

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00230 vom 5. August 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-08-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00230

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00230 du 5 août 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00230 del 5 agosto 2015

Erwägungen

E. 1.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.2

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität 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 auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad 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 zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.3

). Die Gutachter tätigten umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und setzten sich mit den Vorakten auseinander. Die Gutachter begründeten in nachvollziehbarer Weise, dass – abgesehen von vorübergehenden Einschränkungen während den Rekonvaleszenzphasen im Anschluss an die Unfallereignisse respektive die Operationen - nach wie vor keine gesundheitlichen Beschwerden vorlägen, welche einer Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten entgegenstehen würden. 4.2

Dass der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten eine dissoziative Störung verneinte, der neurologische Gutachter jedoch eine solche als Differentialdiagnose nannte (vgl. Urk. 6/122 S. 17-18 und Urk. 6/122 S. 28-29), vermag entgegen dem Vorbringen des

Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3 -4) den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern . Der neurologische Gutachter führte diese Diagnose explizit als Differentialdiagnose zur Verdachtsdiagnose Epilepsie auf und erachtete eine dissoziative Störung mithin lediglich als mö gliche Ursachen der Absenzen . Dass d er neurologische Gutachter sodann die Diagnose einer Epilepsie nicht als gesichert erachtete, widerspricht nicht den früheren ärztli chen Einschätzungen: So stellten die Ärzte des Zentrums B.____

ebenfalls eine Verdachtsdiagnose (vgl. Urk. 6/8/96-118, Urk. 6/38/37-43). Schliesslich ist die präzise diagnostische Zuordnung vorliegend nicht ent scheidrelevant , da – wie der neurolog ische Gutachter aus führte –

sowohl bei epileptischen als auch bei dissoziativen Anfällen sturz- und unfallgefährdende Tätigkeiten einschliesslich der Tätigkeit als Buschauffeur zu vermeiden sind (E . 3.2 , Urk. 6/122 S. 29). 4.3

Soweit der Beschwerdeführer moniert, die Gutachter hätten – im Gegensatz zu seinen behandelnden Ärzten - eine Fuss- und Zehenheberschwäche und einen Steppergang verneint und die Diagnose eines Ausfallsyndroms bei L WK 5 nicht diskutiert (Urk. 1 S. 4-5), ist Folgendes festzuhalten: Diese Symptome waren von den behandelnden Ärzten vor der vorgenommenen Operation vom 22. Juli 2013 am Rücken (vgl. E. 3.1) festges tellt worden und denn auch gerade Indika tion für Letztere . Dass sich somit die klinischen Befunde nach durchgeführter Operation von jenen vor der Operation unterscheiden, erscheint ohne Weiteres nachvollziehbar . 4.4

Es liegen schliesslich auch keine anderen medizinischen Einschätzungen in den Akten, welche die Beurteilung der Z.____ -Gutachter, wonach weiterhin eine voll ständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestehe, zu erschüttern vermö gen . So gingen die Ärzte des Spitals D.____ , Klinik für Plastische und Handchirurg ie , in Bezug auf die beklagten Beschwerden an den Händen im Bericht vom 22. November 2012 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/94) davon aus, dass die bisherige Tätigkeit innert der nächsten Monate wieder zumutbar sei und lediglich i nitial noch eine vermind erte Leistungsfähigkeit bestehe , im Ver lauf jedoch keine verminderte Leistungsfähigkeit mehr zu erwarten sei . Der behandelnde Neurologe (Bericht vom 5. Dezember 2012, Urk. 6/102/33-35) sowie auch der behandelnde Psychiater (Bericht vom 24. Januar 2013, Urk. 6/101) nahmen sodann keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor. Einzig Dr. med. F.____ , praktischer Arzt, hielt im Bericht vom 25. Januar 2013 zuhanden der Beschwerdegegnerin dafür (Urk. 6/102 /1-4), der Beschwerdeführer sei aufgrund der mannigfaltigen Defizite körperlicher und geistiger Art für alle Arbeiten ungeeignet. Bei dieser Sachlage erscheine eine vollständige Berentung als einziger Ausweg. Dem Beschwerdeführer sei seit 5-6 Jahren keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 6/102/4).

Liegen verschiedene fachärztliche Berichte in den Akten, gemäss welchen insbesondere die Epilepsie resp. die dissoziativen Störungen, die beklagten Handbeschwerden sowie der Status nach Rotatoren manschettenruptur einer angepassten Tätigkeit nicht entgegenstehen, vermag die Beurteilung seines Hausarztes jene der Z.____ -Gutachter nicht zu erschütter n, umso weniger, als s eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2006 Gültigkeit haben soll (Urk. 6/102/2). 4 .5

Zusammenfassend ist daher mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahr - schein lichkeit

eine dauernde wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers nicht erstellt, sondern ist nach wie vor von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten auszugehen (Urk. 6/122/37). 5.

Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 600.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostspflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Miroslav Paták - X.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Hurst F. Brühwiler

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 26. Februar 2014 Beschwerde und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zuspreehung einer Rente sowie eventualiter die Durchführung von beruflichen Massnahmen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 23. April 2014 (Urk.

E. 2.1.1

Im Rahmen des erstmaligen Rentenverfahrens stellte sich die medizinische Aktenlage im Wesentlichen wie folgt dar:

Dr. med. A.____, FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte nach dem erlittenen Unfall in Bosnien und der Rückkehr des Beschwerdeführers in die Schweiz am 26. Mai 2003 ein postcommotionelles Syndrom (mild brain

injury) sowie einen Status nach Schleudertrauma der Halswirbelsäule (Urk. 6/15/68).

Der Beschwerdeführer klagte in der Folge über verschiedene Beschwerden, im Besonderen über Kopfschmerzen, Schmerzen an der Halswirbelsäule, rezidivierende Absenzen (Urk. 6/16/2), Angstattacken, vermehrte Vergesslichkeit, geringe Belastbarkeit und schnelle Erschöpfung (Urk. 6/38/108).

Gemäss eigenen Angaben stürzte der Beschwerdeführer sodann am 4. Juli 2005 aufgrund eines epileptischen Anfalles auf die linke Hand (Urk. 6/24/3), wobei es zu einer

Scaphoidfraktur

kam, welche am 13. Juli 2005 operativ saniert wurde (Urk. 6/34/6).

Aufgrund der beklagten epileptischen Anfälle wurde der Beschwerdeführer im Zentrum B.____ im Oktober/November 2005 sowie ergänzend im Oktober 2006 begutachtet (neurologisch-psychiatrisches Gutachten vom 2. Dezember 2005 [Urk. 6/38/96-118], Zusatzgutachten vom 6. Februar 2007 [Urk. 6/38/37-43]). Die untersuchenden Ärzte stellten die Verdachtsdiagnose einer posttraumatischen Epilepsie bei Verdacht auf Status nach Schädelhirntrauma. Ausserdem diagnostizierten sie eine Anpassungsstörung mit anfallsphobischer Angst und Depressivität, eine partiell kognitive Beeinträchtigung, einen Status nach Scaphoidfraktur links mit Schraubenosteosynthese, sowie anamnestisch Gicht, arterielle Hypertonie und Diabetes mellitus Typ II (Urk. 6/38/40).

Bei zunehmenden Schulterschmerzen links mit gleichzeitiger Kraftminderung wurde sodann am 7. April 2008 eine MRT-Untersuchung der linken Schulter durchgeführt. Diese brachte eine Verletzung der Rotatorenmanschette zur Darstellung, woraufhin am 5. September 2008 die operative Sanierung erfolgte (Urk. 6/44/30, 36).

Im April/Mai 2009 fand im Spital C.____

ausserdem eine ambulante rheumatologische Untersuchung statt. Die untersuchenden Ärzte diagnostizierten ein intermittierendes lumboradikuläres Reizsyndrom L5/S1 links sowie ein chronisches lumbovertebrales und zervikospodylogenes Syndrom (Urk. 6/53).

E. 2.1.2

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) hielt in seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2009 in Beurteilung der medizinischen Aktenlage Folgendes fest (Urk. 6/59/7-8): Der Beschwerdeführer habe am 18. Mai 2003 ein Schädel-Hirntrauma mit

Contusio cerebri rechts mit danach aufgetretener Epilepsie erlitten. Da er infolgedessen fahruntauglich sei, könne er nicht mehr als Chauffeur arbeiten. Auch Tätigkeiten auf Gerüsten und Leitern sowie mit gefährlichen Maschinen seien nicht erlaubt. Im Übrigen bestehe jedoch eine vollständige Arbeitsfähigkeit entsprechend dem neuropsychologischen Profil vom 3. November 2005 (Urk. 6/59/7-8). Diesbezüglich verwies der RAD auf die neuropsychologische Untersuchung, welche im Rahmen der

Begutachtung im Zentrum B.____

durchgeführt worden war (Urk. 6/38/96-118, insb. 109-110 und Urk. 6/38/37-43, insb. 42). Die dortigen Ärzte waren zum Schluss gekommen, dass Tätigkeiten auf Gerüsten und Leitern sowie

mit gefährlichen Maschinen nicht mehr möglich, dem Beschwerdeführer jedoch andere Arbeiten grundsätzlich vollzeitig zumutbar seien und im Rahmen des kognitiven Leistungsprofils gemäss Testung vom 3. November 2005 keine quantitativen

Einschränkungen bestünden (Urk. 6/38/42).

Der RAD hielt sodann dafür, aus Sicht der Luxationsfraktur am linken Handgelenk vom Juli 2005 bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit für wechselnde lastende mittelschwere Tätigkeiten, wobei die Zusatzbelastung höchstens vereinzelt 15-20 kg betragen dürfe. Der linke Arm sei als Hilfsarm voll einsetzbar. Ungünstig seien kraftvolles Zupacken sowie repetitive kraftvolle Stoss-, Zug- und Drehbewegungen (Urk. 6/59/8). Dieses vom RAD festgehaltene Profil bezüglich des linken Handgelenkes entspricht jenem, welches der Kreisarzt der SUVA nach durchgeführter Untersuchung am 11. April 2007 festgelegt hatte (Urk. 6/38/23-27, insb. 27).

Der RAD kam zum Schluss, dass bis zur Operation der linken Schulter vom 5. September 2008 von reinen Unfallfolgen auszugehen und die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Unfallversicherung zu übernehmen sei. Ab der Operation vom 5. September 2008 (operative Sanierung der

Rotatorenmanschettenruptur) sei sodann bis am 27. April 2009 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Ab diesem Zeitpunkt sei – gemäss Beurteilung anlässlich der Abschlussuntersuchung vom 28. Mai 2009 – eine ganztägige Arbeit, ohne Überkopfeinsätze und mit Lasten bis maximal 5 kg links zumutbar. Der RAD hielt dafür, eine weitere minimale Besserung könne sich noch ergeben, so dass eventuell eine Belastung von 10 kg zu erreichen wäre und teilweise kurzzeitige Überkopfeinsätze möglich wären. Um dies zu evaluieren, empfahl er eine erneute medizinische Evaluation in einem Jahr (Urk. 6/59/8).

In ergänzender Stellungnahme vom 9. April 2010 (Urk. 6/73/2) hielt der RAD fest, von Seiten der beklagten LWS-Beschwerden sei im Bericht des Spitals C._____

vom 3. Juni 2009 festgehalten worden, dass keine radikulären Schmerzen provoziert worden seien. Es seien noch lokale Schmerzen im lumbosacralen Übergang vorhanden gewesen (vgl. diesbezüglich Bericht des Spitals C._____ vom 3. Juni 2009, Urk. 6/53). Die minimalen Einschränkungen aufgrund des Rückleids seien im Belastungsprofil vonseiten der Schulter bereits berücksichtigt, gemäss welchem eine gewisse Gewichtslimite anerkannt worden sei. Weitere Einschränkungen aufgrund des Rückens seien nicht vorhanden.

E. 2.1.3

Gestützt auf diese Beurteilung kam die Beschwerdegegnerin mit Verfügungen vom 23. Juli 2010 (Urk. 6/78-79) zum Schluss, dass nach anfänglichen Phasen der vollständigen Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. April 2009 wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten bestehe

und der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könne. Sie sprach dem Beschwerdeführer infolgedessen

befristete Renten zu

(vom 18. Mai 2004 bis 30. September 2007 sowie vom 1. Dezember 2008 bis 31. Juli 2009, vgl. Sachverhalt E. 1.2).

E. 2.2

Während die Beschwerdegegnerin in der nun angefochtenen Verfügung vom 23. Januar 2014 erwog, gestützt auf die medizinischen Abklärungen habe sich ergeben, dass keine

langandauernde wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit den Verfügungen

im Juli 2010 ausgewiesen sei und für angepasste Tätigkeiten weiterhin eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 2), machte der Beschwerdeführer geltend, seine gesundheitliche Lage habe sich seither verschlimmert. Auf das Z.____ -Gutachten könne entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin nicht abgestellt werden, da dieses wider sprüchlich sei und sich mit relevanten Diagnosen nicht auseinandersetze (Urk. 1).

E. 2.3

Nachdem die Beschwerdegegnerin auf das Leistungsbegehren vom 17. Oktober 2012 eingetreten ist, ist im Folgenden zu prüfen, ob sich seit den Verfügungen vom 23. Juli 2010 der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in anspruchsbegründender Weise verschlechtert hat und nunmehr ein rentenbegründender Gesundheitsschaden vorliegt .

3 . 3 . 1

Aus den im Rahmen der Neuanschuldung angelegten Akten ergibt sich, dass sich der Beschwerdeführer am 28. August 2011 eine undislozierte

Scaphoidfraktur rechts zuzog, nachdem er gemäss eigenen Angaben auf die ausgestreckte Hand gestürzt war. Die Verletzung wurde

im Spital D.____ , Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, mit Anlage eines Gipses zur Ruhigstellung konservativ behandelt (Urk. 6/90/23-24).

Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 27. Oktober 2011 zeigte sich die Fraktur am rechten Handgelenk konsolidiert

(Urk. 6/90/25).

Ausserdem wurde n

am 14. Mai 2012 – nachdem der Beschwerdeführer in der Verlaufskontrolle vom 27. Oktober 2011 über Beschwerden an der linken Hand geklagt und sich in einer durchgeführten CT-Untersuchung eine leicht überstehende Spitze der Scaphoidschraube (bei Status nach Scaphoidverschraubung im Jahr 2005) gezeigt hatte (Urk. 6/90/25) - im Spital D.____ , Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, eine radiale Styloidektomie links sowie ein frustrierender Versuch der Schraubenentfernung mit anschliessender Schraubenkürzung

vorge nommen

(Urk. 6/90/27) .

Bei beklagten starken Lumboischialgien und klinisch festgestelltem positiven Lasègue , einer Fuss- und Zehenhemiparese links und einer fraglichen Hypästhesie entsprechend Dermatome L WK 5 links wurde in der Klinik E.____ sodann eine kranial und foraminal sequestrierte Diskushernie bei L WK 5/S1 links mit Kompression der Wurzel L WK 5 links diagnostiziert und am 22. Juli 2013 eine Fenestration bei L WK 5/S1 links, eine Sequestrektomie und eine Foraminotomie bei L WK 5 links durchgeführt (Urk. 6/122/44). 3

.2

Am 13. und 15. August 2013 wurde der Beschwerdeführer im Institut Z.____ allgemein -
inter nistisch, orthopädisch, neurologisch, psychiatrisch und neuropsychologisch
untersucht (Gutachten vom 14. Oktober 2013, Urk. 6/122).

Die Gutachter

fürten im Gutachten folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit auf
(Urk. 6/122 S. 34): - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10
M54.4/Z98.8) - Status nach mikrochirurgischer Fenestration LWK5/SWK1 links,
Sequestrektomie und Foraminotomie LWK5 links am 22. Juli 2013 - im seitherigen Verlauf
klare Beschwerdeabnahme; - chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10
M54.2) - Status nach Autounfall am 18. Mai 2003 - radiologisch breitbasige Diskushernie
HWK6/7 und Osteochondrose HWK7/BWK1 (MRI vom 7. April 2009); - chronische
Beschwerden an der dominanten linken Schulter (ICD-10 M76.61/Z98.8) - Status nach
Schulterarthroskopie, Akromioplastik, Bizepsstenotomie und Rekonstruktion der
Supraspinatussehne am 5. September 2008 - bis auf endgradige Bewegungseinschränkung
praktisch unauffälliger Befund - Verdacht auf niedrigfrequente Epilepsie mit überwiegend
fokalen Anfällen (ICD-10 G40.2) - DD: funktionelle Störung (ICD-10 F44.7).

Als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erachteten die Gutachter die folgenden
Diagnosen (Urk. 6/122 S. 34-35): - Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0); -
Metabolisches Syndrom - Adipositas (BMI 30.5 kg/m²; ICD-10 E66.0) - arterielle
Hypertonie, medikamentös behandelt (ICD-10 I10) - Diabetes mellitus Typ 2,
medikamentös behandelt (ICD-10 E11.9), Verdacht auf beginnende (sensible)
Polyneuropathie (ICD-10 G62.9); - Status nach perilunärer

transskaphoidaler Luxationsfraktur de Quervain der dominanten linken Seite am 4. Juli
2005 (ICD-10 T92.2/Z98.8) - Status nach geschlossener Reposition in Narkose am 5. Juli
2005 - Status nach Herbert-Schraubenosteosynthese des Skaphoids am 13. Juli 2005 -
Status nach radialer Styloidektomie, frustriertem Versuch der Schraubenentfernung sowie
Schraubenkürzung am 14. Mai 2012 - radiologisch regelrechter Befund
(Röntgenuntersuchung vom 7. August 2012): - Status nach konservativ behandelter
Skaphoidfraktur rechts am 28. August 2011 (ICD-10 T92.2) - radiologisch regelrechter
Befund (Röntgenuntersuchung vom 7. August 2012).

Die Gutachter notierten in der Gesamtbeurteilung, im Vordergrund stünden gemäss den
Angaben des Beschwerdeführers Probleme im Zusammenhang mit Epilepsieanfällen. Er
sei zunehmend vergesslich und unkonzentriert. Sodann sei er kürzlich am Rücken operiert
worden und habe Probleme mit den Schultern und den Händen (Urk. 6/122 S. 35).

Die Gutachter hielten dafür, entsprechend den subjektiven Beschwerden stehe die
Beurteilung aus Sicht des Bewegungsapparates im Vordergrund, welche primär
orthopädisch und ergänzend neurologisch durchgeführt worden sei. Bei der
neurologischen Untersuchung hätten keine radikulären Symptome festgestellt werden
können. Dies werde auch durch die orthopädischen Diagnosen bestätigt (chronisches
lumbovertebrales und zervikovertebrales

Schmerzsyndrom, beides bei degenerativen Veränderungen und Operation im Juli 2013).
Zudem bestünden chronische Beschwerden an der dominanten linken Schulter, welche am
5. September 2008 operiert worden sei, mit aktuell unauffälligem Befund. Ohne Einfluss
auf die Arbeitsfähigkeit sei der Status nach Skaphoidfraktur 2005 links und der konservativ

behandelten Skaphoidfraktur rechts im August 2011. Hinsichtlich Arbeitsfähigkeit ergebe sich infolgedessen, dass aufgrund der verminderten Belastbarkeit der Wirbelsäule und der Schultern keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Aktuell bestehe eine relativ frische postoperative Situation, so dass von Juli bis Dezember 2013 vorübergehend auch in Verweistätigkeiten von einer Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Ab Januar 2013 (rec te: 2014) bestehe für körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten wieder eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit, so auch für die angestammte Tätigkeit (Urk. 6/122 S. 35).

Die neurologische Beurteilung der Epilepsie habe sodann – in Übereinstimmung mit früheren Untersuchungen – ergeben, dass es bei der Verdachtsdiagnose einer niederfrequenten Epilepsie mit überwiegend fokalen Anfällen bleibe und genauso wahrscheinlich eine funktionelle Störung in Erwägung zu ziehen sei. Da eine solche nicht sicher zu bestätigen beziehungsweise eine organische Epilepsie nicht sicher auszuschließen sei und auch bei einer funktionellen Störung absenzartige Zustände produziert werden könnten, bleibe das Zumutbarkeitsprofil gleich, unabhängig davon, ob es bei der Verdachtsdiagnose bleibe oder

eine manifeste Epilepsie vorliege. Selbst- und fremdgefährdende Tätigkeiten seien zu vermeiden und die Tätigkeit als LKW-Chauffeur sei während fünf Jahren ab dem Zeitpunkt des letzten Anfalles ausgeschlossen (Urk. 6/122 S. 35-36).

Die ergänzend durchgeführte neuropsychologische Untersuchung bestätige das funktionelle Überlagerungsverhalten des Beschwerdeführers. Eine reproduzierbare und objektivierbare Einschränkung aus neuropsychologischer Sicht könne nicht bestätigt werden, folglich sei die Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht nicht eingeschränkt. Dies stimme mit der neurologischen Beurteilung überein, dass keine organischen Hirnschäden vorlägen.

Aus allgemeininternistischer Sicht bestünden sodann keine zusätzlichen Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden.

Aus psychiatrischer Sicht sei eine

leichte affektive Auslenkung im Sinne einer leichten depressiven Episode festgestellt worden, welche die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht einschränke. Eine weitere Morbidität liege nicht vor.

Zusammenfassend resultiere aus interdisziplinärer Sicht, dass nach Abschluss der aktuellen postoperativen Rekonvaleszenzphase für leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeiten ohne Selbst- oder Fremdgefährdung eine vollständige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 6/122 S. 36). Eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes seit der letzten Rentenrevision habe sich nicht ergeben (Urk. 6/122 S. 37).

Berufliche Massnahmen konnten die Gutachter schliesslich keine empfehlen, da sich der Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig erachtete (Urk. 6/122 S. 37). 4.4.1

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers erfüllt das Z.____-Gutachten die an eine beweiskräftige Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich (E).

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

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