

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00197 vom 23. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.00197](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00197)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00197 du 23 novembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00197 del 23 novembre 2007

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Streitig ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf berufliche Massnahmen der Invalidenversicherung und die Höhe seines Invaliditätsgrades und damit seines Rentenanspruchs.

2.2. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, gemäss den Feststellungen im Rückweisungsurteil von 2005 bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten. Beim deshalb resultierenden Invaliditätsgrad von 12 % und da der Beschwerdeführer nicht bei der Stellensuche behinderungsbedingt erheblich eingeschränkt sei, bestehe kein Anspruch auf Arbeitsvermittlung oder Umschulung (Urk. 2 S. 1 Mitte, S. 3 oben).

2.3. Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend, im Rückweisungsurteil von 2005 sei verbindlich die Durchführung beruflicher Massnahmen angeordnet worden, weshalb diese stattzufinden hätten (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3.1-2). Der vorgenommene Einkommensvergleich stimme nicht; richtigerweise resultiere ein Invaliditätsgrad von 32 % (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 3.6). Ferner wurden Einwände gegenüber dem 2003 erstatteten medizinischen Gutachten erhoben (Urk. 1 S. 7 f.), so unter anderem, es sei ein Gehörschaden nicht gewürdigt worden (Urk. 1 S. 8 Ziff. 4.7). Unter Hinweis auf das von ihm veranlasste Gutachten machte der Beschwerdeführer schliesslich geltend, es bestehe ein Anspruch auf mindestens eine Dreiviertelsrente (Urk. 23 S. 2).

### E. 3

3.1. Im Zeitpunkt des Rückweisungsentscheides vom 4. April 2005 (Urk. 8/10 = Urk. 3/5) präsentierte sich die medizinische Situation wie folgt (Urk. 8/10 S. 3 ff.; unter Auslassung der - nicht mehr aussagekräftigen - Urkunden-Fundstellenangaben):

3.1.1. Vom 7. bis 31. März 2000 war der Beschwerdeführer zur Abklärung und Behandlung eines unklaren, komplexen Schmerzsyndroms in der Orthopädischen Universitätsklinik D. \_\_\_ hospitalisiert. Dr. med. E. \_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. F. \_\_\_, Assistenzärztin, berichteten am 11. April 2000 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers in ihrer Klinik. Sie legten in ihrem Bericht dar, der Beschwerdeführer habe beim Eintritt über nuchale Schmerzen mit Ausstrahlung nach okzipital und temporo-frontal, weiter über atem-abhängige, stechende Sensationen im linken Thorax, verbunden mit Dysästhesien im Bereich der linken Körperhälfte geklagt. Sowohl klinisch wie auch labormässig hätten sich keine Hinweise für ein entzündlich-rheumatologisches Geschehen gezeigt. Die ergänzenden radiologischen

Abklärungen hätten im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) eine linkskonvexe Fehllhaltung sowie eine schwere atlanto-dentale Arthrose, eine Unkovertebralarthrose C3-C6 beidseits sowie weniger auf Höhle C6 links gezeigt. Ebenfalls habe die bekannte Bogenschlussanomalie auf Höhle C4 bestätigt werden können. Die konventionelle Thorax-Aufnahme bei einem Status nach einer unklaren, interstitiellen Pneumopathie sei unauffällig gewesen. Anhand einer durchgeführten MRI-Untersuchung der Lendenwirbelsäule (LWS) habe sich kein Anhaltspunkt für eine Diskopathie gefunden, auch habe eine Spinalkanalstenose ausgeschlossen werden können. Insgesamt habe sich, abgesehen von den degenerativen HWS-Veränderungen sowie der lumbosakralen bergangsstrung, kein eindeutiges strukturelles Korrelat für die vom Beschwerdeführer, vorwiegend in der linken Körperhälfte angegebenen Beschwerden finden können. Der Beschwerdeführer sei am 31. März 2000 in leicht gebesserem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (...). Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer vom 7. März bis 9. April 2000 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, vom 10. bis 30. April 2000 eine solche von 50 %, vom 1. bis 21. Mai 2000 voraussichtlich eine solche von 25 % und ab 22. Mai 2000 eine volle Arbeitsfähigkeit (...).

3.2 Dr. med. G.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, bei dem der Beschwerdeführer seit 12. Dezember 1993 in Behandlung steht (...), diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2000 ein chronisches Panvertebralsyndrom, eine Missbildung des ventralen Atlasbogens, einen Status nach einem HWS-Distorsionstrauma im März 1999, eine atlantaoccipitale Arthrose, eine Diskusprotrusion C4/5, ein Karpaltunnelsyndrom links, einen Status nach unklarer Pneumopathie im November 1999 sowie eine reaktiv somatoforme Persönlichkeitsstörung. Er führte aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers aktuell verschlechtere. Er attestierte dem Beschwerdeführer seit November 1999 in seiner aktuellen Tätigkeit als Dachdecker sowie als Hilfsarbeiter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (...). In einer leidensangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 50 % (5 Stunden pro Tag) arbeitsfähig (...).

3.3 Am 8. Dezember 2000 fand in der Universitätsklinik D.\_\_\_\_ eine CT-gesteuerte Infiltration des Processus spinosus C4 linksseitig statt (...). PD Dr. med. H.\_\_\_\_, Universitätsklinik D.\_\_\_\_, legte in seinem Bericht vom 5. Januar 2001 dar, dass die Infiltration zu keiner, auch nicht kurzfristigen, Verbesserung der Schmerzsymptomatik geführt habe. Der Beschwerdeführer habe zwischenzeitlich einen Arbeitsversuch von 50 % wegen massiver Schmerzen abbrechen müssen. Die leichte atlantookzipitale Arthrose erkläre die Beschwerdesymptomatik ebenso wenig wie die diffuse Diskusprotrusion C4/5. Aus wirbelsulenchirurgischer Sicht könne dem Beschwerdeführer keine erfolgsversprechende Spondylodese empfohlen werden. Aus seiner Sicht bestnden aber keine Befunde, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Er schlage daher vor, dass der Beschwerdeführer einen Arbeitsversuch von zunächst 25 % mit langsamer Steigerung ab 15. Januar 2001 mache (...).

3.4 Vom 4. bis 8. Juni 2001 war der Beschwerdeführer im Spital I.\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 8. Juni 2001 erklärten Dr. med. Danile J.\_\_\_\_, Oberärztin Medizin, und Dr. med. K.\_\_\_\_, Assistenzarzt Medizin, dass aus den ausführlichen Originalakten des Hausarztes eine rund 10jhrige Anamnese mit rezidivierenden Rückenproblemen hervorgehe, welche seit dem Autounfall von 1999 chronischen Charakter angenommen habe und im Sinne eines Panvertebralsyndroms die gesamte

Wirbelsäule betreffe. Aktuell klagt der Beschwerdeführer über eine Schmerzexacerbation lumbal, welche über die letzten zwei Wochen trotz hausärztlicher Therapie und ambulanter Physiotherapie nicht gebessert habe. Die aktuelle klinische Untersuchung zeige keine fokalen neurologischen Ausfallsymptome, lediglich subjektiv bestehe eine leicht verminderte Sensibilität der linken unteren Extremität. Der Beschwerdeführer klagt immer wieder über heftige Schmerzen, könne aber ohne besondere erkennbare Mühe aus dem Bett aufstehen. Neben den sicherlich vorhandenen Schmerzen bestehe eine Somatisierung im Rahmen der chronischen Erkrankung und anderer psychosozialer Belastungsfaktoren aus der persönlichen Anamnese. Das aktuelle LWS-Röntgenbild sei abgesehen von einer Streckhaltung im LWS-Bereich und der bekannten skoliotischen Fehllage unauffällig. Angesichts der aufgeführten Abklärungen während den letzten beiden Jahren werde auf weiterführende Bildgebungen verzichtet. Nach Rücksprache mit dem Hausarzt werde zu einer stationären Abklärung und Therapie in einer Klinik für Psychosomatik geraten. Erneut sei dem Beschwerdeführer die ganze Problematik seiner Krankheit dargelegt worden. Er habe sich zum entsprechenden Klinikaufenthalt bereit erklärt (...).

3.5 Am 30. November 2001 berichtete Dr. G. \_\_\_\_, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers stationär sei. Die Schmerzen hätten weiter zugenommen und sämtliche physiotherapeutischen Behandlungsversuche und medikamentösen Massnahmen seien ohne Erfolg. Eine stationäre psychosomatische Behandlung werde zur Zeit noch erwogen. Eine Beurteilung im Rahmen einer Institution wie im L. \_\_\_\_, sei interessant, doch sei schwierig zu beurteilen, ob diese Massnahme nach allen anderen erfolglosen Versuchen tatsächlich eine teilweise Integration in den Arbeitsprozess ermöglichen würde (...).

3.6 Die Ärzte des Zentrums für Medizinische Begutachtung (R. \_\_\_\_, Medizinische Abklärungsstelle der Eidgenössischen Invalidenversicherung (MEDAS), stellten im Gutachten vom 16. Dezember 2003 (...) die Diagnosen eines chronischen Panvertebralsyndroms mit HWK4-Bogenschlussanomalie sowie leichtgradiger zervicaler spinaler Stenose wie leichtgradigen degenerativen Veränderungen sowie eine leichtgradige Anstrengungsdyspnoe bei einem Status nach interstitieller Pneumopathie unbekannter Ätiologie im November 1999.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie hielten fest, dass bereits 1990 Nackenschmerzen aufgetreten seien. Nach einem Autounfall im Jahre 1999 habe der Beschwerdeführer wegen Schmerzausweitung die Arbeit niedergelegt und die Kündigung erhalten. Bezüglich der seit langem geklagten und mehrfach abgeklärten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule finde sich als klinisches Korrelat eine angeborene Bogenschlussanomalie des vierten Halswirbelkörpers ohne radiologisch nachweisbare Instabilität. Des Weiteren fanden sich eine atlantodentale Arthrose sowie leichtgradige Arthrosen im mittleren HWS-Abschnitt. Computertomographisch finde sich ein relativ enger Spinalkanal ohne eigentliche Kompression des Myelons und ohne Kompression der Nervenwurzeln. Klinisch finde sich eine gutbewegliche Halswirbelsäule ohne neurologische Ausfälle. Im lumbalen Bereich finde sich kein radiologisches Substrat für die geschilderten Beschwerden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Somit müsse von organischer Seite her davon ausgegangen werden, dass ein Teil der Beschwerden, vor allem im oberen HWS-Abschnitt, auf die Arthrose atlantodental zurückzuführen sei. Dies wirke sich bei einer Tätigkeit mit

retroflektiertem Kopf ungünstig aus, wie dies von einem Bauspengler, der auf Dächern und Leitern arbeiten müsste, erwartet werde. Hingegen erkläre der radiologische Befund nicht die subjektiv empfundenen Beschwerden, vor allem nicht die Beschwerden im lumbalen Bereich.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Von psychiatrischer Seite her könne kein invalidisierendes Leiden diagnostiziert werden. Es fehlten Hinweise auf eine depressive Symptomatik, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen oder anderweitige psychiatrische Erkrankungen. Auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne nicht diagnostiziert werden, da keine wesentlichen emotionalen Konflikte oder psychosozialen Belastungsmomente vorlägen. Es müsse deshalb von einer Schmerzfehlverarbeitung ausgegangen werden mit einem gewissen sekundären Krankheitsgewinn.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer spreche recht gut Deutsch, sei hier in der Schweiz gut integriert, zeige gute Umgangsformen, und es sei nicht nachvollziehbar, weshalb er sich für voll arbeitsunfähig halte. Es wären dem Beschwerdeführer wesentlich mehr Anstrengungen zuzumuten, sich beruflich zu rehabilitieren und in einer dem Körperleiden angepassten Tätigkeit wieder zu arbeiten. Die Restarbeitsfähigkeit als Hilfsspengler mit Tätigkeiten auf Dächern und Leitern mit retroflektiertem Kopf würden die Gutachter auf 30 % schätzen. Sie gingen davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit ohne Arbeiten auf Dächern oder Leitern, ohne längere Tätigkeiten mit retroflektiertem Kopf und ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen ganztags vollschichtig arbeitsfähig sei. Wegen des Lungenleidens sollte keine Schwerarbeit verrichtet werden. Diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gelte ab 1999 (...).

3.7 Ä Ä In seinem Bericht vom 25. März 2004 zuhanden des Beschwerdeführers hielt Dr. G. an seiner Einschätzung vom 20. Dezember 2000, wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Dachdecker 100 % und in einer leidensangepassten Tätigkeit 50 % arbeitsunfähig sei, fest. Des weiteren erklärte er, mit dem Gutachten des R. weitgehend einverstanden zu sein. Eine schwere psychische Erkrankung liege nicht vor, ebenfalls kein sekundärer Krankheitsgewinn. Nicht einverstanden sei er mit der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit als Hilfsspengler und der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit (...).

3.8 Ä Ä In Ergänzung zu seinem Bericht vom 25. März 2004 nahm Dr. G. am 9. November 2004 nochmals zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers Stellung. Er berichtete, dass er mit der Koordinationsstelle für Arbeitsprojekte Kontakt gehabt habe. Der Beschwerdeführer sei seit 16. August 2004 dort im Rahmen eines Arbeitsprojekts beschäftigt, jeweils von 7.45 bis 11.45 Uhr. Er verrichte feinere elektrotechnische Arbeiten und Entsorgungsarbeiten, die vom Beschwerdeführer selbst nicht als besonders streng empfunden worden seien. Bereits im September 2004 sei der Beschwerdeführer wiederholt arbeitsunfähig gewesen und habe vermehrt über Schmerzen im Nacken und Schulterbereich beidseits linksbetont geklagt. Die objektiven Befunde seien gegenüber dem Vorzustand unverändert gewesen. Im Oktober 2004 habe der Beschwerdeführer an 9 von 21 Arbeitstagen gefehlt. Dies habe zum Abbruch des Einsatzes im Rahmen des Arbeitsprojektes geführt. Auch wenn er aufgrund der klinischen Befunde noch immer eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 % attestieren würde, zeige der misslungene Einsatz im Rahmen des Arbeitsprojektes, dass eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aktuell illusorisch sei. Die Belastungen am Arbeitsplatz, der zusätzlich lange

Arbeitsweg, wie auch die unglückliche Situation zu Hause würden sich derart ungünstig auswirken, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von nur 30 % resultiere. Da die belastende Situation zu Hause kaum zu verändern sei und die zervico- und thorakovertebralen Schmerzen schon chronifiziert seien, werde sich an dieser Einschränkung kurz- und auch mittelfristig kaum etwas ändern (...).

3.2 Das hiesige Gericht führte in Würdigung der medizinischen Berichte im Urteil vom 4. April 2005 Folgendes aus (Urk. 8/10 S. 8):

3.9 Aufgrund der medizinischen Berichte steht fest, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen Panvertebralsyndrom mit HWK4-Bogenschlussanomalie sowie an einer leichtgradigen zervikalen spinalen Stenose wie leichtgradigen degenerativen Veränderungen sowie an einer leichtgradigen Anstrengungsdyspnoe bei einem Status nach interstitieller Pneumopathie unbekannter Ätiologie im November 1999 leidet. Einhellig kamen die beurteilenden Ärzte zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die Tätigkeit als Hilfsspengler auf Dächern und Leitern nicht mehr im bisherigen Umfang zugemutet werden könne. Die ärztlichen Befunde lassen diese Folgerungen als nachvollziehbar erscheinen.

Was den Umfang der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit anbelangt, liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid auf die Beurteilung der Ärzte des R. \_\_\_, welche die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers als Hilfsspengler mit Tätigkeiten auf Dächern und Leitern mit retroflektiertem Kopf auf 30 % schätzten und davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit ohne Arbeiten auf Dächern oder Leitern, ohne längere Tätigkeiten mit retroflektiertem Kopf und ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen ganztags vollschichtig arbeitsfähig sei (...). Demgegenüber attestierte der behandelnde Arzt dem Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Dachdecker sowie als Hilfsarbeiter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (...). In einer leidensangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 50 % und ab November 2004 30 % arbeitsfähig (...).

Vom ihm zukommenden Beweiswert her ist das Gutachten des R. \_\_\_ stärker zu gewichten. Es basiert auf eingehenden und umfassenden Untersuchungen des Beschwerdeführers, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend, und die Schlussfolgerungen sind begründet. Dagegen ist die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ nicht gutachterlicher Natur, sondern aus Sicht des behandelnden Arztes und enthält keine wesentlichen Gesichtspunkte, welche von den Gutachtern nicht ebenfalls schon berücksichtigt worden sind. In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Zudem fällt auf, dass in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung invaliditätsfremde Faktoren, insbesondere die familiären Verhältnisse, mitberücksichtigt wurden. So führte er aus, dass die Belastungen am Arbeitsplatz, der zusätzlich lange Arbeitsweg, wie auch die unglückliche Situation zu Hause sich derart ungünstig auswirken würde, dass aktuell eine Arbeitsfähigkeit von nur 30 % resultiere. Da die belastende Situation zu Hause kaum zu verändern sei und die

zervico- und thorakovertebrogenen Schmerzen schon chronifiziert seien, werde sich an dieser Einschätzung kurz- und auch mittelfristig kaum etwas ändern (...). In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass die effektiv realisierte Arbeitsleistung nicht geeignet ist, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit in Frage zu stellen. Zu berücksichtigen ist sodann, dass PD Dr. H. \_\_\_ am 5. Januar 2001 erklärte, dass keine Befunde beständen, die eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit begründen würden (...). Seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit deckt sich damit mit jener der Gutachter des R. \_\_\_. Die Zumutbarkeitsbeurteilung des behandelnden Arztes genügt bei der gegebenen Aktenlage nicht, die in sich schlüssigen fachärztlichen Ergebnisse der Gutachter in Zweifel zu ziehen.

Den vom Beschwerdeführer gegen das Gutachten erhobenen Einwände (...) ist entgegenzuhalten, dass die Gutachter die Hals- und Nackenschmerzen sehr wohl beurteilten, führten sie doch aus, dass bezüglich der seit langem geklagten und mehrfach abgeklärten Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule sich als klinisches Korrelat eine angeborene Bogenschlussanomalie des vierten Halswirbelkörpers ohne radiologisch nachweisbare Instabilität finde (...). Was die geltend gemachten Abschwächungen der Zumutbarkeitsbeurteilung anbelangt, trifft es nicht zu, dass nur noch längere Tätigkeiten mit retroflektiertem Kopf ausgeschlossen werden. Vielmehr gehen die Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer Tätigkeit ohne Arbeiten auf Dächern oder Leitern, ohne längere Tätigkeiten mit retroflektiertem Kopf und ohne Tätigkeiten in Zwangspositionen ganztags vollschichtig arbeitsfähig sei (...). Den übrigen Einwänden des Beschwerdeführers ist entgegenzuhalten, dass es die Aufgabe des Facharztes ist, die Beurteilung nach den Regeln seines Faches vorzunehmen. Erhobene Befunde oder auch eine gestellte Diagnose vermögen für sich allein noch keine Invalidität zu begründen; ausschlaggebend ist immer die fachärztlich attestierte Auswirkung auf das Arbeitsvermögen. Ferner ist daran zu erinnern, dass die Tatsache, dass eine Expertise nicht im Sinne der versicherten Person ausgefallen ist, keinen hinreichenden Grund bildet, die Ergebnisse in Frage zu stellen (unveröffentlichter Entscheid des EVG i.S. B. vom 15. Januar 2001, U 288/99, Erw. 4b). Die Überprüfung der zahlreichen gegen das Gutachten des R. \_\_\_ vorgebrachten Einwände (...) führt zum Ergebnis, dass diese nicht zu überzeugen vermögen. Für ergänzende medizinische Abklärungen, wie sie der Beschwerdeführer beantragt, besteht somit keine Veranlassung.

Damit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer als Hilfsspengler mit Tätigkeiten auf Dächern und Leitern mit retroflektiertem Kopf 30 % und in einer Tätigkeit ohne Arbeiten auf Dächern oder Leitern, ohne längere Tätigkeit mit retroflektiertem Kopf und ohne Tätigkeit in Zwangspositionen ganztags vollschichtig arbeitsfähig ist. Wegen des Lungenleidens sollte der Beschwerdeführer keine Schwerarbeit verrichten (...).

3.3 Das bei der Q. \_\_\_ Gutachtenstelle (Q. \_\_\_) vom Beschwerdeführer in Auftrag gegebene Gutachten wurde am 20. März 2007 in Form einer von PD Dr. med. M. \_\_\_, Rheumatologie, verfassten und von ihm sowie Dr. med. N. \_\_\_, Neurologie FMH, Dr. med. O. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. P. \_\_\_, Neuropsychologie, unterzeichneten Interdisziplinären Beurteilung erstattet (Urk. 24/1a), dies unter Beilage einer von PD Dr. M. \_\_\_ erstellten Aktenzusammenfassung vom 12. März 2007 (Urk. 24/1b), einem neurologischen Teilgutachten von Dr. N. \_\_\_ vom 10.

Februar 2007 (Urk. 24/1c), einem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. O.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2007 (Urk. 24/1d), einem neuropsychologischen Teilgutachten von Dr. P.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2006 (Urk. 24/1e) und einem rheumatologischen Teilgutachten von PD Dr. M.\_\_\_\_ vom 12. März 2007 (Urk. 24/1f).

Î Î Î Î Î Î Î Î In der Interdisziplinären Beurteilung wurden folgende Diagnosen gestellt (Urk. 24/1a S. 2):

- zervikospondylogenes Syndrom und lumbovertebrales Syndrom bei Status nach Unfall 1999
- Kopfschmerzen im Rahmen des zervikospondylogenen Syndromes mit zum Teil migräniformen Exazerbationen bei Status nach Unfall und vorbestehenden Kopfschmerzschüben
- unspezifischer Belastungsschwindel
- Karpaltunnel-Syndrom links
- sonstige anhaltende affektive Störung (ICD-10: F34.8) im Sinne einer depressiven Störung bei Status nach Unfall 1999
- allgemein mittelschwer bis schwer reduziertes kognitives Leistungsniveau in durchwegs allen, insbesondere jedoch in den nonverbalen und handlungsbezogenen Bereichen
- deutlich herabgesetzte Belastbarkeit nebst erhöhter Ermüdbarkeit sowie ein generell deutlich verlangsamtes Arbeitstempo bei verminderter Fehlerkontrolle

Î Î Î Î Î Î Î Î Seit dem 1999 erlittenen Unfall leide der Beschwerdeführer an dokumentierten Nacken-/Kopfschmerzen; eher im Hintergrund sei die Schmerzhaftigkeit im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule (BWS und LWS). Die radiologische Abklärung habe keine Hinweise für eine anatomisch fassbare Läsion ergeben. In der klinischen Untersuchung zeige der Beschwerdeführer das klassische Schmerzbild einer verspannten zerviko-thorakalen Muskulatur (Urk. 24/1a S. 2 Mitte). Von Seiten des muskuloskelettalen Systems sei mithin die gleiche Diagnose wie bereits im Bericht der Klinik D.\_\_\_\_ vom 11. April 2000 zu stellen; daran habe sich seit 2000 nichts geändert (Urk. 24/1a S. 2 f.). Der einzige Unterschied sei, dass die Hyposensibilität im Bereich des Thorax und des Abdomens jetzt nicht mehr vorhanden sei. Zusätzlich habe Dr. N.\_\_\_\_ aus neurologischer Sicht die vorerwähnten Diagnosen (Kopfschmerzen, unspezifischer Belastungsschwindel, erhebliche neuropsychologische Auffälligkeiten, Karpaltunnel-Syndrom links; vgl. Urk. 24/1c S. 7 Ziff. 4) gestellt. Der Beschwerdeführer zeige also typische Schmerzbefunde mit auch Ausdehnung der Schmerzproblematik von primär der Halswirbelsäule als auch in die BWS und LWS, die nach Auffahrungsfällen gut bekannt sei und zu einem klassischen Bild der Fibromyalgie führen könne (Urk. 24/1a S. 3 oben).

Î Î Î Î Î Î Î Î Nebst dieser, trotz regelmäßiger analgetischer Behandlung nicht beherrschbaren Schmerzproblematik habe der Beschwerdeführer noch andere, im psychiatrischen und neuropsychologischen Teilgutachten detailliert dargestellte Probleme, so namentlich eine deutlich verminderte Leistungsfähigkeit, eine anhaltende affektive Störung im Gefolge des Unfalls sowie die in der Diagnoseliste genannten neuropsychologischen Einbußen (Urk. 24/1a S. 3 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese doch erheblichen Befunde schränkten die Lebensqualität des Beschwerdeführers deutlich ein und führten auch zu einer verminderten Arbeitsfähigkeit (Urk. 24/1a S. 3 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Frage der Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit seit 1999 bis zum Beurteilungszeitpunkt wurde auf die Beurteilung durch den Hausarzt verwiesen, welcher eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für realistisch halte (Urk. 24/1a S. 6 Ziff. 10a). Aktuell sei der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht (Neurologie/Rheumatologie) 50 % arbeitsfähig. Zusätzliche Handicaps gemäss den neuropsychologischen und psychiatrischen Untersuchungen bräuchten offensichtlich eine weitere Arbeitsunfähigkeit mit sich. Insgesamt führe das Krankheitsbild des Beschwerdeführers zu keiner vernünftigen verwertbaren Arbeitsfähigkeit mehr; mit 30 % Arbeitsfähigkeit und weniger könne er nicht mehr ins Erwerbsleben integriert werden (Urk. 24/1a S. 6 Ziff. 10b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. N. \_\_\_ führte in seiner Beurteilung im neurologischen Teilgutachten aus, der einzig objektivierbare neurologische Befund sei das Karpaltunnelsyndrom links, das jedoch keinen Invaliditätsgrund darstelle (Urk. 24/1c S. 8 oben). Letztlich seien aber für die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit die neurologischen Befunde im weiteren Sinne mit deutlichen neuropsychologischen Defiziten an erster Stelle (Urk. 24/1c S. 8 Mitte). Es sei etwas schwierig, sich die Gründe für den massiven neuropsychologischen Befund vorzustellen: Es finde sich kein Hinweis auf eine posttraumatische Schädigung im Bereich des Gehirns. Auch entsprächen sie nicht dem typischen Bild eines HWS-Distorsionstraumas (Urk. 24/1c S. 8 unten). Letztlich bestehe auch eine Diskrepanz zwischen dem raschen Verstehen und der guten Kooperation in der neurologischen Untersuchung zu den mittelschweren bis schweren kognitiven Defiziten, welche der Beschwerdeführer in der neuropsychologischen Untersuchung aufweise. Diese müsse somit etwas relativiert werden (Urk. 24/1c S. 8 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im psychiatrischen Teilgutachten führte Dr. O. \_\_\_ aus, im Vergleich zur psychiatrischen Beurteilung im Rahmen des R. \_\_\_-Gutachtens von 2003 habe sich insofern etwas geändert, als der Beschwerdeführer berichte, seit etwa einem Jahr belaste ihn der Tod seines Sohnes sehr regelmässig und häufig, was früher nicht der Fall gewesen sei (Urk. 24/1d S. 9 Mitte). Es lasse sich zwar auch heute keine stärkere ausgeprägte Depression diagnostizieren, indem die vorliegende depressive Symptomatik für die Diagnostizierung auch einer leichten Depression nach ICD-10 als zu wenig ausgeprägt anzusehen sei (Urk. 24/1d S. 9 unten). Dennoch betrachte der Gutachter die - einzeln genannten - Beschwerden als klinisch bedeutsam (Urk. 24/1d S. 9 f.).

#### **E. 4**

4.1 Ä Ä Ä Ä In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob aus dem vom Beschwerdeführer nachgereichten Q. \_\_\_-Gutachten im Vergleich zur Beurteilung im Urteil von 2005 auf eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes und insbesondere der sich daraus ergebenden Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit zu schliessen ist.

4.2 Ä Ä Ä Ä Im Urteil von 2005 wurde diesbezüglich, mit einlässlicher Begründung, auf die im R. \_\_\_-Gutachten von 2003 - und ausdrücklich nicht auf die für den Beschwerdeführer günstigeren Einschätzungen seines Hausarztes - abgestellt. Demnach sollte der Beschwerdeführer keine Schwerarbeit verrichten; für Tätigkeiten ohne Arbeiten auf Dächern oder Leitern, ohne lässigere Tätigkeit mit retroflektiertem

Kopf und ohne Tätigkeit in Zwangspositionen wurde er als ganztags vollschichtig arbeitsfähig eingestuft.

4.3.4 In der interdisziplinären Beurteilung hielt PD Dr. M. \_\_\_ im März 2007 fest, von Seiten des muskuloskelettalen Systems sei die gleiche Diagnose zu stellen wie bereits im Jahr 2000; daran habe sich - ausser einem weggefallenen Beschwerdeaspekt - nichts geändert. Bezugnehmend auf die Diagnosen aus neurologischer Sicht führte er weiter aus, der Beschwerdeführer zeige typische Schmerzbefunde, die zum klassischen Bild der Fibromyalgie führen könnten. Zusammen mit den psychiatrischen und neuropsychologischen Aspekten (auf die sogleich einzugehen ist) ergeben sich jedoch erhebliche Befunde, welche die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkten.

Im neurologischen Teilgutachten wurde ausgeführt, der einzige objektivierbare neurologische Befund sei ein nicht invalidisierendes Karpaltunnelsyndrom. Für die laut neuropsychologischer Untersuchung erheblichen Defizite sei es schwierig, sich Gründe vorzustellen, zumal - unter anderem - sie nicht mit den in der neurologischen Untersuchung festgestellten Kapazitäten des Beschwerdeführers übereinstimmen.

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde festgehalten, es lasse sich entsprechend den ICD-10-Kriterien keine, auch keine leichte, Depression diagnostizieren. Dennoch würden die Befunde als klinisch bedeutsam erachtet.

4.4.4 Beim Vergleich der Ausführungen in der von PD Dr. M. \_\_\_ verfassten interdisziplinären Beurteilung mit den Teilgutachten fällt eine ausgesprochene Akzentverschiebung ins Auge. In den Teilgutachten festgehaltene Beobachtungen und tendenziell mitunter kritische Beurteilungen seitens der Teilgutachter scheinen im Zusammenfassungsprozess verloren gegangen zu sein. Von ihnen findet sich, im Unterschied zu den Teilgutachten, in der Beurteilung durch PD Dr. M. \_\_\_ keine Spur mehr, so dass sie ohne genaues Studium der Teilgutachten unberücksichtigt bleiben würden. In die Gesamtbeurteilung Eingang gefunden haben lediglich die empathischen, dem wohl zu vermutenden Interesse des auftraggebenden Beschwerdeführers zuträglichen Aspekte der teilgutachterlichen Beurteilungen.

Dies wird offensichtlich dem Sinn einer zusammenfassenden Beurteilung nicht gerecht. Diese sollte eine möglichst objektivierte Gesamtschau darstellen und nicht eine bloss Kombination der für den Auftraggeber günstigen Aspekte, während alle übrigen - ebenfalls bedeutsamen - Aspekte in den Teilgutachten verborgen bleiben.

Diesem Objektivitätsanspruch genügt das Q. \_\_\_-Gutachten aus den genannten Gründen nicht. Es sind deshalb Zweifel angebracht, ob die Gutachter die erforderliche Neutralität gegenüber dem auftraggebenden Beschwerdeführer zu wahren vermocht haben, oder ob sie umgekehrt in der Erwartung, sie würden sich als verständnisvoll erweisen, mit der Begutachtung beauftragt wurden.

#### E. 4.5

Materiell bleibt in Berücksichtigung des Q. \_\_\_-Gutachtens festzuhalten, dass bezüglich des muskuloskelettalen Systems seit 2000 keine Veränderung eingetreten ist, die gezeigten neuropsychologischen Einbussen aus neurologischer Sicht ausgesprochen fragwürdig erscheinen und aus psychiatrischer Sicht weiterhin keine - auch leichte -

Depression diagnostiziert werden konnte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bemerkenswert ist auch, dass von dem beschwerdeweise ins Feld geführten Ohrenleiden (vgl. Urk. 1 S. 8 Ziff. 4.7) - wie schon im R.\_\_\_\_-Gutachten - auch im Q.\_\_\_\_-Gutachten nicht die Rede ist.

4.6 Ä Ä Ä Ä Die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit wurde im Q.\_\_\_\_-Gutachten zurückerhaltender beurteilt als im R.\_\_\_\_-Gutachten, auf welches das Gericht im Urteil von 2005 mit entsprechender Begründung abgestellt hat.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ausser der Feststellung im psychiatrischen Teilgutachten, der Beschwerdeführer äussere eine Sorge, die er anlässlich der R.\_\_\_\_-Begutachtung noch nicht gehabt habe, fehlt im Q.\_\_\_\_-Gutachten jegliche Bezugnahme auf das - geschweige denn Auseinandersetzung mit dem - R.\_\_\_\_-Gutachten, dies abgesehen von seiner Erwähnung in der Aktenzusammenfassung (vgl. Urk. 24/1b S. 5 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Umso bemerkenswerter ist deshalb, mit welcher Begründung aus den bereits erwähnten Befunden auf eine Arbeitsfähigkeit von 30 % oder weniger geschlossen wurde. Den Angelpunkt bildete der Hinweis auf die Beurteilung durch den Hausarzt, der eine Arbeitsfähigkeit von 50 % Änfür realistisch halteÄ. Zusätzlich veranschlagt wurden sodann Einschränkungen aus neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dass die Beurteilung des Hausarztes vorliegend von seiner auftragsrechtlichen Vertrauensstellung geprägt ist und darauf gerade deshalb nicht abgestellt werden kann, wurde bereits im Urteil von 2005 - das in der Aktenzusammenfassung nicht erwähnt ist (vgl. Urk. 24/1b S. 4 f.) - dargelegt. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung sodann wurden vom neurologischen Teilgutachter dahingehend gewürdigt, dass im Ergebnis nicht auf sie abgestellt werden kann. Nicht näher begründet und nicht nachvollziehbar ist schliesslich, inwiefern aus psychiatrischer Sicht eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultieren sollte, wenn sich - gemäss Teilgutachten - nicht einmal eine leichte Depression diagnostizieren liess.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt erweist sich die im Q.\_\_\_\_-Gutachten behauptete annähernd vollständige Arbeitsunfähigkeit auch in leidensangepasster Tätigkeit als nicht vereinbar mit den erhobenen Befunden und den - in der zusammenfassenden Beurteilungen nur selektiv berücksichtigten - Feststellungen in den Teilgutachten, als an die (im Urteil von 2005 als nicht überzeugend eingestufte) hausärztliche Beurteilung angelehnt, und als in keiner Weise begründete Abweichung von der (im Urteil von 2005 als schlüssig erachtete) Einschätzung im R.\_\_\_\_-Gutachten. Die im Q.\_\_\_\_-Gutachten vorgenommene Beurteilung ist deshalb weder nachvollziehbar noch überzeugend, sondern letztlich nur verständlich unter Berücksichtigung der Auftragslage, womit dem Q.\_\_\_\_-Gutachten (auch; vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 5. Januar 2007, Nr. UV.2005.00370) vorliegend die Eignung abgeht, als Entscheidungsgrundlage zu dienen.

#### **E. 4.7**

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass sich im Vergleich zu den diesbezüglichen Feststellungen im Urteil von 2005 nichts von Relevanz geändert hat und dass auch die Beurteilung, wonach in leidensangepasster Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist, unverändert bleibt.

## E. 5

5.1. Die Beschwerdegegnerin ging von einem hypothetischen Valideneinkommen im Jahr 2003 von Fr. 60'400.-- aus (Urk. 2 S. 2 unten). Den gleichen Betrag verwendete auch der Beschwerdeführer, der ein Invalideneinkommen von Fr. 41'013.-- postulierte und damit einen Invaliditätsgrad von 32 % ermittelte (Urk. 1 S. 4 Ziff. 3.6): Beim genannten Valideneinkommen und dem postulierten Invalideneinkommen beträgt nämlich die Einkommenseinbusse Fr. 19'387.--, was rund 32 % des Valideneinkommens entspricht.

Somit ist in Übereinstimmung mit den Parteien von einem Valideneinkommen von Fr. 60'400.-- im Jahr 2003 auszugehen.

5.2. Dem Beschwerdeführer steht in Berücksichtigung des medizinischen Anforderungsprofils noch ein weites Spektrum möglicher Tätigkeiten offen, so dass es gerechtfertigt ist, das hypothetische Invalideneinkommen unter Verwendung des im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielten Lohnes zu bestimmen.

Gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) betrug dieses Einkommen im Jahr 2002 Fr. 4'557.-- im Monat (LSE 2002, S. 43, Tab. TA1, Total, Niveau 4), entsprechend Fr. 54'684.-- im Jahr (Fr. 4'557.-- x 12).

Dieser Betrag ist, da auf der Basis von 40 Wochenstunden ermittelt, auf die durchschnittliche Arbeitszeit umzurechnen (BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2), welche im Jahr 2003 41.7 Stunden betrug (Die Volkswirtschaft 11/2007, S. 98, Tabelle B9.2). Sodann ist er der Nominallohnentwicklung anzupassen (BGE 129 V 410 Erw. 3.1.2), die im Indexstand von 1'933 (2002) und 1'958 (2003) zum Ausdruck kommt (Die Volkswirtschaft 11/2007, S. 99, Tabelle B10.3, Männer).

Schliesslich kann der Umstand, dass dem Beschwerdeführer keine körperlich schweren Arbeiten mehr möglich sind und im Rahmen leichter Tätigkeiten gewisse Restriktionen bestehen, mittels eines Abzugs von bis zu 25 % berücksichtigt werden (vgl. BGE 129 V 481 f. Erw. 4.2.3). Die Bestimmung der Höhe des Abzugs im Einzelfall ist eine typische Ermessensfrage (vgl. BGE 132 V 399 Erw. 3.3) und das kantonale Gericht hat sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an Stelle desjenigen der Verwaltung zu setzen (Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 14. Juli 2006 i.S. O., I 337/06).

Die Beschwerdegegnerin hat einen Abzug von 10 % vorgenommen (Urk. 2 S. 2 f.). Es sind keine Gründe ersichtlich oder überzeugend dargetan, daran etwas zu ändern; insbesondere geht der Hinweis des Beschwerdeführers auf einen - nunmehr nicht einmal von den Q.-Gutachtern festgestellten - Gehaltsschaden (Urk. 1 S. 5 oben, S. 8 Ziff. 4.7) fehl. Somit hat es mit dem Abzug von 10 % sein Bewenden.

In Anwendung der vorstehend genannten Berechnungsfaktoren beläuft sich das hypothetische Invalideneinkommen im Jahr 2003 auf rund Fr. 51'971.-- (Fr. 54'684.-- : 40.0 x 41.7 : 1'933 x 1'958 x 0.9).

5.3. Der Vergleich des Valideneinkommens im Jahr 2003 von Fr. 60'400.-- mit dem Invalideneinkommen im Jahr 2003 von Fr. 51'971.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 8'429.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 14 % entspricht.



Vordergründig könnte die Formulierung „zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen“, dies ist einzuräumen, tatsächlich so verstanden werden, als sei völlig losgelöst von der Frage der Anspruchsvoraussetzungen ein Anspruch auf berufliche Massnahmen festgehalten worden.

Jedoch erweist sich eine solche Lesart ohne weiteres als erstens unsinnig, zweitens (deshalb) gesetzeswidrig und drittens unvereinbar mit einer verständigen Lesart der fraglichen Erwägung in ihrem textlichen Zusammenhang:

6.3 In der fraglichen Erwägung wurde ausdrücklich festgehalten, dass sich die Anspruchsberechtigung auf berufliche Massnahmen nicht präzisieren lasse. Folglich wurden im damaligen Urteil die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit ein Anspruch auf berufliche Massnahmen besteht, nicht geäußert, geschweige denn bejaht, sondern die Rückweisung erfolgte gerade im Hinblick auf die von der Beschwerdegegnerin vorzunehmende entsprechende Prüfung. Dass dennoch von der „Durchführung“ beruflicher Massnahmen die Rede war, ist ein offenkundiges redaktionelles Versehen, denn richtig hätte es „zur Prüfung und allfälligen Durchführung“ heissen müssen.

Wenn der Beschwerdeführer bestrebt ist, aus dieser Formulierungslücke in einer Passage der Urteilsentscheidungen einen Kasus zu machen, so ist ihm dies an sich unbenommen; in der Sache weiterführend ist es jedenfalls nicht.

Die richtige Bedeutung der missverständlich formulierten Textpassage ist jeder durchschnittlichen Leserin ohne weiteres einsichtig. Dementsprechend hat auch die Beschwerdegegnerin das Urteil von 2005 sachlich durchaus richtig verstanden und nicht unbeschwerlich berufliche Massnahmen verweigert, sondern - anders als im vorangegangenen Verfahren - abgeklärt, ob ein Anspruch darauf bestehe. Dass sie dies nunmehr verneint hat, entspricht zwar nicht den Begehren des Beschwerdeführers, ist aber trotzdem nicht im Widerspruch zum Urteil vom 4. April 2005.

5.4 Somit bleibt zusammenfassend festzustellen, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Umschulung zu Lasten der Beschwerdegegnerin und angesichts des Invaliditätsgrades von 14 % klarerweise auch keinen Rentenanspruch hat.

Der angefochtene Entscheid erweist sich damit als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Claudia Schaumann

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. und 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 zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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