

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01055 vom 3. Dezember 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-12-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.01055

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01055 du 3 décembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.01055 del 3 dicembre 2019

Erwägungen

E. 1

0. September 2018 (Urk. 8/191) Einwand und legte im Verlauf weitere Arztberichte (Urk. 8/180-181, Urk. 8/187, Urk. 8/190, Urk. 8/200) zu den Akten. Mit Verfügung vom 2. November 2018 verneinte die IV-Stelle wie vorbeschrieben einen Rentenanspruch (Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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

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. 1.3

). 4.3

Soweit der Beschwerdeführer sinngemäss geltend machte, das Gutachten sei beweis untauglich, da die geklagten Schmerzen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht genügend berücksichtigt worden seien, ist dem entgegen zuhalten, dass Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen jedenfalls aus juristischer Sicht für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteil U 9/05 des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 3. August 2005 E. 4; Urteile des Bundesgerichts U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06

vom 25. Juli 2007 E. 5.2 sowie 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3) und sich hieraus auch noch keine Arbeitsunfähigkeit ableiten lässt. Vorliegend konnte trotz mehrfachen eingehenden Untersuchungen kein organisches Substrat für die geklagten Beschwerden gefunden werden (vgl. die orthopädische [E. 3.4.3] und viszeralchirurgische Beurteilung [E. 3.4.5]). Vielmehr stellten die Gutachter Inkonsistenzen fest. So habe der Beschwerdeführer bei der Untersuchung der Halswirbelsäule eine verminderte Kopffrotation aufgewiesen, den Kopf unter Ablenkung aber aktiv und offenbar völlig schmerzfrei und ohne relevante Einschränkung bewegt (Urk. 21 S. 13). Ferner habe die Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage infolge zwischen Unterbauch und Oberschenkeln angegebenen Beschwerden praktisch nicht durchgeführt werden können. In sitzender Position bei hängenden Beinen habe der Beschwerdeführer die Kniegelenke wiederholt vollständig strecken und die Hüften frei in die Endposition rotieren können (Urk. 21 S. 14).

Dr. O.____ beurteilte die Schmerzen des Beschwerdeführers neuropathisch bedingt (E. 3.5). Der begutachtende Neurologe Dr. M.____ stellte in seiner Exploration jedoch nicht genügend Anhaltspunkte für neuropathische Schmerzen oder ein peripheres Engpasssyndrom fest (E. 3.4.4) und auch die Ärzte der Klinik R.____

verneinten in ihrem Bericht neurologische Ausfälle

(E.

E. 2

Gegen die Leistungsabweisung erhob der Versicherte unter Beilage diverser Arztberichte (Urk. 3/1-13, Urk. 5) mit Eingabe vom 5. Dezember 2018 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung vom 2. November 2018 sei vollumfänglich aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm mindestens eine Viertelsrente zuzusprechen. Eventualiter sei eine gutachterliche Untersuchung von einer unabhängigen Stelle anzuordnen (Urk. 1).

Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 22. Januar 2019 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde. Mit Verfügung vom 23. Januar 2019 wurde dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 9). Im Verlauf legte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte zu den Akten (Urk. 10/1-2, Urk. 12/1-2, Urk. 14/1-4, Urk. 16, Urk. 18), welche der Beschwerdegegnerin jeweils zur Kenntnisnahme zugestellt wurden (Urk. 11, Urk. 13, Urk. 15, Urk. 17, Urk. 19). Ferner wurde die Beschwerdegegnerin telefonisch er sucht, das Gutachten des Z.____ vom 16. April 2018 in leserlicher Form zu den Akten zu reichen (Eingabe vom 29. November 2019, Urk. 20 und 21 [= Urk. 8/137]).

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2018 (Urk. 2) hielt die Beschwerdegegnerin fest, medizinische Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in jeder leichten bis mindestens mittelschweren Erwerbstätigkeit uneingeschränkt arbeits- und leistungsfähig sei. Es bestehe keine langandauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und damit auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde vom 5. Dezember 2018 (Urk. 1) zusammengefasst geltend, ihm seien selbst als Hilfsarbeiter keine leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar. Die medizinischen Aktenlage spreche für eine längerfristige Arbeitsunfähigkeit. 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Bei Verdacht auf eine inkarzerierte Inguinalhernie auf der rechten Seite wurde der Beschwerdeführer am 21. August 2014 auf der chirurgischen Notfallstation des Spitals B.____ vorstellig (vgl. Kurzbericht vom 21. August 2014, Urk. 8/115/55), wo am 28. August 2014 eine operative Hernien-Sanierung beidseits

durchgeführt wurde (vgl. Operationsbericht vom 2. September 2014

[Urk. 8/26/17], Austrittsbericht vom 29. August 2014 [Urk. 8/26/13]). Aufgrund seither bestehenden linksseitigen Hodenschmerzen begab sich der Beschwerdeführer in die Klinik C.____, wo eine postoperative Nebenhodenentzündung festgestellt und eine antibiotische Therapie eingeleitet wurde (vgl. Arztbericht vom 10. September 2014, Urk. 8/137/32). Da keine Verbesserung der Beschwerden eingetreten war, wurde er erneut in der C.____ vorstellig. Der untersuchende Arzt erachtete am ehesten eine Phlebitis bei neu aufgetretener Varikozele testis links als für die Beschwerden verantwortlich. Er empfahl eine antiphlogistische Therapie (vgl. Arztbericht vom 14. September 2014, Urk. 8/137/34). In der Folge begab sich der Beschwerdeführer zur neuro-urologischen Evaluation in die Uniklinik D.____, wo bei Ausbleiben der Besserung unter Antibiotika eine Epididymitis verneint und die Antibiotikum-Therapie abgesetzt wurde. Die Ärzte äusserten den Verdacht auf eine neurogene Schmerzsymptomatik bei Affektion des Nervus ilioinguinalis und genitofemoralis im Rahmen der TEPP (Transkutane Endoskopische Promesh-Plastik) und leiteten eine Therapie mittels Lyrica ein (vgl. Arztbericht vom 30. September 2014, Urk. 8/137/45). Dadurch konnte subjektiv eine Besserung der linksseitigen skrotalen Schmerzsymptomatik erzielt werden. Die Ärzte empfahlen die Fortsetzung der Medikation für insgesamt sechs Monate postoperativ. Auf schwere körperliche Arbeit sollte der Beschwerdeführer vorerst verzichten (vgl. Arztberichte vom 22. Oktober 2014 [Urk. 8/115/60] und 20. November 2014 [Urk. 8/137/49]). Die nachgewiesene Varikozele 1-2 Grades auf der linken Seite würde

kaum zu den Beschwerden beitragen, weshalb von einer operativen Sanierung der Varikozele abgeraten werde

(vgl. Arztbericht vom 20. Januar 2015 [Urk. 8/115/62]).

E. 3.2

Zur Einholung einer Zweitmeinung bei seit dem operativen Eingriff (August 2014) progredienten Hodenschmerzen links sowie zusätzlich bestehenden diffusen Abdominalschmerzen begab sich der Beschwerdeführer ins Universitätsspital E.____. Im Arztbericht vom 2. März 2015 teilten die untersuchenden Ärzte die bisherige medizinische Einschätzung. Als Ultima Ratio sei eventuell die Durchführung einer Funikulyse und Epididymektomie zu diskutieren (Urk. 8/115/51). Aufgrund der Bauchproblematik veranlasste seine Hausärztin Dr. F.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, eine Computertomographie (CT) des Abdomens (vgl. Überweisung vom 22. April 2015 [Urk. 8/115/46], CT Abdomen vom 22. April 2015 [Urk. 8/115/39]). Es präsentierte sich beidseitige Rezidiv-Inguinalhernien. In der Folge wurde

im Spital B.____

eine Inguinalhernien -Operation nach Lichtenstein durchgeführt (am 22. April 2015 auf der rechten Seite, am 8.

Mai 2015 auf der linken Seite ; vgl. Austrittsberichte vom 24. April 2015 [Urk. 8/26/4] und 10. Mai 2015 [Urk. 8/26/2]). Im Rahmen der Nachkontrolle wurde eine Besserung dokumentiert, so seien die präoperativen Hodenschmerzen vollständig regredient und die Varikozele nicht mehr vorhanden. Bei längeren Gehen bzw. körperlichen Belastungen verspüre er - so der Beschwerdeführer - inguinal noch ein leichtgradiges Ziehen. Die Ärzte des Spitals B.____ erachteten ab September 2015 einen vorsichtigen Wiederbeginn mit der Arbeit (drei Stunden täglich) zumutbar. Im weiteren Verlauf könne die Belastung allmählich gesteigert werden

(vgl. Arztberichte vom 2. Juni 2015 [Urk. 8/115/47], 20. August 2015 [Urk. 8/115/42] und

15. September 2015 [Urk. 8/115/40]). Im Rahmen einer erneuten Kontrolle im Spital B.____ wurde festgehalten, sowohl klinisch, sonographisch als auch computertomographisch könne keine erneute Hernie evaluiert werden. Die lokalen Schmerzen seien möglicherweise postoperativ bedingt oder es handle sich um Narbenneurome. Im CT seien die sonographisch beschriebenen Strukturen allerdings nicht nachweisbar (vgl. Arztbericht vom 3. November 2015, Urk. 8/45/13). Im November 2015 begann der Beschwerdeführer mit einer schmerztherapeutischen Behandlung im Spital B.____ (vgl. Urk. 8/45/15). Eine lokale Infiltration der Operationsnarbe habe zu einer deutlichen Beschwerderinderung geführt. Leichte körperliche Tätigkeiten könne er problemlos zu 100 % ausführen. Der Wechsel in seine angestammte Tätigkeit sei jedoch erst sinnvoll, wenn sich die Schmerzsituation anhaltend stabilisiert habe (bis ein Jahr postoperativ; vgl. Arztbericht vom 22. Januar 2016, Urk. 8/45/9).

E. 3.3

Da die Beschwerden keine Besserung zeigten, meldete sich der Beschwerdeführer bei Dr. G.____, Facharzt FMH für Chirurgie, spez. Viszeralchirurgie, in der Klinik H.____. Dieser erklärte die angegebenen Beschwerden aufgrund von ausgeprägten schmerzhaften Ansatzendoperiostosen im Bereich der Symphyse (vgl. Arztbericht vom 29. November 2016, Urk. 8/115/23). Die Sonographie habe die ausgeprägten Insertionsendoperiostosen am gesamten vorderen Beckenring bestätigt. Hinweise für Hernienrezidive

gebe es keine. Die Beschwerden seien auch nicht durch ein Lipom in der rechten Femoralpforte, welches kaum beweglich sei, bedingt (vgl. Arztbericht vom 19. Dezember 2016 [Urk. 8/115/22] sowie Sonographieprotokoll vom 6. Dezember 2016 [Urk. 8/115/21]). Im Vordergrund würden thorakolumbale und lumbale Schmerzen stehen, weshalb der Beschwerdeführer zur rheumatologischen Untersuchung an Dr. I.____, Fachärztin für Rheumatologie in der Klinik H.____, überwiesen wurde. Sie konstatierte, konventionelle Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule (LWS) und des thorakolumbalen Übergangs hätten ausgeprägte multisegmentale degenerative Veränderungen mit Facettengelenksarthrosen betont tieflumbal gezeigt (vgl. Arztbericht vom 25. Januar 2017, Urk. 8/115/18).

Der Beschwerdeführer wurde wegen persistierenden Leisten- und Hodenschmerzen beidseits in die Schmerzprechstunde in die Uniklinik D.____ überwiesen, wo die Ärzte eine Infiltration ilioinguinalis rechts beschlossen (vgl. Arztbericht vom 25. August 2017, Urk. 8/115/6).

E. 3.4

.5

Die viszeralchirurgische Untersuchung fand bei Dr. N.____, FMH Chirurgie, statt. Dieser konstatierte, in beiden Leisten seien leicht schräg verlaufende reizlose Narben zu erkennen. Eine Schwellung sei nicht festzustellen. Der linke Hoden stehe wenig tiefer als der rechte. Bei sanfter Palpation habe der Beschwerdeführer tief im Unterbauch beidseits, in beiden Inguinalregionen sowie im gesamten Skrotum eine diffuse Druckdolenz ohne Punctum maximum und ohne Seitendifferenz angegeben. Im Bereich des Pecten

ossis

pubis und Tuberculum pubicum,

rechts deutlich stärker als links, habe der Beschwerdeführer eine Druckschmerzhaftigkeit vermeldet, welche bei Anspannen der Bauchmuskulatur zunehme. Die Palpation des Leistenkanals sei kaum schmerzhaft und ergebe keine Hinweise auf ein Hernienrezidiv. Beim Versuch einer Palpation des Skrotalinhaltes habe der Beschwerdeführer Schmerzen angegeben und ein Ausweichmanöver gemacht. Dadurch hätten die Hoden, Nebenhoden und skrotaler Anteil des Samenstrangs nicht beurteilt werden können. Die Sensibilität im Unterbauch, der Leistenregion und des Skrotum sei beidseits intakt. Ein Tinelzeichen sei nicht nachzuweisen. Im Bereich der rechtseitigen inguinalen Narbe werde eine Dysästhesie vermeldet. Dr. N.____ hielt folgende Diagnosen fest: - Unklares abdomino-inguinotestokratales Schmerzsyndrom (ICD-10: R10.3) bei - Status nach TEPP und Lichtensteinplastiken wegen bilateraler direkter Inguinalhernien resp. Rezidivinguinalhernien (ICD-10 K40.21) und - Anamnestisch leichtgradiger Varikozele links - Verdacht auf Insertionstendinose am vorderen Beckenring

Dr. N.____ führte aus, das Beschwerdebild habe sich über die letzten zwei - ein halbes Jahr - stetig verändert, sowohl hinsichtlich der Ausbreitung oder Ausstrahlung (nach kranial in den Unterbauch sowie in beide Oberschenkel) als auch bezüglich der Seitenlokalisation mit völliger Erholung der Orchidodynie

und - auch kontralateralem - Wiederauftreten. Bei der aktuellen Untersuchung liessen sich keinerlei Hinweise auf eine neuropathische

Ursache respektive auf eine Entzündung finden. Diesbezüglich könne auf das neurologische Teilgutachten verwiesen werden (vgl. E. 3.4.4.4 hiervor). Die inguinal rechts vermeldete nicht schmerzhaft missempfundene Sensation («wie ein schwerer Stein»),

könne allenfalls auf eine Fremdkörperreaktion zurückzuführen sein. Beim verwendeten Kunststoffnetz wäre dies indessen sehr ungewöhnlich. Auch hätten weder Sonographie noch abdominale CT einen diesbezüglichen verdächtigen Befund ergeben. Die aktuelle klinische Untersuchung sei wegen der histologisch imponierenden und äusserst diffusen Druckdolenz im gesamten untersuchten Areal nur eingeschränkt konklusiv. Bildgebende Voruntersuchungen und der aktuelle klinische Befund liessen indessen keine ursächliche organische Zuordnung des chronischen polymorphen Schmerzsyndroms erkennen.

Bezüglich einer möglichen Insertionstendinose seien bei Persistenz der Beschwerden Physiotherapie oder lokale Infiltrationen denkbar. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei zu mindest seit September 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu veranschlagen (Urk. 21/21f.).

E. 3.4.6

Zusammenfassend könne aufgrund der objektivierbaren Befunde weder aus vis zeral chirurgischer , neurologischer, orthopädischer noch internistischer Sicht eine somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der ange stamm ten Tätigkeit erhoben werden. Auch aus psychiatrischer Sicht finde sich keine Diag nose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Es bestehe aus poly diszipl i n ä rer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in der ange stamm ten Tätigkeit und in jeder anderen, leichten bis mindestens mittel schweren Er werbs tätigkeit ,

mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im De zember 2017, wobei eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit retro spektiv gesehen aufgrund der vorliegenden Unterlagen aus gutachterlicher Sicht , ausser einigen Wochen postoperativ (Mai 2015) , nicht nachvollziehbar sei (Urk. 21/24).

E. 3.5

). Vor dem Hintergrund, dass die Ärzte in Q.____ im Rahmen ihrer Schmerzabklärung nur einen Verdacht auf neuropathische Schmerzen im Bereich des Ramus femo ra lis des Nervus

genitofemoralis rechts und links äusserten (E. 3.6) und es keine objektivierbaren Befunde für die subjektiven Sensibilitätsstörungen gibt, ist nicht ausgewiesen, dass der neuropathische Teil einen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Im Übrigen impliziert eine blosser Verdachtsdiagnose nur eine mögliche Gesundheitsstörung, kann aber ver siche rungs medizinisch keine rechtsgenügeliche Grundlage bilden, um mögliche Aus wirkungen auf die Arbeits fähigkeit nachzuweisen. Nach dem Gesagten ist es nachvollziehbar, auch aus den subjektiven Sensibilitätsstörungen keine dauerhaft anhaltende Arbeitsunfähigkeit abzuleiten (vgl. E. 3. 4.4).

Die geringe Varikozele l inks wurde von den Urologen der Uniklinik D.____ sowie des E.____

als Schmerzurs ache ausgeschlossen (vgl. E. 3.1 in fine und E. 3.2). Dem stimmte Gut achter Dr. N.____ zu (Urk. 21 S. 22). Angesichts dessen, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Exploration angab, dass die linksseitigen Hodenschmerzen über die Zeit klar abgenommen hätten und jetzt nur noch zeit weise beständen (Urk. 21 S. 4), ist diese r Einschätzung zu folgen . 4.4

Die Gutachter des Z.____ attestierten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungs fähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in jeder anderen, leich ten bis mindestens mittelschweren Erwerbstätigkeit (vgl. E. 3.4.6). Ausgehend von den Angaben im Arbeitgeberfragebogen vom 2 6. März 2015 , wonach die Tätig keit als Gepäck sortierer mehrheitlich (34 bis 66 %) das Heben und Tragen von schweren Gepäck stücken (über 25 kg) beinhaltet (Urk. 8/18/5), ist die ange stammte Tätigkeit des Be schwerdeführers als schwer zu qualifizieren. Angesichts dessen, dass die Ärzte der Klinik R.____ ein panvertebrales Schmerzsyndrom diagnostizierten (vgl. E. 3.5) und auch der begutachtende Orthopäde Dr. L.____ einen gewissen Leidens druck infolge der Dis ko pathie im Bereich des thorakolum balen Übergangs als nach voll ziehbar er achtete (vgl. E. 3.4.3), kann - in Abwei chung der gutachter lichen Einschätzung - eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die schwere angestammte Tätigkeit nicht ausgeschlossen werden.

Hierbei kann offengelassen werden, in welchem Umfang er tatsächlich eingeschränkt ist, attestierten ihm die Gutachter doch eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer leidensange passen Tätigkeit .

Die Einschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf eine berufliche Tätigkeit, wonach er sich mit seinen Beschwerden nur noch eine ganz leichte Tätigkeit mit einem Pensum von maximal 1-2 Stunden pro Tag vorstellen kann (Urk. 21 S. 5), ist in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer fünfmal wöchentlich von 08.00 Uhr bis 12.00 Uhr das « S.____ » besucht, um einen Deutschkurs zu absolvieren und Bewerbungen zu schreiben (Urk. 21 S. 7 und S. 12),

nicht nachvollziehbar. Aufgrund der Akten ist erstellt, dass sich die vom Beschwerdeführer beklagten polymorphen Schmerzen medizinisch nicht klar begründen lassen, weshalb eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgemittelt ist. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass einige Wochen postoperativ (Mai 2015), spätestens aber nach Ablauf des Wartejahrs (August 2015), keine anhaltende Arbeitsunfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mehr bestanden hat. Da von weiteren medizinischen Abklärungen keine neuen entscheidung relevanten Erkenntnisse zu erwarten wären, kann davon in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 90 E. 4b) abgesehen werden. 5.

Zu prüfen sind die erwerblichen Auswirkungen . 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 ausgleichender 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, 128 V 29 E. 1). 5.2

5.2.1

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt auf Grund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f.; 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen; Urteil 8C_450/2016 vom 6. Oktober 2016 E. 3.2.1). 5.2.2

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der

beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/aa).

Ist die Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich, können für die Bestimmung des Invalideneinkommens nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/Reichmuth, IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisoren vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). 5.2.3

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wobei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (BGE 138 V 457 E. 3.1 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 9C_118/2015 vom 9. Juli 2015 E. 2.1 mit Hinweis). 5.3

5.3.1

Der hier zu prüfende Rentenanspruch konnte gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Anmeldung vom 13. Februar 2015, Urk. 8/1), mithin frühestens am 1. August 2015 entstehen.

Spätestens seit August 2015 ist eine vollständige Arbeitsfähigkeit für jede leichte bis mindestens mittel schwere Tätigkeit gegeben (vgl. E. 4.4 in fine). 5.3.2

Gemäss Auszug aus dem IK erzielte der Beschwerdeführer im Jahre 2014 bei der Y. AG ein Jahreseinkommen von Fr. 77'370.-- und bei der T. AG ein solches von Fr. 14'768.-- (Urk. 8/9). Im Arbeitgeberfragebogen gab die Y. AG an, dass der Beschwerdeführer seit Januar 2014 ein monatliches Einkommen von Fr. 5'350.-- (x 13; vgl. Urk. 8/10/16) verdient habe, zuzüglich unregelmässiger Schichtzulagen von ca. Fr. 712.60 (Urk. 8/10/2), was mit dem Eintrag im IK vereinbar ist. Unklar bleibt, ob der im IK eingetragene Jahresverdienst von Fr. 14'768.-- eine Nebenerwerbstätigkeit betrifft, die der Beschwerdeführer ohne die Hernienoperationen und anschliessend persistierenden Beschwerden weitergeführt hätte. Jedenfalls sind dem IK seit 1998 Nebeneinkommen in unterschiedlichem Umfang vermerkt. Angesichts des Ausgangs kann indes auf weitere Erhebungen verzichtet werden. Einschliesslich dieses möglichen Nebenverdienstes hat der Beschwerdeführer im Jahr 2014 ein Erwerbseinkommen von Fr. 92'138.-- (Fr. 77'370.-- + Fr. 14'768.--) erzielt, was als Basis für die Festsetzung des Invalideneinkommens heranzuziehen ist. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung (Bundesamt für Statistik, T 39 Entwicklung der Nominallöhne 1976-201

E. 3.6

Nach durchgeführter Schmerzabklärung hielten die Ärzte des Zentrums Q.____ fest, es bestehe die Möglichkeit, dass bei der Leistenhernie Operation verschiedene Nerven verletzt worden seien. Auf der rechten Seite sei der Cremasterreflex problemlos auslösbar. Die Schmerzlokalisierung rechts erstreckte sich in Richtung des mittleren Oberschenkels, wobei der rechte Hoden nicht betroffen sei, so dass eine Läsion des Ramus genitalis des Nervus

genito femoralis wenig wahrscheinlich erscheine. Aus demselben Grund bestehe wohl auch keine Läsion des Ramus scrotalis des Nervus ilioinguinalis. Da der obere Oberschenkel betroffen sei, sei eine Problematik im Bereich des Nervus

femoralis

cutaneus

lateralis, des Nervus

iliohypogastricus oder im Bereich des Ramus femoralis des Nervus

genitofemoralis möglich. In Bezug auf die linke Seite führten die Ärzte aus, da die Palpation des linken Hodens schmerzhaft sei, komme primär die Varikozele als Ursache für die Hodenschmerzen in Frage. Die Leisten schmerzen auf der linken Seite könnten durch eine Problematik des Ramus genitalis des Nervus

genitofemoralis, des Ramus femoralis des Nervus

genito femoralis und des Nervus

iliohypogastricus oder des Nervus

femoralis

cutaneus

lateralis hervorgerufen werden. Es werde entsprechend eine diagnostische Blockade der oben genannten Nerven empfohlen (vgl. Arztbericht vom 4. September 2018, Urk. 8/200). Zur Einschätzung der möglichen Arbeitsfähigkeit bei chronischen Schmerzen sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchzuführen (vgl. Arztbericht vom 19. Oktober 2018, Urk. 8/207).

E. 3.7

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer weitere Arztberichte zu den Akten, aus denen hervorgeht, dass trotz konservativer, medikamentöser wie auch interventionell durchgeführter Therapien keine Verbesserung der Beschwerden erreicht werden können. Als Ultima Ratio – jedoch bezweifeltes – wurde dem Beschwerdeführer die operative Entfernung der Netze vorgeschlagen, mit welcher sich der Beschwerdeführer einverstanden erklärte (vgl. insbesondere Arztbericht vom 21. November 2019 [Urk. 18] sowie Urk. 14/2, Urk. 16).

4. 4.1

Beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 2. November 2018 (Urk. 2) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten des Z.____ vom 16. April 201

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

, Männer ; Stand 2014 : 2220 , Stand 2015 : 2226) ist das Valideneinkommen mit Fr. 92'387.-- zu beziffern (Fr. 92'138.-- : 2220 x 2226). 5.3 . 3

Zur Bemessung des Invalideneinkommens ist auf die Tabellenlöhne abzustellen (vgl. E. 5.2.2) und das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'312.-- für männliche Hilfskräfte gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2014, TOTAL in der Tabelle TA1, Kompenzenniveau 1, Männer) heranzuziehen, da körperlich leichte Arbeiten nicht nur auf den Sektor 3 (Dienstleistungen) beschränkt sind und der Umstand, dass der Beschwerdeführer langjährig als Gepäcksortierer tätig war, keinen Grund darstellt, weshalb eine Arbeit in einem anderen Bereich nicht in Frage käme. Das standardisierte monatliche Einkommen von Fr. 5'312.-- ist unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit im Jahr 2015 von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, P 8) sowie der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2015 (Stand 2014: 2220, Stand 2015: 2226) auf ein Jahreseinkommen von Fr. 66'632.72

hochzurechnen (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41,7 : 2220 x 2226). Das anzurechnende Invalideneinkommen beträgt somit Fr. 66'632.70 .

Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 92'387.--

(vgl. E. 5.3.2) mit diesem Invalideneinkommen resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'755.-- oder ein Invaliditätsgrad von 27,88 %, gerundet 28 %. Somit besteht auch unter der Annahme, dass im Gesundheitsfalle eine Nebenerwerbstätigkeit fortgeführt worden wäre und dies invaliditätsbedingt nicht mehr möglich ist, kein Anspruch auf eine Invalidenrente. 5.4

Aufgrund dieser Erwägungen besteht die angefochtene Verfügung vom 2. November 2018 zu Recht, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Das vorliegende Verfahren geht um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen, es ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind dabei nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden 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 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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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
Stadler

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