

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00920 vom 12. September 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-09-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00920

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00920 du 12 septembre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00920 del 12 settembre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). 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).

E. 1.2

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 1. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.3

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 würdigen 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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Aus schlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft ei nes Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag ge gebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.5

Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig er scheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Be weiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fach personen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Ein holung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweis würdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zwei fel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztli chen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

E. 2

Der Versicherte erhob am 30. August 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Juni 2016 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine halbe Invalidenrente

zuzusprechen. Weiter sei ein neutrales Gutachten ein zuholen. Eventuell sei das Verfahren zur Neu Beurteilung an die Vorinstanz zu rückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. Oktober 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 25. Oktober 2016 zur Kenntnis gebracht (Urk. 7). Am 8. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer ein weiteres ärztliches Attest ein (Urk. 8-9), was der Beschwerdegegnerin am 9. Dezember 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in Wechselbelastung und ohne andauernde Zwangshaltung zu 100 % zumutbar seien (S. 1 unten). Die Unterlagen seien umfassend und würden für die bisherige Tätigkeit als Koch eine 75%ige Arbeitsfähigkeit bei 100%iger Präsenz ausweisen. Angepasste Tätigkeiten seien nach wie vor zu 100 % zumutbar. Entsprechend bestehe weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), wie bereits im Einwand vorgebracht, sei die Beurteilung, wonach ihm zu 100 % körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien, falsch. Prof. Dr. Y. ___ habe als ausgewiesener Spezialist die Arbeitsunfähigkeit auf 50 % eingestuft. Der Beruf als Koch sei ja selber schon eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Dafür und für andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten sei er zu 50 % arbeitsunfähig (S. 5 unten). Zudem würden auch laut Regionalem Ärztlichen Dienst (RAD) zunehmende degenerative Veränderungen vorliegen (S. 6 oben). Trotz intensiven Behandlungen sei die Situation nicht besser geworden, sondern habe sich stetig verschlechtert. Demzufolge sei die aktuelle Situation offensichtlich bereits wieder schlechter als noch von der Beschwerdegegnerin festgestellt, weshalb ein unabhängiges Gutachten in Auftrag zu geben sei (S. 6 Mitte).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob und in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit der Verfügung vom 14. Mai 2014 (Urk. 6/24) verändert haben.

E. 3.1

Der (ersten) leistungsverneinenden Verfügung vom 14. Mai 2014 (Urk. 6/24) lagen zur Hauptsache folgende Berichte zu Grunde:

E. 3.2

Dr. med. Z. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte im Bericht vom 17. Mai 2013 (Urk. 6/11) als Diagnose ein persistierendes lumboradikuläres

Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts mit/bei kausal luxierter Diskushernie auf Höhe L4/5 rechts mit rezessaler Wurzelkompression L5 rechts. Dazu führte er unter anderem aus, der Beschwerdeführer habe ihm glaubhaft versichert, im Beruf als Koch zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (S. 1 Mitte). Er sei nicht arbeitsmedizinisch ausgebildet, dennoch könne er sich kaum vorstellen, dass eine Verlagerung der beruflichen Tätigkeit innerhalb des Restaurationsbetriebes zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

föhre könnte (S. 1 unten). Diese Option müsste letztendlich mit einem qualifizierten Arbeitsmediziner im Detail evaluiert werden (S. 2 oben).

E. 3.3

Dr. A.____, Fachchiropraktik, Rückenzentrum O.____, führte im Bericht vom 11. Juli 2013 (Urk. 6/14/1-4) aus, er behandle den Beschwerdeföh rer seit dem 1. Dezember 2011 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen ein lumbo radikuläres Schmerz- und sensomotorisches Ausfallsyndrom L5 rechts und ein chronisch rezidivierendes Zervikovertebralsyndrom (Ziff. 1.1). Eine Arbeitsföh gigkeit sei von ihm keine attestiert worden (Ziff. 1.6). Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In welchem Umfang eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich sei, könne momentan nicht abgeschätzt werden. Es bestehe im Moment eine volle Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.7).

E. 3.4

Im Auftrag des Krankenversicherers erstatteten die Ärzte des B.____ am 28. August 2013 (Urk. 6 / 19 /2-2 1) ihren Bericht über eine funktionsorientierte medizinische Abklärung. Diese umfasste ein strukturiertes Interview, eine klinische Untersuchung, eine ange passte Form der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsföh gkeit (EFL) sowie die Beurteilung der vorliegenden bildgebenden Untersuchungen und Akten. Darin werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeits föh gigkeit genannt (S. 1 unten f.): - chronisches lumbospondylogenes sowie Verdacht auf sensibles L5- und S1-Restsyndrom rechts - aktengestützt Status nach sensomotorischem Reiz- und Ausfalls yn drom L5 rechts - mediolateral nach kaudal sequestrierte Diskushernie L4/5, Kompression der Nervenwurzel L5 rechts - Diskusprotrusion L5/S1 sowie eher geringgradig ausgeprägte Fazetten gelenksdegenerationen im Bereiche der unteren Lendenwirbelsäule, lumbosakrale Übergangsstörung - leichte Periarthropathia

humeroscapularis vom Impingementtyp links

Die Ärzte führten dazu aus, in objektiver Hinsicht bestehe eine schmerzbedingte Einschränkung der Wirbelsäule in Lateralflexion und Extension, wobei sie insbesondere in Lateralflexion in unbeobachteten Momenten aktiv besser funktioniere. Dagegen sei die Flexion nur leichtgradig eingeschränkt, was zum negativen „Slumptest“ stehe und damit eine aktuelle radikuläre Reizproblematik ausschliesse. In Bezug auf die Kraft in der Grosszehe seien die Befunde nicht konsistent gewesen und Atrophien würden im Bereich der rechten unteren Extremität nicht bestehen. Die aktuellen Rückenbeschwerden hätten am ehesten in Extension sowie kombinierter Extensions-Rotation (Quadrantentest) provoziert werden können, was auf eine gewisse Fazettengelenksproblematik hindeute, wogegen der radikuläre Reizaspekt im Hintergrund stehe (S. 2 unten). Im Bereich der linken oberen Extremität bestehe bei positivem Jobetest und nicht ganz konsistentem schmerzhaftem Bogen zumindest ein Hinweis auf ein Impingementsyndrom der linken Schulter, welches am ehesten die geschilderten Beschwerden erkläre. Hinweise auf eine Rotatorenmanschettenläsion oder eine radikuläre Problematik von Seiten der Halswirbelsäule hätten sich dagegen nicht ergeben (S. 2 f.).

Im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsföh gkeit habe der Beschwerdeföh rer in verstärktem Masse wie bei der klinischen Untersuchung ein dysfunktionales Krankheitsverhalten mit ungenügender Leistungsbereitschaft bei Abbruch deutlich unterhalb der ergonomisch sicheren Grenze, zum Teil auch der „minimal Performance“ und erheblichen Inkonsistenzen gezeigt. Eine Beurteilung der Zumutbarkeit

aufgrund der EFL alleine und die Vorgabe eines differenzierten Anforderungsprofils sei demzufolge kooperationsbedingt nicht möglich und müsse auch aus medizinisch-theoretischen Überlegungen heraus erfolgen (S. 3 oben) .

Aufgrund der langen Arbeitsabsenz und des aus unserer Sicht deutlich unterdo sierten Trainings mit fünf bis zehn Minuten täglich und letztlich im wirkungs losen Bereich , sei bei einer bereits vorhandenen zumutbaren Teilarbeitsfähigkeit von einer erheblichen Steigerungsfähigkeit aus zugehen . Psychische Gründe hätten sich im Rahmen der Untersuchung nicht ergeben , welche eine n entsprechend abgestuften Arbeitswiedereinstieg und eine Intensivierung des Trainings negativ beeinflussen würden. Aus organisch-strukturellen Gründen würden sich keine Vorbehalte für einen entsprechenden Aufbau ergeben . Die vom Hausarzt kritisch beurteilte Prognose sei in diesem Sinne zu stützen , dass die Arbeitsaufnahme aufgrund der langen Arbeitsausfallsdauer und des dysfunktio nalen Krankheitsverha l tens negativ beeinflusst werde und deshalb möglichst rasch eine Eingliederung gesucht werden müsse , gegebenenfalls unter Begleitung durch die I nvalidenversicherung (S. 3 oben) .

Ein allfälliges arbeitsre l evantes Problem habe nicht erhoben werden können , da das Schmerzverhalten mit Selbstlimitierung des Beschwerdeführers während der Tests im Vordergrund gestanden habe . Die Leistungsbereitschaft des Beschwer deführers müsse als nicht zuverlässig beurteilt werden . Die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hin weisen . Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen . Infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass der Beschwer deführer bei gutem Effort mehr leisten könnte, als was er bei den Leistungstests gezeigt habe . Die minimal erreichte Belastbarkeit sei in der Tabelle am Schluss des Berichts ersichtlich (S. 3 Mitte) .

Aufgrund der ausgeprägten Selbstlimitie rung könne anhand der Tests allein keine Aussage bezüglich der Arbeitsfähig keit gemacht werden. Die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit er folg e daher aus ärztlich-medizinischer Sicht (S. 3 unten Ziff. 3.2) . Mindestens leichte bis mittelschwere Arbeiten seien dem Beschwerdeführer ganztags zu mutbar (S. 3 unten).

Die angestammte Tätigkeit als Koch sei dem Beschwerdeführer aufg rund der aktuellen Gesundheitss ituation medizinisch-theoretisch zu sechs Stunden zu mutbar mit verm ehrten Pausen aufgrund der über wiegend stehend/gehenden Tätigkeit, des häufig vorkommenden vorgeneigten Stehens und Hantieren s von mittelschweren Lasten in unergonomischen Positionen, entsprechend einer 50% igen Arbeitsfähigkeit.

Eine Arbeitsaufnahme sollte umgehend umgesetzt werden, was dem Beschwerdeführer auch so kommuniziert worden sei .

Unter Anpassung an die Arbeit sowie Durchführung der genannten empfohlenen Massnahmen sei mit der Steigerung der Arbeitsfähigkeit auf eine Ganztagestätigkeit im Laufe von vier Monaten zu rechnen. Die verlängerte Dauer begründe sich aufgrund der bisher langen Arbeitskarenz sowie eines gewisse n Mass es an negativem Einfluss zu Komorbiditäten , welche für sich alleine jedoch keine Ar beitsunfähigkeit begründen würden (S. 4 unten) .

Eine wechselbelastende Tätigkeit im Sinne des Wechsels zwischen Stehen/Gehen und Sitzen mit Hantieren von Lasten bis maximal 15 kg, respektive 7.5 kg in unergonomischen Positionen, wären dem Beschwerdeführer bereits zum aktuellen Zeitpunkt ganztags zumutbar (S. 4 unten). Zur Umsetzung der Trainingsmassen sei diesbezüglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für mindestens drei Monate zu empfehlen, an schliessend bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit unabhängig von der Wirksamkeit therapeutischer Massnahmen (S. 5 oben).

E. 3.5

Im Verlaufsbericht vom 21. November 2013 führte der Chiropraktor Dr. A.____ aus, seit dem 29. Oktober 2012 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, bisher attestiert durch den Hausarzt des Beschwerdeführers. Nach Dr. A.____s

Einschätzung sei weiterhin keine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit in absehbarer Zeit möglich. Allerdings sei

dem Beschwerdeführer aufgrund der Abklärungen des B.____ eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50% im angestammten Beruf als Koch attestiert worden, mit Erhöhung auf volle Arbeitsfähigkeit nach drei Monaten. Diese Einschätzung teile er nicht.

E. 3.6

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, führte im Bericht vom 15. Januar 2014 (Urk. 6/31/9-10 = Urk. 6/45/34-35) zuhanden des Hausarztes Dr. Z.____ unter anderem aus, es bestehe ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom vorwiegend myofaszialer Genese mit dysfunktionaler Krankheitsverarbeitung und Hinweisen für eine Ausweitungssymptomatik bei positiven Waddel-Zeichen. Neben dem Schmerzgefahren sei hierbei die nicht myotomspezifische generalisierte Schwäche des rechten Beines auffällig, welche allenfalls im Sinne einer Schmerzhemmung erklärt werden könnte. Entsprechend den unspezifischen Befunden in der klinischen Untersuchung zeige sich in der aktuellen MR-Aufnahme eine vollständige Ausheilung der vor einem Jahr vorliegenden, sequenzierten Diskushernie L4/5 mit damaliger Neurokompression der L5-Wurzel rechts. Eine weiterführende Diagnostik mittels elektrophysiologischer Testung sei daher nicht indiziert (S. 2 Mitte).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Koch ergebe sich aufgrund der aktuellen Befundlage keine Änderung zur Beurteilung der funktionsorientierten medizinischen Abklärung vom August 2013 durch das B.____. Somit sei aktuell von einer funktionell bedingten Leistungsminderung der Arbeitsfähigkeit auszugehen, welche mittels adäquaten Trainings innert drei bis maximal sechs Monaten voll kompensierbar sein sollte (S. 2 Mitte).

E. 3.7

Dr. med. D.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 6. März 2014 (Urk. 6/21/3) aus, analog der plausiblen und nachvollziehbaren arbeitsmedizinischen Abklärung des B.____

sei der Beschwerdeführer ab Untersuchungsdatum im August zu 80 %

arbeitsfähig in der bisherigen Tätigkeit als Koch und zu 100 %

arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit. Diese Arbeitsfähigkeit

sei bei Fortführung einer intensiven Physiotherapie innerhalb von einigen Monaten auf 100 % steigerbar.

E. 3.8

In der Folge verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 14. Mai 2014 einen Rentenanspruch (Urk. 6/24).

E. 4.1

Die medizinische Sachlage, wie sie sich anlässlich der aufgrund der Früherfassung mit Formular vom 23. Oktober 2015 (Urk. 6/33) erfolgten erneuten Prüfung des Rentenanspruches darbot, stellt sich wie folgt dar:

E. 4.2

Dr. med. E.____, Fachärztin für Chirurgie, und Prof. Dr. med. Y.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führten im Bericht vom 4. November 2015 (Urk. 6/45/1-4) aus, die festgestellten Wirbelsäulenbeschwerden und klinischen Befunde bedürften einer weiterführenden Abklärung. Um die diffusen neurologischen Ausfälle zu quantifizieren und wenn möglich zuzuordnen, werde eine neurologische und neurophysiologische Abklärung durchgeführt (S. 3 unten).

Nach der neurophysiologischen Untersuchung führten sie im Bericht vom 11. November 2015 (Urk. 6/45/61-62) aus, die Befunde der klinischen Untersuchung, der Bildgebung und der neurophysiologischen Untersuchung würden die Diagnose eines radikulären Reiz- und sensorischen Ausfallsyndroms L5 beziehungsweise S1 rechts bestätigen (S. 1 unten). Im Myogramm würden sich diskrete Denervierungszeichen in der S1-innervierten Muskulatur zeigen. Die Behandlung solle konservativ mit intensiver Physiotherapie weitergeführt werden. Eine Operationsindikation bestehe aktuell nicht. Es werde empfohlen, baldmöglichst ein Arbeitsversuch zu 25 % zu beginnen. Die chronischen Cervicalgien würden aktuell nicht im Vordergrund stehen und hätten auch keine neurogene Komponente (S. 1 f.).

E. 4.3

): Dieses Gutachten entspricht den erforderlichen Kriterien an den Beweiswert einer Expertise (vgl. E. 1.5). Der Beschwerdeführer wurde seinen geltend gemachten Beschwerden entsprechend umfassend abgeklärt, das Gutachten beruht auf fachärztlich-rheumatologischen Untersuchungen sowie eines zertifizierten Arbeitsfähigkeits-Assessments (ZAFAS), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis der Vorakten abgegeben. Sodann sind die Darlegungen der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und die Schlussfolgerungen begründet. Die Ärzte des B.____ kamen in ihrer Gesamtbeurteilung zum nachvollziehbaren Schluss, dass von einem unveränderten Gesundheitszustand gegenüber der Situation im August 2013 auszugehen sei. In leichter Korrektur zur Beurteilung im Jahr 2013 sei aufgrund der überwiegend stehend-gehenden Tätigkeit sowie den wiederholten Arbeiten in vorgeneigter Haltung wie auch dem wiederholten Hantieren von mittelschweren Gewichten die Tätigkeit als Koch zwar weiterhin ganztags zumutbar, jedoch nur mit vermehrten Pausen von zwei Stunden, was einer Arbeitsfähigkeit von 75 % entspreche. Eine angepasste, wechselpositionierte Tätigkeit mit Hantieren von mittelschweren Lasten und Wechsel zwischen Gehen und Stehen sowie Sitzen und nur kurz dauernden Arbeiten in vorgeneigter Position und über Schulterhöhe sei zumindest ab Untersuchungsdatum ganztags zumutbar (vgl. vorstehend E. 4.3).

E. 4.4

Dr. E.____ und Prof. Y.____ (vorstehend E. 4.2) führten im Bericht vom 9. Dezember 2015 (Urk. 6/48) aus, die Beschwerden seien unverändert. Die Physiotherapie helfe zweitweise, aber nicht andauernd. Die Arbeitsfähigkeit sei vom Hausarzt auf 20 % bestätigt. Mehr sei vom Patient aus nicht möglich. In der heutigen Verlaufskontrolle würden sich unveränderte Befunde zeigen. Trotz intensiven physiotherapeutischen Bemühungen hätten sich die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht wesentlich verbessert. Wie im letzten Bericht erwähnt, bestehe zurzeit keine Operationsindikation. Die konservative Behandlung solle weiterhin ausgeschöpft werden. Der Beschwerdeführer arbeite gemäss eigenen Angaben zu 20 %. Aus Sicht der morphologischen Befunde an der Wirbelsäule sei der Beschwerdeführer aus ihrer Sicht als Koch zu 50 % arbeitsfähig.

E. 4.5

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.7), RAD, führte in der Stellungnahme vom 7. Januar 2016 (Urk. 6/49/2-3) aus, gesamtthaft habe sich bei der aktuellen bildgebenden Diagnostik eine leichte Verschlechterung der bekannten degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule, insbesondere im Halswirbel - und Lendenwirbelsäulenbereich, gezeigt. Dadurch sei es zu einer Zunahme der belastungs - abhängigen Rückenschmerzen gekommen. Ferner habe sich eine leichte Periarthropathie bei der Schultergelenke gezeigt, dies jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Abklärung des B.____

im August 2015

habe ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie kognitive Defizite ausgeschlossen werden können.

Aufgrund der zunehmenden degenerativen Veränderungen sei der Beschwerdeführer nachvollziehbar in der bisherigen überwiegend gehenden und stehenden Tätigkeit als Koch aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und fehlender Besserung unter Physiotherapie zu 50 %

arbeitsunfähig (siehe Arztbericht von Dr. Z.____ vom 9. Dezember 2015; recte wohl Arztbericht von Dr. E.____ und Dr. Y.____ gleichen Datums) und in einer angepassten Tätigkeit unverändert zu 100 % arbeitsfähig. Das Ressourcenprofil entspricht einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit in Wechselbelastung und ohne andauernde Zwangshaltung. Von dieser Arbeitsunfähigkeit könne ab Juni 2015 (Untersuchungszeitpunkt im B.____) ausgegangen werden.

E. 5.1

Die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise verschlechtert hat, beurteilt sich durch einen Vergleich des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt der rentenablehnenden Verfügung vom 14. Mai 2014 mit dem Gesundheitszustand im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (Urk. 2).

Für die Beantwortung der Frage, ob vorliegend eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch relevanten Weise eingetreten ist, kann grundsätzlich auf den Abklärungsbericht des B.____ vom 17. November 2015 abgestellt werden (vgl. vorstehend E.

E. 5.2

Von besonderem Gewicht und hinsichtlich der Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als ausgesprochen fallbezogen aufschlussreich er scheint vorliegend der Umstand, dass sowohl die fachärztlich-rheumatologische Abklärung von 2013 als auch diejenige von 2015 vom gleichen Arzt erstellt wurde .

Der

abklärende Rheumatologe PD Dr. med. F.____

war somit in der Lage, den Sachverhalt von 2013 und denjenigen von 2015 aus eigener Anschauung umfassend zu würdigen und zu vergleichen. Er hat dies denn auch explizit getan, was seine Schlussfolgerungen ausgesprochen nachvollziehbar erscheinen lässt.

E. 5.3

Soweit der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Beurteilung durch Prof. Y.____ vorbringt, dass er lediglich zu 50 % arbeitsfähig sei und diese Einschätzung auch für andere leichte bis mittelschwere Tätigkeiten gelte (Urk. 1 S. 5 unten), vermag dies nicht zu überzeugen. So bezog Prof. Y.____ im Bericht vom 9. Dezember 2015 (vgl. vorstehend E. 4.4) die attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit explizit auf die Tätigkeit als Koch. Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit nahm er indes keine vor. Weiter entspricht die Tätigkeit als Koch entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers wohl kaum einer dem Ressourcenprofil angepassten Tätigkeit (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 5.1, sowie Beschreibung der individuellen Tätigkeit im Arbeitgeberbericht vom 17. Juni 2013; Urk. 6/13 S. 5 Ziff. 5).

Der Beschwerdeführer verkennt sodann, dass es Aufgabe des Arztes ist, 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).

Denn für die Bestimmung des Rentenanspruchs ist es - grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie - massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (BGE 136 V 279 E. 3.2.1 S. 281; Urteil 8C_391/2015 vom 1. August 2015 E. 3.3). Die Berichte von Prof. Y.____ bieten hierfür keine genügende Grundlage, lassen sich daraus doch weder Angaben zu funktionellen Einschränkungen noch zu möglichen adaptierten Tätigkeiten entnehmen. In gleichem Sinne kann der Beschwerdeführer auch aus dem Schreiben von Dr. Z.____ vom 15. Dezember 2015 (Urk. 6/47), welcher sich seinerseits auf den Bericht von Prof. Y.____ vom 9. Dezember 2015 bezieht, nichts zu seinen Gunsten ableiten. Entsprechend vermögen die genannten Berichte bereits aus diesen Gründen keine Zweifel am Gutachten des B.____ zu begründen.

Rechtsprechungsgemäss

ist schliesslich auch zu beachten, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen und sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Ihre Berichte verfolgen daher nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte – beziehungsweise regelmässig behandelnde Spezialärzte (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2.

April 2007 E. 4.2) – mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, kommt im Streitfall ein direktes Abstellen einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte nur selten in Frage (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1).

E. 5.4

Sodann bringt der Beschwerdeführer vor, dass selbst gemäss RAD zunehmende degenerative Veränderungen vorliegen würden und dass die Situation trotz intensiven Behandlungen nicht besser geworden sei (vgl. Urk. 1 S. 6). Der Beschwerdeführer hält damit zu Recht fest, dass der RAD offenbar eine leichte Verschlechterung der degenerativen Veränderungen anerkannte und entsprechend von einer veränderten Arbeitsfähigkeit in dem Sinne ausging, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit gestützt auf die behandelnden Ärzte und in Abweichung zur Beurteilung des B.____ nur noch im Umfang von 50 % zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 4.5). In der angefochtenen Verfügung berücksichtigte die Beschwerdegegnerin diese Einschätzung des RAD schliesslich jedoch nicht (vgl. Urk. 2). Im Übrigen gingen selbst die Ärzte des B.____ in dem Sinne von einer Veränderung aus, dass die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (nur) noch im Umfang von 75 % zumutbar ist (vgl. vorstehend E. 4.3 und E. 5.1).

E. 5.5

Ob nun in der angestammten Tätigkeit von einer 50%igen oder einer 75%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen ist, kann letztendlich offen bleiben, da der Beschwerdeführer gestützt auf den Abklärungsbericht des B.____ (vgl. vorstehend E. 4.3) in einer leidensangepassten Tätigkeit nach wie vor vollzeitig arbeitsfähig ist. Daraus folgt, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im relevanten Zeitraum nicht in einer anspruchsbegründenden Weise verändert hat. Damit ergeben sich hinsichtlich des mit Verfügung vom 14. Mai 2014 vorgenommenen Einkommensvergleichs (vgl. Urk. 6/24 S. 2) auch in erwerblicher Hinsicht keine Änderungen.

Schliesslich verweist der Beschwerdeführer noch auf den nachträglich eingereichten Bericht von Dr. A.____ vom 15. November 2016 (Urk. 9). Dr. A.____ kommt darin - bei im Wesentlichen gleich gebliebener Befundlage - zum Schluss, dass längerfristig selbst für leichte Tätigkeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorliege. Soweit der Beschwerdeführer damit eine weitere Verschlechterung geltend macht, verkennt er, dass eine allfällige Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch objektivierbare Befunde belegt werden muss. Zudem ist anzumerken, dass der Erlass des angefochtenen Entscheids rechtsprechungsgemäss die Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. etwa BGE 131 V 407 E.2.1.2.1 und BGE 129 V 354 E. 1). Eine allfällig seither eingetretene Verschlechterung bildet daher nicht Gegenstand dieses Verfahrens.

E. 5.6

Soweit der Beschwerdeführer verlangt, es seien weitere Abklärungen durchzuführen, kann darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden (BGE 127 V 491 E. 1b mit Hinweisen). Der Gesundheitszustand und insbesondere die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind aufgrund der medizinischen Akten hinreichend abgeklärt.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 6

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzu erlegen. 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 zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Peter Steiner - 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, zuzu stellen.

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 Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

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