

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00507 vom 1. Mai 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-05-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00507](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00507)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00507 du 1 mai 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00507 del 1 maggio 2021

## **Erwägungen**

### **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**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.3**

Anlass zur Rentenrevision

im Sinne von Art. 17 ATSG

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 gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.4**

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

### **E. 1.5**

Die 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 Aufgabebereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

### **E. 2**

Am 19. August 2008 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein (Urk. 10/39 ff.), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse des Ver sichert en ab und liess ihn durch das A.\_\_\_\_ polydisziplinär (orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und kardiologisch) begutachten (Gutachten vom 5. Januar 2010, Urk. 10/58). Gestützt auf das Gutachten ging die IV-Stelle von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in psychischer Hinsicht aus und verfügte am 10. Juni 2010 die Einstellung der Rente bei einem neu berechneten Invaliditätsgrad von 29

% (Urk. 10/74/2). Die dagegen am 14. Juli 2010 erhobene Beschwerde wiesen sowohl das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich mit Urteil vom 22. März 2012 (Verfahren IV.2010.00681, Urk. 10/103) als auch das Bundesgericht mit Urteil 8C\_399/2012 vom 31. August 2012 (Urk. 10/107) ab.

Der Unfallversicherer hatte die von ihm ausgerichtete Invalidenrente mit Verfügung vom 23. Juli 2010 per 1. August 2010 auf 38 % reduziert (Urk. 10/83/1), was vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_395/2012 vom 31. August 2012 ebenfalls bestätigt wurde. 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es könne weiterhin von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden. Es sei eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, welche aber keine längerdauernde Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe (Urk. 2 S. 1). Der durchgeführte Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 20 %, weshalb das Rentengesuch abzuweisen sei (Urk. 2 S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe ihre Begründungspflicht verletzt (Urk. 1 S. 9). Sodann finde die Stellungnahme des RAD in den Akten keine Stütze (Urk. 1 S. 7 f.). Aus den Verfahrensakten gehe nichts hervor, was der Einschätzung seiner Hausärztin entgegenstehe. Eine lediglich vorübergehende Verschlechterung seines Gesundheitszustandes stehe damit ausser Frage (Urk. 1 S. 8). Er sei seit dem 23. Oktober 2018 zu mindestens 50 % und seit dem 25. Februar 2020 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 9). Der Sachverhalt sei nicht rechtsgenügend erstellt und eine Entscheidfindung sei nicht möglich. Daher sei die Sache zur erneuten Sachverhaltsprüfung und Neuentscheidung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei ihm rückwirkend eine Rente auszurichten (Urk. 1 S. 10).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers vom 8. Januar 2019 (Urk. 10/146) eingetreten. Demnach gilt es zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten rechtskräftigen Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht, verändert hat (vgl. E. 1.4 hiervor). Vorliegend bildet die Verfügung vom 10. Juni 2010, mit welcher die Beschwerdegegnerin die ganze Rente aufgehoben hatte, die massgebende Vergleichsbasis (Urk. 10/74/2). Denn diese r Verfügung lag eine umfassende Abklärung sämtlicher gesundheitlicher Einschränkungen des Beschwerdeführers zugrunde. Demgegenüber basierten die Verfügungen vom 29. Mai 2013 (Urk. 10/129) und vom 15. Januar 2016 (Urk. 10/143) lediglich auf punktuellen Abklärungen der psychischen und kardiologischen

Beschwerdebilder (vgl. Urk. 10/123, Urk. 10/125/4, Urk. 10/140/2) , weshalb sie nicht als Vergleichsbasis herangezogen werden können. 3 . 3 .1

Hinsichtlich der Aktenlage, die der

rentenaufhebenden Verfügung vom 10. Juni 2010 (Urk. 10/74 ) zugrunde lag, kann auf das Urteil des hiesigen Gerichts vom 22. März 2012 verwiesen werden (Urk. 10/103) . Darin wurde dem A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 18. Januar 2010 voller Beweiswert beigemessen. 3 .2

Das pol ydisziplinären Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2010 erging in den Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie und Kardiologie. Es wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfäh igkeit gestellt (Urk. 10/58/27): - Chronisches zervikozephal es Schmerzsyndrom mit Begleitsymptomatik von Schwindelbeschwerden und beidseitigem Tinnitu s - Status nach Schädel-Hirntrauma 1997 - Status nach Schädel-Hirntrauma und axialem Halswirbelsäulentrauma im Jahr 1999 - Koronare 2-Ast-Erkrankung - Status nach akutem Myocardinfarkt ohne ST-Strecken-Hebung im EKG (NSTEMI), mit subtotaler Koronarangiographie des Ramus circumflexus der linken Koronararterie ( RCX-Stenose), Status nach Ballondilatation und Stentimplantation (PTCA/Stent [DES]) am 5. Juli 2009 - 50%ige proximale Stenose der rechten Koronararterie (ACD) - normale systolische linksventrikuläre Pumpfunktion - kardiovaskuläre Risikofaktoren: aktiver Nikotinabusus, metabolisches Syndrom (vgl. Diagnose 1 ohne Einfluss auf die Arbeits fähigkeit).

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 10/58/27) : - Metabolisches Syndrom - Adipositas

mit Body Mass Index 34,3 kg/m 2 - Diabetes

mellitus

- ar terielle Hypertonie , derz eit medikamentös ungenügend ein gestellt, hypertensive Herzkrankheit - Dyslipidämie - Schmerzverarbeitungsstörung und Symptomausweitung (ICD-10 F54).

Im Rahmen des multidisziplinären Konsensus at testierten die Gutachter des A.\_\_\_\_

dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom August 1999 bleibend eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Für körperlich leichte bis gelegentlich mittelschwere, adaptierte Tätigkeiten bestehe nach Beendigung des kardialen Rehabilitationsprogramms ab Januar 2010 hingegen eine voll e Arbeits fähigkeit mit einer um 20 % reduzierten Leistung, entsprechend einer zumutbaren effektiv verwertbaren Arbeitsleistung von 80 % ( Urk. 7/58/ 31).

Die 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit begründeten die Gutachten mit den neurologischen Beschwerden . Der neurologi sche Gutachter hielt im Wesentlichen fest, aus somatischer Sicht sei der Beschwerdeführer für leicht e bis mittelschwer e körperlich e Tätigkeiten voll arbeitsfähig. Unter Berücksichtigung der subjektiven Angaben des Kopf schmerzes , der Nackenschmerzen und des Tinnitus sei eine leichte Einschränkung der Leis tungsfähigkeit im Umfang von 20 % nachvollziehbar (Urk. 10/58/23).

In kardiologischer Hinsicht bestehe ausserdem eine hypertensive Herzkrankheit und eine koronare 2-Ast-Erkrankung. Die seit 1990 bekannte arterielle Hyper tonie werde medikamentös behandelt. Seit Januar 2009 sei die koronare Herz krankheit symptomatisch

und der Versicherte absolviere eine ambulante kardiologische Rehabilitation (Urk. 10/58/24). Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer übergewichtig und hypertensiv. Kardial sei er kompensiert und die Echokardiographie zeige eine normale systolische Funktion. Beim Belastungstest sei er vermindert leistungsfähig. Er erreiche maximal 170 Watt, entsprechend 78 % seiner Soll-Leistung. Nach Abschluss des Rehabilitationsprogramms werde der Beschwerdeführer für eine körperlich nicht belastende Tätigkeit wieder uneingeschränkt einsetzbar sein, wobei weitere regelmäßige kardiologische Verlaufskontrollen und eine Optimierung des Risikofaktorenprofils mit Beendigung des weiterhin aktiven Nikotinabusus angebracht seien (Urk. 7/58 / 26).

Die Berentung ab August 2000 sei vor allem aus psychischen Gründen erfolgt, indem damals von einer schweren Depression ausgegangen worden sei, die eine Arbeitstätigkeit nicht zulasse. Diese Diagnose lasse sich heute nicht mehr stellen, da auf psychischer Ebene keine Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr zu finden seien. Insofern habe sich das medizinische Zustandsbild des Beschwerdeführers seit dem Jahr 2000 trotz des in der Zwischenzeit erlittenen kardialen Ereignisses objektiv deutlich verbessert (Urk. 7/58/ 31). 3.3

Das hiesige Gericht gelangte zur Auffassung, das Gutachten des A. \_\_\_ erweise sich als überzeugend, weshalb darauf abgestellt werden könne. Demnach sei eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ausgewiesen (Urk. 10/103/25), welches Erkenntnis das Bundesgericht mit Urteil vom 31. August 2012 stütze (Urk. 10/107). 4.

### **E. 3**

Am 24. Oktober 2012 meldete sich der Versicherte erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und machte geltend, sein psychischer Gesundheitszustand habe sich drastisch verschlechtert (Urk. 10/110). Im Rahmen ihrer Abklärungen liess die IV-Stelle den Versicherten durch Dr.

med. B. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Gutachten vom 2. April 2013, Urk. 10/123). Mit Verfügung vom 29. Mai 2013 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten ab, da aus medizinischer Sicht

ein unveränderter Zustand vorliege (Urk. 10/129/2). 1.

### **E. 4**

Am 6. November 2015 meldete sich der Versicherte wiederum bei der Invalidenversicherung an (Urk. 10/137). Seiner Neuanmeldung legte er einen Kurzaustrittsbericht des Kantonsspitals Z. \_\_\_, Departement Medizin, vom 16. Oktober 2015 bei, aus welchem unter anderem die Diagnose einer koronaren Zweigefässerkrankung bei einem am 16. Oktober 2015 erlittenen Nicht-ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI) hervorging (Urk. 10/136/1). Nachdem die IV-Stelle eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 18. November 2015 eingeholt hatte (Urk. 10/140/2), verneinte sie mit Verfügung vom 15. Januar 2016 abermals einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung. Dabei wies sie darauf hin, dass die koronare Herzkrankheit bekannt und bei den bisherigen Beurteilungen berücksichtigt worden sei. Es liege kein neuer medizinischer Sachverhalt vor und somit sei auch keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes gegeben (Urk. 10/143/1). 1.

### **E. 4.1**

Im Zusammenhang mit der Neuankündigung des Beschwerdeführers vom 8. Januar 2019 (Urk. 10/146) sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen aktenkundig:

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer wurde am 15. Oktober 2015 aufgrund eines retrosternalen Drucks mit Ausstrahlung in den linken Arm mit der Ambulanz ins Z.\_\_\_\_, Departement Medizin, gebracht, wo er

anschliesst

vom 15. bis 16. Oktober 2015 hospitalisiert

war (Kurzaustrittsbericht vom 16. Oktober 2015, Urk. 10/136). Die Ärzte des Z.\_\_\_\_

stellten die folgenden Diagnosen (Urk. 10/136/1): - Koronare 2-Gefässerkrankung und hypertensive Herzkrankheit, aktuell NSTEMI - Arterielle Hypertonie - Diabetes mellitus Typ 2 - Dyslipidämie - Verdacht auf COPD bei persistierendem Nikotinabusus - Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 4. Juli 2015 - Status nach Thyreoidektomie am 19. März 2014 bei symptomatischer retrosternaler Struma diffusa und histologisch drei papillären Mikrokarzinomen

Der Beschwerdeführer habe sich kardiopulmonal stabil, afebril und asymptomatisch präsentiert, nachdem er von den Rettungssanitätern Nitroglycerin und Fentanyl bekommen habe (Urk. 10/136/1 f.). Das initiale EKG sei unverändert gegenüber dem Vor-EKG vom 3. Juli 2015. Auch im Verlauf habe sich keine Dynamik gezeigt. Zudem habe man die bekannte Dyslipidämie feststellen können. Die konventionell-radiologische Kontrolle habe ausser einer vorbestehenden Kardiomegalie (Voraufnahme vom 23. März 2014) keine Dekompensation gezeigt. Nach der Abgabe von Analgesie sei der Beschwerdeführer nachhaltig beschwerdefrei gewesen. Sodann sei eine Koronarangiographie erfolgt, in welcher sich die Culprit-Lesion im Bereich des Ausgangs des Stents gezeigt habe. Diese Lesion sei mit einem Stent versorgt worden. Zusätzlich hätten sich zwei weitere hämodynamisch relevante Stenosen im Bereich der rechten Koronararterie gezeigt, die ebenso mit je einem beschichteten Stent versorgt worden seien (Urk. 10/136/2).

Nach der Intervention sei der Beschwerdeführer auf Zeit beschwerdefrei gewesen. Er habe sich jedoch rasch ungeduldig und unkooperativ gezeigt, sodass er nach der abgeschlossenen Abklärung nach Hause entlassen worden sei. Es habe eine Anmeldung zur ambulanten Herzrehabilitation stattgefunden (Urk. 10/136/2). Zudem würden regelmässige kardiologische Verlaufskontrollen empfohlen und bei fraglicher Compliance sei die Durchführung eines 24h-Blutdruck-Holters nach Einnahme der antihypertensiven Therapie in Supervision zu empfehlen. Bei weiterhin erhöhten Blutdruckwerten trotz richtig durchgeführter antihypertensiver Therapie sei eine Abklärung zum Ausschluss der Ursache für eine sekundäre arterielle Hypertonie in Erwägung zu ziehen (Urk. 10/136/5). 4. 3

Mit Austrittsbericht vom 5. Februar 2018 stellten die Ärzte des Z.\_\_\_\_, Departement Medizin, folgende Diagnosen (Urk. 10/153/16): - Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) im Stadium IIb links, aktuell Verschluss der distalen A. femoralis

superficialis links - Koronare Zweiggefässerkrankung und hypertensive Herzkrankheit - Status nach NSTEMI im Oktober 2015 - Status nach beschichtetem Stenting der RCX sowie der RCA am 15. Oktober 2015 - Status nach PCI mit beschichtetem Stent der RCX am 4. Juli 2009 bei NSTEMI und beschichtetem Stent der RCX am 31. Mai 2010 - Diabetes

mellitus Typ II, orale Antidiabetika - Chronische Niereninsuffizienz - Dyslipidämie - Arterielle Hypertonie - Status nach sekundärer ureterorenoskopischer Steinextraktion links mit Pigtailkatheterwechsel am 6. September 2017 bei Ureterolithiasis links - Substituierte Hyperthyreose - Adipositas Grad I nach WHO

Der Beschwerdeführer leide seit mehreren Monaten unter zunehmenden, belastungsabhängigen Wadenschmerzen links. Seit etwa drei Monaten gebe er eine Verschlechterung seiner Gehfähigkeit an. Er könne weniger als 100 Meter schmerzfrei gehen, wobei die Schmerzen in Ruhe vergehen würden. Er gebe auch im Oberschenkel auf dem Trochanter major Schmerzen an (Urk. 10/153/18).

Am 31. Januar 2018 sei er zur geplanten perkutanen transluminale Angioplastie (PTA) der A. femoralis

superficialis links eingetreten, welche komplikationslos durchgeführt werden können. Er habe

am 2. Februar 2018 nach Hause entlassen werden können (Urk. 10/153/17). 4. 4

Am 29. Juni 2018 hatte der Beschwerdeführer eine traumatische, distale Bizepssehnenruptur am linken Arm erlitten (Urk. 10/153/8). Im Bericht vom 29. Oktober 2018 gaben die Behandler des Z. \_\_\_ an, nur mittels operativer Therapie werde die Funktion der linken dominanten oberen Extremität wieder so hergestellt, dass schwere Lasten gehoben werden könnten. Eine operative Versorgung sei jedoch mit einem gewissen Risiko verbunden. Der Beschwerdeführer lehne eine operative Therapie ab. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei körperlich nicht anstrengenden Tätigkeiten, insbesondere in Bezug auf die linke obere Extremität. Weitere Verlaufskontrollen würden nicht durchgeführt (Urk. 10/153/9). 4.

## **E. 5**

Im Verlaufsbericht vom 25. Oktober 2018 führten die Ärzte des Z. \_\_\_ zusätzlich zu den am 5. Februar 2018 gestellten Diagnosen (Urk. 10/153/16) eine PAVK im Stadium Ila/b rechts und die distale Bizepssehnenruptur am linken Arm vom 29. Juni 2018 auf (Urk. 10/153/21).

Der Beschwerdeführer beklage eine Verschlechterung seiner Gehfähigkeit. Im rechten Bein verspüre er eine stark variable schmerzfreie Gehstrecke. Teilweise fühle er bereits nach 30 Metern, teilweise erst nach etwa 200 Metern ziehende Wadenschmerzen rechts. Auch im linken Bein beginne er, Wadenschmerzen zu verspüren. Es bestehe eine PAVK im Stadium Ila bis b beidseits infolge der

femorocrural betonten Veränderungen. Im rechten Bein sei die Durchblutung leichtgradig beeinträchtigt. Im linken Bein zeige sich eine Verschlechterung der Perfusion, welche leichtgradig eingeschränkt sei. Duplexsonographisch sei eine signifikante Instenstenose in der A. femoralis

superficialis erkennbar. Der Beschwerdeführer sei gebeten worden, über seine Beschwerden Tagebuch zu führen. Sofern die Wadenclaudicatio nach einer konstanten Gehstrecke auftrete, könne eine Katheterintervention durchgeführt werden. Betreffend die Instenstenose in der A. femoralis

superficialis links werde eine kathetertechnische Dilatation empfohlen (Urk. 10/153/22). 4.

### **E. 5.1**

Bei der Anmeldung des Beschwerdeführers vom 8. Januar 2019 (Urk. 10/146) handelt es sich um eine neue Anmeldung, nachdem die Beschwerdegegnerin seine Rente mit Verfügung vom 10. Juni 2010 aufgehoben hatte, mittels Zugrundelegung einer medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 10/74/2). In der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2020 verneinte sie – der Aktenbeurteilung des RAD -Arztes Dr. F.\_\_\_\_

vom 11. respektive 22. April 2020 folgend –

einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Sie ging davon aus, dass sich sein Gesundheitszustand

zwar vorübergehend verschlechtert habe, diese Verschlechterung jedoch ohne längerdauernde Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

gewesen sei. Daher sei weiterhin von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in behinderungsgerechten Tätigkeiten auszugehen (Urk. 2 S. 1).

Seit der letzten umfassenden Anspruchsprüfung im Jahr 2010 (Urk. 10/74) wurde beim Beschwerdeführer insbesondere im Februar 2018 neu eine PAVK beidseits diagnostiziert (Urk. 10/153/16), welche in der Folge zu einer erheblichen Einschränkung der Gehfähigkeit (Urk. 10/153/18, Urk. 10/153/22, Urk. 10/164/2) und zu Katheterinterventionen

am 2. Februar 2018, 6. Mai 2019 und 20. Februar 2020 im Z.\_\_\_\_

führte (Urk. 10/153/17, Urk. 10/166/1, Urk. 10/179/4). Damit liegt eine seit der erstmaligen Rentenabweisung wesentliche Änderung vor, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Der Rentenanspruch ist daher in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen (vgl.

E. 1. 3).

## **E. 5.2**

Was die Aktenbeurteilung des RAD-Arztes angeht, so stützte sich dieser im Wesentlichen auf den kardiologischen Bericht von Dr. E.\_\_\_\_

vom 1. April 2020 und den angiologischen Bericht von Dr. D.\_\_\_\_

vom 14. Februar 2020 (Urk. 10/183/10). Dr. D.\_\_\_\_ wies zwar darauf hin, dass nach der geplanten kathetertechnischen Intervention keine Einschränkung mehr beim Laufen bestünde, weshalb ab dann aus angiologischer Sicht keine Minderung der Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sei (Urk. 10/178/1). Auch wenn diese Intervention am 20. Februar 2020 erfolgreich durchgeführt werden konnte (Urk. 10/179/4), erscheint ein Abstellen auf die prognostische Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ problematisch. Denn im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 16. Juni 2020 war ihr Bericht schon vier Monate alt. Bereits am 25. Februar 2020 hatte sich der Beschwerdeführer jedoch wieder mit massivsten Schmerzen im linken Bein bei seiner Hausärztin vorgestellt, die ihn notfallmässig ins Spital überwies

und die Arbeitsfähigkeit als nicht mehr gegeben beurteilt hatte

(Urk. 10/179/1). Diese Umstände konnte Dr. D.\_\_\_\_ in ihrer Berichterstattung nicht berücksichtigen. Zudem knüpfte sie ihre Beurteilung offenbar an jene der Kardiologin, indem sie ausführte, nach der erfolgreichen Katheterintervention könne der

Beschwerdeführer seine kardi ale Rehabilitation weiterführen (Urk. 10/178/1). Diese hatte der Beschwerdeführer jedoch nach vier Wochen abgebrochen (Urk. 10/181). Unterlagen über die kardi ale Rehabilitation finden sich in den Akten nicht, sodass letztlich auch nicht beurteilt werden kann, aus welchen Gründen er diese vorzeitig beendete.

Dr. E.\_\_\_\_ gab dann zwar im April 2020 an, der Beschwerdeführer sei aus kardialer Sicht voll revaskularisiert und seine linksventrikuläre systolische Funktion sei normal. Allerdings konnte auch sie aufgrund der abgebrochenen kardialen Rehabilitation keine Angaben über den Verlauf und die aktuellen Funktionseinschränkungen machen (Urk. 10/181) , womit unklar ist, wie sich die kardi ale Situation im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung darstellt. Die Annahme des RAD-Arztes, wonach aus kardialer Sicht kein negativer Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 10/183/10) , wird insbesondere durch den Umstand in Frage gestellt, dass der Beschwerdeführer bereits am 13. Juni und – nach dem Verfügungsdatum – am 15. Oktober 2020 einen erneuten NSTEMI inferolateral und inferior erlitt (Urk. 10/3 S. 1, Urk. 14/1 S. 1).

Schliesslich konnte der zuvor

von der Beschwerdegegnerin beigezogene RAD-Arzt Dr. Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin, in seinen Stellungnahmen vom 27. Februar und 14. November 2019 ebenfalls keine definitive Leistungseinschätzung abgeben (Urk. 10/183/4, Urk. 10/183/7). Am 10. Februar 2020 befand

er sodann ,

eine abschliessende Beurteilung des medizinischen Zustandes sei angesichts der kardialen Rehabilitation sowie der geplanten Gefässintervention

immer noch nicht möglich (Urk. 10/183/8). Dass der Beschwerdeführer – wie in der versicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. F.\_\_\_\_ angeführt (Urk. 10/183/10) – trotz abgebrochener

kardialer Rehabilitation

in einer adaptierten Tätigkeit durchgängig zu 80 % arbeitsfähig gewesen sein soll, erscheint vor diesem Hintergrund zweifelhaft .

Nicht zuletzt wies die Hausärztin mit Bezug auf den bekannten Diabetes mellitus Typ II darauf hin, dass der Blutzucker des Beschwerdeführers nicht mehr gut eingestellt werden können, sodass seit Februar 2018 eine Insulintherapie notwendig sei . Er müsse eigentlich wegen des Diabetes, der Hypertonie und der PAVK vermehrt laufen, leide dann aber unter den Beschwerden der Angina pectoris (Urk. 10/156/1). Ferner bestehe eine Nephrolithiasis mit wiederkehrenden Nierenkoliken. Der Beschwerdeführer sei wegen seiner Polymorbidität in einer sehr schlechten Verfassung (Urk. 10/179/1). Auf diese Polymorbidität ging der RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung vom April 2020 jedoch nicht ein , was angesichts der zahlreichen im Krankheitsverlauf erhobenen Diagnosen des Beschwerdeführers nicht überzeugt . Es bestehen daher Zweifel an seiner Schlussfolgerung, wonach die vorübergehende Verschlimmerung des Gesundheitszustandes keine Relevanz für die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers hatte (Urk. 10/183/10).

Auf die Beurteilung der Hausärztin vom 11. Februar 2019 und 25. Februar 2020, wonach der Beschwerdeführer zu 50 % respektive zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 10/156/1, Urk. 10/179/1), kann ebenfalls nicht abgestellt werden, da es sich dabei nicht um eine fachärztliche Beurteilung handelt und sie sich auch nicht mit den divergierenden Einschätzungen der Kardiologin und der Angiologin auseinandersetzt.

### **E. 5.3**

Insgesamt erweisen sich die vorhandenen medizinischen Unterlagen für eine abschliessende

Beurteilung

des Verlaufs des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit

des Beschwerdeführers

und damit des vorliegend strittigen Leistungsanspruchs als nicht genügend.

Die Beschwerdegegnerin hat daher ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen, die sämtliche Beschwerden des Beschwerdeführers umfassen und eine hinreichende fachärztliche Grundlage darstellen, welche die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erlauben. Hierzu empfiehlt sich eine polydisziplinäre Begutachtung. Hernach wird die Beschwerdegegnerin neu über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu entscheiden haben.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde gutzuheissen, und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zur ergänzenden medizinischen Abklärung im Sinne der Erwägungen und zu neuem Entscheid über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zurückzuweisen.

### **E. 5.4**

Bei diesem Verfahrensausgang erübrigt es sich, auf die Rügen des Beschwerdeführers betreffend die Verletzung der Begründungspflicht respektive des rechtlichen Gehörs einzugehen (Urk. 1 S. 9). 6.

### **E. 6**

Am 11. Februar 2019 berichtete die Hausärztin, dass der Beschwerdeführer sei in seinen alltäglichen Arbeiten und Tätigkeiten massiv eingeschränkt. Eigentlich sollte er wegen des Diabetes, der Hypertonie sowie der PAVK vermehrt laufen. Andererseits leide er dann unter den Beschwerden der Angina pectoris sowie auch unter Schmerzen in den Beinen. Seit Februar 2018 sei mit Bezug auf den Diabetes mellitus Typ II eine Insulin-Therapie notwendig. Die medikamentöse Therapie sei bereits stark ausgebaut. Eine mehr als 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten sei nicht realistisch (Urk. 10/156/1). 4.

### **E. 6.1**

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu prüfen ist, ist gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig, wobei die Gerichtskosten nach dem Verfahrensaufwand sowie unabhängig vom Streitwert

festzulegen und auf Fr. 8'00.-- anzusetzen sind. Da die Beschwerde antragsgemäss gutzuheissen ist, sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Die vom Beschwerdeführer geleistete Kautions von Fr. 1'000.-- (Urk. 5, Urk. 7) ist diesem nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides zurückzuerstatten.

## **E. 6.2**

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses sowie dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Mit Honorarnote vom 12. November 2020 machte der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Fabian Füllemann, für den Zeitraum vom 11. Mai bis 12. November 2020 einen Aufwand von 20.45 Stunden bei einem Stundenansatz von Fr. 275.-- sowie Barauslagen von Fr. 168.-- geltend (Urk. 17). Dieser Zeitaufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass lediglich Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Beschwerdeverfahren, nicht jedoch dem invalidenversicherungsrechtlichen Verwaltungsverfahren zu vergüten sind. Die diesbezüglichen Aufwendungen vom 11. Mai bis zum 26. Mai 2020 (total 8.9

Stunden) sind damit nicht zu entschädigen. Sodann erscheint der Aufwand von insgesamt 8.7 Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift und die interne Besprechung mit dem kanzeleinternen Partner (Posten vom 28. Juli bis 4. August 2020) als überhöht bzw. als nicht notwendig, zumal sich die Beschwerdeschrift in weiten Teilen an den Einwand vom 26. Mai 2020 anlehnt respektive Teile davon zitiert (vgl. Urk. 10/190/4 f., Urk. 1 S. 7-9). Die Sach- und Rechtslage wie auch die Akten waren dem Rechtsvertreter sodann aus dem Verwaltungsverfahren bekannt.

Im vorliegenden Fall können für das Abfassen der 11-seitigen Beschwerdeschrift (inklusive Rubrum und Unterschriftenseite, Urk. 1) – selbst bei grosszügiger Betrachtung – maximal 7 Stunden als gerechtfertigt betrachtet werden. Darin eingerechnet ist auch der Aufwand für das Studium und die Besprechung des Urteils mit dem Beschwerdeführer.

Zu entschädigen ist somit ein Zeitaufwand für den Zeitraum vom 17. Juni bis 9.

November 2020 (0.4 + 0.3 + 7 + 1.65 Stunden) von insgesamt 9.35 Stunden, was beim gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 220.-- ein Honorar von Fr. 2'057.-- ergibt. Die Barauslagen von 3 % sind entsprechend zu kürzen, was einen Betrag von gerundet Fr. 62.-- ergibt. Nach dem Gesagten resultiert eine Entschädigung von insgesamt Fr. 2'283.-- (Honorar von Fr. 2'057.-- plus Barauslagen von Fr. 62.--, zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 %). Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. Dem Beschwerdeführer wird die geleistete Kautions von Fr. 1'000.--

nach Eintritt der Rechtskraft zurückerstattet. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'283.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Fabian Füllemann - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Reiber

## **E. 7**

Mit Zwischenbericht vom 24. April 2019 bestätigten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ ihre Diagnosen und hielten präzisierend eine PAVK rechts und links in den Stadien IIb fest

(Urk. 10/164/1). Der Beschwerdeführer beklage weiterhin Schmerzen im linken Arm aufgrund der Bizepssehnen-Ruptur. Diese sei konservativ behandelt worden. Des Weiteren verspüre er nach einer Gehstrecke von 50 Metern belastungsabhängige Wadenschmerzen beidseits, rechts stärker als links. Die Durchblutung sei rechts schwer und links mittelschwer beeinträchtigt. Duplexsonographisch zeige sich im rechten Bein eine signifikante Stenose in der mittleren A. femoralis

superficialis, gefolgt von einer kurz streckigen Verschluss. Das linke Bein weise eine hochgradige Instentstenose auf. Ferner seien relevante Stenosen am Abgang der A. femoralis

profunda zu vermuten. Aufgrund der progredienten Verschlechterung der schmerzfreien Gehstrecke trotz Gehtraining sei eine beidseitige Katheterintervention zu empfehlen. Diese wurde am 6. und 7. Mai 2019 durchgeführt (Urk. 10/164/2). 4.

## **E. 8**

Nach der

erfolgten Katheterintervention

am 6. Mai 2019 (Urk. 10/166/1) berichteten die Ärzte des Z.\_\_\_\_ am 10. September 2019, es bestehe noch eine PAVK Stadium I beidseits. Der Beschwerdeführer beklage aktuell keine belastungsabhängigen Beinschmerzen mehr. Angiologisch nichtinvasiv zeige sich eine

kompensierte Ruhedurchblutung der beiden unteren Extremitäten und duplexsonographisch fänden sich keine Hinweise auf hämo dynamisch signifikante Rezidivstenosen

fe moropopliteal beidseits. Es werde eine konsequente Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren empfohlen, insbesondere eine Anpassung der antihypertensiven Therapie. Eine angiologische Verlaufskontrolle werde in sechs Monaten durchgeführt (Urk. 10/166/2). 4.

#### **E. 9**

Vom 22. bis 23. Oktober 2019 war der Beschwerdeführer zur Durchführung einer Koronarangiographie im Z.\_\_\_\_, Departement Medizin, hospitalisiert (Austrittsbericht vom 23. Oktober 2019). Er habe sich bei Eintritt kardiopulmonal stabil, in gutem Allgemeinzustand und in Ruhe beschwerdefrei präsentiert. Koronarangiographisch habe sich als Ursache für die pektanginösen Beschwerden eine hoch gradige Reststenose je im distalen RCA Stent und proximalen RCX Stent gezeigt, die beide mit einem neuen beschichteten Stent saniert worden seien. Der Beschwerdeführer habe nach unauffälliger Überwachung und problemloser Mobilisation in stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Eine ambulante Rehabilitation sei sinnvoll und er werde dafür aufgebeten (Urk. 10/179/8).

Dem Austrittsbericht vom 8. November 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 4. November 2019 erneut einen NSTEMI inferolateral erlitten hatte und vom 4. bis 7. November 2019 im Z.\_\_\_\_, Departement Medizin, hospitalisiert war (Urk. 10/174/1). Die Behandler hielten fest, bei bekannter koronarer Zweiggefässerkrankung und erneuter Klinik mit erhöhten kardialen Biomarkern ohne passendes elektrokardiographisches Korrelat sei unter postulierendem NSTEMI am 4. November 2019 eine Koronarangiographie erfolgt. Dabei sei eine Insistent-Thrombose der proximalen RCX gefunden worden, welche mittels Drug Eluting Ballon behandelt worden sei. Die postinterventionelle Überwachung sei problemlos verlaufen. Im Labor habe sich bei vorbestehender chronischer Niereninsuffizienz eine akute Nierenschädigung gezeigt. Es sei am ehesten von einer diabetischen Nephropathie als Ursache der chronischen Niereninsuffizienz auszugehen. Der Beschwerdeführer sei am 7. November 2019 in die ambulante kardiologische Rehabilitation entlassen worden (Urk. 10/174/2). 4.

#### **E. 10**

Mit Bericht vom 14. Februar 2020 erklärte Dr. D.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer leide an einer PAVK im Stadium IIb linksbetont bei Obstruktionen femoropopliteal. In der Woche vom 17. Februar 2020 sei eine beidseitige kathetertechnische Intervention geplant. Falls diese gelinge, sollte keine Einschränkung mehr beim Laufen bestehen. Die kardiologische Rehabilitation könne dann wieder fortgesetzt werden. Aktuell sei die Gehstrecke auf etwa 50 Meter limitiert. Aus angiologischer Sicht bestehe nach erfolgreicher Intervention keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 10/178/1).

Aus dem provisorischen Austrittsbericht des Z.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, vom 20. Februar 2020 geht hervor, dass

die kathetertechnischen Interventionen am rechten und linken Bein am 20. Februar 2020 vorgenommen wurden. In der nichtinvasiven angiologischen Kontrolle vom 21. Februar 2020 habe sich eine verbesserte Ruhedurchblutung gezeigt. Der Beschwerdeführer habe gleichentags in gebessertem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen werden können

(Urk. 10/179/4). 4.

#### **E. 11**

Am 25. Februar 2020 gab die Hausärztin an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit Juli 2019 massiv verschlechtert. Heute stelle sich der Beschwerdeführer aufgrund von massivsten Schmerzen im linken Bein bei ihr vor. Sie habe ihn aufgrund dieser Beschwerden notfallmässig ins Spital überweisen müssen. Bei bekannter Nephrolithiasis komme es immer wieder zu Nierenkoliken. Die letzte Schmerzperiode sei im Januar 2020 gewesen. Aktuell sei der Beschwerdeführer aufgrund seiner Polymorbidität in einer sehr schlechten Verfassung. Die Arbeitsfähigkeit sei nun nicht mehr gegeben (Urk. 10/179/1). 4.

#### **E. 12**

Dr. med. E.\_\_\_\_, leitende Ärztin der Kardiologie im Z.\_\_\_\_, führte mit Bericht vom 1. April 2020 aus, beim Beschwerdeführer lägen eine koronare Herzerkrankung und eine PAVK Stadium IIb links mit einem 20 cm langen Verschluss der A. femoralis

superficialis vor. Aus kardialer Sicht sei der Beschwerdeführer voll revaskularisiert und die linksventrikuläre systolische Funktion sei normal. Da der Beschwerdeführer die ambulante Rehabilitation abgebrochen habe, könnten keine Angaben über den Verlauf und die aktuellen Funktionseinschränkungen gemacht werden (Urk. 10/181). 4.

#### **E. 13**

Am 11./22. April 2020 erklärte der R AD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, seit der letzten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (80%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit) sei es sowohl von kardiologischer als auch von angiologischer Seite her zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen. Entsprechende angiologische Interventionen zur Verbesserung des Gesundheitszustandes seien erfolgreich durchgeführt worden. Derartige Eingriffe führten bei komplikationslosem Verlauf wie im vorliegenden Fall jeweils zu einer postinterventionellen Arbeitsunfähigkeit von maximal 14 Tagen (Urk. 10/183/9).

Sowohl aus kardiologischer als auch aus angiologischer Sicht werde bestätigt, dass keine negativen Einflüsse mehr auf die Arbeitsfähigkeit bestünden. Die vorübergehende Verschlechterung sei dabei ohne längerdauernde Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gewesen. Auch die Bizepssehnenruptur vom 29. Juni 2018 habe bei konservativer Behandlung zu keiner invalidenversicherungsrechtlich relevanten Veränderung der bisher veranschlagten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit geführt (Urk. 10/183/10).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei daher weiter von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen, dies entgegen der Ansicht der Hausärztin (Urk. 10/183/10). 4.

#### **E. 14**

Den Kurzaustrittsberichten des Z.\_\_\_\_ vom 15. Juni respektive 16. Oktober 2020 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 13. Juni sowie am 15. Oktober 2020 jeweils erneut einen NSTEMI inferolateral und inferior erlitt (Urk. 3 S. 1, Urk. 14/1 S. 1). 5.

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