Oktober 2018 – und auch sonst im Verwaltungsverfahren – nicht beklagt (Urk. 8/52). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist nicht auszumachen. 3.4

Zusammenfassend ergibt sich, dass die formellen Rügen des Beschwerdeführers unbegründet sind . 4. 4.1

Dr. med. B.____ , Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, Oberärztin am Z.____ , nannte in ihrem Bericht vom 3. Januar 2017 zur ambulanten Notfallbehandlung der starken Dyspnoe (Atemnot) vom 28. Dezember 2016 folgende Diagnosen (Urk. 8/17/9) : - COPD Risikoklasse D - aktuell Exazerbation , infektbedingt - Differenzialdiagnose: allergisch - Chronischer Husten mit mässig Auswurf - Differenzialdiagnose im Rahmen der Diagnose COPD - anamnestisch Hustensynkopen, Differenzialdiagnose rhythmogen - Arterielle Hypertonie - Anamnestisch depressive Entwicklung Dazu hielt Dr. B.____ fest, sie sehe die Beschwerden im Rahmen einer akuten Exazerbation der bekannten COPD. Gemäss Rücksprache mit dem behandelnden Dr. A.____ sei es in den letzten Monaten zu einer deutlichen Verschlechterung der Lungenfunktion gekommen

(Urk. 8/17/10). 4.2

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 19. Juni 2017 (Urk. 8/17/6-7) folgende Diagnosen (Urk. 8/17/6) : - COPD Risikoklasse D

- lungenfunktioneller Schweregrad 3 - Langzeitsauerstofftherapie seit Januar 2017 - anamnestisch Hustensynkopen, Differenzialdiagnose rhythmogen

- Status nach Nikotinkonsum (50 packyears) - Arterielle Hypertonie - Anamnestisch depressive Entwicklung Dazu hielt Dr. A.____ fest, es bestehe eine schwere COPD der Risikoklasse D. Lungenfunktionell liege eine schwere , nicht signifikant reversible obstruktive Ventilationsstörung vor. Wegen der auch nach einem Steroidstoss und intensiver Inhalationstherapie nicht gebesserten Hypoxämie sei im Januar 2017 mit einer Langzeitsauerstofftherapie begonnen worden. Die körperliche Leistungsfähigkeit sei stark eingeschränkt. Für mittelschwere und schwere Arbeiten sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (Urk. 8/17/7). 4.3

RAD-Ärztin Dipl. med. C.____ , Fachärztin für Innere Medizin / Prävention und Gesundheitswesen, hielt in ihrer Stellungnahme vom 1. September 2017 (Urk. 8/21/3-4)

als Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein COPD Gold III fest (Urk. 8/21/3) . Dem Hypertonus und der depressiven Entwick lung schrieb sie keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 8/21/3) . Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dipl. med. C. ___ fest, mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten , wie die bisherige Tätigkeit als Linienbus-Chauffeur

könnten nicht ausgeführt werden. Als Belastungsprofil formulierte sie eine leichte, überwiegend sitzend ausgeübte Tätigkeit, zum Beispiel eine Bürotätigkeit (Urk. 8/21/3). Der Beschwerdeführer sei ferner in seiner bisherigen Tätigkeit als Linienbus-Chauffeur vom 19. Januar bis 30. März 2015, vom 7. bis 14. Januar 2016 und seit dem 4. Januar 2017 auf Dauer jeweils zu 100 % arbeitsunfähig (gewesen) . In einer angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. Februar 2017 0 % . Der Gesundheitszustand werde sich nicht verbessern (Urk. 8/21/3). Es liege ein Gesundheitsschaden vor, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke. Der Beschwerdeführer leide unter einer COPD infolge langjährigen Zigarettenkonsums. Es liege eine Anstrengungsasthma vor, wobei die Sauerstofflangzeittherapie im Januar 2017 begonnen habe (Urk. 8/21/3). Durch den behandelnden Dr. A. ___ seien mittelschwere und schwere Tätigkeiten als nicht mehr möglich beschrieben worden. Angepasste Tätigkeiten könnten seit dem 1. Februar 2017 zu 100 % ausgeübt werden (Urk. 8/21/4). 4.4

In seinem Bericht vom 28. November 2017 (Urk. 8/23) hielt Dr. A. ___

bei gleich lautenden Diagnosen (vgl. E. 4.2 hiervor) fest, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers habe weiter abgenommen (Urk. 8/23/1). In den letzten drei Monaten habe sich eine Verschlechterung der Situation eingestellt. Der Beschwerdeführer benötige täglich während 22 bis 24 Stunden Sauerstoff. Er müsse bereits um 04.00 Uhr morgens mit der ersten Inhalation beginnen. Er brauche überdies viel Zeit für das Ankleiden , die Körperpflege und die zusätzliche Inhalation mit dem Düsenvernebler . Er könne die volle Einkaufstasche nicht mehr selbst in den ersten Stock seiner Wohnung tragen. Er sei nicht mehr in der Lage, auch bei leichtester Tätigkeit eine mehr als 50%ige Arbeitsleistung zu erbringen (Urk. 8/23/2). 4.5

Dem Austrittsbericht des Z. ___ vom 5. März 2018 (Urk. 8/40/17-20) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vom 3. bis 5. März 2018

infolge einer Exazerbation der COPD

hospitalisiert war. Dazu erwähnten die Ärzte die aktuelle Unmöglichkeit, zähen Schleim abzuhusten, eine schwere obstruktive Ventilationsstörung (FEV 1.15 Liter, nach Ventolin 1.31 Liter) sowie die 24-Stunden-Sauerstofftherapie (Urk. 8/40/17). Es hätten sich weder klinisch, laboranalytisch noch konventionell radiologisch Hinweise auf eine COPD-Exazerbation gezeigt. Unter regelmässigen Feuchtinhalationen habe der Beschwerdeführer über eine deutliche Besserung seiner Symptomatik

berichtet . Dies er sei in gebessertem Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbehandlung entlassen worden (Urk. 8/40/17). 4.6

Laut Austrittsbericht des Z. ___ vom 27. März 2018 (Urk. /8/40/10-12) war der Beschwerdeführer vom 20. bis 26. März 2018 erneut hospitalisiert (Urk. /8/40/10). Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (Urk. 8/40/10): - Asthma-COPD-Overlap-Syndrom, Risikoklasse D - aktuell schwere Exazerbation - schwere obstruktive Ventilationsstörung (FEV1 1.15 Liter, nach Ventolin 1.31 Liter) - 24-Stunden-Sauerstofftherapie - Chronische

Beinödeme linksbetont - Differenzialdiagnose Lymphödem, - Sonographie untere Extremität vom 22. März 2018: keine venöse Insuffizienz, keine Thrombose, Transthorakale Echokardiographie vom 21. März 2018: normale systolische linksventrikuläre Funktion, keine indirekten Zeichen einer Rechtsherzbelastung, minimal sklerosierte trikuspidale Aortenklappe - Interdigitale Mykose beidseits - Arterielle Hypertonie - Anamnestic depressive Entwicklung Sie legten dar, die Hospitalisation sei aufgrund einer Exazerbation der vorbekannten COPD, Risikoklasse D, mit chronischer respiratorischer Partialinsuffizienz und vorbestehender Heimsauerstofftherapie erfolgt. Der Beschwerdeführer präsentierte rezidivierende Hustenanfälle und Berichte von fehlender Sekretmobilisation. Im Computertomogramm des Thorax zeigte sich diesbezüglich eine Bronchitis mit Bronchiolitis und in der Bronchoskopie ergaben sich Zeichen einer chronischen Bronchitis mit ausgeprägtem Tracheobronchialkollaps, jedoch ohne relevantes Sekret (Urk. 8/40/10). Bei leichtgradig erhöhter Eosinophilie werde die Diagnose auf ein COPD-Asthma-Overlap-Syndrom ausgeweitet. Es sei eine Steroidtherapie durchgeführt worden, worunter es zu einer deutlichen Verbesserung der Symptomatik gekommen sei. Eine Herzinsuffizienz, eine venöse Insuffizienz wie auch ein nephrotisches Syndrom seien ausgeschlossen worden. Ein Lymphödem scheine eher unwahrscheinlich. In der Bronchoskopie hätten Anzeichen für eine chronische Refluxsymptomatik bestanden, sodass diesbezüglich eine medikamentöse Dauertherapie (PPI) begonnen worden sei. Der Beschwerdeführer habe für eine ambulante pneumologische Rehabilitation im Z.____ motiviert und schliesslich am 26. März 2018 in deutlich gebessertem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (Urk. 8/40/11).

Während der Hospitalisation

wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Urk. 8/40/11). 4.7

Am 9. April 2018 erwähnte Dr. A.____

neben den bereits genannten Diagnosen eine am 1. August 2017 bilateral operierte Cataracta

complicata mit hinterer Schalentrübung rechts mehr als links (Urk. 8/40/9). Zudem beschrieb er einen gegenüber Juni 2017 stabilen bis allmählich sich verschlechternden Verlauf. Der Einsatz von systemischen Steroidstößen sei mehr als zweimal pro Jahr notwendig. Der Beschwerdeführer könne langsam eben aus

gehen mit Anstrengungsdyspnoe bei kleinsten Anstrengungen. Er sei nicht arbeitsfähig (Urk. 8/40/9). 4.8

RAD-Ärztin Dipl. med. C.____ erklärte in ihrer Stellungnahme vom 20. April 2018 (Urk. 8/53/3), bei den stationären Spitalaufenthalten des Beschwerdeführers im Z.____ vom 3. bis 5. März 2018 (Urk. 8/40/17) sowie vom 20. bis 26. März 2018 (Urk. 8/40/10) habe es sich um Infektexazerbationen gehandelt, welche entsprechend behandelt worden und bei der vorliegenden Krankheit nicht selten seien. Aufgrund des Berichts von Dr. A.____ vom 9. April 2018 (Urk. 8/40/9), der im Wesentlichen seinen Angaben im Bericht vom Dezember (richtig wohl: November 2017) entspreche, könne eine dauerhafte Verschlechterung des Gesamtzustandes nicht angenommen werden (Urk. 8/53/3). 4.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin hat den Invaliditätsgrad korrekt anhand eines Einkommensvergleichs ermittelt (Urk. 8/20, Urk. 8/35/4 und Urk. 2 S. 4). Gemäss Angaben im Arbeitgeberfragebogen

(Urk. 8/12/4) hätte der Beschwerdeführer am 26. Juni 2017 - und nicht im Jahr 2016, wie die Beschwerdegegnerin annahm - bei voller Gesundheit Fr. 72'500. verdient. Im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns im Jahr 2018 beläuft sich das Valideneinkommen unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 0.5 % (Tabelle T 39 Entwicklung der Nominallöhne) auf Fr. 72'863.-- (Fr. 72'500. x 1.005).

E. 6.2

Was die Bemessung des Invalideneinkommens anbelangt, so hat die Beschwerdegegnerin dieses anhand der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 auf Fr. 33'737.35 festgelegt (Urk. 8/20). Da im Zeitpunkt des Verfügungserlasses am 17. Dezember 2018 jedoch bereits die Tabellenlöhne der LSE 2016 bekannt waren (veröffentlicht am 26. Oktober 2018) hätte das Invalideneinkommen anhand dieser Werte festgesetzt werden müssen

(BGE 143 V 295 E. 4.1.3), was jedoch am Invaliditätsgrad von 54 % im Ergebnis nichts ändert.

Der Zentralwert für Hilfsarbeiten im privaten Sektor gemäss Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, betrug im Jahr 2016 Fr. 5'340.--. Davon ausgehend resultiert unter Berücksichtigung der betriebsüblichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2018 und der Nominallohnentwicklung von 0.4 % (2017) und 0.5 % (2018) ein Invalideneinkommen von Fr.

33'703.-- (Fr. 5'340.--: 40 x 41.7 x 12 x 1.004 x

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 9

In ihrem Bericht vom 19. September 2018 (Urk. 8/49)

zu Händen der Beschwerdegegnerin hielten die Pneumologen des Z.____

fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein Asthma COPD-Overlap, welches im März 2018 erstdiagnostiziert worden sei. Betreffend die COPD-Komponente seien rezidivierende Exazerbationen im Sinne einer Risikoklasse D zu verzeichnen. Es bestehe eine 24-Stunden-Heimsauerstofftherapie aufgrund einer schweren respiratorischen Partialinsuffizienz. Seine Leistungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt mit nur 50 % des Solls im 6-Minuten-Gehtest und auch in der Ergometrie mit Sauerstoff-Substitution erreiche er nur 78 Watt. Es sei eine ausgebaute Inhalationstherapie erfolgt. Der Beschwerdeführer habe zwischen April und August 2018 mit sehr grosser Motivation am ambulanten pulmonalen

Rehabilitationsprogramm des Z.____ teilge nommen. Es habe eine B esserung der pulmonalen Situation e rreicht werden können (Urk. 8/49/3).

Unter Hinweis auf die 24-Stunden-Heimsauerstofftherapie erachteten sie den Beschwerdeführer in seine r erlernte n Tätigkeit als Busfahrer als zu 100 % arbeits unfähig. Bei einer Umschulung sei in einem Beruf mit sitzender Tätigkeit allen falls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit denkbar (Urk. 8/49/1) . 4.

E. 10

Im mit der Beschwerde aufgelegten Bericht de r Pneumolog en de s Z.____

vom 16. Januar

2019 über die Verlaufskontrolle vom

1 8. Dezember

2018 (Urk. 8/77/26-27)

wurde schliesslich folgende Hauptd iagnose

genannt (Urk. 8/77/26) : - Asthma-COPD- Overlap (ACO) - COPD Risikoklasse D mit rezidivierenden Infektexazerbationen und schwerer obstruktiver Ventilationsstörung (Obstruktionsgrad 3) - mMRC 2-3, rezidivierende Infektexazerbationen - Computertomographisch kein en Anhalt für Lungenemphysem - 24-Stunden-Dauersauerstofftherapie bei respiratorischer Partial - insuffi zienz Ferner nannte n die Fachärzte des Z.____ folgende Nebendiagnosen (Urk. 8/77/26): - Chronische Beinödeme linksbetont - Arterielle Hypertonie - Anamnestisch depressive Entwicklung - Rezidivierende Re f lexsynkopen Des Weiteren hielten die Pneumologen fest, betreffend die Lungenfunktion ergäbe sich keine Veränderung zu den Vorwerten vom 14. Dezember 201 8. Die CO 2 -Störung habe seit dem 14. Dezember 2018 von einer mittelschweren auf eine schwere Diffusionsstörung gewechselt . Betreffend die Lu n ge ergebe sich eine normale Auskultation (Urk. 8/77/27). Eine abschliessende Ursache für die aktuelle Verschlechterung bleibe vorerst un klar. Weder klinisch noch lungenfunktionell bestehe eine akute COPD-Exazer bation. Einzig die Diffusionsstörung sei leicht zunehmend (Urk. 8/77/27). 5.

5.1

Die Parteien gehen übereinstimmend und gemäss übereinstimmender Beurteilung sämtlicher behandelnder Fachärzte (vorstehend E. 4.2-3, E. 4.9) korrekterweise davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten , relativ schweren Tätigkeit als Linienbus-Chauffeur seit dem 4. Januar 2017 auf Dauer zu 100 % arbeitsunfähig ist (vgl. Urk. 1 S. 7, Urk. 2 S. 4) . Strittig ist die Arbeitsfähigkeit in einer ange passten Tätigkeit , wobei insbesondere die Verhältnisse bei Ablauf des Wartejahres im Januar 2018 zu beleuchten sind (vorstehend E. 1.2) .

5.2

Die Beschwerdegegnerin stützt e sich in der angefochtenen Verfügung im Wesent lichen auf den Bericht des Z.____ vom 1 9. September 2018, worin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für sitzende Tätigkeiten bescheinigt wurde (Urk. 8/49 /2-3). Diese Einschätzung wird nicht dadurch entkräfte t , dass die Ä r z te in diesem Zusammen hang von einer vorgängigen Umschulung sprachen, denn es ist Sache der Be schwerdegegnerin zu beurteilen, ob die

Restarbeitsfähigkeit

direkt verwertet werden kann. Dabei ist weder ersichtlich noch geltend gemacht, weshalb aus medizinischer Sicht eine sitzende (Hilfsarbeiter) Tätigkeit nicht auch ohne Umschulung zumutbar sein sollte.

Rechtsprechungsgemäss obliegt es dem Beschwerdeführer im Rahmen seiner Selbsteingliederungslast, die aus medizinischer Sicht für zumutbar erachtete Arbeitsfähigkeit bestmöglich zu verwerten. Der entsprechende ärztliche Vorbehalt fällt daher bei der Zumutbarkeitsbeurteilung ausser Betracht.

Es ist zwar zutreffend, dass die behandelnden Fachärzte lediglich von einer «denkbaren» 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sprachen (vgl. dazu Urk. 1 S. 5). Medizinische Gründe, die einer unmittelbaren Verwertbarkeit dieser Arbeitsfähigkeit entgegenstehen würden, nannten sie jedoch nicht, weshalb auf diese Zumutbarkeitsbeurteilung abzustellen ist. 5. 3

Der Beschwerdeführer wirft im Weiteren ein, gemäss Bericht von Dr. A.____ vom 9. April 2018 sei er nicht arbeitsfähig (Urk. 8/40/9). Er übersieht jedoch, dass sich Dr. A.____ am 9. April 2018 nicht zur Zumutbarkeit einer Verweistätigkeit geäussert hat. Zudem lässt er ausser Acht, dass die Angaben von Dr. A.____ im Verlauf nicht gänzlich konsistent sind. Im Bericht vom 19. Juni 2017 gab er in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Ärzte des Z.____

an, der Beschwerdeführer sei lediglich in Bezug auf mittelschwere und schwere Arbeiten nicht arbeitsfähig (Urk. 8/17/7).

Zwar erklärte er in seinem Bericht vom 28. November 2017 unter Hinweis auf die Sauerstoffversorgung während 22-24 Stunden täglich, es habe sich in den letzten drei Monaten eine Verschlechterung der Situation und eine Abnahme der Leistungsfähigkeit eingestellt. In Anbetracht der schon im Januar 2017 aufgenommenen Sauerstofftherapie und der bereits im Juni 2017 geschilderten nur langsamen Gehfähigkeit und Anstrengungsdyspnoe beim schnellen Gehen oder bergauf Gehen (Urk. 7/17/6) leuchtet allerdings nicht ein, dass er im November 2017 auch bei leichtester Tätigkeit nurmehr eine höchstens 50%ige Arbeitsleistung für zumutbar erachtete (Urk. 8/23/2). Im Weiteren fällt in Bezug auf den Beweiswert der Berichte von Dr. A.____ ins Gewicht, dass er im Bericht vom 28. November 2017

einerseits eine Verschlechterung beschrieb und andererseits im Bericht vom 9. April 2018 den Verlauf gegenüber Juni 2017 als stabil bis allmählich verschlechternd bezeichnete. Die zuletzt bescheinigte gänzliche Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit erweist sich daher auch nicht als schlüssig.

Die RAD-Ärztin hielt zudem fest, aufgrund des Berichts von Dr. A.____ vom 9. April 2018 könne eine dauerhafte Verschlechterung des Gesamtzustandes nicht angenommen werden (Urk. 8/53/3).

Diese Einschätzung wird gestützt durch den Bericht des Z.____ vom 19. September 2018 (Urk. 8/49). Dort wiesen die Ärzte des Z.____

darauf hin, dass der Beschwerdeführer zwischen April und August 2018 am ambulanten pulmonalen Rehabilitationsprogramm teilgenommen habe und dabei eine Besserung der pulmonalen Situation habe erreicht werden können (vgl. E. 4.9 hiervor). Diese Beurteilung fand im Nachgang zu den beiden stationären Spitalaufenthalten vom März 2018 (E. 4.5 und 4.6 hiervor) statt, welche vor diesem Hintergrund als vorübergehende Exazerbationen anzusehen sind. 5. 4

Der Beschwerdeführer bringt schliesslich vor, im

mit der Beschwerde aufgelegten Bericht des Z.____ vom 16. Januar 2019 (Urk. 3/5) sei der Krankheitswert auf «COPD Risikoklasse D mit rezidivierenden Infektexazerbationen und schwerer obstruktiver Ventilationsstörung (Obstruktionsgrad 3)» erhöht worden. Die CO₂-Diffusionsstörung sei von mittelschwer auf schwer erhöht worden. Dies belege

eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes beziehungsweise eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 1 S. 5 und 7). Der Z.____-Bericht vom 16. Januar 2019 gibt Auskunft über die am 18. Dezember 2018, mithin einen Tag nach Verfügungserlass erfolgte Verlaufsuntersuchung des Beschwerdeführers (Urk. 3/5). Für die richterliche Beurteilung eines Falls sind allerdings grundsätzlich nur die tatsächlichen Verhältnisse bis zum Abschluss des Verwaltungsvorgangs massgebend (BGE

121

V

362 E. 1b; 99 V 98). Abgesehen davon, dass der

Bericht daher nicht ohne Weiteres beachtlich ist, vermag er die frühere Z.____-Beurteilung (vgl. E. 5. 2 hiervor) jedenfalls nicht umzustossen. Was die geltend gemachte Erhöhung des Obstruktionswertes anbelangt, so ist anzu merken, dass bereits RAD-Ärztin Dipl. med. C.____

am 1. September 2017 (Urk. 8/21/3, vgl. E. 4.3 hiervor) denselben Obstruktionsgrad festhielt («COPD Gold III»), weshalb von einer Erhöhung desselben keine Rede sein kann. Die Risikoklasse D wurde zudem bereits im Z.____-Bericht vom 3. Januar 2017 verzeichnet (E. 4.1 hiervor). Zwar trifft es zu, dass sich die Diffusionsstörung offenbar von mittelschwer auf schwer erhöht hat (Urk. 8/77/27). Jedoch halten die Pneumologen des Z.____

im Bericht vom 16. Januar 2019

ausdrücklich fest, dass sich betreffend die Lungenfunktion keine Veränderung zu den Vorwerten ergeben habe und eine abschliessende Ursache für die aktuelle Verschlechterung unklar bleibe. Insbesondere bestehe weder klinisch noch lungenfunktionell eine akute COPD-Exazerbation. In Bezug auf die CO₂-Diffusionsstörung halten sie schliesslich fest, diese sei « leicht zunehmend » (Urk. 8/77/27). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ist daraus nicht ersichtlich. 5.5

Nach dem Gesagten ist auf die Z.____-Beurteilung vom 19. September 2018 abzustellen, wonach der Beschwerdeführer in einer leichten, sitzenden Tätigkeit zu 50% arbeitsfähig ist. 6.

E. 12

Dispositiv-Ziffer 3) , keinen Gebrauch gemacht hat, ist die Entschädigung ermessensweise ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (vgl. § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ,

GSVGer) auf Fr. 1'300.-- festzulegen . Der Beschwerdeführer ist abschliessend auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten und der Entschädigung an den unentgeltlichen Rechtsvertreter verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Alexander R. Lecki, Winterthur, wird mit Fr. 1'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Alexander R. Lecki - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin FehrReiber

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