

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00932 vom 25. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00932

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00932 du 25 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00932 del 25 febbraio 2011

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung gestützt auf das G.____-Gutachten von einer Restarbeitsfähigkeit von 100 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit November 2005 aus und errechnete einen Invaliditätsgrad von 20 % (Urk. 2 S. 1 f.). Daran hielt sie in der Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2009 fest (Urk. 6).

2.2. Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, er sei seit November 2005 aufgrund von Rückenbeschwerden als Landschaftsgärtner vollständig arbeitsunfähig. Die zusätzlichen Beeinträchtigungen aufgrund des Messerstiches hätten bei der jetzt vorliegenden Arbeitsunfähigkeit keine Bedeutung mehr, die angefochtene Verfügung sei jedoch zu früh erfolgt, da die möglichen und notwendigen Abklärungen noch nicht abgeschlossen seien (Urk. 1 S. 2). Zutreffend sei, dass der Bericht der Uniklinik Z.____ vom 25. Juni 2009 im Wesentlichen nichts Neues vorbringe. Allerdings werde eine ungeklärte Situation beschrieben und weitere Abklärungen als notwendig erachtet (Urk. 1 S. 2 f.). Neben dem Rückenproblem habe sich ein Problem mit dem linken Knie eingestellt, welches trotz Gelenksinfiltration nicht beeinflusst werden könne (Urk. 1 S. 3).

2.3. Strittig und zu prägen ist, ob der medizinische Sachverhalt genügend abgeklärt wurde und damit über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers entschieden werden kann, oder ob ergänzende Abklärungen notwendig sind.

E. 3

3.1. Nach einer Untersuchung in der Wirbelsäulensprechstunde der Uniklinik Z.____ diagnostizierten Dr. med. A.____ und Dr. med. B.____ in ihrem Bericht vom 28. März 2006 eine chronische Lumboischialgie links bei Spondylarthrose L3/4 sowie lateraler Recessusstenose L3/4. Die Prognose sei unklar, wohl eher als ungünstig zu beurteilen. Solange kein neurologisches Defizit bestehe, könne dem Beschwerdeführer mit einer Operation nicht geholfen werden. Es werde daher weiterhin Physiotherapie und Analgesie empfohlen. Die Arbeitsfähigkeit hänge primär vom Beschwerdebild ab (Urk. 7/10/7).

3.2. Nach der in der Nacht vom 13. auf den 14. Mai 2006 erlittenen Stichverletzung am oberen Rippenbogen links wurde der Beschwerdeführer mehrfach ärztlich untersucht und operiert. Nachdem die entsprechenden medizinischen Berichte (Urk. 7/17/1-8, Urk. 7/17/12-24, Urk. 7/21/73-79, Urk. 7/21/82-90, Urk. 7/30/4-5, Urk. 7/30/7) keine für die vorliegend zu beurteilenden Fragen relevanten Angaben enthalten

und der Beschwerdeführer überdies selber ausführte, die Beeinträchtigungen aufgrund des Messerstiches hätten bei der jetzt vorliegenden Arbeitsunfähigkeit keine Bedeutung mehr (Urk. 1 S. 2), kann auf die detaillierte Wiedergabe dieser Berichte verzichtet werden.

3.3 In ihrem Bericht vom 10. Januar 2007 nannten Dr. med. C.____, Leitender Arzt, und Dr. med. D.____, Assistenzarzt, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, Stadtspital E.____, folgende Diagnosen (Urk. 7/17/9):

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- Spinalkanalstenose L3/4, mäßig ausgeprägt ohne Nervenwurzelkompression
- Status nach Nervenwurzel- (L4 und L5 links), Fazettengelenksinfiltrationen L3/4 und L4/5 links und epidurale Infiltrationen L3/4, alle 2005 ohne Besserung
- Neurophysiologisch ohne Korrelat
- Schmerzchronifizierung und Ausweitung, Waddell 4/5 positiv
- Abdominalbeschwerden bei Status nach penetrierendem Trauma thorakal links Mai 2006
- Vitamin D-Mangel
- Hypophosphatämie

Betreffend die Rückenbeschwerden bestehe aufgrund des radiologischen Befundes ein gewisses Krankheitspotential, bei doch klar positiven Waddellzeichen mit ausgeprägtem Schmerzgehalt müsse jedoch von einer relevanten Schmerzverarbeitungsstörung ausgegangen werden (Urk. 7/17/10).

3.4 Die Hausärztin Dr. med. F.____, FMH Physikalische Medizin, hielt in ihrem Bericht vom 29. Mai 2007 bei im Wesentlichen unveränderten Diagnosen fest, der Beschwerdeführer werde nach wie vor konservativ behandelt. Nach Abklingen der abdominalen Symptome sei jedoch eine Dekompression L3/4 ernsthaft zu diskutieren (Urk. 7/18 Ziff. 8). In seiner letzten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig (Ziff. 11.4). Eine angepasste Tätigkeit sei ihm zumutbar, jedoch nicht vollschichtig (Ziff. 11.5-6).

Ebenfalls am 29. Mai 2007 führte Dr. F.____ ergänzend aus, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer in einem Pensum von 50 % zumutbar (Urk. 7/19/6).

Am 5. Mai 2008 teilte Dr. F.____ sodann mit, der Beschwerdeführer sei vom Unfall her ab 1. Mai 2008 zu 100 % arbeitsfähig. Wegen einem Rückenleiden sei er reduziert belastbar und die Arbeitsfähigkeit beziehe sich auf eine rückenadaptierte Tätigkeit (Urk. 7/30/2).

3.5 Am 9., 14. und 15. Oktober 2008 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Beschwerdegegnerin im Medizinischen Zentrum G.____ (G.____) interdisziplinär begutachtet. Die verantwortlichen Ärzte stützten sich dabei auf die Anamnese, eigene internistische, rheumatologische sowie psychiatrische Untersuchungen und Befunde sowie die vorhandenen Akten (Urk. 7/36 S. 1). In ihrem Gutachten vom 11. Dezember 2008 nannten sie sodann folgende Diagnosen (S. 39 Ziff. 6.1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont

- myostatische Insuffizienz
- Fehlhaltung
- diskrete Facettengelenksarthrose LWK3/4, LWK4/5 und LWK5/SWK1 beidseits
- anlagebedingter, etwas enger Spinalkanal mit diskreter zentraler Spinalkanalstenosierung LWK3/4 wegen Segmentdegeneration ohne Nervenwurzelkompression
- aktuell ohne radikuläre Symptomatik und ohne weiteres nachweisbares pathologisch-anatomisches Korrelat

Die internistische Untersuchung habe keine Befunde ergeben, welche eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers begründen könnten. Aus rheumatologischer Sicht könnten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nur zu einem sehr geringen Teil aus den genannten Diagnosen erklärt werden. Es bestehe eine auffällige Diskrepanz zwischen den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden und den demonstrierten Beschwerden und Schmerzen. Der die Arbeitsfähigkeit limitierende Gesundheitsschaden lasse sich durch die eingeschränkte Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule formulieren. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit liege jedoch aus rheumatologischer Sicht kein Gesundheitsschaden vor, welcher eine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit begründen könnte. Aus psychiatrischer Sicht sodann würden sich keine Symptome herausarbeiten lassen, welche die Diagnose einer psychischen Erkrankung rechtfertigen würden (S. 42 f. Ziff. 7.3).

Insgesamt lasse sich aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht für die zuletzt ausgeübte körperlich schwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren. Hingegen bestehe sowohl aus rheumatologisch-orthopädischer als auch aus psychiatrischer Sicht für eine behinderungsangepasste, leichte bis mittelschwere Tätigkeit, ohne mehr als gelegentliches Arbeiten über der Armhorizontalen sowie in Zwangshaltungen keine dauerhafte Limitierung der Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 7.4). Retrospektiv sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Rückenschmerzen seit November 2005 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Aus internistisch-chirurgischer Sicht habe eine volle Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisationen im Mai/Juni 2006, im März und April 2007 sowie im März 2008 bestanden. Seit März 2008 bestehe aus internistisch-chirurgischer Sicht eine vollständige Remission mit voller Arbeitsfähigkeit (S. 44 Ziff. 7.5).

In ihrem Bericht vom 22. Mai 2009 nannten Prof. Dr. med. H.____, Chefarzt Rheumatologie, und Dr. med. I.____, Assistenzarzt, Orthopädie, Uniklinik Z.____, folgende Diagnosen (Urk. 3/3 S. 1):

- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- Kniegelenkerguss links unklarer Zuordnung
- Knick-/Senkfalte beidseits

Klinisch würden sich zum jetzigen Zeitpunkt keine Hinweise für eine radikuläre Symptomatik finden. Allenfalls bestehe intermittierend eine Reizsymptomatik L5 links. MR-tomographisch habe sich keine Kompression der Nervenwurzeln gefunden. Das lumbospondylogene Schmerzsyndrom werde als weitgehend mechanisch bedingt beurteilt. Nachdem die ambulanten Massnahmen mit Physiotherapie und Infiltration ausgeschöpft seien, werde ein stationärer Aufenthalt von zwei bis drei

Wochen in der rheumatologischen Klinik empfohlen (S. 2).

3.7. Nach einer Untersuchung in der Kniesprechstunde nannte PD Dr. med. J. ____, Teamleiter Stellvertreter, Orthopädie, Uniklinik Z. ____, in seinem Bericht vom 18. Juni 2009 folgende Diagnosen (Urk. 3/4 S. 1):

- unklare Knieschmerzen links

- Status nach Tibiamarknagelung vor 20 Jahren

- chronische Lumboischialgien links bei mediolateraler Diskusprotrusion L4/5 und nicht signifikanter Spinalkanalstenose L3/4, L4/5

Es liege eine sehr unklare Schmerzsituation bei schwieriger sozialer Arbeitssituation vor. Da die Gelenksinfiltration keinerlei Beschwerdelinderung gebracht habe, sei nicht von einer intraartikulären Problematik auszugehen, was sich mit dem MRI-Befund und dem klinischen Untersuchungsbefund absolut decke. Aufgrund der sehr symmetrischen Muskeltrophik und dem hinkfreien Gangbild sei eher von einer Wirbelsäulenproblematik oder aber auch funktionell überlagerten Problematik auszugehen. Es sei die Zuweisung in eine Kniesprechstunde zu evaluieren (S. 2).

3.8. Nach einer Hospitalisation vom 9. bis 26. Juni 2009 diagnostizierte Dr. med. K. ____, Assistenzärztin, Physikalische Medizin und Rheumatologie, Uniklinik Z. ____, in ihrem Bericht vom 25. Juni 2009 im Wesentlichen das chronische lumbospondylogene Schmerzsyndrom links, Knieschmerzen links unklarer Zuordnung sowie Knick-/Senkfälle beidseits. Die Beschwerden hätten durch die intensiven physiotherapeutischen Behandlungen während des Spitalaufenthaltes nicht beeinflusst werden können. Medizinisch-theoretisch sei nach dem Aufenthalt aus rheumatologischer Sicht für eine wechselbelastende leichte Tätigkeit eine initial 50%ige Arbeitsfähigkeit und im Verlauf volle Arbeitsfähigkeit realistisch (Urk. 7/50).

E. 4

4.1. Unbestritten und aufgrund der vorliegenden medizinischen Berichte ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner seit November 2005 vollständig arbeitsunfähig ist. Gemäss den eigenen Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) verursacht die in der Nacht vom 13. auf den 14. Mai 2006 erlittene Stichverletzung sodann keine Beschwerden mehr, welche zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit führen würden. Dies deckt sich im Übrigen mit der Beurteilung durch die Hausärztin Dr. F. __ (Urk. 7/30/2) sowie die Ärzte des G. __ (Urk. 7/36 S. 42 f. Ziff. 7.3). Zu beurteilen ist damit einzig die Frage, ob dem Beschwerdeführer aufgrund der Rücken- und Kniebeschwerden eine behinderungsangepasste Tätigkeit zugemutet werden kann.

4.2. Zur Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit wurde der Beschwerdeführer im G. __ interdisziplinär begutachtet. Das G. __-Gutachten vom 11. Dezember 2008 erfüllt die praxisgemässen Kriterien (vgl. vorstehend Erwägung 1.5), so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Es ist somit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten, leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne mehr als gelegentliches Arbeiten über der Armhorizontalen sowie in Zwangshaltungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (Urk. 7/36 S. 44 Ziff. 7.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zu dieser Einschätzung gelangte im Übrigen auch die Hausärztin Dr. F. ____, welche am 5. Mai 2008 mitteilte, der Beschwerdeführer sei in einer rückenadaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 7/30/2). Ebenso führten die Ärzte im Stadtspital E. __ in einem im G. __-Gutachten zitierten, jedoch ansonsten nicht bei den Akten liegenden Bericht vom 25. April 2008 aus, falls schwere körperliche Arbeiten vermieden werden könnten, sei auch im angestammten Beruf eine Teilarbeitsfähigkeit gegeben. Für leichtere Tätigkeiten würden hingegen keine Einschränkungen bestehen (Urk. 7/36 S. 13).

4.3 Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es seien mit den Kniebeschwerden neue gesundheitliche Probleme aufgetreten und eine abschliessende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit zu früh erfolgt, kann dieser Argumentation nicht gefolgt werden. Zutreffend ist zwar, dass die Ärzte der Uniklinik Z. __ in ihrem Bericht vom 25. Juni 2009 nach einem stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 9. bis 26. Juni 2009 neben den auch im G. __-Gutachten genannten Diagnosen neu auf Knieschmerzen unklarer Zuordnung hinwiesen. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit gingen die Ärzte jedoch davon aus, dass im Verlauf nach einer initial 50%igen Arbeitsunfähigkeit für eine wechselbelastende, leichte Tätigkeit wieder eine volle Arbeitsfähigkeit realistisch sei (Urk. 7/50).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde neu eingereichten Berichte enthalten sodann keine neuen Diagnosen und keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit (Urk. 3/3-4). Die Ärzte betonten dabei, die ambulanten Massnahmen mit Physiotherapie und Infiltrationen seien ausgeschöpft (Urk. 3/3 S. 2) und bezüglich der Kniebeschwerden liege eher eine Wirbelsäulenproblematik oder aber auch eine funktionelle Überlagerung vor. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers sind somit von weiteren Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, nachdem die Ärzte trotz der geklagten Kniebeschwerden keine bleibenden Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit attestierten und bezüglich der Rückenbeschwerden die Therapiemöglichkeiten für ausgeschöpft hielten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sollten sich die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers dennoch ändern und sich neue Tatsachen ergeben, hat der Beschwerdeführer ein neues Gesuch bei der Invalidenversicherung einzureichen.

4.4 Ä Ä Ä Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt demnach als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Landschaftsgärtner seit November 2005 nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch eine behinderungsangepasste, körperlich leichte Tätigkeit ohne mehr als gelegentliches Arbeiten über der Armhorizontalen sowie in Zwangshaltungen in einem Pensum 100 % zugemutet werden kann.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen.

5.2 Ä Ä Ä Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung

Die Ermittlung des Invalideneinkommens ist somit vom mittleren Lohn für Männer, die einfache und repetitive Arbeiten ausführen (Zentralwert), auszugehen. Dieser belief sich im Jahre 2006 auf monatlich Fr. 4'732.-- (LSE 2006, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, TA1, Total), mithin 56'784.-- pro Jahr (Fr. 4'732.-- x 12). Unter Berücksichtigung der Nominallohnerhöhung von 1.6 % für das Jahr 2007 einer wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt sich damit für das Jahr 2007 ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 60'144.-- (Fr. 56'784.-- x 1.016 : 40 x 41.7).

5.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin ging aufgrund der mittelschweren Beeinträchtigungen davon aus, dass das Tätigkeitsspektrum klar eingeschränkt sei, und nahm einen Abzug von 20 % vor (Urk. 7/38 S. 2). Dieser Abzug trägt den Gegebenheiten des vorliegenden Falles grosszügig Rechnung.

5.5 Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 20 % ergibt sich somit ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 48'115.-- (vorstehend Erwägung 5.3; Fr. 60'144.-- x 0.8), mithin bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'803.-- (vorstehend Erwägung 5.2) eine Einkommenseinbusse von Fr. 6'688.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 12 % entspricht und damit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet.

Dies führt zur Bestätigung der angefochtenen Verfügung und Abweisung der Beschwerde.

6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach

dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem 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:

- Rechtsanwalt Marco Mona

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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).

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