

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01119 vom 25. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01119 du 25 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01119 del 25 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1950 geborene, aus '___' ('___' bzw. '___') stammende X. verfiert über eine Grundschulausbildung und hat keinen Beruf erlernt. Ab 1971 war er zunächst sporadisch und ab 1978 dauernd in der Schweiz erwerbstätig, wo er inzwischen über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (vgl. Urk. 6/6, 6/13, 6/32, 6/35/197, 6/38 und 6/41).

1.2 Am 11. Mai 1982 zog sich X. anlässlich seiner damaligen Arbeitstätigkeit im Baunebengewerbe (Kunststoffabdichtungen) bei einem Leitersturz multiple Fuss- und Armverletzungen zu (Pilon-Tibiafraktur links, Radiusknöchelchenfraktur links und Calcaneusfraktur rechts), welche teilweise operativ versorgt werden mussten (vgl. Urk. 6/11/36-40, 6/35/248-249, 6/35/251-274 und 6/35/279-284). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA), wo er in seiner Eigenschaft als Angestellter der seinerzeitigen Y. AG (nachmals: '___' AG bzw. '___' AG) obligatorisch unfallversichert war, erbrachte ihm daraufhin die gesetzlichen Leistungen (Taggeld, Heilbehandlung). Da er seiner angestammten Tätigkeit nicht mehr zufriedenstellend nachkommen konnte, wurde das Anstellungsverhältnis arbeitgeberseits per Ende Dezember 1983 aufgelöst (Urk. 6/35/246-247; vgl. Urk. 6/35/195 und 6/35/250). Unter anderem gestützt auf ein Gutachten des Spitals Z. (Chirurgische Klinik B/Poliklinik) vom 15. November 1983 (Prof. Dr. med. A. ___ und Dr. med. B. ___; Urk. 6/35/233-240) sowie kreisärztliche Beurteilungen vom 11. Januar und 24. Februar 1984 (Dr. med. C. ___; Urk. 6/35/228-230) wurde X. schliesslich mit SUVA-Verfügung vom 28. März 1984 (Urk. 6/35/218-219) eine Invalidenrente der Unfallversicherung auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 15 % mit Wirkung ab 1. April 1984 sowie eine Integritätsentschädigung nach Massgabe einer Integritätseinbusse von 10 % zugesprochen. Auf Einsprache vom 30. April 1984 (Urk. 6/35/211-215) hin wurde - nach Vornahme ergänzender Abklärungen (Bericht des Spitals Z., Departement Chirurgie/Klinik für Unfallchirurgie, vom 18. Juni 1985 [Dr. med. D. ___; Urk. 6/35/202-205] und SUVA-interne Aktenbeurteilungen der Medizinischen Abteilung/Gruppe Unfallmedizin vom 24./27. Juni 1985 [Dr. med. E. ___; Urk. 6/35/200-201] bzw. 3. Dezember 1985 [Dr. med. F. ___, Spezialarzt für Chirurgie; Urk. 6/35/190-193]) - mit Entscheid vom 13. Dezember 1985 (Urk. 6/35/184-189) die Invalidenrente auf 25 % und die Integritätsentschädigung auf 15 % erhöht (vgl. Urk. 6/35/181-183).

Am 30. Juni 1986 zog sich X. bei einem Treppensturz eine Armverletzung rechts zu (nichtdislozierte Radiusfraktur und nichtdislozierte Fraktur des Processus styloideus ulnae), deren konservative Behandlung im Oktober 1986 ebenso folgenlos abgeschlossen werden

konnte wie diejenige einer am 5. August 1986 im Heimatland beim Sturz von einem Anhängen zugezogenen linksseitigen Arm- und Handverletzung (distale Ulnafraktur und wahrscheinliche Fraktur des Processus styloideus ulnae sowie Fraktur des distalen Karpifchens der Mittelphalanx des Ringfingers; vgl. Urk. 6/35/178-180).

Von der SUVA in den Jahren 1988 und 1991 vorgenommene Rentenüberprüfungen führten zur Anspruchsbestätigung (Invaliditätsgrad: 25 %; Mitteilungen vom 16. Juni 1988 [Urk. 6/35/177] und 10. Juli 1991 [Urk. 6/35/168]; vgl. Urk. 6/35/169-176).

Am 31. Juli 1992 erlitt der inzwischen seit März 1987 via die Temporärfirma G. AG in der Busmontage für die Firma H. vollerbstätige X. bei einem Sturz eine Rückenverletzung (Prellung der unteren Lendenwirbelsäule [LWS]), wobei er gleichzeitig über eine Exazerbation der seit 1982 persistierenden Fussbeschwerden links klagte (Urk. 6/35/161-166); sodann kam es am 10. Mai 1993 zu einem Supinationstrauma mit Distorsion des linken Sprunggelenks (Urk. 6/35/151; vgl. Urk. 6/149). In Kenntnis dessen setzte die SUVA mitunter gestützt auf den Kreisarztbericht vom 5. August 1992 (Dr. med. I., Facharzt für Chirurgie; Urk. 6/11/25-28 und 6/35/155-158) die Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Januar 1994 auf 10 % herab (Verfügung vom 7. Dezember 1993 [Urk. 6/35/137-138]). Kurz darauf übertrat sich X. am 16. Dezember 1993 abermals den linken Fuss (Urk. 6/35/136; vgl. Urk. 6/35/100-101 und 6/35/131). Am 10. Februar und 8. September 1994 fanden kreisärztliche Untersuchungen (durch Dr. I.; Urk. 6/11/20-24, 6/35/93-95 und 6/35/125-126) mit radiologischen Abklärungen (LWS und linker Fuss; Urk. 6/35/96 und 6/35/124) statt, worauf in vergleichsweiser Erledigung der am 10. Januar 1994 erhobenen (Urk. 6/35/113-115) und am 17. Mai 1994 ergänzten (Urk. 6/35/105-107) Einsprache gegen die verfügte Rentenherabsetzung mit Wirkung ab 1. Januar 1994 ein Invaliditätsgrad 20 % vereinbart wurde (Vergleich vom 19. Mai/15. Juni 1995 [Urk. 6/35/84] und Vollzugsverfügung vom 6. Juli 1995 [Urk. 6/35/81-82]; vgl. Urk. 6/35/13-14). In der Folge verlor X. per Ende Juni 1994 aus wirtschaftlichen Gründen seine Arbeitsstelle als Busmonteur (vgl. Urk. 6/35/103).

Am 29. Juli 1997 fand eine ambulante Untersuchung wegen Schulter- sowie LWS- und Beckenbeschwerden im Spital Z. statt (Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin; Zusammenfassung der Dres. med. J. und K., vom 31. Juli 2007 [Urk. 6/11/31-32]).

Eine von der SUVA Anfang Dezember 1998 eingeleitete Leistungsüberprüfung erbrachte keine rententängierende Änderung der Verhältnisse (Invaliditätsgrad: 20 %; vgl. Urk. 6/35/74-76).

Nach zwischenzeitlichem Bezug von Arbeitslosenversicherungsleistungen und Ausübung verschiedener Zwischenverdiensttätigkeiten war X. in den Jahren 2000/01 teilzeitig (80 %) als Elektro-Hilfsmonteur bei der Firma L. erwerbstätig (vgl. Urk. 6/13/1-2, 6/32/2-3 und 6/35/69).

Im Zuge einer weiteren Leistungsüberprüfung durch die SUVA fand am 8. Januar 2002 eine zur Rentenbestätigung (Invaliditätsgrad: 20 %; Mitteilung vom 1. März 2002 [Urk. 6/35/60]) führende kreisärztliche Untersuchung (durch Dr. I.; Bericht vom 5. Februar 2002 [Urk. 6/10/2-4, 6/11/17-19, 6/35/6-8 und 6/35/65-67]) mitsamt radiologischer Abklärungen (oberes Sprunggelenk [OSG] sowie Mittel- und Vorfuss links; Befundbericht von Dr. med. M., Spezialarzt für Röntgendiagnostik, vom 8. Januar 2002 [Urk. 6/10/5 und 6/35/68]) statt.

Im Juli 2002 machte der seit Dezember 2001 arbeitslose (vgl. Urk. 6/13/1, 6/32/3 und 6/14) X.____ eine am 1. Mai 2002 bei einem Sturz (Stolpern wegen einer plötzlichen Schwäche im linken Fuss) zugezogene Handgelenksverletzung rechts geltend (Urk. 6/35/61-62), worauf nach radiologischen Abklärungen (Befundberichte des Instituts N.____ vom 22. Mai 2002 [Dr. M.____; Urk. 6/11/34] und 20. September 2002 [Dr. med. O.____, Spezialarzt für Röntgendiagnostik; Urk. 6/11/33]) und einer Konsultation im Spital Z.____ (Departement Chirurgie/Klinik für Wiederherstellungschirurgie; Bericht der Dres. med. P.____ und Q.____ vom 13. November 2002 [Urk. 6/11/29-30]) mehrere kreisärztliche Untersuchungen durchgeführt wurden (Berichte von Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 27. September 2002 [Urk. 6/11/14-16], 13. Januar 2003 [Urk. 6/11/9-10], 17. April 2003 [Urk. 6/11/11-13] und 9. Mai 2003 [Urk. 11/7-8]). Ausserdem fand Anfang September 2002 wegen eines chronischen Cervicalsyndroms links eine röntgenologische Abklärung der Halswirbelsäule (HWS) statt (Befundbericht des Instituts N.____ vom 6. September 2002 [Dr. O.____; Urk. 6/11/35]).

Nachdem am 30. Juni 2005 eine auf Bestätigung des laufenden Rentenanspruchs (Invaliditätsgrad: 20 %) lautende SUVA-Mitteilung ergangen war (Urk. 6/35/57), suchte der nunmehr ausgesteuerte (vgl. Urk. 6/14 und 6/37) und mittlerweile fürsorgeabhängige (vgl. Urk. 6/35/55) X.____ bei der SUVA am 8. Dezember 2006 um revisionsweise Rentenerhöhung nach (Urk. 6/35/56). Gestützt auf die Zeugnisse von Dr. med. S.____, Spezialarzt für Innere Medizin, vom 13. Februar 2007 (Urk. 6/35/11 und 6/35/52-53; vgl. Urk. 6/35/49) und von Dr. med. T.____, Fachärztin für Physikalische Medizin, vom 6. März 2007 (Urk. 6/35/10 und 6/35/54) wurde der bisherige Rentenanspruch mit Schreiben vom 10. April 2007 (Urk. 6/35/4-5 und 6/35/50-51) wiederum bekräftigt.

Am 25. Januar 2008 verletzte sich X.____ beim Treppensteigen den linken Unterschenkel (leichte Schürfung und Prellung; Urk. 6/35/44-45). Die SUVA klärte daraufhin die Situation im Bereich des linken Rückfusses ab (vgl. Urk. 6/35/27-43 und 6/35/63), wobei sie den neuroradiologischen Befundbericht der Klinik U.____ (Neuroradiologie Schanze) vom 13. Mai 2009 (Dr. M.____; Urk. 6/35/38) zu den Akten nahm und eine kreisärztliche Untersuchung veranlasste (Bericht von Dr. med. V.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, vom 23. September 2009 [Urk. 6/35/27-31]), bevor sie mit Schreiben vom 30. September 2009 (Urk. 6/35/24-25) eine rententragende Veränderung verneinte (Invaliditätsgrad: 20 %).

Am 10. Februar 2009 musste sich X.____ in der Klinik W.____ bei Diagnose einer Frozen shoulder links (bei Rotatorenmanschetten-Ruptur [Subscapularis-Oberrand, Supraspinatus subtotal] und Bicipstendinopathie) einer Schulteroperation unterziehen (Schulterarthroskopie, circumferentielle Capsulotomie, Bicipstenotomie, Débridement von Supraspinatus und Subscapularis; Austrittsbericht der Dres. med. YY.____ und ZZ.____ vom 16. Februar 2009 [Urk. 6/35/1 und 6/35/3]; vgl. Urk. 6/35/2).

1.3 Nach abschliessenden früheren Leistungsbeurteilungen (Rente, berufliche Massnahmen) durch die zuständigen Invalidenversicherungsorgane in den Jahren 1988 und 1992 (vgl. Urk. 6/1; vgl. auch Urk. 6/11/36-40) hatte sich X.____ im August 2005 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, zum Rentenbezug angemeldet (Urk. 6/4). Nach Anforderung von SUVA-Akten (Urk. 6/10), Beizug des Berichts von Dr. S.____ vom 24. September 2005 (Urk. 6/11), Erhebung des IK-Auszugs vom 4. Oktober 2005 (Urk. 6/13) und Einholung der Auskunft der Arbeitslosenkasse

2011 (Urk. 13) zur fakultativen Stellungnahme eingeladene Beschwerdeführer liess sich dazu nicht mehr vernehmen (vgl. Urk. 14).

E. 3

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

3.2 Die seit 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, mit Hinweisen).

3.3 Wurde eine Rente (oder eine Hilfllosenentschädigung) wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades (oder wegen fehlender Hilflosigkeit) verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 4 IVV eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 3 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität (oder der Hilflosigkeit oder die Höhe des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes) der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades (oder der Hilflosigkeit) auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (vgl. dazu BGE 130 V 71; AHI 1999 S. 84 E. 1b, mit Hinweisen; vgl. auch AHI 2000 S. 309 E. 1b, mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad (oder die

Hilflosigkeit) seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität (oder Hilflosigkeit) zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 130 V 71 E. 3.2.2 und 3.2.3, 117 V 198 E. 3a und 109 V 108 E. 2b).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4, mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a), was auch nach dem in BGE 137 V 210 publizierten höchstrichterlichen Leiterteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011 grundsätzlich weiterhin gilt (E. 6; vgl. Urteile des BGer 9C_120/2011 vom 25. Juli 2011 E. 4.1 und 9C_189/2011 vom 8. Juli 2011 E. 3.2).

Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweissärdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen, wobei an die Unparteilichkeit der versicherungsinternen Gutachterinnen und Gutachter allerdings ein strenger Massstab anzulegen ist (BGE 123 V 331 E. 1c, mit Hinweisen). Wenngleich die Rechtsprechung den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen stets Beweiswert zuerkannt hat, ist doch zu betonen, dass ihnen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft wie einem gerichtlichen oder einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger in Auftrag gegebenen (externen) Gutachten zukommt (BGE 135 V 465 E. 4.4, mit Hinweisen).

E. 4

4.1. Die Beschwerdegegnerin ist auf die Neuanschuldung vom Juli 2010 eingetreten und hat sich materiell mit der Frage befasst, ob die im Revisionsgesuch glaubhaft gemachte Verinderung des Invaliditätsgrades auch tatschlich eingetreten ist. Dabei ist sie (allein) gesttzt auf die RAD-rtztliche Wrdigung der vom Beschwerdefhrer aufgelegten Unterlagen (und ohne weitere Abklrungen) zum Schluss gelangt, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdefhrers seit Erlass der frheren rechtskrftigen Verfugung (vom 18. September 2006) keine massgebliche Verinderung erfahren habe, und hat das neue Gesuch abgewiesen. Mangels festgestellter erheblicher gesundheitlicher Verinderung entfiel eine Prfung der (Anschluss-)Frage einer daraus allenfalls resultierenden anspruchsbegrndenden Auswirkung auf die Erwerbsfhigkeit.

4.2. Im Rahmen der Rentenabweisung vom 18. September 2006 (Urk. 6/29) war gesttzt auf das - auf IV-rtztliche Empfehlung eingeholte (Stellungnahme von Dr. med. KK. ___ vom 2. Februar 2006 [Urk. 6/24/2]) und als beweiskrftig erachtete (Stellungnahme von Dr. Ruff vom 14. Juni 2006 [Urk. 6/24/3]) - Gutachten der Klinik BB. ___ vom 29. Mai 2006 (Urk. 6/18/1-19; samt EFL-Bericht vom 29. Mai 2006 [Urk. 6/18/20-27]) die Ausbung einer krperlich leichten Ttigkeit mit wechselnden Krperpositionen und hufigem manuellem Einsatz als ganztags zumutbar erachtet worden. Dabei wurde betont, dass zwar die Einnahme hockender Stellungen sowie wiederholtes Kniebeugen und Kriechen nicht mehr mglich seien, jedoch bezglich krperlich leichter (bis mittelschwerer) Ttigkeiten, ohne Arbeiten in Hockepositionen und ohne wiederholtes Kniebeugen und Kriechen eine volle Arbeitsfhigkeit bestehe. Mit den entsprechend in Betracht fallenden Kontroll-, berwachungs-, Montage- und Lagerttigkeiten lasse sich ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen.

Im fraglichen Gutachten waren folgende Diagnosen gestellt worden (Urk. 6/18/14 Ziff. 4):

"1. Chronifiziertes Panvertebral-Syndrom, links zervikal- und lumbal-betont

- pseudoradikulre Ausstrahlung in die linke untere Extremit
- Wirbelsulen-Fehlform/-Fehlhaltung und Fehlbelastung

2. Chronische Belastungsschmerzen linkes Sprunggelenk und Unterschenkel

- Status nach Osteosynthese bei sekundr dislozierter Pilon-Tibialfraktur 1982
- leichte OSG-Arthrose

3. Belastungsschmerzen rechtes Handgelenk

- Status nach Distorsion am 1. Mai 2002
- leichte Radiocarpalarthrose, kleines Ganglion zwischen Os triquetrum und Os pisiforme
- Verdacht auf ulnocarpales Impaction-Syndrom

4. Leichte Tendinose der Supraspinatus- und Subscapularissehne rechts

5. Status nach Leitersturz am 11. Mai 1982

- Pilon-Tibialfraktur links, Status nach postprimrer Osteosynthese bei sekundrer Fraktur-Dislokation
- Calcaneusfraktur rechts, konservativ behandelt

- Radiuskarpfenfraktur links

Ä Ä 6. Arterielle Hypertension"

In der Beurteilung (Urk. 6/18/14-17 Ziff. 5) war ausgeführt worden, die am 11. Mai 1982 zugezogenen Calcaneus- und Radiusfrakturen seien ordentlich abgeheilt, wobei sich im Bereich des linken OSG eine Arthrose gebildet entwickelt habe. Anlässlich hielten im Bereich des linken Sprunggelenks und Fusses bis zum lateralen Unterschenkel Belastungsschmerzen persistiert, wobei sich die Schmerzen im weiteren Verlauf am lateralen Bein bis zur LWS ausgebreitet hätten (mit Konzentration im tieflumbalen Bereich; verstärkt morgens und bei Belastungen). Darüber hinaus beständen seit einiger Zeit Schmerzen auf der ganzen linken Körperseite (mit Ausnahme des linken Armes), wobei aktuell drückende Schmerzen in der Nacken-/Schulterregion links subjektiv im Vordergrund ständen (z.T. begleitet von Konzentrationsschwierigkeiten). Seit dem Stolpersturz vom 1. Mai 2002 leide der Beschwerdeführer zudem unter Belastungsschmerzen am rechten Handgelenk (mit seltenen Blockierungen bei Umwendbewegungen), wobei ein handchirurgisches Konsilium im Spital Z. ___ vom November 2002 (zusammenfassend wiedergegebener [Urk. 6/18/6 Ziff. 1.1] und als Urk. 6/11/29-30 aktenkundiger Bericht der Dres. P. ___ und Q. ___ vom 13. November 2002) den Verdacht auf ein ulnocarpales Impaction-Syndrom rechts ergeben habe. Im MRI vom September 2002 (zusammenfassend wiedergegebener [Urk. 6/18/5 Ziff. 1.1] und als Urk. 6/11/33 aktenkundiger Bericht von Dr. O. ___ vom 20. September 2002) hätten sich eine leichte Radiocarpalarthrose, ein leichter Ulnavorschub und ein kleines Ganglion zwischen Os triquetrum und Os pisiforme gezeigt sowie daneben eine zystische Veränderung des Os lunatum. In der klinischen Untersuchung (vgl. zu den objektiven Befunden im Einzelnen: Urk. 6/18/11-18 Ziff. 3.1-3.6 i.V.m. Urk. 6/18/20-27) fanden sich neben einer Wirbelsäulen-Fehlform eine leichtgradige Bewegungseinschränkung der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS (mit Endphasenschmerz lumbal). Die HWS-Beweglichkeit sei nur geringfügig eingeschränkt, wohingegen ein allseitiger Bewegungs- und Endphasenschmerz bestehe. Die Nacken-/Schultergürtelmuskulatur sei linksseitig hyperton und diffus druckschmerzhaft. Lumbal liessen sich Rattelschmerzen über sämtlichen Lendenwirbelkörpern auslösen, wobei keine Hinweise auf das Vorliegen einer lumboradikulären Problematik vorlägen; die dermatomübergreifende Hyposensibilität sowie die leichte, diffuse Muskelschwäche der linken unteren Extremität beständen im Rahmen der pseudoradikulären Ausstrahlung, wobei die Beinmuskulatur symmetrisch erhalten sei und sich keine Schwellung oder Trophikstörung im Bereich des linken Fusses ausmachen liessen. Die Funktion des linken Sprunggelenks sei für Dorsalflexion zur Hälfte eingeschränkt und schmerzhaft (die Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk [USG] betrage einen Drittel), wobei das Gangbild allerdings flüssig sei (mit leichtem Hinken links). Darüber hinaus bestehe eine geringfügige Bewegungseinschränkung des rechten Handgelenks für Dorsal-/Palmarextension im Vergleich zur Gegenseite; eine Druckdolenz bestehe dorsal in der Mitte des Handgelenks rechts, wobei die Finger frei beweglich seien. Die (in der Klinik BB. ___ angefertigten) aktuellen Röntgenaufnahmen (zum Befund im Einzelnen: Urk. 6/18/13-14 Ziff. 3.5) wurden dahingehend interpretiert, dass sich beim linken Sprunggelenk (bei nicht optimaler Projektion) ein leicht verminderter OSG-Gelenkspalt ventral (entsprechend einer leichten OSG-Arthrose) zeige, während sich der rechte Rückfuss unauffällig darstelle. Konventionell-radiologisch fanden sich im HWS- und

Bezüglich der OSG-Situation links verneinte Dr. V. ___ gestützt auf die klinischen und bildgebenden Befunde eine Progredienz der weiterhin als diskret eingestuft degenerativen Veränderungen, was im Kontext der aktenkundigen Radiologieberichte vom 8. Januar 2002 (Urk. 6/10/5 und 6/35/68) und 13. Mai 2009 (Urk. 6/35/38) sowie der im Gutachten der Klinik BB. ___ enthaltenen Beschreibungen (Urk. 6/18/12-13 Ziff. 3.3 und 6/18/13-14 Ziff. 3.5) durchaus verständlich ist. Mit nachvollziehbarer und plausibler Begründung bezeichnete er sodann die subjektiv angegebene verstärkte Schmerzhaftigkeit als medizinisch nicht nachvollziehbar und qualifizierte die vom Beschwerdeführer demonstrierten Einschränkungen - namentlich im Lichte der beobachteten praktisch normalen Bewegungsabläufe (Treppensteigen, Barfussgang), der unauffälligen, auf eine fehlende alltägliche funktionelle Beeinträchtigung hinweisenden Muskelverhältnisse (gesamtes linkes Bein) sowie einer etwas verbesserten Beweglichkeit (Dorsalflexion) - als deutlich überzeichnet. Weder das Zeugnis von Dr. S. ___ vom 13. Februar 2007 (Urk. 6/35/11 und 6/35/52-53) noch das Attest von Dr. T. ___ vom 6. März 2007 (Urk. 6/35/10 und 6/35/54) enthalten dieser Einschätzung entgegenstehende Angaben. So hatte Dr. S. ___ den linken Fuss als ausserlich unauffällig, die Druck- und Bewegungsschmerzangaben als diffus sowie die ausgemachte Hyposensibilität (vom Fuss bis gegen das Knie hin) als leicht beschrieben und betont, dass ein Schonhinken bei seit jeher in etwa gleichem Zustand nicht sicher auszumachen sei. In Übereinstimmung mit Dr. V. ___ hatte auch Dr. T. ___ keine Instabilität ausmachen können und die angegebenen Druckdolenzen als diffus bezeichnet. Dem zuhanden der SUVA erstatteten Zwischenbericht Dr. S. ___s vom 6. Februar 2008 (Urk. 6/35/44-45) ist ebenfalls nichts Stichhaltiges zu entnehmen, was auf eine relevante Veränderung an der linken unteren Extremität hindeuten würde, wobei das Schmerzhinken seitens des Hausarztes als "sehr fraglich" bezeichnet und der Fussrücken (lateral) als "wie immer druckdolent" beschrieben worden war; ausserdem war von Dr. S. ___ ausdrücklich festgehalten worden, dass aus dem Ereignis vom 25. August 2008 "kein bleibender Schaden" resultiert habe. Anfang April 2008 soll Dr. S. ___ gegenüber Kreisarzt Dr. V. ___ zudem mündlich eine Neigung des Beschwerdeführers zu einem etwas "demonstrativen, theatralischen Verhalten" bestätigt haben (Telefonnotiz vom 2. April 2008 [Urk. 6/35/40]), wobei im Spital Z. ___ bereits Mitte 1997 ein zur subjektiven Überbewertung leichter Beschwerden führender hypochondrischer Eindruck vermerkt (im Zusammenhang mit der Abklärung von Hinterkopf-, Schulter- und Beckenschmerzen; Zusammenfassung der Dres. J. ___ und K. ___ vom 31. Juli 1997 [Urk. 11/31]) und auch im Rahmen der in der Klinik BB. ___ am 10./11. April 2006 durchgeführten EFL eine Tendenz zur Selbstlimitierung ausgemacht worden war (Urk. 6/18/17 Ziff. 5 und 6; vgl. Urk. 6/18/20-27). Im Schreiben vom 19. Mai 2009 (Urk. 6/35/37) war die OSG-Arthrose von Dr. S. ___ als mässiggradig qualifiziert und die Frage der Zunahme der strukturellen Veränderung offen gelassen worden. Demnach ist nicht zu beanstanden, dass die RAD-Verantwortlichen PD Dr. FF. ___ und Dr. GG. ___ bei ihrer Aktenwürdigung bezüglich der Fussverletzung links auf das Fehlen einer massgeblichen Verschlechterung geschlossen haben (Stellungnahme vom 19. Juli 2010 [Urk. 6/42/2]).

Im Bereich der Arme und Hände erhob Dr. V. ___ keine im Vergleich zu den Feststellungen aus dem Jahr 2006 (vgl. Urk. 6/18/12-13 Ziff. 3.3) verschlechterten Befunde (symmetrische Beweglichkeit von Ellbogen- und Handgelenk links [inkl. Umwendbewegungen], fehlende Fehlstellungen von Ellbogen/Unterarm rechts [trotz der Angabe des Beschwerdeführers, dass der Arm nach einem ärztlichen Sturz zwar laut

Dr. S. ___s Abklärung frakturfrei, nach subjektivem Dafürhalten aber nunmehr "krumm" sein solle], ungestrkte Sensibilität an beiden Händen [bei - offensichtlich mit dem erst kurze Zeit zurückliegenden Schultereingriff zusammenhängender - deutlich geringerer Beschwielung an der linken Hand], beidseits gleichmässige Faustschlusskraft [Jamar Stufe II: je 28 kg]. Dass sich diesbezuglich etwas Wesentliches geändert hätte, geht auch aus den Verlautbarungen der Dres. S. ___ und T. ___ nicht hervor (Urk. 6/35/10-11, 6/35/37, 6/35/44-45 und 6/35/52-54; vgl. Urk. 6/35/49).

Den Befund an der am 10. Februar 2009 operierten linken Schulter bezeichnete Dr. V. ___ als ausgesprochen günstig (reizlose Narbenverhältnisse, ungestrkt gelingender Nackengriff, fehlende Bewegungsschmerzhaftigkeit: nach klinischen Kriterien intakte Rotatorenmanschette), was im Lichte des positiven Operationsverlaufs und der zuversichtlichen Prognose gemäss Schilderung im Austrittsbericht der Dres. YY. ___ und ZZ. ___ vom 16. Februar 2009 (Urk. 6/35/1 und 6/35/3) folgerichtig und stimmig erscheint. Was die bei beidseits schlanker Schultergürtelmuskulatur links etwas deutlichere Hypertrophie und darauf zurückzuführende Krafeinbusse angeht, wurde von Dr. V. ___ einleuchtend dargetan, dass sich diese im Rahmen der Rehabilitationsbemhungen (Physiotherapie) wohl rasch werde beheben lassen, so dass daraus keine längerdauernde Beeinträchtigung des bisherigen Restarbeits- und Leistungsvermögens hinsichtlich einer behinderungsangepassten Tätigkeit (gemäss früherer profilmssiger Festlegung) resultiere, welche Einschätzung von den RAD-Ärzten PD Dr. FF. ___ und Dr. GG. ___ vorbehaltlos geteilt wurde (Stellungnahme vom 19. Juli 2010 [Urk. 6/42/2]). Das Wiedererreichen eines mit dem früheren Zustand vergleichbaren Aktivittsgrads im Schultergrtelbereich wurde denn auch weder im Vorbescheid- noch im Beschwerdeverfahren konkret in Frage gestellt.

Dr. V. ___s Beschreibung der klinischen HWS- und LWS-Situation (ungünstige Statik der Wirbelsäule mit verlängerter und kranial verstärker Thorakalkyphose bei flacher LWS, Finger-Boden-Abstand [FBA] von 20 cm, Streckhaltung der LWS, Reklination mit normaler LWS-Entfaltung bei Schmerzangaben lumbal, nach beiden Seiten leicht eingeschränkte Seitwärtsneigung bei ansonsten jedoch harmonischer LWS-Entfaltung, mssig eingeschränkte HWS-Beweglichkeit mit angegebener Endphasenschmerzhaftigkeit, Inklination/Reklination mit Kinn-Sternum-Abstand [KSA] von 3/19 cm, Kopfdrehen nach beiden Seiten bis 50, Kopfneigen nach beiden Seiten bis 20) stimmt in den Wesentlichen Zügen mit den früheren Erhebungen seitens der Verantwortlichen der Klinik BB. ___ überein (vgl. Urk. 6/18/12 Ziff. 3.2). Gemäss der nachvollziehbaren und schlüssigen RAD-ärztlichen Beurteilung von Dr. GG. ___ vom 25. Januar 2011 (Urk. 12 S. 2) lässt sich hinsichtlich der im Befundbericht des Rntgeninstituts HH. ___ vom 22. September 2010 (Dr. JJ. ___; Urk. 9) dokumentierten degenerativen Veränderungen eine seit April 2006 durchgemachte Progression der Verschleisserscheinungen mangels technisch direkt vergleichbarer bildgebender Vorerhebungen zwar nicht auszuschliessen, doch lassen die klinischen Untersuchungsergebnisse eine im Zeitverlauf eingetretene Verschlimmerung der (rest-)leistungsrelevanten Beschwerdesymptomatik mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als ausgeschlossen erscheinen.

4.4 Nach Lage der Akten ist die - im Rahmen einer verwaltungsinternen Aktenbeurteilung und ohne zusätzliche externe Abklärungen (wie etwa in Form der Einholung von Berichten von Hausarzt Dr. S. ___ und der behandelnden Spezialärztin Dr.

T.____) ergangene - Leistungsabweisung mangels Eintritts einer gesundheitlichen Verschlechterung im Bereich des Bewegungsapparates nicht zu beanstanden. Eine relevante Verschlechterung im internistischen Bereich (arterielle Hypertonie) wird weder geltend gemacht noch finden sich dafür anderweitige Anhaltspunkte; ebenso wenig liegen Anzeichen einer abklärungsbedürftigen psychischen Alteration vor (im Sinne eines invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschadens; vgl. Urk. 1 und 6/33/8 Ziff. 6.3-5).

E. 5

5.1. Zusammengefasst erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5.2. Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten werden auf Fr. 600.-- festgesetzt und dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV)

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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten 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 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.