

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00140 vom 18. September 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00140](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00140)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00140 du 18 septembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00140 del 18 settembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des

Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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**

Am 21. Juni 2016 meldete sich der Versicherte wegen Osteoporose, Hypertonie, Diabetes, COPD Gold II, HIV-Infektion und Spinalkanalstenose erneut bei der IV Stelle zum Leistungsbezug an (Urk. 7/19). Daraufhin hol te die IV-Stelle die Akten des Krankent aggeldversicherers ein und klärte die beruflichen und medi zinis chen Verhältnisse ab (Urk. 7/20, Urk. 7/25- 41 ). Am 4. Januar

2017 leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für einen Einarbeitungszuschuss während der Anlern- und Ein arbeitszeit für eine angepasste Tätigkeit des Versicherten im 50 % -Pensum bei der bisherigen Arbeitgeberin vom 1. Januar bis am 30. Juni 2017 (Urk. 7/41-42, vgl. Urk. 7/45/5-7 , Urk. 7/46 ). Mit Verfügung vom 3. Mai 2017 wurde dem Versicherten eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab dem 1. Dezember 2016 zugesprochen (Urk. 7/58, vgl. Urk. 7/57).

#### **E. 1.2.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebe nem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Auf gabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebe nen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext

unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.2.2**

Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 454 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand. Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern in erster Linie der Befund und der Schweregrad der Symptomatik. Aus einer anderen Diagnose oder einer unterschiedlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus medizinischer Sicht allein kann somit nicht auf eine für den Invaliditätsgrad erhebliche Tatsachenänderung geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.1 mit weiteren Hinweisen).

### **E. 1.3**

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.

### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

## **E. 2**

des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung, IVG ).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin

vertritt in ihrem Entscheid den Standpunkt, es sei

keine länger andauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Durch die Rückenschmerzen und die erneute Operation sei es lediglich zu einer vorübergehenden Verschlechterung gekommen. Aus pneumologischer Sicht sei die Situation unverändert, es werde jedoch dringend ein Rauchstopp empfohlen. Unter Berücksichtigung des Belastungsprofils sowie Weiterführung einer regel mässigen, diagnoserelevanten Therapie sei aus versicherungsmedizinischer Sicht weiterhin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Damit habe der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, nebst einer massiven Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei auch ein irreversibler Schaden der Lungenfunktion belegt. Dieser irreversible Schaden habe eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 80 % bis 100 % zur Folge. Unter Berücksichtigung der im Februar 2018 erfolgten Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei ihm spätestens ab dem 1. August 2018 eine ganze Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 3-5).

### **E. 2.3**

Umstritten ist vorliegend, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der Verfügung vom 3. Mai 2017 in einer sich auf die Invalidenrente auswirkenden Weise verschlechtert hat

und so mit ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. dazu E. 1.2).

### **E. 3.1**

Der Verfügung vom 3. Mai 2017 lag in medizinischer Hinsicht insbesondere der Bericht von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin, vom 24. Januar 2017 zugrunde (vgl. Urk. 7/52/4-5). Dr. Y.\_\_\_\_

stellte, mit Verweis auf ihren Vorbericht vom 25. Juli 2016, folgende Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/48/1, Urk. 7/28/1, vgl. Urk. 7/52/4): - Spinalkanalstenose L4/L5 und lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 links mit - Zustand nach Dekompression der LWS L4/L5 über die Mittellinie - Recessotomie L4/L5 beidseitig - Sequestrektomie L4/L5 links - Duraversiegelung links mit Trachosil (20. April 2016) - Zustand nach Revision mit Duranaht (23. April 2016) bei Duraleck Höhe L4/L5 - COPD Gold II (Erstdiagnose Mai 2016) bei/mit - Nikotinabusus (50 py) - Lungenemphysem - Mittelschwere Einschränkung der Diffusionskapazität für CO - Hypoxämie, Heimsauerstoff-Therapie seit Juli 2016 Daneben stellte sie folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/48/1, Urk. 7/28/1, vgl. Urk. 7/52/4): - HIV-Infektion CDC Stadium B2 (Erstdiagnose 1999) - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I (BMI 31.5 kg/m<sup>2</sup>) - Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose Januar 2012) - Hyperurikämie 2010 - Osteoporose - Zustand nach einmaligem epileptischem Anfall 1999

Die bisherige Tätigkeit als Monteur im Aussendienst oder mit Schutzanzug könne nicht mehr ausgeübt werden. Eine angepasste Tätigkeit als Logistikmitarbeiter sei maximal 4 Stunden pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei um mindestens 50 % vermindert. Bezüglich Rücken habe die Physiotherapie zwischenzeitlich beendet werden können. Der Beschwerdeführer leide gelegentlich an lumbalen Verspannungen. Bei Nässe und Kälte leide er an diffusen Gelenkschmerzen. Bezüglich der Lunge sei eine Sauerstoff-Therapie etabliert worden, welche mindestens 16 Stunden pro Tag durchgeführt werden sollte. Der Nikotinkonsum sei auf 10 Zigaretten pro Tag reduziert worden. Eine Rückkehr in den angestammten Beruf sei nicht mehr realistisch, längerfristig sei mit vermehrten Problemen im Bereich des Rückens und auch der Lunge zu rechnen. Ab dem 3. Oktober 2016 habe der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Logistikmitarbeiter in der alten Firma wieder aufgenommen. Das Pensum betrage aktuell 4 Stunden pro Tag, somit 50 %. Während dieser Zeit benütze der Beschwerdeführer keinen Sauerstoff. Nach diesen 4 Stunden fühle er sich müde und erschöpft. Die neue Tätigkeit werde stehend ausgeübt (Urk. 7/48/1-2).

Gestützt auf die medizinische Aktenlage schloss RAD- Arzt med. pract. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, in seiner Stellungnahme vom 22. September

2016 auf eine seit dem 3. Oktober 2016 bis auf Weiteres bestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer angepassten Tätigkeit. Es seien keine Tätigkeiten in wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, kein Heben und Tragen von schweren Lasten aufgrund der Problematik im Bereich der Wirbelsäule (Osteoporose, Zustand nach Operation L4/L5, Zustand nach Spondylodiszitis BWK 7/8, Keilwirbel BWK 8) sowie keine körperlich anfordernden Tätigkeiten (pulmonale Einschränkungen aufgrund der COPD, zum Beispiel keine Tätigkeit mit Atemschutz /Atemmaske) zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit als Monteur bestehe seit dem 9. September 2015 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/49).

### **E. 3.2.1**

Im Rahmen des vorliegenden Revisionsverfahrens wurden insbesondere folgende Arztberichte eingeholt :

### **E. 3.2.2**

Am 27. Juni

2018 wurde an der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ eine Re-Fensterung L4/ L

### **E. 3.2.3**

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin,

wies in seinem Bericht vom 6. September 2018 daraufhin, dass die 1 Sekundenkapazität um 230 ml (von 1880 ml auf 1630 ml) und die CO Diffusionskapazität von 50 % des Solls auf 37 % des Solls abgenommen

hätten. Es bestehe weiterhin eine schwere Hypoxämie mit respiratorischer Insuffizienz. Prognostisch sei auch im besten Fall keine Verbesserung, sondern nur eine Stabilisierung der aktuellen Lungenproblematik zu erwarten. Bei anhaltendem Nikotinkonsum und erheblichen Komorbiditäten sei leider eine Zunahme der lungenfunktionellen Einschränkung und damit der Symptomatik im Verlauf der nächsten Jahre anzunehmen. Im pneumologischen Bereich könne die Arbeitsfähigkeit durch einen Rauchstopp, konsequente Medikamentenanwendung, pulmonale Rehabilitation, Impfungen sowie Behandlung der

Komorbiditäten verbessert werden. Es bestehe keine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung im Umfang von mindestens 2 Stunden pro Tag (Urk. 7/72/5-10).

#### **E. 3.2.4**

Dr. med. univ.

E.\_\_\_\_, Assistenzarzt für Orthopädie, Universitätsklinik A.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 2. November 2018 fest, seit dem 1. Dezember 2016 sei es nach initialer Befundbesserung zu einer Aggravation samt Lumbalgie mit schmerzhafter L5-Radikulopathie seit Januar 2018 gekommen, woraufhin nach frustraner konservativer Therapie eine Re-Operation im Juni 2018 erforderlich gewesen sei. Aktuell zeige sich wieder eine verbesserte Situation mit tolerierbaren Rückenschmerzen und sistierenden Beinschmerzen. Tätigkeiten ohne Heben von schweren Lasten sowie ohne langes Stehen und Gehen wären teilweise möglich. Aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht könnte durch die Physiotherapie und MTT möglicherweise noch eine Symptombesserung erzielt werden, wobei die Arbeitsfähigkeit nicht abschätzbar bleibe (Urk. 7/75/5-8).

#### **E. 3.2.5**

Gestützt auf die medizinische Aktenlage schloss RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, in seiner Stellungnahme vom 19. November 2018 auf einen unveränderten Gesundheitszustand. Zwar sei es vorübergehend zu einer Verschlechterung der Rückenbeschwerden gekommen, was eine erneute Operation erforderte, jedoch sei die Operation erfolgreich gewesen und habe der status quo ante erreicht werden können. Seit dem letzten fachärztlichen Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 30. Juli 2018, der von einer postoperativen Verbesserung berichtet habe, sei von keiner Verschlechterung des Gesundheitszustandes berichtet worden. Der Glutealabszess sowie das Nasenbluten seien keine Diagnosen oder Erkrankungen, die zu einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen würden. Pneumologischerseits sei die Situation unverändert, jedoch werde bemängelt, dass weiterhin ein Nikotinkonsum bestehe, was auf längere Sicht zu einer Verschlechterung der COPD führen werde. Ein Rauchstopp werde daher dringend empfohlen (Urk. 7/83/7). Am 24. Januar 2019 ergänzte Dr. F.\_\_\_\_, eine Verbesserung der lungenfunktionellen Einschränkung könne durch einen konsequenten Rauchstopp erreicht werden. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht sei dies dem Beschwerdeführer in seinem eigenen Interesse zumutbar. Es bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit. Zumutbar seien wechselbelastende, teils sitzende, teils ebenerdig gehende oder stehende Tätigkeiten, wobei die Sitzphase wenn möglich ca. 50% ausmachen sollte. Das sporadische Anheben und Tragen von leichten Gewichten (unter 5 kg) sei ebenfalls zumutbar (Urk. 7/92/3). 3.3.3.1

Mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer zwei Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ ein. Diese datieren zwar vom 30. und vom 31. Januar 2019 und damit zumindest teilweise nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung. Da sich die Berichte aber auf eine lungenfunktionelle Prüfung vom 30. November 2018 (Urk. 3/6) beziehungsweise auf eine Konsultation mit Blutgasanalyse vom 24. Januar

2019 (Urk. 3/7) stützen, lassen sie allenfalls Rückschlüsse auf die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegebene Situation zu, weshalb sie vorliegend in die Beurteilung miteinzubeziehen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2 mit Hinweisen). 3.3.2

In seinem Bericht vom 30. Januar 2019 wies Dr. D.\_\_\_\_ auf eine bei dem Beschwerdeführer bestehende schwere chronisch obstruktive Lungenerkrankung, spirometrisch Stadium III, hin. Aufgrund der lungenfunktionellen Prüfung vom 30. November

2018 mit schwerer nicht reversibler obstruktiver Ventilationsstörung und schwer eingeschränkter CO-Diffusionsstörung von 36 % und einem postbronchodilatatorischen FEV<sub>1</sub> von 1.74 Liter (47 %) und einem P<sub>a</sub>O<sub>2</sub> unter Raumluft in Ruhe von 6.11

kPa besteht eine medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 80-100 % (Urk. 3/6). 3.3.3

Am 31. Januar

2019 berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über eine am 24. Januar 2019 durchgeführte Blutgasanalyse. Unter Raumluft habe die Blutgasanalyse eine schwere Hypoxämie sowie eine Normokapnie ergeben. Sowohl bei einer Beatmung mit 2 Liter als auch mit 4 Liter O<sub>2</sub> pro Minute habe eine leichte Hypoxämie sowie weiterhin eine Normokapnie bestanden. Die geplante Spiroergometrie habe bei der schweren Hypoxämie nicht durchgeführt werden können, sodass die maximale Sauerstoffaufnahmekapazität (VO<sub>2</sub>max) nicht ermittelt werden können. Die Indikation zur Dauersauerstofftherapie sei gegeben. Während dem ambulanten pulmonalen Rehabilitationstraining sollte eine O<sub>2</sub>-Therapie mit 2-4 Liter O<sub>2</sub> pro Minute durchgeführt werden mit dem Ziel, eine transkutan gemessene O<sub>2</sub> Sättigung von 90-92 % zu erreichen (Urk. 3/7). 4. 4.1

In Bezug auf die Rückenproblematik ergibt sich aus dem medizinischen Sachverhalt eine vorübergehende Verschlechterung anfangs 2018

mit starken Rückenschmerzen, welche auch in das linke Bein ausstrahlten (Urk. 7/75/11-20). Infolgedessen wurde am 27. Juni 2018 ein operativer Eingriff an der Universitätsklinik A.\_\_\_\_ durchgeführt (E. 3.2.2). Bereits im Austrittsbericht vom 3. Juli 2018 wurden von Seiten der Wirbelsäulenchirurgie keine Limiten bezüglich Sitzen und Gehen mehr ausgemacht. Gewichte von über 5 kg dürften aber nicht gehoben werden (Urk. 7/75/21-23). Anlässlich der postoperativen Sprechstunde vom 30. Juli 2018 berichtete der Beschwerdeführer, er habe keine Beinschmerzen mehr und die Rückenschmerzen seien gut tolerierbar. Der behandelnde Arzt ging von einem erfreulichen Verlauf aus und

sah sich auch nicht veranlasst, vom beschriebenen Belastungsprofil abzurücken (Urk. 7/25/25). Demgegenüber richtete Dr. Y.\_\_\_\_

mit Bericht vom

17. September 2018 längeres Stehen sowie Belastung aufgrund der Rückenproblematik als unmöglich. Auch eine teilweise Beschäftigung ohne körperliche Belastung sei nicht realistisch, da auch längeres Sitzen bezüglich Rückenproblematik sei. Eine Rückkehr ins Erwerbsleben sei nicht realistisch (Urk. 7/78/48-49). Dr. Y.\_\_\_\_

unterliess es in der betreffenden Beurteilung jedoch, eine postoperative Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Bezug auf die Rückenproblematik mit objektiven Befunden zu unterlegen und damit zu plausibilisieren. Dies wäre aber erforderlich gewesen, um die Einschätzung des

behandelnden

Facharztes

in Frage zu stellen, wonach hinsichtlich Sitzen und Stehen keine Limiten bestehen würden.  
Die von Dr. Y.\_\_\_\_

auch für eine leidensangepasste Tätigkeit

attestiert vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit erweist sich vor diesem Hintergrund nicht als schlüssig. So ging denn auch Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. November 2018 von einer

verbesserten Situation mit tolerierbaren Rückenschmerzen und sistierten Beinschmerzen aus und beurteilte Tätigkeiten ohne Heben von schweren Lasten sowie langem Stehen und Gehen als

durchführbar (E. 3.2.4, Urk. 7/75/18). Da sich den medizinischen Akten – auch im Weiteren – keine Hinweise

auf eine massgebliche an dauernde Verschlechterung des Rückenleidens entnehmen lassen, ist diesbezüglich mit dem RAD von einem unveränderten Gesundheitszustand auszugehen (vgl. E. 3.2.5). 4.2

Im Anschluss an die Operation vom 27. Juni 2018 entwickelte sich beim Beschwerdeführer eine Epistaxis. Zur Behandlung derselben wurde er am 2. Juli 2018 ins C.\_\_\_\_ verlegt (Urk. 7/75/2 1-23). Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzarzt am C.\_\_\_\_, erachtete die Epistaxis nicht als langandauernd. Innerhalb drei Wochen könne mit einer Besserung gerechnet werden könne (Urk. 7/78/53). Dr. B.\_\_\_\_

hatte denn in seinem Bericht vom

30. Juli 2018 festgehalten,

der Beschwerdeführer habe sich von der «Epistaxis Geschichte» erholt (E. 3.2.2).

Aufgrund eines Glutealabszesses erfolgte am 14. August 2018 am Stadtspital H.\_\_\_\_ eine chirurgische Abszessabdeckung, woraufhin der Beschwerdeführer bis am 26. August 2018 zu 100 % krankgeschrieben war. Med. pract. I.\_\_\_\_, Assistenzärztin für Chirurgie, verneinte eine bleibende Beeinträchtigung aufgrund des Glutealabszesses und prognostizierte eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit in vier Wochen bei regelrechtem Heilungsverlauf (Urk. 7/78/43).

In den hernach erstatteten Arztberichten wurde weder die Epistaxis noch der Glutealabszess thematisiert (vgl. Urk. 7/72/5-10, Urk. 7/75/5-8, Urk. 3/6, Urk. 3/7), weshalb in diesem Zusammenhang keine Anhaltspunkte für eine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegen (vgl. E. 3.2.5). 4.3

4.3.1

Im Rahmen der pneumologischen Abklärungen wurden diverse Blutgasanalysen und Lungenfunktionsprüfungen durchgeführt. Hinsichtlich der Sauerstoffsättigung (sO<sub>2</sub>) und dem Ein-Sekunden-Volumen (FEV<sub>1</sub>)

ist dabei folgender Verlauf auszumachen: Untersuchungsdatum Sauerstoffsättigung Ein-Sekunden-Volumen  
3. Mai 2016 85.5 % sO<sub>2</sub>

(Urk. 7/20/2) 4. Mai 2016 70 % FEV<sub>1</sub>

(Urk. 7/20/6) 20. Juli 2016 88.4 % sO<sub>2</sub>

(Urk. 7/48/5) 52 % FEV 1

(Urk. 7/48/4) 18. Mai 2018 88.8 % sO 2

(Urk. 7/72/12) 46 % FEV 1

(Urk. 7/72/14) 30. November 2018 47 % FEV 1

(Urk. 3/6) 24. Januar 2019 83.2 % sO 2

(Urk. 3/7)

Eine Gegenüberstellung der erhobenen Werte in den Vergleichszeitpunkten ergibt keine signifikanten Änderungen. Dass das Ein-Sekunden-Volumen zwischen dem 20. Juli 2016 und dem 30. November 2018 um 5 % abgenommen hat, führt neu zu einer Einstufung unter den Schweregrad III gemäss GOLD (vgl. dazu

<http://www.leichter-atmen.de/copd-gold-stadien>, zuletzt besucht am 3. April 2020). Dabei handelt es sich zwar um eine klassifikatorische Änderung. Eine solche Vermag – wie auch das Hinzutreten einer neuen Diagnose – für sich alleine aber

keine massgebliche Verschlechterung des

Gesundheitszustandes zu belegen, zumal einzig

massgebend ist, ob beziehungsweise in welchem Ausmass den medizinischen Akten eine erhebliche (andauernde) Verschlechterung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit im relevanten Zeitraum entnommen werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2012 vom 9. Juli 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 4.3.2

Der Beschwerdeführer stützte sich zur Begründung seines Standpunkts, wonach sich sein Gesundheitszustand erheblich verschlechtert habe, insbesondere auf den Bericht von Dr. D. \_\_\_ vom 30. Januar 2019 und die darin festgehaltene medizinisch-theoretische Ateminvalidität von 80-100 % (Urk. 1 S. 5; E. 3.3.2). Die medizinisch-theoretische Ateminvalidität bezeichnet eine messbare Einbusse der Lungenfunktion oder des Gasaustausches ungeachtet des vom Patienten ausgeübten Berufes. In der Schweiz erfolgt die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität üblicherweise nach dem Schema von Scherrer anhand der spirometrischen Grössen der FEV 1, FVC sowie der DLCO oder der arteriellen Blutgasanalyse in Ruhe und unter Belastung. Die medizinisch-theoretische Ateminvalidität lässt sich folgendermassen abschätzen: Die Ergänzung des gemessenen FEV 1 in Prozent des Sollwertes auf 100 % dient als Richtzahl. In Abhängigkeit davon, ob eine zusätzliche Gasaustauschstörung (verminderte DLCO oder Absinken des Sauerstoffpartialdruckes [P<sub>a</sub>O<sub>2</sub>] unter Belastung) vorliegt, wird der Wert auf- oder abgerundet (Schweiz Med Forum 2017; 17 [40]: 849-858,

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Lungenerkrankungen, Abschnitt «Vorgehen

für die Bemessung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität [«impairment»] und Zumutbarkeit», abrufbar unter: <https://medforum.ch/article/doi/smf.2017.03083>, zuletzt besucht am 3. April 2020). In Anbetracht der geringen Abweichungen der massgeblichen Werte in den Vergleichszeitpunkten (vgl. E. 4.3.1) ist es nicht ohne Weiteres nachzuvollziehen, wie die Beurteilungen der Ateminvalidität von

Dr. D. \_\_\_ am 30. Januar 2019

(80-100 %) und diejenige von

Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Pneumologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 15. August 2016 ( 50 % ; Urk. 7/38/2-3) derart unterschiedlich ausfallen konnten .

Auch die Abnahme der CO-Diffusions kapazität von 50 % auf 37 % des Solls (Urk. 7/72/6)

vermag dies bezüglich keine Klarheit zu schaffen, zumal der CO-Diffusionskapazität in Bezug auf die Bemessung der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität nur ergänzende beziehungsweise den FEV<sub>1</sub>-Richtwert auf- oder abrundende Wirkung zu kommt (vgl. E. 4.3.1) . Weitere Ausführungen hierzu können jedoch unterbleiben : Dem Beschwerdeführer sind ohnehin nur noch körperlich nicht anfordernde Tätigkeiten zumutbar (vgl. E. 3.1 und E. 3.2.5) , welche damit auch keine gesteigerte Sauerstoffaufnahme voraussetzen (vgl. dazu Schweiz Med Forum 2017, a.a.O., Tabelle 3). Da es sich bei der medizinisch-theoretischen Ateminvalidität um eine von der ausgeübten Tätigkeit unabhängige Grösse handelt ( E. 4.3.1 ) , ist ihre Aussagekraft im Hinblick auf die Bestimmung der funktionellen Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit stark beschränkt (vgl. diesbezüglich auch : Schweiz Med Forum 2017, a.a.O., Fall beispiel 1) . So hat denn auch Dr. D.\_\_\_\_ nicht ausgeführt, ob und in welchem Ausmass sich die festgehaltene medizinisch-theoretische Ateminvalidität auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auswirkt

(Urk. 3/6 , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_457/2012 vom 9. Juli

2012 E. 3.2 mit Hinweisen ). Zu beachten ist ferner, dass bereits im Zeitpunkt der Rentenzusprache die Indikation zur Dauersauerstoff-Therapie gegeben war ( Urk. 7/48/1-2, 5; Urk. 3/7), was eine teilzeitliche Beschäftigung ausser Haus nicht verunmöglichte. Sodann stand im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens den Schilderungen des Beschwerdeführers zufolge die Beschwerdesituation am Rücken im Vordergrund (vgl. Urk. 7/72/12, 7/78/48). Und schliesslich hatte der Beschwerdeführer über einen stabilen pulmonalen Verlauf berichtet ( Urk. 3/7; vgl. auch den Eintrag im Verlaufsprotokoll der Eingliederungsberatung vom 9. April

2018, wonach die Atemprobleme unverändert seien: Urk. 7/69/3). Zusammenfassend ist auch hinsichtlich des pneumologischen Gesundheitszustandes der Einschätzung des RAD zu folgen und eine massgebliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt. 4.4

Nach dem Gesagten ist keine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes zu erkennen. Dementsprechend ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers abgewiesen hat. Dies hat die Abweisung der Beschwerde zur Folge .

## **E. 5**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen ( Art. 69 Abs. 1 bis

IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

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 Bundesge  
setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1  
5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der  
angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizu legen,  
soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der VorsitzendeDer Gerichtsschreiber VogelKübler

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