

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00474 vom 4. Januar 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-01-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00474

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00474 du 4 janvier 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00474 del 4 gennaio 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 2

Wurde eine Rente

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

E. 1.2

Der Versicherte meldete sich am 2 3. Oktober 2015 erneut zum Leistungsbezug an (vgl. Meldeformular Früherfassung; Urk. 9 /33) , worauf die IV-Stelle die medizi nische und erwerbliche Situation ab klärte und die Akten des Krankenversicherers bei zog (Urk. 9 /41, Urk. 9 /45). Mit Verfügung vom 2 7. Juni 2016 verneinte die IV Stelle erneut einen Rentenanspruch (Urk. 9/56).

Die dagegen am hiesigen Gericht erhobene Beschwerde wurde mit Urteil vom 1 2. September 2017 (Prozess Nr .

IV.2016.00920; Urk. 9/62) abgewiesen.

E. 1.3

Zur Frage des Bedeutungsgehalts des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV hat das Bundes gericht in BGE 130 V 64 E. 5.2.5 festgehalten, dass die versicherte Person mit dem Revisionsgesuch oder der Neuanmeldung die massgebliche Tatsachenände rung glaubhaft machen muss, ihr mithin ausnahmsweise eine Beweisführungslast zukommt. Tritt die Verwaltung auf das erneute Leistungsbegehren ein, hat sie demgegenüber gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (Art. 43 ATSG, Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 ff. IVV; SVR 2006 IV Nr. 10 S. 39 E. 4.1 [I 457/04]; vgl. auch BGE 117 V 198 E. 3a).

E. 1.4

Mit dem Beweismass des Glaubhaftmachens im Sinne des Art. 87 Abs. 2 und 3 IVV sind herabgesetzte Anforderungen an den Beweis verbunden: Die Tatsachenänderung muss nicht nach dem im Sozialversicherungsrecht sonst üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 126 V 353 E. 5b) erstellt sein. Es genügt, dass für das Vorhandensein des geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstandes wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine (höhere) Invalidenrente sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (Urteil des Bundesgerichts 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.3; vgl. auch BGE 130 V 64 E. 5.2, 130 V 71 E. 2.2). 1.

E. 2

9. August 2019 (Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 4. Juni 2019 (Urk. 2) davon aus, wesentliche Veränderungen der beruflichen oder medizinischen Situation hätten nicht festgestellt werden können. Es würden keine neuen Diagnosen und keine neuen Befunde vorliegen, weshalb auf das neue Gesuch nicht eingetreten werden könne (S. 1).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), im Bericht von Dr. Y.____ vom 26. März 2019 werde dargelegt, dass sich die Rückenproblematik wesentlich verschlechtert habe (S. 3 Ziff. 5). Insbesondere bestehe jetzt eine sequestrierende Diskushernie auf der Höhe L4/5, welche die Leistungsfähigkeit im Vergleich zur letztmaligen Rentenprüfung deutlich reduziere. Denn diese Hernie komprimiere die Wurzel L5. Ausserdem hätten die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule zugenommen, indem neu erhebliche multisegmentale Spondylosen, Chondrosen und teils aktivierte Facettengelenksarthrosen entstanden seien (S. 3 Ziff. 6). Bei der neurologischen Untersuchung sei eine frische Denervierung sowie ein chronischer neurogener Umbau festgestellt worden (S. 3 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer leide ausserdem an Diabetes. Die Symptome dieser internistischen Krankheit hätten zugenommen. So leide er an einer Polyneuropathie. Auch diese Erkrankung sei neurologisch objektiviert worden. Ausserdem werde sein Sehvermögen immer mehr beeinträchtigt (S. 3 Ziff. 7). Zusammengefasst habe sich die gesundheitliche Situation dadurch verschlechtert, dass die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule im Allgemeinen zugenommen hätten, dass die Diskushernie L4/5 zugenommen bzw. sequestriert habe und die Nervenwurzel L5 komprimiere, dass eine Denervierung eingetreten sei und ein neurogener Umbau stattfinde. Ausserdem sei eine Polyneuropathie aufgetreten und der Visus habe abgenommen (S. 3 Ziff. 8). Mit dem Bericht von Dr. Y.____ und den Berichten über die MRI- und die neurologische Abklärung sei glaubhaft gemacht, dass sich der gesundheitliche Zustand seit der letzten Rentenablehnung wesentlich verschlechtert habe (S. 3 Ziff. 8).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin – mangels einer glaubhaft gemachten Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 27. Juni 2016 (Urk.

E. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)

eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 3.1

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bildet der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juni 2016 (Urk.

E. 3.2

Dr. Z.____, Fachärztin für Chirurgie, und Dr. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führten im Bericht vom 4. November 2015 (Urk.

E. 3.3

Im Auftrag des Krankenversicherers erstatteten die Ärzte des Zentrums B.____ am 17. November 2015 (Urk.

E. 3.4

Dr. Z.____ und Dr. A.____ (vorstehend E. 3.2) führten im Bericht vom 9. Dezember 2015 (Urk.

E. 3.5

Dr. C.____,

Fachärztin Innere Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 7. Januar 2016 (Urk. 6/49/2-3) aus, gesamthaft habe sich bei der aktuellen bildgebenden Diagnostik eine leichte Verschlechterung der bekannten degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule, insbesondere im Halswirbel- und Lendenwirbeln bereich, gezeigt. Dadurch sei es zu einer Zunahme der belastungsabhängigen Rückenschmerzen gekommen. Ferner habe sich eine leichte Periarthropathie beider Schultergelenke gezeigt, dies jedoch ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei

der Abklärung des B.____ im August 2015 habe ein psychischer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sowie kognitive Defizite ausgeschlossen werden können. Auf grund der zunehmenden degenerativen Veränderungen sei der Beschwerdeführer nachvollziehbar in der bisherigen überwiegend gehenden und stehenden Tätigkeit als Koch aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs und fehlender Besserung unter Physiotherapie zu 50 % arbeitsunfähig (siehe Arztbericht von Dr. Y.____ vom 9. Dezember 2015; richtig wohl Arztbericht von Dr. Z.____ und Dr. A.____ gleichen Datums) und in einer angepassten Tätigkeit unverändert zu 100 % arbeitsfähig. Das Ressourcenprofil entspreche einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit in Wechselbelastung und ohne andauernde Zwangslagerung. Von der bisherigen Arbeitsunfähigkeit könne ab Juni 2015 (Untersuchungszeitpunkt im B.____) ausgegangen werden. 4. 4.1

Mit der Neuanmeldung vom 26. März

2019 (Urk.

E. 5

Die zeitliche Vergleichsbasis für die Frage, ob eine rentenrelevante Veränderung des Sachverhalts glaubhaft ist, bildet der Zeitpunkt der letzten umfassenden materiellen Prüfung. Der Vergleichszeitraum erstreckt sich grundsätzlich bis zur Prüfung und Beurteilung des Gesuchs durch die Verwaltung, das heisst bis zum Erlass der Verfügung betreffend die Neuanmeldung. Für die beschwerdeweise Überprüfung einer Nichteintretensverfügung ist somit der Sachverhalt, wie er sich der Verwaltung bot, respektive die Aktenlage bei Erlass dieser Verfügung massgeblich (Urteil des Bundesgerichts 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1). 2.

E. 5.1

Nach der Einschätzung der Beschwerdegegnerin vermochte der Beschwerdeführer eine seit der letzten rentenverneinenden Verfügung vom 27. Juni

2016 (Urk. 9/56) eingetretene Verschlechterung seines Gesundheitszustandes nicht glaubhaft zu machen.

Im Zeitpunkt der für die Rentenabweisung im Jahre 2016 wesentlichen Abklärung durch das B.____

lag ein chronisches lumbal und zervikal betontes Panvertebralsyndrom mit mässig degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Halswirbelsäule sowie der unteren Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallerscheinungen vor. In radiologischer Hinsicht hielten die Ärzte des B.____ fest, es bestehe eine resorbierte Diskushernie L4/5, im Wesentlichen vergleichbare degenerative Befunde im Bereich der unteren Lendenwirbelsäule sowie der unteren Halswirbelsäule und keine sichere Nervenwurzelkompression oder enger Spinalkanal (vorstehend E. 3.3). Während in den fachärztlichen bildgebenden und elektrophysiologischen Untersuchungen der Lendenwirbelsäule im Jahr 2015 unter anderem keine eindeutige neurogene Beeinträchtigung und

ein zentraler Spinalkanal festgestellt werden konnten (vgl. Urk. 9/45 /1-4 S. 3) und sich im Myogramm lediglich diskrete Denervierungszeichen in der S1-innervierten Muskulatur gezeigt haben (vorstehend E. 3.2) , berichtete Dr. F.____ am 11. Dezember 2018 mit Hinweis auf ein MRI der Lendenwirbelsäule unter anderem

von einer konzentrischen Spinalkanalstenose L3-S1 und einer foramina len Einengung L5 rechts (vgl. insbesondere

Urk. 9/66 S. 2 Mitte) und führte in ihrer Beurteilung aus, es fände sich eine Radikulopathie L5 rechts mit Zeichen der frischen andauernden Denervierung , aber auch bereits des chronisch neurogenen Umbaus . Nebenbe fundlich wies sie überdies auf eine sensible axonale Polyneuropathie auf dem Boden des Diabetes mellitus hin (vorstehend E. 4.3) .

E. 5.2

Die Ärztin des RAD, Dr. H.____ , führte demgegenüber aus versicherungsmedizinischer Sicht aus, dass sich im Vergleich keine wesentliche Befundänderung hin sichtlich Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben habe und medizin-theoretisch in angepasster Tätigkeit unter Weiterführung der genannten Therapieoptionen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne, wobei sich in Ab hängigkeit von der Belastung am Arbeitsplatz durch Pausen geringe Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit ergeben könnten (vorstehend E.

4.6).

Die Argumentation der RAD- Ärztin, welche keinen entsprechenden Facharztstitel besitzt, erscheint, was das strittige Nichteintreten betrifft, wenig überzeugend. So nahm die RAD-Ärztin weder zur Kompression von L5 - im Abklärungsbericht des B.____ aus dem Jahr 2015 wurde noch von keiner sicheren Nervenwurzelkompression ausgegangen (vgl. vorstehend E. 3.3) - noch zur von Dr. F.____ festgestellte frischen andauernden Denervierung sowie der neu nebenbefundlich erwähnten sensiblen Polyneuropathie Stellung, sondern führte ohne eingehende medizinische und nachvollziehbare Auseinandersetzung aus, dass keine wesentliche Befundänderung vorliege, wobei sie dabei auf Berichte aus den Jahren 2012 und 2013 verwies und nicht auf die vorliegend relevante Aktenlage im Zeitpunkt der Verfügung vom 27. Juni

2016 (vgl. vorstehend E. 4.6) . Anhand der vorliegenden Berichte steht fest, dass im MRI vom November 2018 neu eine Spinalkanalstenose festgestellt werden konnte (vgl. Urk. 9/66 S. 2), wogegen im MRI vom März 2015 kein enger Spinalkanal nachweisbar war (vgl. Urk. 9/45 / 1-4 S.

3 und Urk. 9/45/32, so auch die Ärzte des B.____ , Urk. 9/45/ 6-9 S. 3 Mitte). Dr. D.____ führte nach wirbelsäulenchirurgischem Konsilium mit Dr . A.____ sodann aus, dass beim Beschwerdeführer eine grosse sequestrierte Diskushernie L4/5 bestehe, welche die Nervenwurzel recessal hochgradig komprimiere , und ging dabei rein morphologisch grundsätzlich von einer Operationsindikation aus, wogegen Dr . A.____ im Jahr 2015 eine solche noch verneint hatte (vgl. Urk. 9/48/1 -2 S. 1).

E. 5.3

Nach dem Gesagten liegen zumindest gewisse Anhaltspunkte für eine mögliche versicherungsmedizinisch relevante Verschlechterung vor, was zur Glaubhaftmachung ausreicht (vgl. vorstehend E. 1.4). Eine genaue medizinische Abklärung ist angezeigt. Die Beschwerdeführerin ist somit zu Unrecht nicht auf die Neuanschuldung eingetreten, weshalb die Beschwerde gutzuheissen und die Sache zur materiellen Beurteilung an sie zurückzuweisen ist. 6. 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und auf Fr. 7'00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Der obsiegende und anwaltlich vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung, die beim praxismässigen Stundenansatz von Fr. 2'20.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2019 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, zurückgewiesen, damit sie auf das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers eintrete und dieses materiell prüfe. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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

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

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

/ 71) kamen die folgenden Berichte zu den Akten: 4.2

Dr. D.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, E.____
berichtete am 12. November

2018 (Urk. 9/67) über eine rheumatologische Standortbestimmung bei bekanntem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - rechtsseitige Lumboischialgie - chronische Cervikalgien - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 (ED Mai 2010), positive Mikroalbuminurie (Dezember 2014) - Status nach Urethrotomie nach Sachse (Juni 2007) - Prostataobstruktionssyndrom Stadium 1 - Migräne ohne Aura

Dazu führte sie aus, es könne eine rechtsseitige Lumboischialgie mit Einstrahlung auf die Tibiavorderkante ohne eindeutige neurologische Ausfälle bestätigt werden bei Verdacht auf beginnende sensible Polyneuropathie bei nicht auslösbarem ASR beidseits. Konventionell-radiologisch bestünden hyperostotische degenerative Veränderungen (S. 3) .

Dr. D.____ führte im Bericht vom 30. November 2018 (Urk. 9/69) weiter aus, der Beschwerdeführer berichte, dass der Beinschmerz für ihn eher im Vordergrund stehe als der Rückenschmerz. In der neuen Bildgebung zeige sich eine paramedian rechtsseitige Diskushernie L4/5 (recht gross), die eine L5-Wurzelkompression rechts gut erkläre. In der interdisziplinären Besprechung mit Dr. A.____ , der aufgrund des Befundes eine Operation empfehle, hätten sie sich dazu entschieden, den Beschwerdeführer vorgängig noch elektrophysiologisch abklären zu lassen mit der Frage nach einer akuten oder chronischen Denervation L5 zum Abschluss einer Spinalkanalstenose mittels Tibialis

SSEP und gegebenenfalls Evaluation einer sensiblen Polyneuropathie (S. 2). 4.3

Dr. F.____ , Fachärztin für Neurologie, E.____ , berichtete am 11. Dezember 2018 (Urk. 9/66) über eine neurologisch-elektrophysiologische Standortbestimmung und nannte folgende Diagnosen (S. 1): - Lumboischialgie rechts mit/bei: - Wurzelkompressionssyndrom L5 rechts - anamnestisch Status nach lumboradikulärem Schmerz- und Ausfall syndrom L5 rechts, Status nach perineuronaler und epidularer Infiltration (2013) - chronische Cervikalgien - nicht insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ 2 (ED Mai 2010) bei/mit - sensibel axonale Polyneuropathie - positive Mikroalbuminurie - Status nach Urethrotomie nach Sachse (Juni 2007) - Prostataobstruktionssyndrom Stadium 1 - Migräne ohne Aura

Dazu führte sie aus, es fände sich eine Radikulopathie L5 rechts mit Zeichen der frischen andauernden Denervierung , auch bereits des chronisch neurogenen Umbaus. Es fände sich kein Korrelat einer afferenten Impulsleitungsstörung, das Tibialis-SSEP sei im Vergleich zur Voruntersuchung stabil. Nebenbefundlich bestehe eine sensibel axonale Polyneuropathie, am ehesten auf dem Boden des Diabetes mellitus (S. 3). 4.4

Dr. G.____ , Facharzt für Neurologie, führte im Bericht vom 18. Januar 2019 (Urk. 9/68) aus, der Beschwerdeführer beschreibe Kreuz-Bein-Schmerzen rechts betont. Die geschilderte Symptomatik entspreche nicht genau derjenigen, welche im Bericht von Dr. F.____

geschildert werde. Die geschilderte Symptomatik gehe teilweise deutlich über eine vermutete L5 Symptomatik hinaus . Ausserdem habe er keine Parese gefunden, wie es auch Dr. F.____ dokumentiert habe. Insgesamt sehe er keine zwingende Operationsindikation,

einerseits wegen der teilweise unspezifischen Schmerzen, die sich operativ eher nicht positiv beeinflussen lassen, andererseits auch vor dem Hintergrund, dass der Chirurg des Beschwerdeführers keine wesentliche Besserung der Schmerzen zusagen vermocht hat und daher einer Operation skeptisch gegenüberstehe, was aus seiner Sicht völlig gerechtfertigt sei. Entsprechend gebe es keine einfache Lösung. Es sollte mit regelmässiger aktiver Gymnastik/MTT ein Muskelaufbauprogramm durchgeführt werden, ergänzt um Analgesie bei Bedarf, wobei hier medikamentös noch Spielraum bestehe. Nebenbefundlich bestehe eine sensibel betonte periphere Polyneuropathie, wahrscheinlich auf dem Boden des Diabetes. Ein neuropathischer Schmerz bestehe derzeit nicht (S. 2). 4. 5

Dr. Y.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 26. März 2019 (Urk. 9/71) aus, es sei ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom zu diagnostizieren. Es liege neues Bildmaterial vor, das eine Zunahme der Diskopathie zeige, die das Beschwerdebild und die Dynamik zu erklären vermöchten. Wie den Berichten entnommen werden könne, sei dem Beschwerdeführer von fachärztlicher Seite durch

Dr. A.____ eine operative Sanierung nahegelegt worden. Es hätten ergänzend zwei neurologische Konsilien stattgefunden, um den Grad der Denervierung zu quantifizieren. Der Beschwerdeführer habe sich gegen eine Operation entschieden, da die Erfolgsaussichten hinsichtlich Schmerzurückgang für ihn zu gering bzw. unsicher seien. Gleichwohl fühle sich der Beschwerdeführer durch die chronischen Schmerzen so geplagt, dass anhaltend eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Koch attestiert werden müsse. Obschon der Beschwerdeführer im letzten Jahr insgesamt vier Serien Physiotherapie beansprucht habe, zweimal wöchentlich den Chiropraktor aufgesucht und täglich Schmerzmittel eingesetzt habe, werde die Schmerzintensität auf einer VAS im Mittel bei 8, maximal bei 10 und minimal bei 6 eingestuft. Er habe jede Nacht krampfartige Schmerzen in den Beinen rechtsbetont. Im Sitzen und Stehen würden die Schmerzen zunehmen. Durch Einnahme einer Flexionshaltung könnten die Schmerzen dem Vernehmen nach gelindert werden. Bei der beruflichen Tätigkeit als Koch könne der Beschwerdeführer höchstens eine Viertelstunde stehen und gehen, bevor schmerzbedingt eine Schonhaltung eingenommen werden müsse. Auch Autofahren länger als eine halbe Stunde seien infolge Schmerzen nicht mehr möglich (S. 1). 4. 6

Dr. H.____, Praktische Ärztin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 9. April 2019 (Urk. 9/76/3) aus, im Bericht der E.____ vom 11. Dezember 2018 werde bei bekannter Lumboischialgie rechts bei/mit Wurzelkompressionssyndrom L5 rechts über eine neurologisch - neurophysiologische Untersuchung berichtet. Im MRI der Lendenwirbelsäule und des lumbosakralen Übergangs am 19. November 2018 habe sich eine nach kaudal geschlagene paramedian rechts gelegene Hernie L4/5 mit vermuteter Kompression L5 recessal rechts dargestellt. Elektrophysiologisch habe sich eine Radikulopathie L5 rechts mit Zeichen der frischen andauernden Denervierung gefunden. Als Nebenbefund sei der Verdacht auf eine beginnende sensible Polyneuropathie bei Diabetes mellitus Typ II dokumentiert worden. Im Vergleich zur Voruntersuchung stabil. Der Neurologe Dr. G.____ beschreibe am 18. Januar 2019 die Lumboischialgie rechts und die sensibel betonte Polyneuropathie bei Diabetes mellitus Typ II. Er sehe keine Operationsindikation bei teilweise unspezifischen Schmerzen und der Skepsis gegenüber der postoperativen Schmerzlinderung. Empfohlen werde die Weiterführung der regelmässigen aktiven Gymnastik/MTT und ein Muskelaufbauprogramm. Im Bericht der E.____ vom 30. November 2018 werde die Meinung von Dr. A.____ dargelegt, welcher eine

Operation empfehle.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht habe sich im Vergleich zu den Berichten (Dr. I.____ vom 21. November

2013, MRI der Lendenwirbelsäule vom 7. November 2012 und Dr. Y.____ vom 22. November 2012) keine wesentliche Befundänderung hinsichtlich Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben. Die weitere Ausübung des Berufes als Koch (mehrheitlich stehend und Hantieren mit mittelschweren, eher selten schweren Gewichten) sei bei Vorliegen der genannten Einschränkungen als nicht optimal zu bewerten. Medizin-theoretisch könne in angepasster Tätigkeit (kein schweres Heben und Tragen, wechselbelastend, keine Zwangshaltungen) unter Weiterführung der genannten Therapieoptionen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden. In Abhängigkeit von der Belastung am Arbeitsplatz könnten sich durch Pausen geringe Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit ergeben. 5.

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