

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00402 vom 30. September 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-09-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00402

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00402 du 30 septembre 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00402 del 30 settembre 2019

Erwägungen

E. 1.1

Der Beschwerdeführer beantragt, dass das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids betreffend die Leistungspflicht der Unfallversicherung zu sistieren sei (Urk. 1 S. 2).

E. 1.2

Mit Urteil heutigen Datums hat das Sozialversicherungsgericht eine Leistungspflicht der Unfallversicherung des Beschwerdeführers für die von ihm als Rückfall zum Unfall vom 1. Mai 2010 geltend gemachten Beschwerden

mangels Kausalzusammenhangs verneint. Im Unterschied zur Unfallversicherung hat die Beschwerdegegnerin als sogenannt finale Versicherung grundsätzlich sämtliche Leiden der Versicherten unabhängig von ihrer Ursache zu berücksichtigen (BGE

124 V 174 E. 3b; Urteil des Bundesgerichts 8C_486/2015 vom 30. November 2015 E. 4.1.2 mit weiteren Hinweisen). Das Vorbringen des Beschwerdeführers, dass - nach seiner Ansicht - der Ursprung und die Spätfolgen seiner gesundheitlichen Einschränkung im Unfall vom 1. Mai 2010 liegen (Urk. 1 S. 3), rechtfertigt eine Sistierung des vorliegenden Verfahrens bis zum rechtskräftigen Entscheid über die Leistungspflicht daher nicht. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten gesundheitlichen Einschränkungen sind im vorliegenden Verfahren zu prüfen, unabhängig davon, ob die Unfallversicherung dafür Leistungen zu erbringen hat oder nicht.

Demnach ist der Antrag des Beschwerdeführers auf Verfahrenssistierung abzuweisen. 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerblichen Auswirkungen seit Erlass der Verfügung vom 9. Mai 2016, mit welcher die Beschwerdegegnerin sein Leistungsbegehren vom am 29. Mai 2014 (Urk. 6/120, Urk. 6/122) abgewiesen hatte (Urk. 6/141), bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2019 (Urk. 2) erheblich verschlechtert haben, so dass er nunmehr Anspruch auf Leistungen der Eidgenössischen Invalidenversicherung hat. 2. 2

In der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2019 führte die Beschwerdegegnerin aus, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen habe, da er aktuell in einem 60 % -Pensum in den B. ___ an der Kasse arbeite. Diese Tätigkeit entspreche einer körperlich angepassten Tätigkeit. Sodann bestehe auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente, da dem Beschwerdeführer gemäss ihren medizinischen Abklärungen eine körperlich leichte Tätigkeit, ohne besondere Belastung der rechten Hand, zu 100 % zumutbar sei, und beim Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von 0 % resultiere (Urk.

2 S. 2). 2 . 3

Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber vorbringen, es sei unbestritten, dass er nicht mehr als Servicemitarbeiter arbeiten könne. Dennoch habe die Beschwerdeführerin ihren Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verneint. Es sei unklar, wie sie dies begründet habe. Insbesondere wäre ein Arbeitsversuch zu prüfen. Es sei auch bei einem bestehenden Arbeitsverhältnis nicht ausgeschlossen, die Möglichkeit der Steigerung der aktuellen Tätigkeit zu prüfen (Urk. 1 S.

4). Zu seinem Anspruch auf eine Invalidenrente sei festzuhalten, dass er gemäss dem Bericht seiner behandelnden Rheumatologin Dr. A. ___ auch in einem dem Leiden angepassten Tätigkeitsbereich nur zu 60 % arbeitsfähig sei. Sie rechne zudem wegen der degenerativen Veränderungen weiter mit einer Zunahme der Symptomatik und damit mit einer Verminderung seiner Arbeitsfähigkeit. Dieser Beurteilung durch die behandelnde Fachärztin widerspreche der RAD-Arzt ohne Begründung beziehungsweise einzig mit dem Hinweis darauf, dass keine objektiven klinischen Befunde vorlägen, die eine zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit plausibel begründen würden (Urk. 1 S. 3). Weil eine Begründung fehle, genüge die Stellungnahme des RAD-Arztes den von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gestellten Anforderungen an den Beweiswert einer Beurteilung durch einen versicherungsinternen Arzt nicht. Es sei deshalb auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. A. ___ abzustellen und seine Arbeitsfähigkeit auf 60 % festzulegen (Urk. 1 S. 4). In erwerblicher Hinsicht sei auf den bei seinem jetzigen Arbeitgeber erzielten Lohn abzustellen, da diese Arbeit einer leidens angepassten Tätigkeit entspreche und er die ihm verbliebende Arbeitsfähigkeit voll ausschöpfe (Urk. 1 S. 3-4). Zudem sei er bereits seit dem 1. April bei seinem Arbeitgeber angestellt, weshalb besonders stabile Arbeitsverhältnisse vorliegen würden (Urk. 1 S. 4).

Daraus folge, dass sein Invaliditätsgrad mindestens 40 % betrage (Urk. 1 S. 2). 3 .

3 .1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des

Bundesgesetzes

über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 3 .2

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit: a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis). Nach Massgabe der Art. 13 und 21 IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig von der Möglichkeit einer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in den Aufgabenbereich (Abs. 2). Nach Massgabe von Art. 16 Abs. 2 lit. c IVG besteht der Anspruch auf Leistungen unabhängig davon, ob die Eingliederungsmassnahmen notwendig sind oder nicht, um die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, zu erhalten oder zu verbessern (Abs. 2 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in der Abgabe von Hilfsmitteln (lit. d). 3.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 3.4

3.4.1

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte

Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invaldität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 3.4.2

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis - vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) - bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 3.5

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 mit Hinweisen). 3.6 3.6.1

Die RAD stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabebereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG; BGE 137 V 210 E. 1.2.1, Urteil des Bundesgerichts 9C_58/2011 vom 25. März 2011 E. 2.2). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). Zudem stehen sie den IV-Stellen der Region beratend zur Verfügung (Art. 49 Abs. 3 IVV). 3.6.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann eine RAD-Stellungnahme als medizinisches Aktengutachten grundsätzlich eine zulässige Entscheidungsgrundlage darstellen kann, wobei einem reinen Aktengutachten nur Beweiswert zu erkennen ist, wenn es im Wesentlichen um die Beurteilung eines feststehenden medizinischen Sachverhaltes geht. Den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen kommt praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem im Verfahren nach Art. 44

ATSG in Auftrag gegebenen Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 9C_411/2018 vom 24. Oktober 2018 E. 4.2). Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungs internen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis). 3.7

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 Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 4.4.1

Der leistungsabweisenden Verfügung vom 9. Mai 2016 lag folgende medizinische Aktenlage zugrunde: 4.1.1

Dem Bericht der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. C.____, Fachärztin für Innere Medizin, vom 13. September 2015 ist zu entnehmen, dass beim Beschwerdeführer ein Ulna-Impaktationssyndrom mit chronischen Handgelenksschmerzen rechts und Funktionseinschränkung vorliege (Urk. 6/132/5).

Deswegen

beständen gelegentlich Parästhesien in der rechten Hand und im rechten Unterarm. Die Flexion und die Pronation der rechten Hand seien eingeschränkt. Es beständen keine sonstigen körperlichen und psychischen Einschränkungen (Urk. 6/132/6). In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer ab 1. September 2015 zu 100% arbeitsfähig (Urk. 6/132/7).

Zur Frage, ob seit dem Bericht vom 13. September 2015 veränderte Befunde vorliegen würden, führte Dr. C.____ in ihrem Verlaufsbericht vom 6. März 2016 aus, dass neu die Diagnosen Periarthropathia

humeroscapularis links, intermittierendes Lumbovertebralsyndrom sowie costovertebrale Dysfunktion 3. Rippe links bei erfolgreicher Mobilisation in der Rheumatologie des Z.____ vom 27. Oktober 2015 zu stellen seien (Urk. 6/137/3). In diesem Bericht

hielt sie so dann fest, dass der Beschwerdeführer wieder in einem 60%-Pensum arbeite (Urk. 6/137/5). Er arbeite nach wie vor im Service im Restaurant, wo Teller auf dem Unterarm getragen werden müssten, was mit Schmerzen verbunden und deshalb für den Beschwerdeführer nicht geeignet sei (Urk. 6/137/3). Durch die Belastung am Arbeitsplatz würden die Schmerzen am Unterarm rechts verstärkt (Urk. 6/137/6). 4.1.2

Dr. med. D.____, Oberarzt, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Z.____, untersuchte den Beschwerdeführer am 10. September 2015 (Urk. 6/134/1). In seinem Bericht vom 23. September 2015 stellte Dr. D.____

als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers die Diagnose Ulna-Impaktationssyndrom mit chronischen Handgelenksschmerzen rechts und Funktionseinschränkungen (Urk. 6/134/1). Er hielt dazu fest, dass beim Beschwerdeführer eine verminderte Kraft in der rechten Hand sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit bestehe. Dadurch sei die Beidhändigkeit nicht voll gegeben und dem Beschwerdeführer sei das Tragen von Geschirr, Tablets etc. im Service sehr erschwert. Es seien nur leichte Arbeiten möglich (Urk. 6/134/3). Er sei als Serviceangestellter von 15. März 2011 bis 31. Juli 2015 zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Danach sei ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis von der Hausärztin ausgestellt worden (Urk. 6/134/3). Aus medizinischer Sicht sei ihm die bisherige Tätigkeit als Serviceangestellter noch für kurze Einsätze von 4 bis 5 Stunden möglich (Urk. 6/134/3-4).

Nach der Verlaufskontrolle vom 2. Dezember 2015 führte

Dr. D.____

unter anderem aus, dass die Situation besser geworden sei. Der Beschwerdeführer könne bis 3 kg ohne Schmerzen am Handgelenk links tragen.

Er habe angefangen, in der Gastronomie zu 60% zu arbeiten. Insgesamt sei er zufrieden und habe das Gefühl, dass es mit dem rechten Arm besser gehe. Er (Dr. D.____) schliesse die Behandlung ab. Der Beschwerdeführer sei aber noch wegen Problemen an der Schulter links und rechts in der Rheumatologie des Z.____ in Behandlung (Urk. 6/135/4). 4.1.3

In seiner Stellungnahme vom

E. 1.3

Am 2. November 2017 meldete sich X.____ bei der IV-Stelle wieder zum Leistungsbezug an (Urk. 6/144, Urk. 6/146). Auf Aufforderung der IV-Stelle hin reichte er mit Eingabe vom 16. Januar 2018 (Urk. 6/151) diverse Arztberichte ein, welche eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes belegen sollen (Urk. 6/150). Daraufhin trat die IV-Stelle auf die Neuanschuldung ein. Zur Sachverhaltsabklärung zog sie insbesondere die Berichte von Dr. med. A.____, Fachärztin FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 4. September 2018 (Urk. 6/161) und der Hausärztin des Versicherten vom 29. September 2018 (Urk. 6/163) bei.

Der RAD nahm am 18. Oktober 2018 Stellung (Urk. 6/167/7). Danach kündigte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 5. November 2018 die Abweisung seines Leistungsbegehrens an (Urk. 6/168). Dagegen erhob der Versicherte am 7. Dezember 2018 Einwand (Urk. 6/171). Daraufhin holte die IV-Stelle bei der Arbeitgeberin von X.____ weitere Auskünfte ein (Urk. 6/173).

Der RAD nahm am 13. Februar 201

E. 4

ab. Zur Begründung führte sie aus, dass

X.____ als in der Schweiz lebender Türke bei Eintritt des Versicherungsfalls am 1. Mai 2011 die versicherungsmässigen Voraussetzungen (Beitragszeit) nicht erfüllt habe (Urk.

E. 6

/ 110). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 9

erneut Stellung (Urk. 6/174/3). Nach der Prüfung des Einwandes wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 3. Mai 2019 wie vorbeschrieben ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X. ___ am 4. Juni 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2019 sei ihm eine Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zuzusprechen. Zudem seien berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte er, dass das vorliegende Verfahren bis zum Vorliegen eines rechtskräftigen Entscheids betreffend die Leistungspflicht der Unfallversicherung zu sistieren sei (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 16. Juli 2019 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage der IV-Akten [Urk. 6/1-178]), was dem Beschwerdeführer am 18. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). 3.

Zu ergänzen ist, dass der Beschwerdeführer für den Unfall vom 1. Mai 2010 zuständige Unfallversicherung seine Behandlungen im Z. ___ und seine Arbeitsunfähigkeit in den Jahren 2015 bis 2017 als Rückfall zu diesem Unfallereignis meldete. Mit Verfügung vom 16. Mai 2017 verneinte die Unfallversicherung ihre Leistungspflicht. Daran hielt sie mit Einspracheentscheid vom 17. Oktober 2017 fest. Dagegen vom Beschwerdeführer am 17. November 2017 beim Sozialversicherungsgericht erhobene Beschwerde ist Gegenstand des Verfahrens Nr. UV.2017.00262 und wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen. 4.

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

E. 10

. März 2016 führte RAD-Arzt Dr. med. E. ___ , Facharzt für Chirurgie aus , Dr. D. ___

habe am 2. Dezember 2015 festgestellt, dass der Beschwerdeführer ohne Schmerzen 3 kg tragen

könne und die Extension/Flexion des rechten Handgelenks 30-0-20 Grad, die Pro-/Supination 70-0-70 Grad und die grobe Kraft 20 kg rechts

betrage (Urk. 6/139/6, vgl. Urk.

6/135/4).

Demnach sei aus chirurgisch versicherungsmedizinischer Sicht von folgendem Belastungsprofil auszugehen: Zu 100 % zumutbar seien dem Beschwerdeführer

körperlich leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der rechten Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der rechten Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das fein motorische Geschick der rechten Hand (Urk. 6/139/6). Die im

Verlaufsbericht von Dr. C.____ aufgeführt linksseitige

Periarthropathia

humeroscapularis sei diesem Belastungsprofil zuzuordnen. Dem Beschwerdeführer seien leichte (angepasste) Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne beidseitiges/linksseitiges Arbeiten in Armvorhalte position und Überkopf arbeiten medizinisch-theoretisch weiterhin zumutbar. Zusammenfassend bestehe seit dem 26. November 2015 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in eine angepasste Tätigkeit sowie eine 60%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ohne Service im Restaurant (Urk. 6/139/6). 4.2.4.2.1

Die Rheumatologin Dr. A.____

stellte in ihrem Bericht vom 4. September 2018 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/161/3-4): - Cervico- und oberes thorakovertebrales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die vordere Thoraxapertur links und Arm rechts - HLA-B27 negativ - MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 21. Dezember 2017: breitbasige Diskushernie C6/7 rechts-paramedian mit Kontakt zur Wurzel C7 rechts ohne Kompression, Spinalkanalenge C6/7, aktivierte Spondylarthrose C3/4 links - Wirbelsäulenfehlform und muskuläre Dysbalance

- Ulnaimpaktions-Syndrom mit chronischen Handgelenksschmerzen rechts und Funktionseinschränkung - Status nach Metacarpale V-Fraktur am 1. Mai 2010 mit Reposition und intramedullärer Schienung am 19. Mai 2010, Reposition am 1. Juni 2010 sowie Osteosynthesematerialentfernung (OSME) am 23. August 2010 - Zustand nach Triangulärer Fibrocartilaginärer

Complex (TFCC)-Läsion, Lunatumchondromalazie und Ulnocarpal-Arthrose mit proximal row-carpectomy, Styloidektomie des Radius, PIN/AIN-Resektion, SORL-Rekonstruktion Dig. III/IV rechts mit PL-Sehne - Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) - Klinisch Verdacht auf beginnende Coxarthrose bei Röntgen Lendenwirbelsäule (LWS) und Becken vom 15. September 2017: Spondylophyt L5, Iliosakralgelenk (ISG) nicht sicher einsehbar, leichte Sklerose des acetabulum beidseits - Enthesiopathie Os lunatum bei leichten Senkfüssen und Dysbalance bei Schuhzurichtung mit Besserung 2013

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt sie fest, die Hausärztin habe den Beschwerdeführer zu 60% arbeitsfähig geschrieben. Sie selber habe für diese Arbeitsunfähigkeit nie ein Zeugnis ausgestellt (Urk. 6/161/2). Ferner berichtete sie, der Beschwerdeführer arbeite derzeit

in einem Casino an der Kasse (Urk. 6/161/4). Diese Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer im von ihm ausgeübten Pensum von 60% zumutbar (Urk. 6/161/4, 6). Dies gelte auch für eine dem Leiden angepasste Tätigkeit (Urk. 6/161/6). 4.2.2

In seiner Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 führte RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, aus, dass den von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Arztberichten die folgenden Diagnosen zu entnehmen seien (Urk. 6/167/6): - Cervico- und oberes thorakovertebrales Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die vordere Thoraxapertur links und den Arm rechts - Ulnaimpaktions-Syndrom mit chronischer Handgelenkschmerzen rechts und Funktionseinschränkung bei - Klinisch Verdacht auf beginnende Coxarthrose

- Enthesiopathie des Os cuneiforme / Os cuboideum bei leichtem Senkfuß beidseits und Dysbalance

In seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Dr. F.____ dazu aus, den aktuellen Arztberichten ab 2017 sei zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der RAD-Stellungnahme vom 10. März 2015 insofern verschlechtert habe, als mittlerweile - dokumentiert erstmals im September 2017

durch Dr. A.____ - die linksbetonte Schmerzproblematik im Bereich des cervicothorakalen Übergangs (untere HWS / obere Brustwirbelsäule [BWS]) hinzugekommen sei. Dies sei teils durch degenerative Veränderungen teils durch (reaktive) muskuläre Dysbalancen

bedingt. Damit sei mit dem

Cervico- und oberen

thorakovertebralen Syndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die vordere Thoraxapertur links und den Arm rechts inzwischen ein weiterer somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen. Dieser Gesundheitszustand sei stabil. (Urk. 7/167/7).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit in der Gastronomie ändere sich durch diesen zusätzlichen Gesundheitsschaden insofern etwas, als die frühere Tätigkeit im Service

aus versicherungsmedizinischer Sicht nun nicht mehr zumutbar und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch medizinisch - theoretisch gar nicht mehr möglich sei. Dies, weil im Service die Lasten (Teller, Tablett usw.) zumeist links getragen würden. Somit sei ab September 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der früheren Tätigkeit auszugehen. Die aktuell mit 60 % ausgeübte Tätigkeit an der Kasse im B.____ sei allerdings durchaus weiterhin zumutbar. Diese Tätigkeit müsse aus versicherungsmedizinischer Sicht als «angepasste Tätigkeit» angesehen werden, da es sich um eine körperlich sehr leichte Tätigkeit ohne besondere Belastung der rechten Hand und ohne Zwangshaltungen des Schultergürtels beziehungsweise des Nackens handle. Rein medizinisch - theoretisch sei diese oder eine andere vergleichbare, adaptierte Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich mit einem vollschichtigen Pensum (100 %) möglich (Urk. 6/167/7). In seiner Stellungnahme vom 13. Februar 2019 führte

Dr. F.____

sodann aus, dass

den aktenkundigen Berichten, speziell dem Bericht von Dr. A.____, keinerlei objektive, klinische Befunde zu entnehmen seien, aufgrund derer eine wesentliche zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in der derzeit ausgeübten Tätigkeit plausibel begründet würde (Urk.

6/174/3). 5.

Bezüglich der beantragten Eingliederungsmassnahmen bringt der Beschwerdeführer vor, dass die Beschwerdegegnerin zu Unrecht keinen Arbeitsversuch veranlasst habe, um eine Steigerung seiner aktuellen Tätigkeit an der Kasse der B.____ abzuklären (Urk. 1 S.

4).

Bei einem Arbeitsversuch kann die Invalidenversicherung einer versicherten Person versuchsweise einen Arbeitsplatz für längstens 180 Tage zuweisen, um deren tatsächliche Leistungsfähigkeit im Arbeitsmarkt abzuklären (Art. 18a Abs. 1 IVG). Dazu ist der - für das Sozialversicherungsgericht allerdings nicht verbindlichen (BGE 133 V 587 E. 6.1; 133 V 257 E. 3.2 mit Hinweisen) - Verwaltungswweisung des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) unter anderem zu entnehmen, dass ein bestehendes Arbeitsverhältnis die Gewährung eines Arbeitsversuchs nicht ausschliesse. Als Durchführungsstelle eines Arbeitsversuchs komme auch der derzeitige Arbeitgeber in Frage, sofern der Arbeitsversuch in einem neuen Aufgabenbereich stattfindet oder die Leistungsfähigkeit im bisherigen Aufgabenbereich unklar sei (Randziffer 5021 des Kreisschreibens des BSV über die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art, gültig ab 1. Januar 2014 [Stand: 1. Januar 2019];

KSBE).

Gegen einen Arbeitsversuch des Beschwerdeführers bei den B.____ auf Kosten der Beschwerdegegnerin spricht zum einen, dass die Arbeitgeberin Umplatzierungsmöglichkeiten im Betrieb bereits (ohne Erfolg) geprüft hat (Urk. 6/173/4). Zum anderen könnte der Beschwerdeführer gemäss der Beurteilung von RAD-Arzt Dr. F.____ - auf welche abzustellen ist (vgl. E. 6.2 nachstehend) - seine Tätigkeit als Kassier bei der B.____ medizinisch-theoretisch auch in einem 100%-Pensum ausüben. Von einem Arbeitsversuch wären vorliegend somit keine weiteren Aufschlüsse zur Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu erwarten, weshalb er keinen Anspruch auf diese Eingliederungsmassnahme hat.

Der Vollständigkeit halber ist zu erwähnen, dass gemäss Dr. A.____ bezüglich der Eingliederung des Beschwerdeführers in eine andere Tätigkeit kein Handlungsbedarf bestand (Urk. 6/161/6).

Nach Lage der Akten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin einen Anspruch des Beschwerdeführers auf Eingliederungsmassnahmen verneint hat. 6.6.1

Zu prüfen bleibt, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 6.2

Nicht strittig ist, dass dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Serviceangestellter nicht mehr zumutbar ist (vgl. die RAD-Stellungnahme vom 18. Oktober 2018 [Urk. 6/167/7]).

RAD-Arzt Dr. F.____ gelangte in seiner Beurteilung vom 18. Oktober 2018 und

E. 13

Februar 2019 zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit, wozu er auch die vom Beschwerdeführer ausgeübte Arbeit an der Kasse der B.____ zählte, medizinisch-theoretisch zu 100 % ausführen könnte (Urk. 6/167/7, Urk. 6/174/3). Er stützte sich dabei auf die IV-Akten, insbesondere den Bericht der behandelnden Rheumatologin Dr. A.____ vom 4. September 2018 (Urk. 6/161) und den am 21. Dezember 2018 ausgefüllten Arbeitgeberfragebogen (Urk. 6/173), welchen er Angaben zur Tätigkeit des Beschwerdeführers entnehmen konnte (Urk. 6/161/5, Urk. 6/173/3). Dem gegenüber hielt Dr. A.____ dafür, dass dem Beschwerdeführer die Arbeit für die B.____

sowie auch eine angepasste Tätigkeit - welche von ihr aber nicht beschrieben wurde - nur in einem 60%-Pensum zumutbar sei (Urk. 6/161/6). Zur Tätigkeit des Beschwerdeführers an

der Kasse führte Dr. A.____ aus, dass dies eine leichte , wenig wech sel belastend en und repetitive Arbeit sei. Bei der Arbeit an der Kasse komme die rechte Hand etwas mehr zum Einsatz als bei der früheren Tätigkeit im Service (Urk. 6/161/5). Es sei mög lich, dass diese Tätigkeit dem Beschwerdeführer im Ver lauf etwas mehr Mühe bereiten könnte. Da jedoch im Service die linke Seite deut lich überbelastet ge wesen sei, sei die aktuelle leichte Arbeit vorzuziehen. Die Ein schränkung bestehe insofern, dass das rechte Handgelenk in der Beweglichkeit eingesteift sei und somit die Bewegungen im Schultergürtel und Ellbogen kom pensiert werden müssten, was allenfalls dort zu einer Überlastung führen könnte (Urk. 6/161/5). Diese Folgen der Arbeit des Beschwerdeführers sind für Dr. A.____ aber nur möglich und nicht auf grund von ihr festgehaltenen und nach vollziehbaren Befunden ausgewiesen. Wie RAD-Arzt Dr. F.____ ausführte (Urk. 6/174/3) , nannte die behandelnde Rheumatologin keine objektivierbare n Befunde , um damit eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen . Der

Beschwerdeführer macht geltend, dass sich gemäss Dr. A.____ seine Arbeitsfähigkeit weiter verschlechtern werde (Urk. 1 S. 3). Die Rheumatologin hielt in ihrer Prognose zur Arbeitsfähigkeit des Beschwer deführers fest, dass aufgrund der langen Dauer der Symptomatik nicht mit einer wesentlichen Änderung zu rechnen sei. Tendenziell werde wegen den degenera tiven Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule die Symptomatik im Verlauf eher zunehmen. Somit werde sich die Arbeitsfähigkeit in nächster Zeit sicherlich nicht bessern, sondern eher verschlechtern (Urk. 6/161/4). Falls aber dereinst eine solche Ver schlechterung eintreten wird, wäre sie allenfalls im Rahmen einer Neuanmeldung zum Leistungsbezug bei der Eidg . Invalidenversicherung zu berücksichtigen.

Eine aktuelle Beeinträchtigung ist damit nicht zu begründen. Der Umstand allein, dass der Beschwerde führer bei den B.____

nur in einem 60%-Pensum arbeitet, spricht sodann nicht dafür, dass ihm medizinisch-theoretisch eine leidensangepasste Tätigkeit ebenfalls nur in diesem Um fang zumutbar ist, was Dr. A.____ auch nicht behauptet. Und schliesslich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_821/2018 vom 1 8. Juni 2019 E. 5.2 mit weiteren Hinweisen).

Der Arztbericht der behandelnden Rheumatologin Dr. A.____

vom 4. September 2018 (Urk. 6/161) vermag demnach keine Zweifel an der Beurtei lung von RAD-Arzt Dr. F.____ zu begründen. Seine Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist, erweist sich nach dem Gesagten vielmehr als schlüssig und überzeugend. Es ist deshalb auf die Beurteilung des RAD-Arztes (Urk. 6/167/7, Urk. 6/174/3) ab zu stellen.

6.3

Beim Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin resultierte ein Invaliditäts grad von 0 % . Das hypothetische Invalideneinkommen war höher als das hypo thetische

Valideneinkommen (Urk. 2 S. 2, Urk. 6/166/1) . Hin sichtlich des Vali deneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf lohns tatische Angaben zum Gastgewerbe gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2016 des Bundesamtes für Statistik (Ziff. 55-56 der Tabelle TA1) ab . Zur Begründung führte sie aus , dass der Beschwerdeführer vor

Eintritt des Gesundheitsschadens als Serviceangestellter gearbeitet habe. Die von ihm erzielten Einkommen seien aber sehr unterschiedlich gewesen (Urk. 6/166/1).

Dem stellt sie als Invalideneinkommen den Lohn gegenüber, welchen der Beschwerdeführer als Hilfsarbeiter gemäss LSE 2016 TA1 Ziff. 5-96 «Total» erzielen könnte (Urk. 6/166/1). Dieser Tabellenlohn ist höher als derjenige für das Gastgewerbe. Dennoch hat die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Invalideneinkommens zu Recht den Tabellenlohn für Hilfsarbeiter beigezogen, weil dem Beschwerdeführer gemäss dem Belastungsprofil von RAD-Arzt Dr. F.____ (Urk. 6/167/7) in einer leidensanpassenden Tätigkeit ein breites Spektrum an Tätigkeit offen steht

(vgl. Urteil des Bundesgerichts I 310/05 vom 19.

Oktober 2005 E. 3). Der Einkommensvergleich der Beschwerdegegnerin ist somit nicht zu beanstanden. Der Beschwerdeführer rügt, dass die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des Invalidenlohnes nicht auf statistische Werte abstellen durfte. Statt dessen hätte sie von seinem bei der B.____

erzielten Einkommen ausgehen müssen (Urk. 1 S. 3). Jedoch ergibt sich, selbst wenn beim Einkommensvergleich das gemäss Beschwerdeführer anwendbare Invalideneinkommen verwendet würde (Valideneinkommen: Fr. 50'068.90 / Invalideneinkommen: Fr. 61'100.--), ein Invaliditätsgrad von 0%. Damit kann der Beschwerdeführer aus seinem Vorbringen nichts zu seinen Gunsten ableiten. 6.4

Demnach resultiert ein Invaliditätsgrad von 0%, womit kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht (E. 2.3). 7.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 8.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem

Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 b iS IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht beschliesst:

Der Antrag des Beschwerdeführers auf Verfahrenssistierung vom 4. Juni 2019 wird abgewiesen, und 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: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - 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 1

5. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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