

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00640 vom 27. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00640

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00640 du 27 mars 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00640 del 27 marzo 2024

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 1983, meldete sich am

E. 1.2

Gemäss Art. 87 Abs. 2 IVV muss mit einem Revisionsgesuch und gemäss Art. 87 Abs. 3 IVV mit einer Neuanschuldung glaubhaft gemacht werden, dass sich der Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5). Die Eintretensvoraussetzung des Glaubhaftmachens soll verhindern, dass sich die Verwaltung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, mithin keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 133 V 108 E. 5.3.1). Dies gilt auch für eine erneute Anmeldung nach einer vorangegangenen, aber befristeten Rentenzusprache (BGE 133 V 263 E. 6.1).

Hingegen kann diese Eintretensvorschrift nicht dahingehend ausgelegt werden, dass die glaubhaft zu machende Änderung gerade jenes Anspruchselement betreffen muss, welches die Verwaltung der früheren rechtskräftigen Leistungsabweisung zugrunde legte. Vielmehr muss es genügen, wenn die versicherte Person zumindest die Änderung eines Sachverhalts aus dem gesamten für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum glaubwürdig dartut. Trifft dies zu, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das neue Leistungsbegehren einzutreten und es in tatsächlicher (wie selbstverständlich auch in rechtlicher) Hinsicht allseitig zu prüfen (BGE 117 V 198 E. 3a und E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2).

Ist die Änderung nicht glaubhaft gemacht, wird auf das Revisionsgesuch oder die erneute Anmeldung nicht eingetreten (BGE 133 V 64 E. 5.2.5). Dabei wird die Verwaltung unter anderem zu berücksichtigen haben, ob die frühere Verfügung nur kurze oder schon längere Zeit zurückliegt, und dementsprechend an die Glaubhaftmachung höhere oder weniger hohe Anforderungen stellen. Insofern steht ihr ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Daher hat das Gericht die Behandlung der Eintretensfrage durch die Verwaltung nur zu überprüfen, wenn das Eintreten streitig ist, das heisst wenn die Verwaltung gestützt auf Art. 87 Abs. 3 IVV

Nichteintreten beschlossen hat und die versicherte Person deswegen Beschwerde führt; hingegen unterbleibt eine richterliche Beurteilung der Eintretensfrage, wenn die Verwaltung auf die Neuanschuldung eingetreten ist (BGE 109 V 108 E. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 71 E. 2.2 mit Hinweisen).

E. 1.3

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden; die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6) erstellt sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 4.2). Für das Beweismass des Glaubhaftmachens genügt es, dass für das Vorhandensein des behaupteten rechtserheblichen Sachumstands wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt per se, um auf einen veränderten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist vielmehr eine veränderte Befundlage. Je länger die letzte materielle Prüfung zurückliegt, umso weniger strenge Anforderungen sind an die Glaubhaftmachung zu stellen (vgl. BGE 109 V 108 E. 2b; Urteile des Bundesgerichts 8C_531/2022 vom 23. August 2023 E. 3.2.2 und 9C_57/2021 vom 8. Juli 2021 E. 4.2, je mit Hinweisen).

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; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete das Nichteintreten auf das neue Leistungsgesuch in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) damit, dass mit den eingereichten medizinischen Unterlagen keine Verschlechterung glaubhaft gemacht werden können. Die gesundheitliche Situation sei ihnen bereits bekannt gewesen. Bereits beim letzten Gesuch sei geltend gemacht worden, dass die Schmerzen maximal ausgeprägt seien und eine Therapieresistenz bestehe. Bei den früheren Abklärungen seien ausführliche medizinische Abklärungen vorgenommen worden (S. 1 f.). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), dass er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr und eine angepasste Tätigkeit nur mit hohen Restbeschwerden zu maximal 50 % ausüben könne. Sein Gesundheitszustand habe sich aufgrund der Funktionseinschränkungen im Wirbelsäulenbereich und der neu aufgetretenen Blockadenproblematik seit der Rentenzusage

vom 20. Mai 2021 verschlechtert. Die eingereichten Berichte würden dies belegen (S. 4 f. Rz. 8 ff.). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 25. Januar 2024 nahm die Beschwerdegegnerin zum neuesten Bericht des behandelnden Arztes vom November 2023 Stellung, in welchem über eine substantielle Besserung nach Infiltration, ein flüssiges Gangbild und nur noch geringgradige Rückenschmerzen berichtet worden sei. Auch mit diesem Bericht könne eine relevante, dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht glaubhaft gemacht werden (Urk. 6). 2. 4

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin auf das Revisionsgesuch zu Recht nicht eingetreten ist, wobei namentlich zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten materiellen Prüfung wesentlich verändert hat (vgl. vorstehend E. 1.2-1.3). Zu vergleichen ist dabei der Sachverhalt im Zeitpunkt der Rentenzusprache mittels Verfügung vom 20. Mai 2021 (Urk. 7/118-119) mit demjenigen, welcher der hier angefochtenen Verfügung vom 1. November 2023 (Urk. 2) zugrunde liegt.

Der Zusprache einer ganzen Rente vom 1.

Januar bis 30.

Juni 2018 und einer Viertelsrente ab dem 1.

Juli 2018 mit Verfügungen vom 20.

Mai 2021 (Urk.

7/118-119) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3.2

Dr. med. A. ____, Facharzt für Neurologie, erstattete das von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene neurologische Gutachten am 29. März 2018 (Urk. 7/54/25-37) und nannte dabei keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 6.6). Er nannte jedoch einen Sturz auf das Gesäss am 30. Januar 2017 ohne nachweisbare strukturelle posttraumatische Läsion und MRI-Darstellung degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS) fraglicher klinischer Relevanz als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 6.7). Der klinische Neurostatus und die ergänzend durchgeführte elektrophysiologischen Untersuchungen seien unauffällig. Die in der Kernspintomographie / MRI der LWS beschriebenen degenerativen Veränderungen seien aus neurologischer Sicht von fraglicher klinischer Relevanz (S. 11 Ziff. 6.8).

Im Beschwerdevortrag habe der Beschwerdeführer

seine Schmerzen gestenreich demonstriert. Das Gangbild sei betont schonend gewesen, beim

An- und Auskleiden und bei der klinisch-neurologischen Untersuchung seien dagegen keine funktionellen Einschränkungen erkennbar gewesen. Die Angaben zum Beschwerdeverlauf seien widersprüchlich und teils nicht aktenkonform gewesen.

Die durchgeführte Bestimmung der angeblich täglich eingenommenen oralen

Schmerzmedikation habe keinen nachweisbar wirksamen Spiegel ergeben, wobei Tramadol nicht

nachweisbar gewesen sei beziehungsweise unterhalb der Nachweisgrenze gelegen habe. Mefenaminsäure

habe unterhalb des

therapeutischen Bereichs gelegen. Insoweit müssten erhebliche Zweifel geäussert werden, ob der Beschwerdeführer

die verordnete Schmerzmedikation wie angegeben einnehme. Insoweit müsste auch der

tatsächliche Leidensdruck sehr kritisch hinterfragt werden (S. 12 Ziff. 6.15). 3.3

Prof. Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Universitätsspital C.____, erstattete das von

der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene monodisziplinäre wirbelsäulenchirurgische Gutachten am 13. Dezember 2018 (Urk. 7/54/3-19) und

nannte dabei folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12

Ziff. 6.1): - Status nach Sturz auf das Gesäss vom 30. Januar 2017 - Lumboischialgien links bei degenerativen Veränderungen L3 bis S1 im Sinne von Osteochondrosen und Spondylarthrosen - Verdacht auf Claudicatio radicularis L5 oder S1 links

Die Beschwerden des Beschwerdeführers seien nachvollziehbar und mit den anatomischen Veränderungen im unteren LWS-Bereich vereinbar. Die konservativen Behandlungsmöglichkeiten seien ausgeschöpft. Zur weiteren Abklärung sollten gezielte diagnostische Infiltrationen der Gelenke L5/S1, der Interartikularportionen L5 und der Gelenke L4/5 und L3/4 mit Lokalanästhetikum durchgeführt werden. Ziel dieser diagnostischen Massnahmen wäre es zu eruieren, ob eines dieser anatomischen Gebilde für die Beschwerden verantwortlich

sei. Ferner werde eine lumbale Myelographie mit Funktionsaufnahmen empfohlen, um festzustellen, ob möglicherweise eine Nervenwurzel, zum Beispiel die Wurzel L5 oder S1 links bei der

Reklination eingeeignet werde.

Je nach Resultat dieser Abklärungen könnte dem

Beschwerdeführer eventuell mit einer operativen Behandlung geholfen werden (S. 14 Ziff. 8.3).

Der Beschwerdeführer sei in seiner letzten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur und Lieferant von Obst und Gemüse zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne sich wegen seiner Kreuzbeschwerden nicht mehr richtig bewegen, das Ziehen oder Heben von grösseren Lasten sei ihm schmerzbedingt nicht mehr möglich, so dass eine Arbeitsaufnahme in dieser Tätigkeit nicht möglich sei. Bis zum Unfall sei der Beschwerdeführer zudem auch als Hauswart zu 17.5

% tätig gewesen, wobei ihm einen Monat nach dem Unfall gekündigt worden sei.

Theoretisch könnte er diese Arbeiten teilweise verrichten, nicht jedoch schwerere Arbeiten (S. 15 Ziff. 8.4 Frage 10 und 11). Der Beschwerdeführer könnte leichte Arbeiten verrichten, welche abwechslungsweise sitzend und manchmal auch stehend durchgeführt werden könnten. Diese Arbeiten dürften kein Tragen von Lasten beinhalten, kein Bücken und auch kein längeres Gehen, da alle diese Tätigkeiten zu einer Schmerzexazerbation führen würden. In einer solchen leichten, den Beschwerden adaptierten Arbeit wäre der Beschwerdeführer ab sofort vermutlich zu 75 % arbeitsfähig. Es müsste aber gewährleistet werden, dass er beim Auftreten von vermehrten Beschwerden absitzen oder eventuell abliegen könnte. Die zeitliche Einschränkung von 25 % ergebe sich aus einem vermehrten Pausenbedarf, der am besten mit einer langen Mittagspause und über den Tag verteilten kleineren Pausen zu gewährleisten wäre (S. 16 Ziff. 8.4 Frage

13). Schliesslich hielt Prof.

B.____ fest, dass der Beschwerdeführer seiner Ansicht nach weiter abgeklärt werden sollte. Falls der Schmerzursprung gefunden werde, könnte ihm eventuell mit einer operativen Behandlung geholfen werden (S. 16 Ziff. 8.4 Frage

14). 3.4

Vom 2. bis 3. Juli 2020 wurde im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Reha zentrum D.____ eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) durch geführt. Im entsprechenden Bericht vom 24. Juli 2020 (Urk. 7/93/112-121) legte der verantwortliche EFL Therapeut dar, dass die reduzierte Belastbarkeit in den Tests mit den medizinischen Befunden alleine nicht zu erklären sei. Sehr auffällig sei das als demonstrativ zu bewertende häufige Unterbrechen der Tests mit Umhergehen, Einnehmen von Entlastungshaltungen (Abstützen und Anlehnen an Gegenständen) sowie Schmerzverhalten. Nicht erklärbar sei ebenfalls die unter der Norm liegende Handkraft (junger Explorand mit grossen kräftigen Händen). Die standardisierte Bewertung der Bereiche «Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen», «Schmerzverhalten», «Leistungsverhalten» und «Konsistenz» habe eine mässige Symptomausweitung ergeben. Infolge beobachteter mässiger Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine etwas bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei. Die demonstrierte Belastbarkeit entspreche im Wesentlichen einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit (Hantieren von Lasten selten bis maximal 10 kg). Zeitlich sollte ganztags eine Belastung möglich sein mit zusätzlichen Pausen von insgesamt zirka zwei Stunden pro Tag. Zudem sollten repetitive Gewichtbelastungen vermieden werden. Die demonstrierte Belastbarkeit liege deutlich unter den Belastungsanforderungen der bisherigen Tätigkeit als Lastwagengaufeur, welche als schwer einzuschätzen sei (S. 2). 3.5

Die Ärzte der E.____ AG erstatteten am 4. September 2020 (Urk. 7/93 /1-19) das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten gestützt auf die ihnen überlassenen Akten (Urk. 7/93/20-35), auf ein internistisches (Urk. 7/93/36-59), rheumatologisch-orthopädisches (Urk. 7/93/60-85) und psychiatrisches (Urk. 7/93/86-111) Teilgutachten sowie auf die EFL im Reha zentrum D.____

(vorstehend E. 3.4).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 4.2.1): - zunehmende Bandscheibenextrusion L4/5 mit rezessaler Verlagerung der Nervenwurzel

L5 links und Lumboischialgie mit L5-Syndrom links - neuroforaminale Enge L5/S1 links, aktuell ohne S1-Syndrom

Zudem nannten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 4.2.2): - Prä-Adipositas nach WHO-Kriterien - anamnestisch Status nach Helicobacter-pylori (HP)-Eradikation, aktuell beschwerdefrei - anamnestisch Nephrolithiasis, aktuell beschwerdefrei - kombinierte Fettstoffwechselstörung, aktuell nicht medikamentös eingestellt - Eisenmangel ohne Anämie - Nikotinkonsum (ICD-10 F17.9) - schmerzlose Proteinurie

- Hyponatriämie - Hypochlorämie

- Erhöhung der Transaminasenwerte (GPT) - psychologische Faktoren, Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (Schmerzverarbeitungsstörung ; ICD-10 F54)

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung führten die Gutachter aus, dass lediglich auf dem orthopädisch-rheumatologischen Gebiet versicherungsmedizinisch

relevante Diagnosen vorlägen. Auf dem internistischen und psychiatrischen Fachgebiet hätten keine IV-relevanten Diagnosen erhoben werden können. Zwar würden einige internistische

Diagnosen das Risiko von sekundären Herz-Kreislauf-Ereignissen in der Zukunft erhöhen, diese würden aber dennoch zum Zeitpunkt der Beurteilung aus versicherungsmedizinischer Sicht irrelevant bleiben. Die Beurteilung auf orthopädisch/rheumatologischem Gebiet sei problematisch. Bis zu seinem Sturz auf das Gesäss am 30. Januar 2017 sei der Beschwerdeführer als Chauffeur und Lieferant tätig gewesen. Seit dieser Zeit sehe er sich zu keiner geregelten beruflichen Tätigkeit mehr in der Lage. Sämtliche bisher durchgeführten Massnahmen, insbesondere Facetten- und Wurzelinfiltrationen,

seien frustriert verlaufen und hätten keine wesentliche Besserung des Zustandes

herbeiführen können. Die letzte Nervenwurzelblockade L5 links vom 6. April

2020 an der Universitätsklinik F. ___ habe laut Beschwerdeführer ebenfalls keinen Erfolg gezeigt. Das neu durchgeführte MRI der LWS vom 3. Juni

2020 zeige eine zunehmende Bandscheibenextrusion L4/5 mit rezessaler Verlagerung der Nervenwurzel L5 links. Entsprechend gebe der Beschwerdeführer seine Beschwerden auch im L5-Dermatom bis hin zum Grosszeh links an. Erstaunlich sei wiederum, dass keine Inaktivitätsatrophie des linken Beines bezüglich des Muskelumfanges habe gefunden werden können. Die Fusssohlenbeschwiebung sei ebenfalls seitengleich. Die Kraftentwicklung sei seitengleich und die Achillessehnenreflexe könnten, insbesondere nach Bahnung, seitengleich lebhaft ausgelöst werden. Im Bereich der LWS bestehe ein erheblicher Druck - schmerz lumbosakral links und im lumbosakralen Bereich finde man beidseits mehrere Myogelosen. Die restliche Wirbelsäule zeige keine nennenswerten Verspannungen (S. 10 f. Ziff. 4.1.3).

Zusammenfassend könne somit festgestellt werden, dass die objektiv bildgebenden Befunde durchaus die Schmerzphänomene, welche vom Beschwerdeführer geklagt würden, begründen könnten. Das Ausmass der Beschwerden, so

dass weder Wurzelblockaden noch Facetteninfiltrationen oder andere Massnahmen irgendeine Linderung gebracht hätten, sei aber schwer glaubhaft. Das Lasègue'sche Zeichen sei im Prinzip negativ und es bestehe lediglich ein Pseudo lasègue. Nennenswerte neurologische Ausfälle könnten, einschliesslich der seitengleichen Muskelumfangmasse, nicht gefunden werden. Da der Beschwerdeführer sage, er könne

nicht lange sitzen, halte er sich nicht mehr dazu in der Lage, als Chauffeur zu arbeiten. Da seine Beschwerden ständig vorhanden seien und auch die Nachtruhe stören würden, sehe er momentan keine Möglichkeit, anderweitig wieder beruflich tätig zu werden (S. 11 Ziff. 4.1.3).

Im Rahmen der EFL-Testung habe eine an den Tag gelegte reduzierte Belastbarkeit in den Tests nicht mit den medizinischen Befunden alleine erklärt werden können. Sehr auffällig

sei das als demonstrativ zu bewertende häufige Unterbrechen der Tests mit Umhergehen, Einnehmen von Entlastungshaltungen sowie Schmerzverhalten. Nicht erklärbar sei ebenfalls die unter der Norm liegende Handkraft gewesen. Die standardisierte Bewertung der Bereiche «Beschreibung von Schmerz und Einschränkungen», «Schmerzverhalten», «Leistungsverhalten» und «Konsistenz» habe eine mässige Symptomausweitung ergeben. Infolge beobachteter mässiger Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Es sei aber davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine etwas bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests gezeigt worden sei (S. 11 f. Ziff. 4.1.3 ; vgl. vorstehend E. 3. 4).

Die Gutachter hielten fest, dass sich aus interdisziplinärer Sicht in der ange stammten Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit ergebe. Für eine Verweistätigkeit werde dem Beschwerdeführer eine mindestens 75%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigt. Dabei gelte das seitens des EFL geäusserte Fähigkeitsprofil, wobei der Beschwerdeführer ganztags eine leichte wechselbelastende Tätigkeit (Hantieren von Lasten bis maximal 10 kg) mit zusätzlichen Pausen von insgesamt zirka zwei Stunden pro Tag ausüben könne (S. 15 Ziff. 4.7; vgl. Urk. 7/93/112-121 S. 2, S. 7 f. ; vorstehend E. 3. 4). Aus polydisziplinärer Sicht könne angenommen werden, dass die aktuell ausgewiesene Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfallereignis von 2017 vorliege. Bezüglich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit im Rahmen einer

Verweistätigkeit könne ihrerseits keine Stellung genommen werden (S. 16

Ziff. 4.11). In Bezug auf medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass gegebenenfalls ein operativer Eingriff im Segment L4/5 zu diskutieren sei (S. 16

Ziff. 4.10). 3.

E. 6

Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, regionaler ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 11. September 2020 (Urk. 7/98/16-18) aus, dass das aktuelle Gutachten mit EFL (vgl. vorstehend E. 3.4-3.5) die Vorgutachten von 2018 (vgl. vorstehend E. 3.2-3.3) bestätigen würden. Es bestehe eine Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts. Das Ausmass der geklagten Beschwerden sei durch die objektiven Befunde nicht vollständig erklärt. Insbesondere die fehlende Begrenzung der Missempfindungen auf ein klares Dermatom, fehlende Interaktivitätsatrophie und ausbleibende Beschwerdeverbesserung nach Wurzel- und Facetteninfiltration würden darauf hinweisen, dass die nachgewiesenen degenerativen Veränderungen der LWS nicht alleinige Ursache der geklagten Beschwerden seien. Im psychiatrischen Gutachten werde nachvollziehbar dargestellt, dass keine gravierenden psychischen Störungen vorlägen. Die aufgezeigten Inkonsistenzen würden auf eine deutliche Selbstlimitierung und Verdeutlichungstendenz hinweisen (S. 3).

Aus versicherungsmedizinischer Sicht erscheine die Einschätzung aus der EFL einer Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit mit erhöhtem Pausenbedarf (vgl.

vorstehend E. 3.4) plausibel. Retrospektiv sei seit dem neurologischen Gutachten vom 29. März 2018 (vgl. vorstehend E. 3. 2) keine wesentliche Veränderung des

Gesundheitszustands erkennbar. Bereits im orthopädischen Gutachten vom 13. Dezember 2018 (vgl. vorstehend E. 3. 3) sei festgestellt worden, dass eine Veränderung allenfalls durch eine Operation zu erwarten sei. Die folgenden medizinischen Berichte würden unveränderte Befunde beschreiben. Deshalb könne aus versicherungsmedizinischer Sicht seit dem 30. März 2018 eine 75%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen werden (S. 3). 3.

E. 7

Dr. med. H.____, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation, nannte in ihrem Bericht vom 14. Dezember 2020 (Urk. 7/107) folgende Diagnose: - chronisches lumboradikuläres Reizsyndrom L5 links bei subluxierter Diskushernie L4/5 - multisegmentale degenerative Veränderungen der LWS - Osteochondrose mit Diskusprotrusion L3/4 und L5/S1 - bilaterale Facettengelenksarthrose der unteren LWS

Es handle sich bei m Beschwerdeführer um chronifizierte Rückenschmerzen mit rezidivierenden lumboradikulären Reizsymptomen und Wurzelbeteiligung L5 links bei subluxierter Diskushernie L4/ 5. Radiologisch bestünden aber fortge schrittene degenerative Veränderungen der gesamten LWS mit Osteochondrosen und Protrusionen sowie Facettengelenksarthrosen, die sein Rückenleiden hinrei chend erklärten. Vom Rücken her sei der Beschwerdeführer limitiert belastbar. Die konservativen Therapieoptionen seien erschöpft, siebenmal sei mit Lokalin filtrati o nen versucht worden, die radikulären Symptome zu beseitigen, allerdings nur mit vorübergehendem Erfolg. Die operative Dekompression L4/5 stehe aber weiterhin zur Diskussion. Unter diese n Umständen sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage, auch leichtere Tätigkeiten mehr als zu 50 % auszuüben. 3.

E. 8

RAD - Arzt Dr. G.____ führte in seiner Stellungnahme v om 17. Februar 20 21 (Urk. 7/114/3-4) aus, dass im Mittelpunkt ein chronifiziertes lumbosakrales Schmerzsyndrom bei schweren degenerativen Veränderungen der LWS stehe. Die Beschwerden seien durch therapeutische Massnahmen nicht beeinflussbar. Darüber seien sich Gutachter und Dr. H.____ einig (vgl. vorstehend E. 3. 5 ; E. 3.7). Im Gutachten würden die somatischen und psychomentalen funktionellen Auswirkungen des Schmerzsyndroms aus psychiatrischer und rheuma tologischer Sicht sowie mittels einer EFL erhoben. Die Beurteilung der Arbeitsfä higkeit erfolge nachvollziehbar funktions- und ressourcenorientiert (vgl.

vorste hend E. 3. 5). Dr. H.____

bestätige in ihrer Stellungnahme die Therapie resistenz des chronischen Schmerzsyndroms (vgl. vorstehend E. 3. 7). Der Zustand sei gegenüber dem Gutachten nicht verändert. Die anderslautende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei nicht durch Befunde, funktionelle Einschränkungen oder Erhebung von Ressourcen belegt. Es liege eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhaltes vor. Aus versicherungsmedizinischer Sicht lägen keine neuen Aspekte vor. Es könne weiter auf die bisherige Stellungnahme abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 3. 6).

3.

E. 9

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit

Verfügungen vom 20. Mai 2021 (Urk. 7/118-119) vom 1. Januar bis 30. Juni 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze Rente und ab dem 1. Juli 2018 bei einem Invaliditätsgrad von 45 % eine Viertelsrente zu. Sie führte diesbezüglich aus, dass die medizinischen Abklärungen ergeben hätten, dass eine Berufsausübung in seiner angestammten Tätigkeit als Chauffeur nicht mehr zumutbar sei. Eine seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 75 % zumutbar. Leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit der Möglichkeit zum Wechsel zwischen Sitzen, Stehen und Gehen seien medizinisch-theoretisch zumutbar. Hingegen seien Tätigkeiten mit Heben oder Tragen von Lasten von über 10 kg oder repetitiver Gewichtsbelastung, Heben aus der Hocke, Verharren in Zwangshaltungen, repetitive Rumpfdrehungen und -beugungen, kniende, gebückte, vornüber geneigte, rein stehende oder häufig gehende Tätigkeiten nicht geeignet. Der Beschwerdeführer sei unfallbedingt ab dem 31. Januar 2017 (Beginn Wartejahr) zu 100 % arbeitsunfähig. Die vollständige Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit begründe seinen Anspruch auf eine ganze Rente mit einem Invaliditätsgrad von 100 % nach Ablauf des Wartejahrs ab dem 1. Januar 2018. Ab dem 30. März 2018 sei aus medizinischer Sicht eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers eingetreten, wobei ihm eine angepasste Tätigkeit in einem 75 %-Pensum zumutbar sei (vgl. Verfügungsteil 2, Urk. 7/117 S. 1 f.).

4. 4.1

Dr. med. I.____, Facharzt für Radiologie, berichtete am 27. September 2022 über die gleichentags durchgeführte MRI Untersuchung der LWS (Urk. 7/132), wobei sich gegenüber 2017 aktuell eine neue links paramediane Diskushernie in der Höhe des Lendenwirbelkörpers (LWK) 4/5 und Modic 1 Osteochondrose LWK 4/5 gezeigt habe, es liege keine Nervenwurzelkompression vor. Ansonsten habe sich keine signifikante Änderung gezeigt. 4. 2

Dem Kurzaustrittsbericht des Notfallzentrums des Spitals J.____ vom 12. April 2023 (Urk. 3/5 = Urk. 7/143) ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer notfallmässig bei stärksten Schmerzen der LWS selbst eingewiesen habe. Die Beschwerden seien im Rahmen der bekannten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu interpretieren (S. 1). 4. 3

Dem Bericht von Dr. med. K.____, Facharzt für Radiologie, vom 26. April 2023 (Urk. 3/3/2 = Urk. 7/144/1) kann entnommen werden, dass aufgrund einer Bandscheibenherniation in der Höhe LWK 4/5 mit Impression der L5 bei L5 Syndrom links gleichentags eine CT gesteuerte Infiltration in der Höhe der LWK 4/5 sowie in der Höhe der LWK 5/1 durchgeführt wurde.

4. 4

Prof. Dr. med. L.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seinem Bericht vom 13. Juni 2023 (Urk. 3/3/3-4 = Urk. 7/144/3-4 = Urk. 7/144/5-6) eine chronische Lumboischialgie mit L5 Syndrom links bei Segmentdegeneration L3-S1, Verdacht auf L4/5, sowie eine Bandscheibenherniation der Höhe LWK

4/5 mit Impression der L5 bei L5 Syndrom links an Diagnosen. Der Beschwerdeführer leide seit letzter Woche an massiven Rückenschmerzen mit schmerzbedingter Unfähigkeit aufzustehen. Trotz Schmerzmedikation sei er schmerzgeplagt. Die Lumbalorthese mit

Stützen helfe kaum. Physiotherapie sei ab morgen geplant (S. 1). Am 26. April 2023 sei eine komplikationslose Infiltration in der Höhe der LWK 4/5 sowie in der Höhe LWK 5/1 durchgeführt worden (vgl. vorstehend E. 4. 3). Die Schmerzmedikation werde wie bis anhin fortgeführt und der Beschwerdeführer sollte mit der bereits geplanten Physiotherapie beginnen (S. 2 unten).

4. 5

Dr. H.____

führte am

E. 11

August 20 23 (Urk. 3/3 /1 = Urk. 7/144/2) aus, dass sich die Lumbalgien beziehungsweise Lumboischialgien verschlechtert beziehungsweise sich die Intensität und Dauer der Schmerzschübe verschlechtert hätten. Das MRI der LWS vom 3. März 2023 habe eine progrediente Diskushernie L4/5 mit Kontakt zur Bandscheibe L5 links sowie gegenüber der Voruntersuchung eine unveränderte bilaterale Protrusion L5/S1 und eine mediane Protrusion L3/4 gezeigt. Nebenbei bestehe eine deutliche depressive Entwicklung, wobei der Beschwerdeführer psychiatrische Hilfe benötige. Wegen der Auslastung der Psychiater habe der Beschwerdeführer bisher keinen Termin vereinbaren können. Aufgrund des Rückenleidens sollte der Beschwerdeführer nur rückenadaptierte Tätigkeiten in einem Pensum von 50 % ausüben . Eine halbe Berentung sei sicherlich angebracht. 4. 6

RAD - Arzt Dr. G.____ legte in seiner Stellungnahme vom 18. September 2023 (Urk. 7/146/2) dar, dass ein therapieresistentes lumbosakrales Schmerzsyndrom und lumboradikuläres K5 (richtig: L5) -Reizsyndrom bei multisegmentalen Degenerationen L3-S1 vorbestehend sei, das durch ein neurologisches und orthopädisches Gutachten im Jahr 2018 (vgl. vorstehend E. 3. 2-3.3) sowie ein polydisziplinäres Gutachten und EFL im Jahr 2020 (vgl. vorstehend E. 3. 4-3.5) abgeklärt worden sei. Die neu vorgelegten Berichte würden Beschwerden und Behandlungsversuche des bekannten degenerativen Wirbelsäulenleidens beschreiben. Da die Schmerzen bereits in der Vergangenheit als maximal ausgeprägt und therapieresistent beschrieben worden seien, sei eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht begründbar. 4. 7

Prof. L.____

berichtete

am 23. November 2023 (Urk. 3/4) über die erfolgten Sprechstunden mit dem Beschwerdeführer vom 29. September, 17. Oktober und 13. November 2023 und nannte dabei ein chronisches, invalidisierendes Schmerzsyndrom, eine Lumboischialgie mit Facettensyndrom bei Segmentdegeneration L3-S1, vor allem L4/5 und L5/S1, sowie eine Bandscheibenherniation der Höhe LWK4/5 mit Impression der L5 Wurzel bei L5-Syndrom links als Diagnosen. Am 29. September 2023 habe der Beschwerdeführer berichtet, dass die Infiltration vom April 2023 für zirka drei Wochen eine gewisse Wirkung gezeigt habe. Anschliessend sei es wieder wie vor der Infiltration gewesen und in den letzten Wochen wiederum stark progredient vor allem mit den Rückschmerzen. Am 17. Oktober 2023 sei dann eine Infiltration der Facettengelenke L4-S1 beidseits durch ihn durchgeführt worden. Im Anschluss an die Infiltration sei der Beschwerdeführer praktisch beschwerdefrei gewesen. Am 13. November 2023 sei dann eine erneute Besprechung erfolgt. Es habe ein flüssiges Gangbild bei geringgradigen Rückenschmerzen vorgelegen. Seit der Infiltration

gehe es bezüglich der Rückenschmerzen substanziell besser, die Beinschmerzen hätten jedoch linksseitig zugenommen. Der Lendengurt würde bezüglich der Rückenschmerzen ebenso sehr gut helfen (S. 1 f.).

Prof. L. ___ legte dar, dass das Beschwerdebild des Beschwerdeführers mit den morphologischen Befunden der Bildgebung gut zu vereinbaren sei. Es bestehe im Wesentlichen eine mehrsegmentale Degeneration der Segmente L4-S1 (geringer auch L3/4). Im Moment dominiere ein S1-Syndrom links bei derzeit durch die Infiltration beruhigten Facettengelenken L4-S1. Er habe mit dem Beschwerdeführer die Durchführung eines erneuten MRTs sowie einer Infiltration transforaminal S1 links besprochen. Es gebe weiterhin Behandlungsoptionen, insbesondere auch die operative Therapie, wobei eine Spondylodese L4-S1 mit Hemilaminektomie / Dekompression beider Höhen von links in Frage käme. Es werde nun noch die genannte Infiltration durchgeführt und der Beschwerdeführer werde sich mittlerweile über den weiteren Weg Gedanken machen. Auch in der Universitätsklinik F. ___ sei bereits über die Operation gesprochen worden. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach seiner Beurteilung 100 %. Es bestünde eine IV-Rente von 25 %. Eine Rückkehr in den angestammten Beruf mit körperlicher Arbeit erscheine aufgrund des langandauernden Verlaufs bei chronischem Schmerzsyndrom mit über die Zeit jeweils substanzieller Verschlechterung unrealistisch. Eine Neubeurteilung erscheine angebracht (S. 2). 5. 5.1

Die Rentenzusprache mit Verfügungen vom 20. Mai 2021 erfolgte aufgrund eines chronifizierten lumbosakralen Schmerzsyndroms bei schweren degenerativen Veränderungen der LWS (vorstehend E. 3.1-3.9).

Den medizinischen Akten seit der Rentenzusprache lässt sich entnehmen, dass die durchgeführte MRI Untersuchung der LWS vom 27. September 2022 eine neue paramediane Diskushernie in der Höhe LWK 4/5 und eine Modic 1 Osteochondrose LWK 4/5 gezeigt hat, ansonsten lag keine signifikante Änderung vor (vorstehend E. 4.1). Die MRI Untersuchung der LWS vom 3. März 2023 zeigte eine progrediente Diskushernie L4/5 mit Kontakt zur Bandscheibe L5 links sowie eine unveränderte bilaterale Protrusion L5/S1 und eine mediane Protrusion L3/4 (vorstehend E. 4.5). Am 12. April 2023 wurde der Beschwerdeführer aufgrund von starken Schmerzen in der LWS im Notfallzentrum des Spitals J. ___ behandelt, wobei die Beschwerden im Rahmen der bekannten degenerativen Wirbelsäulenveränderungen interpretiert wurden (vorstehend E. 4.2). Am 26. April 2023 wurde beim Beschwerdeführer aufgrund einer Bandscheibenherniation in der Höhe LWK 4/5 mit Impression der L5 bei L5 Syndrom links eine Infiltration durchgeführt, wobei die Wirkung der Infiltration nur zirka drei Wochen angehalten hat (vorstehend E. 4.3, E. 4.7). Prof. L. ___ berichtete am 13. Juni 2023 von massiven Rückenschmerzen trotz Schmerzmedikation (vorstehend E. 4.4). Dr. H. ___ berichtete am 11. August 2023 von einer

Verschlechterung der Lumbalgien beziehungsweise Lumboischialgien

beziehungsweise dass sich die Intensität und Dauer der Schmerzschübe verschlechtert hätten. Zudem bestehe eine deutliche depressive Entwicklung. Aufgrund des Rückenleidens sollte der Beschwerdeführer nur rückenadaptierte Tätigkeiten ausüben in einem Pensum von 50 % (vorstehend E. 4.5). Am 17. Oktober 2023 erfolgte eine weitere Infiltration der Facettengelenke L4-S1. Im Anschluss an die Infiltration war der Beschwerdeführer praktisch beschwerdefrei (vorstehend E. 4.7).

RAD-Arzt Dr. G.____ hielt

in seiner Stellungnahme vom 18. September 2023 gestützt auf die genannten Berichte zu Recht fest, dass ein therapieresistentes lumbosakrales Schmerzsyndrom und lumboradikuläres

L 5-Reizsyndrom bei multisegmentalen Degenerationen L3-S1 vorbestehend sei, das durch ein neurologisches und orthopädisches Gutachten im Jahr 2018 sowie ein polydisziplinäres Gutachten und EFL im Jahr 2020 abgeklärt worden sei. Er ging in nachvollziehbarer Weise davon aus, dass die neu vorgelegten Berichte Beschwerden und Behandlungsversuche des bekannten degenerativen Wirbelsäulenleidens beschreiben würden. Da die Schmerzen bereits in der Vergangenheit als maximal ausgeprägt und therapieresistent beschrieben worden seien, sei eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes nicht begründbar (vorstehend E. 4.6). 5.2

Dr. H.____ legte

in ihrem Bericht vom 11. August 2023 (vorstehend E. 4.5) nicht näher dar, in welchem Ausmass sich das Rückenleiden des Beschwerdeführers seit ihrer letzten Beurteilung im Dezember 2020 (vgl. vorstehend E. 3.7) beziehungsweise seit der Rentenzusprache im Mai 2021 verschlechtert haben soll. Sie führte lediglich aus, dass sich die Lumbalgien beziehungsweise Lumboischi algien verschlechtert beziehungsweise sich die Intensität und Dauer der Schmerzschübe verschlechtert hätten.

Zudem nahm sie Bezug auf die im MRI der LWS vom 3. März 2023 gezeigte progrediente Diskushernie mit Kontakt zur Bandscheibe L5 links. Eine Darlegung der Befunde oder der veränderten funktionellen Einschränkungen des Beschwerdeführers fehlen hingegen. Sodann attestierte sie dem Beschwerdeführer, wie bereits schon im Dezember 2020 (vgl. vorstehend E. 3.7), eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für rückenadaptierte Tätigkeiten. Die dann zumalige Einschätzung von Dr. H.____ vom Dezember 2020 wurde bereits bei der Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers im Rahmen der Rentenzusprache

im Mai 2021 berücksichtigt (vgl. vorstehend E. 3.8).

Zudem vermag auch die geltend gemachte deutliche depressive Entwicklung des

Beschwerdeführers keine Verschlechterung des Gesundheitszustands zu begründen, befand sich der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses doch

(noch) in keiner psychiatrischen Therapie (vgl. vorstehend E. 4.5). Ausserdem ist Dr. H.____ Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation und daher nicht befugt, den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers fachärztlich zu beurteilen. Schliesslich ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapiekräften auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Verantwortung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Der Bericht von Dr. H.____ vom 11. August 2023 ist deshalb entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4 Rz. 9) nicht geeignet, eine wesentliche Verschlechterung seines Gesundheitszustands glaubhaft zu machen. 5.3

Bezüglich des Berichts von Prof. L.____ vom 23. November 2023 (vorstehend E. 4.7) gilt festzuhalten, dass dieser erst mit der Beschwerde im gerichtlichen Verfahren ins Recht gelegt wurde. Die versicherte Person muss indes mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenänderung glaubhaft machen; diese Möglichkeit der Glaubhaftmachung besteht bis und mit Verfügung betreffend das Nichteintreten, hingegen nicht im hiergegen eingeleiteten kantonalen Beschwerdeverfahren. Der Untersuchungsgrundsatz spielt inso weit nicht, sondern erst wenn eine massgebliche Änderung (im Gesundheitszustand) glaubhaft gemacht worden ist. Wird im Revisionsgesuch oder in der Neuanmeldung kein Eintretenstatbestand glaubhaft gemacht, sondern bloss auf ergänzende Beweismittel, insbesondere Arztberichte, hingewiesen, die noch beigebracht würden oder von der Verwaltung beizuziehen seien, ist der versicherten Person eine angemessene Frist zur Einreichung der Beweismittel anzusetzen. Diese müssen geeignet sein, den entsprechenden Beweis zu erbringen. Die Fristansetzung ist mit der Androhung zu verbinden, dass ansonsten auf Nicht-eintreten erkannt wird. Erlässt die Verwaltung eine den umschriebenen Erfordernissen genügende Nichteintretensverfügung, legen die Gerichte ihrer Überprüfung auf Beschwerde hin den Sachverhalt zugrunde, wie er sich der Verwaltung darbot (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 4. Auflage 2022, Art. 30 Rz. 126-127 mit Hinweisen).

Den Akten ist vorliegend zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 14. Juli 2023 eine angemessene, auf Gesuch hin (vgl. Urk. 7/141) verlängerte Frist zur Einreichung der Beweismittel angesetzt hat, dies unter Androhung der Rechtsfolgen bei Säumnis (Urk. 7/140; vgl. auch Urk. 7/142). Die daraufhin mit Eingabe vom 7. September 2023 (Urk. 7/145) eingereichten medizinischen Berichte berücksichtigte die Beschwerdegegnerin bei ihrer Entscheidung. Die Beschwerdegegnerin hat damit eine den umschriebenen Erfordernissen genügende Nichteintretensverfügung erlassen, weshalb das hiesige Gericht bei ihrer Überprüfung den Sachverhalt zugrunde legt, wie er sich der Beschwerdegegnerin dargeboten hat. Damit hat der Bericht von Prof. L.____ unberücksichtigt zu bleiben. Im Übrigen gilt es mit der Beschwerdegegnerin (vgl.

Urk. 6) darauf hinzuweisen, dass Prof. L.____, der zur Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten keine Stellung nahm, zudem festhielt, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 13. November 2023 von einer substanziellen Besserung der Rückenschmerzen nach der Infiltration am 17. Oktober 2023 berichtet habe. Es habe ein flüssiges Gangbild bei gering-gradigen Rückenschmerzen vorgelegen (Urk. 3/4 S. 2). Daher erscheint auch dieser Bericht, falls dieser berücksichtigt werden könnte, als nicht geeignet, eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen.

5.4

Wie erwähnt, muss die versicherte Person im Rahmen eines Revisionsgesuchs glaubhaft machen, dass sich ihr Invaliditätsgrad anspruchrelevant verändert hat. Der versicherten Person kommt so ausnahmsweise eine Beweisführungslast zu (vgl. vorstehend E. 1.2-1.3).

Gestützt auf die eingereichten medizinischen Berichte hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht wesentlich verändert. Mit den eingereichten medizinischen Berichten gelingt es dem Beschwerdeführer deshalb nicht, eine anspruchserhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse glaubhaft zu machen. Dies gilt insbesondere auch

unter Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen an das Glaubhaftmachen, zumal die rentenzusprechende Verfügung erst im Mai 2021 ergangen ist (vgl. vorstehend E. 1.3). Der Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe ihren Untersuchungsgrundsatz verletzt (Urk. 1 S. 4 f. Rz. 8, Rz. 12), erweist sich deshalb als unbegründet. 5.5

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass keine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache im Mai 2021 glaubhaft gemacht wurde, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht nicht auf das Revisionsgesuch eingetreten ist.

Die angefochtene Verfügung vom 1. November 2023 (Urk. 2) erweist sich demzufolge als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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
Grieder-Martens Peter-Schwarzenberger

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