

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00189 vom 26. August 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00189

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00189 du 26 août 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00189 del 26 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

0. März 2006 eine befristete ganze Rente für die Monate Oktober 2004 bis März 2005 zu (Urk. 7/32). Die von ihm dagegen erhobene Einsprache (Urk. 7/34 f.), wies sie – nachdem das Bundesgericht mit Urteil 8C_756/2007 vom 2. Juli 2008 die Leistungseinstellung der Suva basierend auf dem Bericht der Rehaklinik B.____ bestätigt hatte (vgl. Urk. 7/75/199 ff.) – am 8. Oktober 2008 ab (Urk. 7/58).

E. 1.1

X.____, geboren 1972, war ab Januar 1996 hauptberuflich über die Y.____ AG (damals noch: Z.____ AG) beim Elektrizitätswerk A.____ tätig (vgl. Urk. 7/114/1 und 7/114/5), wo er für die Reinigung und Instandhaltung der Anlage und für kleinere Reparaturen am Gebäude zuständig war (vgl. Urk. 7/21/23). Nach einer Heckkollision im März 2003 (vgl. Urk. 7/11/40) wurden bei ihm eine Distorsion der Halswirbelsäule (HWS), ein zervikoradikuläres Schmerzsyndrom ohne Nachweis einer Diskushernie oder Neurokompression (vgl. Urk. 7/11/25 f.; Urk. 7/1/1) und eine Teilruptur des Musculus sternocleidomastoideus

(Kopfnicker) rechts diagnostiziert (vgl. Urk. 7/11/29). Zudem erfolgte am

E. 1.2

Bei einem Arbeitsunfall mit einer Kettenäge zog sich der Versicherte am 15. Februar 2008 an beiden ventralen Unterschenkeln eine Sägeverletzung mit ossärer Beteiligung zu (vgl. Urk. 7/82/8-11).

In der Folge entwickelte sich ein Narbenneurom des Nervus

saphenus am rechten Unterschenkel, das am 24. Mai 2011 entfernt wurde (vgl. Urk. 7/82/25 und 7/82/28). Nach einem weiteren Ereignis am 9. Dezember 2013 beim Leeren einer Trafowanne klagte der Versicherte über Schulterbeschwerden (vgl. Urk. 7/82/91 f.).

Schliesslich meldete er sich mit Formular vom 24. April 2018 erneut zum Leistungsbezug bei der IV-Stelle an (Urk. 7/67). Diese zog insbesondere die Akten des Krankentaggeldversicherers Mutuel Versicherungen AG (Urk. 7/69) sowie der Suva (Urk. 7/75, 7/82 und 7/83) bei. Ferner holte sie einen ausführlichen Bericht beim behandelnden Rheumatologen ein, der weitere fachärztliche Berichte beilegte (Urk. 7/79). Am 22. August 2018 informierte die Mutuel Versicherungen AG die IV-Stelle unter Beilage eines Gutachtens der C.____ – verfasst am

E. 2

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Gysler, mit Eingabe vom 8. März 2019 Beschwerde (Urk. 1) unter Beilage des Schlussberichts zur arbeitsmarktlichen Abklärung für Stellensuchende, an welcher er von Februar bis März 2019 teilgenommen hatte (Urk. 3/

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die bisherige Tätigkeit als Baufacharbeiter sei dem Beschwerdeführer entgegen dem Gutachten des Krankentaggeldversicherers nicht mehr möglich, jedoch bestehe in einer optimal leidens angepassten Tätigkeit gemäss RAD weiterhin eine volle Arbeitsfähigkeit. Dem Valideneinkommen von Fr. 79'795.-- sei nach statistischen Erhebungen ein Invalideneinkommen von Fr. 67'338.90 gegenüberzustellen. Es resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 16%. Aufgrund der fehlenden Erstausbildung nicht möglich seien Umschulungsmassnahmen (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt indessen dafür, gestützt auf den Schlussbericht Praxis Check sei davon auszugehen, dass er trotz seines grossen Einsatzes und zusätzlicher Pausen mit dem siebenstündigen Arbeitspensum überfordert gewesen sei. Mittel- bis langfristig könne er nicht ständig über seine Grenzen hinausgehen. Seine Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit betrage daher nicht mehr als 50%. Genauer müsste der Umfang mit einem Gutachten abgeklärt werden (vgl. Urk. 1 Ziff. 9-15). Das Gutachten der C.____

sei unbrauchbar, zumal es in Unkenntnis des MRI

sowie ohne Untersuchung des Kopf nicker s verfasst worden sei und das Ergebnis diametral zum Resultat der arbeitsmarktlichen Abklärung stehe. Letzteres gelte auch für die RAD-Beurteilung (vgl. Urk. 1 Ziff. 16 f.). Beim Einkommensvergleich sei ein leidensbedingter Abzug von 10% zu gewähren. So scheidet eine Vielzahl auch körperlich leichter Tätigkeiten aus und fehle es ihm an Deutschkenntnissen. Es resultiere ein Invalideneinkommen von Fr. 49'453.-- respektive ein Invaliditätsgrad von 62% (vgl. Urk. 1 Ziff. 18). Im Übrigen habe er sich zum qualifizierten Bauarbeiter weitergebildet, weshalb Anspruch auf Umschulung bestehe. Eine solche sei gemäss Schlussbericht Praxis Check angezeigt und erfolgsversprechend (vgl. Urk. 1 Ziff. 19). 3.

E. 3

). Er beantragte, es sei ihm eine Dreiviertelsrente zuzusprechen und es seien berufliche Massnahmen durchzuführen; eventualiter sei eine polydisziplinäre Begutachtung der Fachrichtungen Innere Medizin, Rheumatologie und Neurologie vorzunehmen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zulasten der IV-Stelle (Urk. 1 S. 1). Die schloss in der Beschwerdeantwort vom 10. April 2019 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 3.1

Im Untersuchen vom 8. März 2018 gab der

Beschwerdeführer gegenüber dem Neurologen Dr. med. E.____ an, er habe im November 2017 schwerer arbeiten müssen, was zu einer deutlichen Verstärkung der nach der Auffahrkollision im Jahr 2003 immer wieder und ab dem Jahr 2015/2016 spontan zunehmenden Nackenschmerzen geführt habe. Neu komme es zu einer Ausstrahlung Richtung thorakal, teilweise auch bis zu den Händen rechts oder links. Davor habe er 100

% arbeiten können, jedoch mit verminderter Leistung. Er habe viele Pausen benötigt, wofür sein früherer Chef Verständnis gehabt habe. Zusätzlich komme es vor allem morgens zu einer sichtbaren Schwellung des Handrückens und der Finger beidseits. Er habe Schmerzen in den Fingergelenken, bei Kälte könne er die Finger kaum beugen. Zusätzlich habe er seit dem Jahr 2008 immer wieder elektrisierende Schmerzen im [rechten] Unterschenkel und am Fuss mediale Seite, vor allem nach Belastung, jedoch auch nach längerem Sitzen oder nachts in Ruhe, weswegen er immer wieder aufstehen und herumlaufen müsse (vgl. Urk. 7/79/10).

Dr. E. ___ erklärte, aufgrund der Vorgeschichte, der Anamnese und des

Untersuchungsergebnisses halte er einen Zusammenhang zwischen den chronischen, im November 2017 exazerbierten Nackenschmerzen und den im MRI [vom 27. November 2017] nachweisbaren neuroforaminalen Einengungen [für die Nervenwurzeln C3 bis C5 links und C6 rechts, vgl. auch Urk. 7/79/6] für sehr unwahrscheinlich. Eine Therapie gegen neuropathische Schmerzen erachte er daher nicht als sinnvoll. Die zusätzlichen Beinbeschwerden seien hingegen neuropathischer Natur. Es sei ein Versuch mit Capsaicin lokal vereinbart (vgl. Urk. 7/79/11).

E. 3.2

Gegenüber Dr. med. F. ___ , dem Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums G. ___ , schilderte der Beschwerdeführer am 11. Mai 2018, dass er unverändert an einem funktionell einschränkenden Taubheitsgefühl im Bereich des Fusses rechtsseitig leide. Die Beschwerden würden nach längerem Laufen zunehmen. Auch die getragenen Arbeitsschuhe seien schwer und einschränkend, weshalb er intermittierend Pausen machen müsse. Nach längerem Laufen käme es zudem zu einer Schwellung des Fusses und elektrisierenden Schmerzen im Bereich des Unterschenkels und Fusses rechtsseitig (vgl. Urk. 7/79/12).

Dr. F. ___ wies auf die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln und eine lokale Therapie mit Capsaicin 0.075%iger Creme hin, die gut helfe. Auf eine eigentliche Diagnosestellung verzichtete er und hielt – bei im Untersuchungsergebnis festgestellter schmerzhaft eingeschränkter HWS-Beweglichkeit und Hyposensibilität im Bereich der medialen Fusskante / -sohle rechtsseitig – vorab gestützt auf die Anamnese fest, die residuellen Beschwerden seien für den Beschwerdeführer immer noch deutlich einschränkend. Er empfahl,

die bisherige Behandlung fortzusetzen und

gegebenenfalls ein MRI der HWS durchzuführen (vgl. Urk. 7/79/13).

E. 3.3

Im von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Gutachten vom 20. Juli 2018 kam Dr. D. ___ zum Schluss, es sei den mässigen degenerativen Veränderungen der HWS Rechnung zu tragen und ein negatives Leistungsbild zu definieren: Der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich leichte bis mittel schwere und kurzzeitig auch schwere Tätigkeiten zu verrichten. Die Tätigkeiten sollten wechselweise im Gehen, Stehen und Sitzen stattfinden mit der Möglichkeit, Positionswechsel selbst zu wählen. Unzumutbar seien ausschliessliche Überkopf-, Gerüst- und Leitertätigkeiten, ebenso permanente Zwangshaltungen für die HWS. Unter Beachtung dieses Leistungsbildes könne

der Beschwerdeführer einer vollschichtigen Tätigkeit nachgehen. Die auf orthopädisch-traumatologischem Fachgebiet festgestellten Gesundheitsstörungen würden keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen oder in adaptierten Tätigkeiten begründen. Die vom Beschwerdeführer bis im Jahr 2017 ausgeübte Tätigkeit scheine gemäss seinen Schilderungen adaptiert zu sein; eine Arbeitsplatzbeschreibung des Arbeitgebers liege nicht vor (vgl. Urk. 7/84/17).

Für seine Beurteilung hatte er konventionelle Röntgenaufnahmen der gesamten Wirbelsäule veranlasst, da Befundberichte der vom Behandler angeführten MRI-Untersuchung fehlten (vgl. Urk. 7/84/17). Von der HWS wurden dabei Dens- und Schrägaufnahmen angefertigt. Diese zeigten eine leichte Hyperlordosierung der unteren HWS bei mässiger Unkarthrosis im mittleren Bereich vor allem auf Höhe C3/4, C4/5 und C5/6 jedoch mit normaler Darstellung der übrigen HWS mit auch normal weiten Foramina intervertebralia beidseits in den Schrägaufnahmen. Normal stellte sich auch der kraniozervikale Übergang dar (vgl. Urk. 7/84/29).

Im Übrigen gab der Beschwerdeführer an, seit November 2017 arbeitsunfähig zu sein. Nach dem Unfall im Jahr 2003 habe er leichtere Tätigkeiten bekommen und bisher arbeiten können. Dann habe er jedoch Betonplatten tragen und verlegen müssen. Nach zwei bis drei Wochen seien die Schmerzen zu stark geworden und die Arbeitsunfähigkeit sei eingetreten (vgl. Urk. 7/84/10). Er habe viele und starke Schmerzen der HWS, die immer da seien. Bei etwas längerem Laufen habe er starke Schmerzen der Beine an der Stelle der Sägeverletzungen (vgl. Urk. 7/84/8).

E. 3.4

Zum Gutachten nahm

Dr. H.____, der behandelnde Rheumatologe, am

9. Dezember 2018 Stellung. Er vertritt die Auffassung, die Auffahrkollision mit HWS-Distorsions trauma und Teilruptur des Musculus

sternocleidomastoideus rechts habe zur Entwicklung eines chronischen zervikospondylogenen Syndroms und von Spannungskopfschmerzen geführt. Die Teilruptur des genannten Muskels und der Volumenverlust der Musculi

scalenii rechts hätten zur Instabilität und Entwicklung der degenerativen Veränderungen an der HWS (hochgradige osteodiskale

Foraminalstenosen) geführt. Angesichts der noch deutlichen klinischen

Druckdolenz im Bereich des Nackens/Plexus rechts sei mit grosser Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die bisher unklaren

Schmerzen der Hände bei Kälteexposition auf eine posttraumatische neurovegetative Dysregulation im zerviko-axillären Plexus zurückzuführen seien (vgl. Urk. 7/94/1 f.).

Dabei stützt er sich auf einen Bericht zur nativen MRI-Untersuchung vom 26. November 2018, wonach sich insgesamt eine deutliche Volumenminderung des Musculus

sternocleidomastoideus rechts im Vergleich zur Gegenseite zeigte, akzentuiert auf Niveau C4/5 mit hier nur noch rudimentär erkennbarem, narbig verändertem Muskelbauch.

Hinweise auf eine Kompression von neuronalen Strukturen paravertebral bestünden nicht.

Ersichtlich sei ferner eine leichtgradige Volumenasymmetrie der Musculi

scalenii zugunsten der linken Seite. Es bestünden sodann multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS mit insbesondere hochgradigen osteodiskalen

Foraminalstenosen C3/4 links, C4/5 beidseits, C5/6 links mit foraminaler Kompression der C4- und C6-Nervenwurzel links und der C5 Nervenwurzel beidseits (vgl. Urk. 7/94/4).

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. H. ___ in seiner jüngsten Stellungnahme nicht. Im Bericht vom 17. Juli 2018 bezeichnete er die bisherige Tätigkeit als schwere Arbeit (Kanalsanierung, Kabelziehen, Maurer-Arbeiten und dergleichen). Bei der bisherigen Tätigkeit auf dem Bau dürfte eine Wiederaufnahme der Arbeit und mittel-/langfristig die Fortsetzung der Arbeit schwierig sein. Für eine Reintegration in die Arbeitswelt unter leichten oder mittelschweren Bedingungen sei er zuversichtlicher, wobei eine solche anfänglich drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar sei. Als Einschränkungen bestünden eine reduzierte Belastbarkeit der HWS aufgrund degenerativer Veränderungen und infolge der Schwellungen und Kraftverminderungen der Hände seien gewisse grob- und feinmotorische Arbeiten nicht mehr machbar (vgl. Urk. 7/79/4). Die ab Mitte November 2017 bestehende Arbeitsunfähigkeit stellte er dabei in Zusammenhang mit der deutlichen Zunahme der Handbeschwerden seit dem Kälteeinbruch und bei Feuchtigkeitsexposition im Herbst 2017. Bei im Untersuchungszeitpunkt

warmem Wetter konnte er keine Schmerzen oder Synovitiden der Hand- und Fingergelenke feststellen. Die Reflexe waren symmetrisch auslösbar, eine Kraftminderung bestand nicht (vgl. Urk. 7/79/2 f.).

E. 3.5

In Berücksichtigung aller derzeit vorliegenden Arzt- und Befundberichte schlussfolgerte der RAD-Arzt Dr. med. I. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, am 28. Januar 2019, eine volle Arbeitsfähigkeit für die seit 1991 ausgeübte Tätigkeit als Baufacharbeiter sei aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, zumal es sich dabei bekanntermassen um eine körperlich zumeist schwere Arbeit handle, oft verbunden mit Tätigkeiten über Kopf und in Zwangshaltungen. Es müsse deshalb mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer vollen Arbeitsunfähigkeit seit November 2017 ausgegangen werden. Gemäss aktuellem Arbeitgeberfragebogen hätte der Beschwerdeführer ab 31. Juli 2018 indessen vorwiegend leichte und nur manchmal mittelschwere Tätigkeiten erhalten – meist im Gehen oder Stehen auszuüben. In einer solchen, als angepasst zu bezeichnenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer medizinisch-theoretisch überwiegend wahrscheinlich 100% arbeitsfähig (vgl. Urk. 7/97/5). 4. 4.1

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten 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; 125 V 351 E. 3a) 4.2

Hervorzuheben ist, dass bei Entscheiden gestützt auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen, die im Wesentlichen oder ausschliesslich aus dem Verfahren vor dem Sozialversicherungsträger stammen, strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen sind: Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit

der ärztlichen Feststellungen, ist eine versicherungsexterne medizinische Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG oder ein Gerichtsgutachten anzuordnen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4). Ein medizinischer Aktenbericht ist beweistauglich, wenn die Akten ein vollständiges Bild über Anamnese, Verlauf und gegenwärtigen Status ergeben und diese Daten unbestritten sind; der Untersuchungsbefund muss lückenlos vorliegen, damit der Berichtersteller imstande ist, sich aufgrund der vorhandenen Unterlagen ein vollständiges Bild zu verschaffen (Urteil des Bundesgerichts 8C_239/2008 vom 17. Dezember 2009 E. 7.2, in: SVR 2010 UV Nr. 17 S. 63; vgl. BGE 137 V 210E. 1.2.1; Urteil des Bundesgerichts 8C_839/2016 vom 2. April 2017 E. 3.2; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 8C_414/2019 vom 25. September 2019 E. 2.2.1). 4.3

Im Übrigen ist der Sozialversicherungsprozess vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht. Danach hat das Gericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehnissen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 144 V 427 E. 3.2 mit diversen Hinweisen; zum Ganzen: vorerwähntes Bundesgerichtsurteil 8C_414/2019 E.

2.2.2). 5. 5.1

Dem vom privaten Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von Dr. D.____

kommt gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung grundsätzlich der Beweiswert versicherungsinthener ärztlicher Feststellungen zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2018 vom 14. November 2018 E. 4.1 mit Hinweisen). Das Gutachten wurde

sodann vom RAD-Arzt Dr. I.____ implizit als schlüssig beurteilt, ausgenommen die darin attestierte volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Dabei handelt es sich aber nicht um eine abweichende medizinische Einschätzung, zumal sich Dr. D.____ und Dr. I.____ darin einig sind, dass dem Beschwerdeführer körperlich schwere Arbeiten und solche, die ausschliesslich respektive oft über Kopf oder in Zwangshaltung der Halswirbelsäule ausgeführt werden, nicht mehr zumutbar sind, während ihm

körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten vollzeitlich möglich sein sollten. Die abweichende Arbeitsfähigkeitseinschätzung beruht vielmehr auf diskrepanten Angaben zum Stellenprofil der bisherigen Tätigkeit.

Demnach ist zu prüfen, ob die Vorbringen des behandelnden Facharztes

Dr. H.____ geeignet sind, zumindest geringe Zweifel an der Schlüssigkeit

der versicherungsinthener Beurteilung zu wecken, was das Bundesgericht vorab bei konkreten und differenzierten Einwänden bejaht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_800/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.3). 5.2

Wie sich aus den von Dr. E.____ (vgl. E. 3.1) und

Dr. D.____ (vgl. E. 3.3) erhoben Anamnese einhellig ergibt, waren es die nach schwerer Arbeit exazerbierten und seither permanent vorhandenen, starken Nackenbeschwerden, die den Beschwerdeführer nach eigenen Angaben daran hinderten, seit November 2017 zu arbeiten. Dr. H.____ legte das Schwergewicht auf die Handbeschwerden, die allerdings auch gemäss seinem Bericht bei warmem Wetter respektive im Sommer nicht bestanden (vgl. E.

3.4). Die Beinbeschwerden führten

bis anhin

nicht zu einer relevanten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit. So sind in diesem Zusammenhang keine Lohnkürzungen oder längere Absenzen

vom Arbeitsplatz – abgesehen von den Arbeitsunfähigkeiten nach dem Unfall im Jahr 2008 und der Narbenneuromexizision im Jahr 2011 – aktenkundig (vgl. etwa

Urk. 7/80/37: insgesamt nur vier Krankheitstage im Jahr 2016). Im Übrigen sprachen die Beinbeschwerden gemäss Dr. F.____ gut auf die Behandlung mit Paracetamol und neu zusätzlich Capsaicin-Salbe an (vgl. E. 3.2).

5.3

Die HWS wurde im Laufe des Verwaltungsverfahrens mehrfach bildgebend abgeklärt. Einen Zusammenhang zwischen den Nackenbeschwerden und den neuroforaminalen Einengungen in der Bildgebung vom 27. November 2017 beurteilte Dr. E.____

als sehr unwahrscheinlich (vgl. E. 3.1). Zu den ihm geschilderten Handbeschwerden äusserte er sich nicht bei – abgesehen vom rechten Unterschenkel – unauffälligem Neurostatus der Arme und Beine (Trophik und Tonus unauffällig, kein Tremor, kein Absinken in den Vorhalteversuchen, keine Defizite in der Einzelkraftprüfung, Finger-Nasen- und Knie-Hacken-Versuch beidseits symmetrisch, Feinmotorik der Finger intakt, Muskeleigenreflexe symmetrisch mittelbhaft auslösbar, vgl. Urk. 7/79/11).

Gemäss Dr. D.____

betrifft

die klinische Symptomatik aller Abschnitte der Wirbelsäule. Dazu erläuterte er, signifikante, reproduzierende Bewegungseinschränkungen des Achsenorgans seien nicht vorhanden, insbesondere keine neurologischen Auffälligkeiten. Es bestünden keine Hinweise für eine (pseudo-)radikuläre Symptomatik. Eine deutliche Beschwellung und Schmutzeinlage der Hände und Schmutz unter den Fingernägeln lasse auf eine körperliche Tätigkeit schliessen, wobei der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben zeitweise den Schrebergarten seiner Schwester mitbewirtschaftete. Eine Ulnarissymptomatik im Bereich des rechten Armes sei nicht zu objektivieren; die entsprechende Operation könne als erfolgreich angesehen werden. Eine muskuläre Symptomatik der Wirbelsäule bestehe nicht. Insgesamt weise der Beschwerdeführer eine gut balancierte paravertebrale Muskulatur des gesamten Achsenorgans auf, ohne Auffälligkeiten. Beide Arme und Beine seien altersentsprechend seitengleich muskulär ausgeprägt. Es bleibe auf die doch sehr demonstrativ dargestellte Beschwerdesymptomatik hinzuweisen. Inkonsistenzen ergäben sich auch aus der Tatsache, dass gemäss Dr. H.____ schon seit dem Jahr 2015 erhebliche degenerative Veränderungen der HWS bekannt seien, eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

jedoch möglich gewesen sei. Die als erheblich mitgeteilten Veränderungen der HWS hätten im Rahmen der aktuellen Röntgendiagnostik [vom 9. Juli 2018] auch nicht bestätigt werden können (vgl. Urk. 7/84/15). 5.4

Was Dr. H.____ gestützt auf das neue MRI vom 26. November 2018 vorbrachte (vgl. E. 3.4), lässt keine Zweifel an den vorstehenden Beurteilungen aufkommen.

Während das MRT allen anderen Verfahren bei der Darstellung von Weichteilen überlegen ist, eignen sich für die Darstellung des Knochens konventionelle Röntgenbilder und auch das CT, allenfalls Tomogramme, besser als das MRI, vor allem wegen des in Routineuntersuchungen geringen Auflösungsvermögens.

So kommen in der schrägen Aufnahme der Halswirbelsäule – wie sie

Dr. D.____

im Juli 2018 vorlagen – die Intervertebrallöcher gut zur Darstellung

(vgl. Alfred M. Debrunner, Orthopädie, orthopädische Chirurgie: patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates, 4. Aufl., Bern 2002, S. 229, 231, 243 «Anatomie» und 801 Abb. 53.1). Die Qualität des jüngsten MRI ist weiter durch die utliche Bewegungsartefakte

beeinträchtigt. Zudem klagte der Beschwerdeführer nicht erst nach der Begutachtung durch Dr. D.____, sondern bereits ihm gegenüber und auch schon Monate zuvor über anhaltend starke zervikale Schmerzen mit Ausstrahlung in die oberen Extremitäten (vgl. auch Urk. 7/79/2). Ein traumatisches Ereignis zwischen Juli und November 2018 ist nicht bekannt. Es besteht somit kein Grund zur Annahme, dass es in diesem Zeitraum zu einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes – mit Ausbildung von mehreren hochgradigen

Foraminalstenosen mit sicherer Kompression von drei Nervenwurzeln im Bereich der Halswirbelsäule – kam.

Es ist deshalb als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, dass es sich bei der Beurteilung des Radiologen und Nuklearmediziners Dr. med.

J.____ vom 26. November 2018 (Urk. 7/94/3) bloss um eine von der Mehrheit (Urk. 7/79/6 und 7/84/29) abweichende Interpretation der Situation der Halswirbelsäule aufgrund eines Bilddokuments mit eingeschränkter Aussagekraft handelt. Dabei wird sowohl in der medizinischen Literatur (vgl. Alfred M. Debrunner, a.a.O., S. 783) wie auch in der Rechtsprechung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_484/2013 vom 12. August 2013 E. 3.2) davor gewarnt, isoliert auf einzelne Bildbefunde abzustellen.

Gegen eine abrupte Verschlechterung im Sommer 2018 würde

ferner auch Dr. H.____s Kausalitätsbeurteilung sprechen, wonach eine im Seitenvergleich rechts abgeschwächte Muskulatur im Hals- respektive Kopfbereich zu einer Instabilität und damit – offenbar über Jahre hinweg – zu degenerativen Veränderungen an der HWS führten. Ob die Beschwerden unfallbedingt sind, ist für die Invalidenversicherung indessen ohne Belang (vgl. Art. 4 Abs. 1 IVG). Ebenfalls dahingestellt bleiben kann, ob es sich bei der erst-

und einmalig in der Bildgebung vom 26. November 2018 festgestellten deutlichen Volumenasymmetrie des Kopfnickers bloss um ein Artefakt handelt, zumal auch Dr.

H.____ aus diesem Befund selbst keine direkten Beschwerden oder Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ableitet, sondern darin lediglich eine Erklärung für die Halswirbelsäulenveränderungen sah. Wenig fundiert bis spekulativ mutet schliesslich sein Hinweis an, dass [nach subjektiven Angaben] des Beschwerdeführers eine deutliche klinische Druckdolenz im Bereich des Nackens/Plexus bestehe, weshalb die nur im Winter bei Kälteexposition bestehenden Handschmerzen, die fast fünf zehnte Jahre nach dem Unfall auftraten, auf eine neurovegetative Dysregulation im zervikoklavikulären Plexus zurückzuführen seien. 5. 5

Schliesslich lässt sich auch aus dem neu eingereichten Schlussbericht Praxis Check (Urk. 3) nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers ableiten. Darin wurde

insbesondere von falschen Angaben zur bisherigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, womit massive Einschränkungen als gesichert erachtet wurden, die sich so weder in medizinischer noch in tatsächlicher Hinsicht bestätigen lassen. Mit anderen Worten wäre der Bericht allenfalls anders ausgefallen, wäre der Coach sich bewusst gewesen, dass die Ärzte dem Beschwerdeführer nach dem zweiten Unfall eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten, die er auch umsetzte. Der Bericht vermag daher keine Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen zu wecken, weshalb es im vorliegenden Fall auch keiner klärenden medizinischen Stellungnahme bedarf (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_563/2018 vom 14. November 2018 E. 6.1.1 und 8C_362/2014 vom 25. Juni 2014 E. 5.1.2). 5.

E. 6

Zusammenfassend lassen die neuen medizinischen Unterlagen somit keinerlei Zweifel an den soweit einhelligen fachärztlichen Beurteilungen von Dr. E.____, Dr. D.____ und Dr. I.____ aufkommen. Der Vollständigkeit halber sei darauf hingewiesen, dass der Beschwerdeführer bereits früher zu einer deutlichen Symptomausweitung neigte (vgl. etwa Urk. 7/21/7 und 7/29/12) bzw. aufgrund anderer weitiger Interessen eine eingeschränkte Leistungsbereitschaft im Hauptberuf zeigte (vgl. Urk. 7/63/43 selbständiger Nebenerwerb, Urk. 7/82/75 Kinderbetreuung). Im Übrigen fanden sich im Rahmen der Blutuntersuchung keine Hinweise für die angegebene Einnahme von 4 Tabletten Novalgin à 500 mg, wobei der Beschwerdeführer auch geltend machte, am Untersuchungstag noch nichts genommen zu haben (vgl. Urk. 7/84/9 und 7/84/14).

E. 6.1

Im Einspracheentscheid vom 8. Oktober 2008 erwog die Beschwerdegegnerin, es bleibe bei einem befristeten Anspruch auf eine ganze Invalidenrente vom 14. Oktober 2004 bis 31. März 2005. Danach seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne längere Überkopfarbeiten, ohne Heben und Tragen von schweren Lasten und ohne längere Zwangshaltungen im Bereich der HWS zumutbar (vgl. Urk. 7/58/3). Dabei setzte sie das Invalideneinkommen gemäss der jenem Entscheid zugrunde liegenden Verfügung vom 10. März 2006 anhand des Tabellenlohnes für Hilfsarbeiten gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (BFS) unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 %

(wegen Unzumutbarkeit von Schwerstarbeiten) fest.

Ein materieller Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist deshalb nicht ersichtlich. Die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind mit Blick auf die Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. I.____ unverändert.

Daran vermag auch der Stellenverlust nichts zu ändern. Denn selbst wenn der Beschwerdeführerin bis anhin einen Anteil Soziallohn erhalten hätte, was nicht belegt ist, wäre dieser zu seinen Gunsten bereits bei der früheren Invaliditätsbemessung nicht beim Invalideneinkommen angerechnet worden; beim früheren Invaliditätsgrad von 31 % wurde wie dargelegt nur der Tabellenlohn für Hilfsarbeiten berücksichtigt.

E. 6.2

Im Übrigen ergäbe sich selbst bei Bejahung eines Revisionsgrundes aufgrund der neuen Bildbefunde

und damit der Möglichkeit einer allseitigen Neuprüfung des Rentenanspruchs unter Berücksichtigung der weiterhin vollen Arbeitsfähigkeit in leidens angepassten Tätigkeiten bei unstrittigen rechnerischen Grundlagen des Einkommensvergleichs kein anspruchsründer Invaliditätsgrad. Insbesondere gibt es in den Akten keinen einzigen Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer an seiner bisherigen Stelle gesundheitlich bedingt eine Einkommenseinbusse erlitt, die bei der Bestimmung des Valideneinkommens anhand des tatsächlich erzielten Lohnes aufzurechnen wäre.

E. 6.3

Damit kann die Frage offenbleiben, ob und vor allem in welchem Umfang bereits die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers dem aktuellen Zumutbarkeitsprofil entsprach, was sich aufgrund der Angaben in den Akten nicht restlos klären lässt (vgl. etwa Urk. 7/14/4, 7/21/23, 7/31/1, 7/73/2 f., 7/80/5, 7/82/62-64).

E. 7

4

Es ist wie dargelegt nicht restlos geklärt, inwieweit der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit überhaupt eingeschränkt ist. Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt indessen nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohns. Vielmehr ist der Umstand allein, dass nur mehr leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar sind, auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit kein Grund für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 (bis LSE 2010 Anforderungsniveau 4) bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_82/2019 vom 19. September 2019 E. 6.3.2).

Bei

erstmaliger

leistungsspezifischer Prüfung

muss eine Mindestwerbseinbusse von 20 % daher verneint werden.

Im Übrigen verfügt der Beschwerdeführer über keine Ausbildung und übte zuletzt Hilfstätigkeiten aus. Dass sein Lohn etwas über dem entsprechenden Tabellenlohn lag, dürfte vorderhand mit der über 20-jährigen Betriebszugehörigkeit zusammenhängen und kann deshalb längerfristig auch in anderen Hilfstätigkeiten erreicht werden. So führten die beiden Kurse in den Jahren 1996 und 2000, durchgeführt vom Baumeisterverband (vgl. Urk. 7/2/16), nur zu einer moderaten Lohnerhöhung (vgl. IK-Auszug, Urk. 7/8/1).

Schliesslich ist die von ihm vorgeschlagene Tätigkeit als Berufschaffeur bei subjektiv starken Schmerzen mit entsprechender Medikation und damit eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit wohl nur bedingt geeignet, soweit trotz der Hinweise auf eine eingeschränkte Leistungsbereitschaft (vgl. E. 5.5 und 5.6) überhaupt noch von einer subjektiven Eingliederungsfähigkeit auszugehen ist.

E. 7.1

Nach der Rechtsprechung ist im erstinstanzlichen Beschwerdeverfahren betreffend Leistungen der Invalidenversicherung nur über Anspruchsberechtigungen zu entscheiden, hinsichtlich derer die IV-Stelle eine Verfügung erlassen hat und/oder hinsichtlich derer sie es - in Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes sowie des Prinzips der Rechtsanwendung von Amtes wegen - unterlassen hat, eine Verfügung zu treffen, obwohl dazu nach der Aktenlage hinreichender Anlass bestanden hätte (Urteil des Bundesgerichts 8C_57/2018 vom 30. Mai 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 7.2

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin gemäss Titel der angefochtene n Verfügung (Urk. 2) zwar nur über den Rentenanspruch entschieden. Im Dispositiv wies sie jedoch das Leistungsbegehren als Ganzes ab und führte bei einem Invaliditätsgrad von 16 % in den Erwägungen aus, Umschulungsmassnahmen seien auf grund fehlender Erstausbildung nicht möglich. Der Beschwerdeführer durfte so mit davon ausgehen, dass – nachdem er im Vorbescheidverfahren zudem eine Umschulung zum Berufschaffeur beantragt hatte (Urk. 7/95/3) – die Verwaltung auch hierüber befunden hat.

E. 8

Zusammenfassend ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Februar 2019 einen erneuten Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneinte, zumal keine Zweifel an den versicherungsinternen Beurteilungen oder derjenigen von Dr. E. ___ bestehen. Das aktuelle Zumutbarkeitsprofil erlaubt es dem Beschwerdeführer sodann auch ohne Umschulung einen adäquaten Verdienst zu erzielen. Die Beschwerde ist folglich abzuweisen.

E. 9

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind vorliegend auf Fr. 800.--

festzulegen und entsprechend dem Verfahrensausgang dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Oskar Gysler -
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 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 VogelBonetti

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