

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00879 vom 4. Januar 2021**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-01-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00879](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00879)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00879 du 4 janvier 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00879 del 4 gennaio 2021

## **Erwägungen**

### **E. 1**

9. Februar 2019 mit , dass keine Eingliederungsmassnahmen aufgenommen würden und der Anspruch auf eine Invalidenrente geprüft werde ( Urk. 6/15).

Die IV-Stelle holte

insbesondere beim Krankentaggeldversicherer weitere Akten ein ( Urk. 6/18).

Am

4. April 2019 ( Urk. 6/20) liess der Versicherte der IV-Stelle unter Hinweis auf Wirbelsäulen- und Schulterprobleme eine weitere Anmeldung zum Leistungsbezug zukommen. Nach ergangenem Vorbescheid ( Urk. 6/31) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 6. November 2019 eine von September 2018 bis April 2019 befristete ganze Rente ( Urk. 6/46 in Verbindung mit Urk. 6/35 = Urk. 2/1) sowie eine Viertelsrente

ab Mai 2019 zu ( Urk. 6/47 = Urk. 2/2) .

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

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 aus gleichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

### **E. 1.4**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl.

BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

### **E. 1.5**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV)) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder

Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 5. Dezember 2019 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 6. November 2019 (Urk. 2/1, Urk. 2/2) und beantragte, diese seien aufgehoben und es solle aufgrund der seit September 2017 anhaltenden vollen Arbeitsunfähigkeit eine Neuprüfung seines Rentenanspruchs erfolgen (Urk. 1 S. 1 Mitte). Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Januar 2020 die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Februar 2020 (Urk. 7) mitgeteilt wurde. Gleichzeitig wurde ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet und der Beschwerdeführer aufgefordert, weitere Unterlagen einzureichen. Mit Replik vom 17. März 2020 (Urk. 9) machte der Beschwerdeführer eine weitere Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation geltend und reichte die angeforderten Unterlagen ein (Urk. 10/1-3). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (Urk. 12), was dem Beschwerdeführer am 17. April 2020 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). Am 18. August 2020 wurde eine Instruktionsverhandlung durchgeführt (vgl. Urk. 14 und Prot. S. 5), anlässlich welcher der Beschwerdeführer auf die Möglichkeit einer reformatio

in peius im Falle einer Rückweisung hingewiesen wurde und er weitere medizinische Berichte zu den Akten reichte (Urk. 15/1-4). Diese sowie ein weiterer vom Beschwerdeführer eingereichter Bericht vom 26. Oktober 2020 (Urk. 20) wurden der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 10. November 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 21). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in den angefochtenen Verfügungen ( Urk. 2/1 , Urk. 2/2 ) davon aus, der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Maschinist seit September 2017 voll arbeitsunfähig . Ein allfälliger Rentenanspruch entstehe frühestens ein Jahr nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und somit ab September 2018. Inzwischen habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers indessen verbessert. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei ihm spätestens seit 31. Januar 2019 eine körperlich leichte Tätigkeit in einem 80%-Pensum zumutbar. Es würden sich alle Tätigkeiten mit Gewichten bis maximal 8 kg eignen. Häufiges Bücken sowie längeres Verbleiben in gebückter oder rückgeneigter Haltung seien zu vermeiden ( Urk. 2/1 S. 4 = Urk. 6/36 S. 1) . Der Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 43 % , weshalb die Rente per 1. Mai 2019 auf eine Viertelsrente herabzusetzen sei ( Urk. 2/1 S. 5 = Urk. 6/36 S. 2) .

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer wandte demgegenüber im Wesentlichen ein ( Urk. 1), die Beschwerdegegnerin gehe ohne differenzierte Begründung davon aus, dass sich sein Gesundheitszustand gebessert habe und ihm seit Ende Januar 2019 eine leichte Tätigkeit in einem 80%-Pensum zumutbar sei. Eine medizinische Begutachtung oder Untersuchung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst habe nicht stattgefunden. Der behandelnde Arzt bestätige indessen die anhaltende volle Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten). Aufgrund der anhaltenden Symptomatik bestehe nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit (S. 2). Sein Zustand habe sich weiter verschlechtert; es seien neue Befunde hinzugekommen ( Urk. 9).

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen ist die Befristung der ganzen Invalidenrente bis Ende April 2019 beziehungsweise die Herabsetzung auf eine Viertelsrente

und ob diesbezüglich der Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt Obere Extremitäten, Klinik A.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 26. September 2016 ( Urk. 6/2/12-13) die folgende Diagnose (S. 1): -  
panvertebrale Schulterschmerzen links mit Ausstrahlung im Sinne von Armschmerzen im Dermatom C6/7 - Status nach Schulter-Distorsion mit Zug- und Rotationstrauma 2010  
MR-topographisch könne heute mit Sicherheit eine relevante Pathologie im Schultergelenk ausgeschlossen werden. Es ergäben sich für ihn somit keine Anhaltspunkte für ein weiteres schulterchirurgisches Vorgehen (S. 1). 3.2

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, Leitender Arzt Neurologie, Klinik A.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 31. August 2017 ( Urk. 6/2/15-16) die folgenden Diagnosen (S. 1): -  
Schulterpathologie links nicht objektivierbar (Untersuchung 2016) - Beginn zirka 2010 im Anschluss an ein Zug-/Rotationstrauma der Schulter links (20. September 2010): Zerrung der paravertebralen Muskulatur auf Höhe der linken Scapula mit schmerzhaften Myogelosen, Zerrung der Pektoralismuskulatur, moderate hypertrophe AC Gelenkarthrose mit begleitender Bursitis subakromialis, intakte Rotatorenmanchette (MRI Schulter links vom 26. Oktober 2010) - klinisch-neurologisch normaler Befund - MRI HWS vom 13. Mai 2016: mässiggradige Neuroforamenstenose für die Wurzel C7, leicht auch C6 links, leichte Neuroforamenstenose für die Wurzel C7 rechts - Elektrophysiologie vom 4. August 2016: Normalbefunde, insbesondere ohne Hinweise auf neurogene Veränderungen typischer Kernmuskeln C6-C8 links - Differenzialdiagnose (DD): myofasiales Schmerzsyndrom - Status nach TLIF ( Transforaminal

Lumbar Interbody Fusion ) L5/S1 rechts am 3. Dezember 2010 - Status nach Nukleotomie L4/5 links (zirka 2006 im Universitätsspital C.\_\_\_\_ ) Aus neurologischer Sicht sei das Schmerzsyndrom der linken Schulter weiterhin unklar. Es

fänden sich keine Hinweise für ein zervikoradikuläres Syndrom und auch keine Hinweise für eine Neuropathie im Schulterbereich beziehungsweise des Plexus brachialis links. Zum jetzigen Zeitpunkt bestünden auch keine Anhaltspunkte für ein CRPS ( complex regional pain

syndrom ; S. 2 unten). 3.3

PD Dr. med. D.\_\_\_\_ , Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, Klinik A.\_\_\_\_ , berichtete am 18. Oktober 2017 über die am gleichen Tag erfolgte Konsultation ( Urk. 6/2/6-8) und nannte die hier verkürzt aufgeführte Diagnose einer Lumboischialgie rechts sowie als Nebendiagnose Schulter- und Armschmerzen links (S. 1 f.). Der Hausarzt des Patienten habe ihm seit einem Monat eine volle Arbeitsunfähigkeit als Baumaschinenführer attestiert (S. 2 Mitte). Knapp sieben Jahre nach der Spondylodese-Operation L5/S1 mit weitestgehend erfreulichem Verlauf klagt der Patient nun wieder seit zwei Monaten über eine Lumboischialgie rechts. Es zeige sich kein sensomotorisches Defizit im Bereich der unteren Extremitäten. In der durchgeführten radiologischen Diagnostik zeige sich die beginnende epifusionelle Degeneration L4/b. Die MRI-Untersuchung zeige daraus resultierend eine hochgradige Spinalkanalstenose sowie rezessale Enge der Nervenwurzel L5 rechts. Diese Befunde würden sowohl die Rückenschmerzen als auch die Bein schmerzen gemäss dem Dermatome der Nervenwurzel L5 rechts sehr wohl erklären (S. 2 f.). 3.4

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates , nannte in seinem Bericht vom 21. Oktober 2017 ( Urk. 6/2/9) eine symptomatische AC-Arthrose mit Acromion-Sporn mit sekundärem Impingement der Schulter links als Diagnose . Der Patient klagt seit längerer Zeit über entsprechende Schulterbeschwerden linksseitig. Aufgrund des ausgeschöpften konservativen Weges werde die Indikation zur operativen Sanierung gestellt, welche am 25. Oktober 2017 stattfinden werde.

3.5

Am 9. Februar 2018 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik A.\_\_\_\_ , Muskulo-Skelettal Zentrum, Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie, operiert (Operationsbericht vom 12. Februar 2018, Urk. 6/18/33-36). Die Operation beinhaltete eine dorsale Verlängerungsspondylodese

und transpedikuläre Instrumentierung L4/5 ( Solera ), eine Revisionsdekompression L4/5 beidseitig sowie Neurolyse L5 beidseitig , transforaminale lumbale intersomatische Fusion (TLIF) L4/5 mit autologer lokaler Spongiosa sowie Devex -Cage Interponat von rechts (S.

2). 3.6

PD Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3 ) berichtete am 19. Juli 2018 über die am gleichen Tag erfolgte postoperative Nachkontrolle in der Wirbelsäulensprechstunde ( Urk. 6/14/1-3) und nannte die folgende Diagnose ( S.

1; Nebendiagnosen vgl. S.

1

f. ): - Status nach dorsaler Veränderungsspondylodese und transpedikulärer Instrumentierung L4/5 sowie Revis ionsdekompression L4/5 beidseitig, Neurolyse L5 beidseitig und TLIF L4/5 von rechts am 9. Februar 2018 bei : - Lumboischialgie rechts bei: - epifusioneller Degeneration L4/5 mit Diskusgeneration sowie breiter Diskusprotrusion und daraus resultierender Spinalkanalstenose und rezessaler Enge der Nervenwurzel L5 rechts (MRI der LWS vom 21. September 2017) - Status nach dorsaler transpedikulärer Instrumentierung L5/S1 sowie TLIF L5/S1 von rechts und Dekompression der Nervenwurzel L5 rechts am 3. Dezember 2010 - Status nach Nucleotomie L4/5 links 2006, Universitätsspital C. \_\_\_ Der Patient habe sechs Monate postoperativ signifikant von oben genannter Operation profitiert. Es zeige sich jedoch weiterhin ein prolongierter Verlauf. Die Wiedereingliederung in den alten Job als Maschinenführer in den vergangenen vier Wochen habe sich schwierig gestaltet. Er komme dem Arbeitspensum von 50 % nur knapp nach. Bei der klinischen Untersuchung zeige sich kein senso motorisches Defizit im Bereich der unteren Extremitäten und radiologisch zeige sich ein exzellenter Verlauf bei solider Fusion L4 bis S 1. Er empfehle eine weitere Arbeitsunfähigkeit für vier Wochen. Aufgrund der bestehenden Ischialgie links werde noch eine MRI-Untersuchung der LSW mit Artefaktunterdrückung zum Ausschluss einer Nervenwurzelkompression in die Wege geleitet (S. 2. f). 3.7

Dr. E. \_\_\_ (vorstehend E. 3.4 ) nannte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2018 ( Urk. 6/26/7-8) die folgende Diagnose (S. 1): - Status nach Schulterarthroskopie links, arthroskopische Dekompression mit Bursektomie sowie Acromioplastik , laterale Clavicularesektion vom 25. Oktober 2017 bei - bekanntem subacromialem Impingement mit Bursitis subacromialis mit AC-Arthrose links Der Patient beschreibe heute Beschwerden, welche nicht im Zusammenhang mit der Schulter interpretiert würden. Die Beschwerden vor der Schulteroperation seien vollständig regredient . Diese Beschwerden seien vor allem im AC-Gelenk sowie subacromial anzusiedeln gewesen. Aktuell beschreibe der Patient Beschwerden im Bereich der Fossa infraspinata/zentrales Drittel der Scapula mit ausstrahlender Komponente bis Dig . IV und Dig . V der linken Hand (S. 1). 3.8

Dr. med. F. \_\_\_ , Facharzt für Neurologie , und Dr. B. \_\_\_ (vorstehend E. 3.2 ) nannten in ihrem Bericht vom 8. November 2018 ( Urk. 6/26/11-13) die folgenden, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1 f.): - Verdacht auf zervikoradikuläres Syndrom C7 links , Erstmanifestation unklar, Exazerbation im Sommer 2018 - Status nach Zug-/Rotationstrauma der Schulter links am 20. September 2010, Zerrung der paravertebralen Muskulatur auf Höhe der linken Scapula mit schmerzhaften Myogelosen, Zerrung der Pectoralis muskulatur - moderate hypertrophe AC-Gelenksarthrose mit begleitender Bursitis subacromialis, intakte Rotatorenmanschette (MRI der linken Schulter vom 26. Oktober 2010) - Status nach Schulterarthroskopie links, arthroskopische Dekompression mit Bursektomie sowie Acromioplastik , laterale clavikuläre Sektion vom 20. Oktober 2017 bei subacromialem Impingement mit AC-Arthrose links - Lumboischialgie rechts Im Vordergrund stehe eine Zervikobrachialgie links seit dem Zug-/Rotations trauma der linken Schulter am 20. September 2010. Nach der Operation am 25. Oktober 2017 sei es zu einer vorübergehenden Besserung der Schmerzen gekommen, jedoch mit erneuter Schmerzexazerbation im Sommer 2018 (S. 2 Mitte). Klinisch neurologisch sei eine im Vorbericht nicht beschriebene sensomotorische Ausfallsymptomatik im Sinne von Hypästhesie/ Hypalgesie der gesamten linken oberen Extremität und nicht algophob bedingte Kraftminderung gefunden worden .

Zusammenfassend müsse die Ursache der Symptomatik offen belassen werden (S.

3). Dr. F. \_\_\_ stellte im Bericht vom 5. Dezember 2018 ( Urk. 6/26/9-10) dieselben Diagnosen wie im Bericht vom November 2018 und führte aus, dass die Ursache der Zervikobrachialgie links am ehesten ein zervikobrachiales Reizsyndrom und sensomotorisches Ausfallsyndrom links bei im MRI der HWS vom 5. Dezember 2018 beschriebener for a minaler Enge C7 links sei . Nach erneuter Aufklärung des Patienten hätten sie sich für eine erneute Infiltration der Nervenwurzel C7 links entschieden (S.

2 ; vgl. Bericht über die Infiltration vom 1. Februar

201

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidende Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2).

### **E. 6.2**

Nach dem Gesagten ist ein abschliessender materieller Entscheid gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten nicht möglich.

Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtenen Verfügungen aufgehoben werden und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie den medizinischen Sachverhalt sowie die

Frage der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit in geeigneter Weise

abkläre, mögliche Eingliederungsmassnahmen prüfe und gegebenenfalls

durchführe

und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 7.

Da es 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 IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt : 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung en vom 6. November 2019 aufgehoben werden und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

## **E. 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).

## **E. 9**

PD Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.3) stellte in seinem Bericht vom 31. Januar 2019 über die gleichentags erfolgte Konsultation ( Urk. 6/19 = Urk. 6/26/14-16) dieselben Diagnosen wie in seinem Bericht vom Juli 2018 (vorstehend E. 3.6). Der Patient beschreibe ein Jahr postoperativ weiterhin einen prolongierten Verlauf. Trotz allem habe er signifikant von der Operation profitiert. Im letzten Jahr hätten intensive Bemühungen stattgefunden, um die Arbeitsfähigkeit des Patienten wiederherzustellen. Als Baumaschinenführer im Tiefbau bestehe jedoch weiterhin Arbeitsunfähigkeit. Er habe in den vergangenen Monaten intensiv ein Rehabilitationsprogramm absolviert mit Fitnesstherapie. Darunter zeige sich insgesamt wenig Besserung. Radiologisch finde sich eine solide Fusion L4 bis S1 ohne Hinweis auf Lockerung oder Implantatversagen. In der durchgeführten MRI-Untersuchung vom 6. August 2018 zeige sich eine bekannte breitbasige

Diskusprotrusion mit geringgradiger zentraler Spinalkanalstenose im Anschlusssegment L3/4. Es bestehe keine höhergradige Neurokompression. Aus wirbelsäulenchirurgischer

Sicht könne die Situation aktuell nicht verbessert werden. Ein Grossteil der Beschwerden seien muskulärer Genese im Sinne von ISG-Beschwerden beidseitig. Es werde dringendst das Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität zur weiteren Kräftigung und Lockerung der paravertebralen Muskulatur empfohlen. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Arbeitsunfähigkeit im erlernten Beruf zeitlich nicht begrenzt sei. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit reduzierter körperlicher Aktivität sei jedoch sicherlich in leicht reduziertem Umfang gegeben. Es werde um Reevaluation hinsichtlich der Reintegration, gegebenenfalls Umschulung zu einer Tätigkeit mit geringerer körperlicher Anstrengung, gebeten (S. 2 f.). 3.10

Dr. F.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) und Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, Klinik A.\_\_\_\_, nannten in ihrem Bericht vom 23. April 2019 über die Konsultation vom 18. April 2019 (Urk. 6/26/22-24) die hier verkürzt wiedergegebene Diagnose eines Verdachts auf ein zervikoradikuläres Syndrom C7 und/

oder C8 links (S. 1). Die Ursache der Zervikobrachialgie links sei am ehesten ein zervikoradikuläres Syndrom C7 und/oder C8 links und möglicherweise auch persistierende Beschwerden bei subacromiälem Impingement und AC-Gelenksarthrose links. Bezüglich des zervikoradikulären Syndroms C7, C8 links seien weitere therapeutischen Massnahmen von Seiten des Patienten nicht erwünscht. Wegen den Schulterschmerzen links würden die Kollegen der Orthopädie obere Extremitäten um ein Aufgebot des Patienten gebeten (S. 3 unten). 3.11

Med. pract. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 9. Mai 2019 (Urk. 6/26/2-5) aus, dass er den Beschwerdeführer seit 1. Oktober 2010 ambulant behandelt (Ziff. 1.1). Er habe ihm seit März 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Baumaschinenführer attestiert (Ziff. 1.3). Die Prognose für die angestammte Tätigkeit als Baumaschinenführer sei schlecht (Ziff. 2.7). Wie viele Stunden pro Tag eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei, konnte med. pract. H.\_\_\_\_ nicht beantworten (Ziff. 4.2). Im Haushalt bestehe keine Einschränkung (Ziff. 4.5). 3.12

Am 3. Juni 2019 nahm Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 6/33 S. 5-6) und nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gemäss Aktenlage (S. 5): - Zustand nach Verlängerungs-Spondylodese und transpedikulärer Instrumentierung L4/5 am 9. Februar 2018 inklusive Revisions-Dekompression L4/5 und Neurolyse L5 beidseitig sowie TLIF L4/5 von rechts bei - Lumboischialgie rechts bei epifusioneller Degeneration L4/5 mit Diskusdegeneration und - protrusion sowie resultierender Spinalkanalstenose und rezessaler Enge der Nervenwurzel L5 rechts (MRI der LWS vom 21. September 2017) - Zustand nach dorsaler transpedikulärer Instrumentierung und TLIF L5/S1 am 3. Dezember 2010 inklusive Dekompression der Nervenwurzel L5 rechts - Zustand nach Nucleotomie L4/5 links 2006 - Schulter-Arm-Schmerz links mit/bei - Zustand nach Schulter-ASK links am 25. Oktober 2017 mit Acromioplastik und lat. Claviicularresektion - klinisch-neurologisch und elektrophysiologisch (August 2016) normalen Befunden - MRI der HWS vom Mai 2016: mässiggradige Neuroforamenstenose der Wurzel C/ links, leichte Neuroforamenstenose auch C6 links und C7 rechts - DD: myofaszialem Schmerzsyndrom Gemäss der Übersicht des Taggeldversicherers bestehe - bis auf wenige Tage mit einer 50%igen

Arbeitsunfähigkeit im Jahr 2018 - durchgehend vom 26. September 2017 bis 30. April 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Beim Versicherten seien anhand der vorliegenden Arztberichte die beiden oben genannten somatischen Gesundheitsschäden ausgewiesen, einschliesslich der sich daraus ableitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Diese Gesundheitsschäden seien inzwischen stabil. Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit seien die aktenkundigen Angaben, wie üblich geltend für die angestammte beziehungsweise zuletzt ausgeübte Tätigkeit, aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht plausibel. Für diese bestehe seit 26. September 2017 durchgehend und bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 5). Für eine adaptierte Tätigkeit mit dem Belastungsprofil «körperlich leicht, ohne Heben und Tragen von Lasten schwerer als 6-8 kg, ohne häufiges Bücken oder Arbeiten in Schulterhöhe, ohne längeres Stehen in vornübergebeugter oder rückgeneigter Haltung» bestehe gemäss Angaben im Bericht von PD

Dr. D. \_\_\_ vom 31. Januar 2019 (vgl. vorstehend E. 3.9) sicherlich Arbeitsfähigkeit in leicht reduziertem Umfang. Medizintheoretisch sei die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit überwiegend wahrscheinlich bei 75-80 % anzusetzen, retrospektiv spätestens ab 31. Januar 2019 (S. 6). 4. 4.1

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens wurden weitere Arztberichte (Urk. 3, Urk. 10/1 = Urk. 15/4, Urk. 10/3, Urk. 20) eingereicht.

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E. 1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen). Diese Voraussetzungen sind hinsichtlich der genannten Berichte erfüllt, weshalb sie grundsätzlich zu berücksichtigen sind. 4.2

Med. pract. H. \_\_\_

stellte am 13. November 2019 die folgenden Diagnosen (Urk. 3 S. 2): - Zug- und Rotationstrauma Schulter links am 29. September 2010 mit - Zerrung der paravertebralen Muskulatur auf Höhe der linken Scapula mit schmerzhaften Myelogelosen - Zerrung der Pectoralmuskulatur links - Zerrung des Plexus brachialis links mit ausstrahlenden Schmerzen bis in die linke Hand - MRI Schulter links vom 26. Oktober 2010: Nachweis einer moderaten aktivierten hypertrophen AC-Gelenksarthrose mit Bursitis subacromialis,

passend zu einem Impingementsyndrom, intakte Rotatorenmanchette - Abklärung Dr. J. \_\_\_: Verspannungen und Blockaden der oberen bis mittleren BWS und CTG links - Status nach DH-Operation 1990 auf Höhe LWK4/5 links - Status nach dorsaler transpedikulärer Instrumentierung L5/S1 sowie TLIF L5/S1 von rechts und Dekompression der Nervenwurzel L5 rechts am 3. Dezember 2010, fecit Dr. K. \_\_\_, Klinik A. \_\_\_

- Verhebetrauma am 23. August 2017 mit lumboradikulärem Schmerzsyndrom und sensiblem Ausfallsyndrom

L5/S1 rechts - distorsale Verlängerung spondylodese und transpedikuläre Instrumentierung L4/L5 (Solera),

Revisionsdekompression L4/L4 beidseitig sowie Neurolyse beidseitig - transforaminale lumbale intersomatische Fusion (TLIF) L4/L5 mit autologer lokaler Spongiosa und

Devex-Cage Interponat von rechts am 9. Februar 2018, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ - diagnostische und therapeutische Facettengelenksinfiltration L3/4 unter BV-Kontrolle, am 17.6.2019 - aktuell: zunehmende lumbale Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein bis zum Fuss, Ausbildung von Kribbelparästhesien der Beine beidseitig rechts mehr als links - zunehmende Beinschwäche beidseitig mit einschliessendem Kraftverlust - MRI der LWS nativ vom 21. September 2017, MRI Klinik A.\_\_\_\_ mit/bei - epifusioneller Degeneration L4/L5 mit Diskusdegeneration und breiter Diskusextrusion und konsekutiv mässiger Spinalkanalstenose und schwerer Stenose im Abgang des Recessus der L5 Wurzel rechts mit

Kompression dieser Nervenwurzel - mässiger

Foramenstenose L5/S1 mit möglicherweise Kompression der L5 Wurzel intraforaminal beidseitig (hier

reduzierte Beurteilbarkeit bei Artefakten durch die inliegenden Pedikelschrauben) - regelrechte postoperative Veränderungen bei Status nach Spondylodese L5/S1 - MRI LWS / lumbosakraler Übergang nativ vom 14. Mai 2019 - regelrechter Zustand nach Spondylodese und Dekompression L4 - S1 - flache Protrusionen L2 - L4 mit Kontakt recessal zu den L4-Nervenwurzeln - Facettengelenke der unteren BWS bis L3 kaum degeneriert und L3/L4 aufgrund der

Artefakte kaum

einsehbar - leichte bis massige Spinalkanalstenose L3/L4 - keine relevanten Foraminalstenosen - leichte, mässig aktivierte ISG-Arthrosen beidseits - MRI der HWS und BWS nativ vom 13. Mai 2016, Klinik A.\_\_\_\_, mit/ bei - anlagebedingt grenzwertig breitem zervikalem Spinalkanal - keine r

mediolateral linksseitiger Diskushernie C6/C7 mit Beeinträchtigung der C7-Nervenwurzel links am

Eingang zum Foramen - flache Protrusion C4/C5 ohne Nervenwurzel-Beeinträchtigung - keine relevanten Foraminalstenosen bei nur zum Teil diskreten Unk arthrosen - an der BWS nur alte Scheuermann-Veränderungen der mittleren und unteren BWS ohne Diskopathie - keine Myelopathie - subacromiales Impingement mit Bursitis subacromialis mit symptomatischer AC-Arthrose Schulter links - Schulterarthroskopie links, arthroskopische Dekompression mit Bursektomie sowie Acromioplastik,

laterale Clavicularesektion am 25. Oktober 2017, fecit Dr. E.\_\_\_\_ - MR Arthrographie Schulter links vom 26. September 2016, Klinik A.\_\_\_\_, mit/ bei - deutlicher, diffuse Ausdünnung der Supraspinatussehne ohne Nachweis eines umschriebenen Defektes

und ohne Ablösung der Sehne vom Tuberculum majus - Arthro-MRI der Schulter links vom 2. Oktober 2017, Universität L.\_\_\_\_ mit/ bei - schwere AC-Gelenksarthrose mit ang r

enzend schwerem Knochen marksödem im lateralen Klavikulaende

und im Acromion - e einzelne n Hinweise n auf eine mögliche adhäsive Kapsulitits - k ein Nachweis einer Läsion der Rotatorenmanschette Als Hausarzt, der den Patienten regelmässig sehe, untersuche und seine Alltags beschwerden aufnehme, seien die beschriebenen Beschwerden im Rücken- und Schulterbereich links mitnichten besser geworden. Geplant und organisiert sei zurzeit eine erneute MRI-Untersuchung der LWS bei Verdacht auf eine zuneh mende Spinalkanalstenose mit lumboradikulären und sensiblen Ausfaller schei nungen vor allem im rechten Bein. Auch geplant seien neuraltherapeutische The rapien im Schulterbereich links. Er könne sich beim besten Willen nicht vor stellen, wie der Patient mit seinen Beschwerden in einem 80%-Pensum arbeiten solle. Aus seiner Sicht sei die zuerst gesprochene 100%ige IV-Berentung absolut gerechtfertigt (S. 1). 4.3

PD Dr. D.\_\_\_\_ nannte im Bericht vom 8. Januar 2020 ( Urk. 10/3) die folgenden Hauptdiagnosen (S. 1): - persistierende Lumboischialgie rechts, DD Bursitis trochanterica rechts - regelrechte Lage des eingebrachten Spondylodesematerials L4-S1 ohne Hinweis auf Lockerung oder Implantatversagen , solide Fusion L4-S1 intersomatisch, Anschlusssegmentretrolisthese L3/4 mit beginnender ventraler Überbauungsreaktion, keine Instabilität, erhaltene Höhe der nicht fusionierten lumbalen Bandscheibenfächer, angedeutete Verkal kung des vorderen Längsbandes im abgebildeten Bereich (Röntgen der LWS vom 7. Januar 2020) - beginnende Anschlusssegmentdegeneration L3/4 mit höhergradiger Spinalkanalstenose L3/4 bei Diskusprotrusion und epiduraler Lipoma tose, leicht progredient im Vergleich zum 1 4. Mai

2019, kein Hinweis für Neurokompression im fusionierten Bereich, Grund- und Deck plattenunregelmässigkeiten thorakolumbal vereinbar mit einem Morbus Scheuermann (MRI der LWS vom 2 1. November 2019) - Status nach Facettengelenksinfiltration L3/4 am 1 7. Juni 2019, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ : mit Beschwerdeverbesserung von 30 - 40 % für zirka 2 Tage - Status nach dorsaler Verlängerungsspondylodese und transpedikulärer Instrumentierung L4/5 sowie Revisionsdekompression L4/5 beidseits, Neurolyse L5 beidseits und TLIF L4/5 von rechts am 9. Februar 2018, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ - Status nach dorsaler transpedikulärer Instrumentierung L5/S1 sowie TLIF L5/S1 von rechts und Dekompression der Nervenwurzel L5 rechts am 3. Dezember 2010, fecit Dr. K.\_\_\_\_ - Status nach Nukleotomie L4/5 links 2006, Universitätsspital C.\_\_\_\_ Die Beschwerden des Patienten seien bildmorphologisch nicht vollständig zu erklären. PD Dr. D.\_\_\_\_ gehe davon aus, dass ein Grossteil der Beinschmerzen rechts auf eine Bursitis trochanterica rechts zurückzuführen sei . Die Kollegen der unteren Extremitäten würden um Aufbieten des Patienten zur klinisch-radio logischen Diagnostik beider Hüften bei beginnender Coxarthrose links und Infil tration der Bursa trochanterica rechts gebeten . Zwischenzeitlich empfehle er das Aufrechterhalten der körperlichen Aktivität soweit wie möglich (S. 3). 4 .4

Dr. med. M.\_\_\_\_ , Oberarzt , Klinik A.\_\_\_\_ , Hüft- und Kniechirurgie, nannte im Bericht vom 3 0. Januar 2020 ( Urk. 10/1 = Urk. 15/4 ) als Haupt diag nose einen Verdacht auf Bursitis trochanterica rechts sowie eine beginnende Cox arthrose links (S. 1) . Der Patient sei von PD Dr. D.\_\_\_\_ von der Wirbelsäulen chi rurgie zugewiesen worden. Dr. M.\_\_\_\_ gehe nicht davon aus, dass der Patient durch eine coxarthrotische Problematik geplagt sei. In der klinischen Untersu chung fänden sich Hinweise auf schmerzhafte Abduktoren oder eine entzündete Bursa trochanterica. Er habe die rechte Bursa probatorisch infiltriert. Im Grund satz könne als nächster Schritt durchaus auch einmal das Hüftgelenk intraarti kulär infiltriert werden, dies aber eher aus Gründen des Ausschlusses (S. 2). 4.5

PD Dr. D.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 26. Oktober 2020 über die Operations besprechung (Urk. 20) die folgenden Hauptdiagnosen (S. 1): - persistierende Lumboischialgie / Lumbofemoralgie rechts, DD Irritation des Tractus iliotibialis rechts - regelrechte Lage des eingebrachten Spondylodesematerials L4-S1 ohne Hinweis auf Lockerung oder Implantatversagen, solide Fusion L4-S1 intersomatisch, Anschlusssegmentretrolisthese L3/4 mit beginnender ventraler Überbauungsreaktion, keine Instabilität, erhaltene Höhe der nicht fusionierten lumbalen Bandscheibenfächer, angedeutete Verkalkung des vorderen Längsbandes im abgebildeten Bereich (Röntgen LWS vom 7. Januar 2020) - beginnende Anschlusssegmentdegeneration L3/4 mit hochgradiger Spinalkanalstenose L3/4 bei Diskusprotrusion und epiduraler Lipomatose, leicht progredient im Vergleich zum 21. November 2019, höher gradige Spinalkanalstenose L2/3, progredient im Vergleich zum 21. November 2019, kein Hinweis

für Neurokompression im fusionierten Bereich, Grund- und Deckplattenunregelmässigkeiten

thorakolumbal vereinbar mit einem Morbus Scheuermann (MRI

der LWS vom 22. September 2020) - Status nach Facettengelenksinfiltration L3/4 am 17. Juni 2019, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ : mit

Beschwerdebesserung von 30 - 40 % für zirka 2 Tage - Status nach Sakralblock am 21. August 2020, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ : ohne wesentliche

Beschwerdebesserung - Status nach dorsaler Verlängerungsspondylodese und transpedikulärer Instrumentierung L4/5 sowie

Revisionsdekompression L4/5 beidseits, Neurolyse L5 beidseits und TLIF L4/5 von rechts am

9. Februar 2018, fecit PD Dr. D.\_\_\_\_ - Status nach dorsaler transpedikulärer Instrumentierung L5/S1 sowie TLI F L5/S1 von rechts und

Dekompression der Nervenwurzel L5 am 3. Dezember 2010, fecit Dr. K.\_\_\_\_ - Status nach Nukleotomie L4/5 links 2006, Universitätsspital C.\_\_\_\_ Mehr als zwei Jahre postoperativ klagt der Patient über eine persistierende Lumboischialgie / Femoralgie rechtsbetont. Die Beschwerden seien bildmorphologisch nicht vollständig nachzuvollziehen. Im Anschlusssegment L3/4 bestehe eine Retrolisthese ohne Instabilität in den Funktionsaufnahmen. Des Weiteren bestehe hier eine hochgradige Spinalkanalstenose L3/4 leicht progredient zu letztem Jahr. Ausserdem bestehe im Segment L2/3 eine höhergradige Spinalkanalstenose ebenso leicht progredient. Aufentsprechende Infiltrationen habe der Patient kaum angesprochen. Da die Spinalkanalstenosen L2/3 und L3/4 progredient und mittlerweile hochgradig seien, habe er mit ihm über die Option einer Dekompressionsoperation L2/3 und L3/4 von rechts gesprochen. Aufgrund der zunehmenden Schwäche im Bereich der Beine wünsche der Patient ein operatives Vorgehen. Zusammengefasst gelte festzuhalten, dass der Patient mit und ohne Operation im alten Beruf als Maschinenführer arbeitsunfähig bleiben werde. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit werde in der Zukunft beurteilt werden müssen (S. 3). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 6. November 2019 (Urk. 2/1) gestützt auf die Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ vom Juni 2019 (vorstehend E. 3.12) davon aus, es bestehe gemäss den medizinischen Abklärungen eine volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit September 2017. Inzwischen habe sich sein

Gesundheitszustand verbessert und es sei ihm aus versicherungsmedizinischer Sicht spätestens seit 31. Januar 2019 eine körperlich leichte Tätigkeit in einem 80%-Pensum zumutbar, weshalb die IV-Rente gemäss den gesetzlichen Bestimmungen drei Monate nach der Änderung und somit per 1. Mai 2019

auf eine Viertelsrente herabzusetzen sei (vorstehend E. 2.1).

## 5.2

Es ist aufgrund der Akten unbestritten, dass der Beschwerdeführer ab September 2017 und bei Ablauf des Wartjahres im September 2018 in jeder Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. RAD-Arzt Dr. I. \_\_\_\_

beurteilte den medizinischen Sachverhalt in seiner Stellungnahme vom Juni 2019 (vgl. vorstehend E. 3.12) dahin gehend, dass seit 26. September 2017 durchgehend und überwiegend wahrscheinlich auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten beziehungsweise zuletzt ausgeübten Tätigkeit bestehe. Dies ist vorliegend nicht streitig und erweist sich in Anbetracht der ausgewiesenen Befunde und des Anforderungsprofils der Tätigkeit als «Maschinist/ Magaziner /Allrounder» (vgl. Urk. 6/13 Ziff. 3) als nachvollziehbar.

Gestützt auf die Beurteilung durch PD Dr. D. \_\_\_\_, welcher in seinem Bericht vom Januar 2019 (vorstehend E. 3.9) die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit mit reduzierter körperlicher Aktivität als «sicherlich in leicht reduziertem Umfang» gegeben erachtete, ging der RAD-Arzt spätestens ab 31. Januar 2019 von einer Arbeitsfähigkeit von 75-80 % aus. Der Arztbericht von PD Dr. D. \_\_\_\_

stellt indessen mangels einer diesbezüglich umfassenden Begründung und präzisen Bezifferung der Arbeitsfähigkeit

grundsätzlich keine verlässliche Grundlage dar, um

die von der Beschwerdegegnerin ab 31. Januar 2019 angenommene Verbesserung des Gesundheitszustands nachvollziehen zu können. Die Annahme der Beschwerdegegnerin, wonach gestützt auf die vage gehaltene Beurteilung durch PD Dr. D. \_\_\_\_

in einer angepassten Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehen sollte, findet in den medizinischen Akten somit keine genügende Stütze. Überdies beurteilte PD Dr. D. \_\_\_\_ als Oberarzt für Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie den Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers rein aus wirbelsäulenchirurgischer Sicht (vgl. Urk. 6/19 S. 2 unten). 5.3

Im Zeitpunkt der Beurteilung durch den RAD-Arzt waren hinsichtlich der von ihm genannten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit insbesondere weitere Abklärungen durch die behandelnden Ärzte ausstehend (vgl. vorstehend E. 3.10).

Es liess sich mithin noch nicht auf stabile Gesundheitsschäden schliessen.

Anhaltspunkte hierfür liefern auch die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Arztberichte, welchen eine beginnende Coxarthrose links sowie ein Verdacht auf Bursitis trochanterica rechts als neue Diagnosen zu entnehmen sind. PD Dr. D. \_\_\_\_

erachtete in seinem

Bericht vom Oktober 2020 (vorstehend E. 4.5)

die Spinalkanalstenosen L2/3 und L3/4 als progredient und mittlerweile hoch gradig und hielt fest, der Patient habe sich für die Option eines operativen Vorgehens ausgesprochen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit führte er aus, der Beschwerdeführer sei mit und ohne Operation im alten Beruf als Maschinenführer arbeitsunfähig. Wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verhalte, müsse in der Zukunft beurteilt werden. An seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vom Januar 2019 hielt PD Dr. D.\_\_\_\_ im Bericht vom Oktober 2020 somit nicht mehr fest. 5.4

Der Beurteilung durch RAD-Arzt Dr. I.\_\_\_\_ gingen keine eigenen Untersuchungen voraus, was den Beweisanforderungen an medizinische Berichte (vgl. vorstehend E. 1.7) vorliegend nicht zu genügen vermag. Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4). Des Weiteren kann gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung auf das Ergebnis versicherungsterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E.

4.7).

Solche Zweifel ergeben sich vorliegend aus den Berichten von PD Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3, 4.5) und Dr. M.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.4). Dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers per Januar 2019 erheblich verbessert hat, kann aus den vorhandenen ärztlichen Berichten nicht geschlossen werden. 5.5

Zusammenfassend fehlt es somit an einer gesamthaften, die verschiedenen Beschwerden umfassenden fachärztlichen Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, womit sich weitere Abklärungen als erforderlich erweisen.

Mithin kann nicht beurteilt werden, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und seine Arbeitsfähigkeit im Januar 2019 anspruchrelevant verbessert haben.

Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 5.6

Festzuhalten ist im Übrigen das Folgende: Invalidität liegt nur vor, wenn nach zumutbarer Eingliederung ein ganzer oder teilweiser Verlust der Erwerbsmöglichkeiten verbleibt (Art. 8 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 ATSG sowie Art. 16 ATSG). Damit wird der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» statuiert, welcher besagt, dass vor der Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eine Rente nur gewährt werden darf, wenn die versicherte Person wegen ihres Gesundheitszustandes (noch) nicht eingliederungsfähig ist.

Eine Invalidenrente soll also erst und nur dann zugesprochen werden, wenn die Möglichkeiten ausgeschöpft sind, welche Eingliederungsmassnahmen zur Verbesserung der gesundheitsbedingten beeinträchtigten Erwerbsfähigkeit bieten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_187/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.2.1, vgl. auch Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rz 1 zu Art. 1a und Rz 7 zu Art. 28). Nach der

bundesgerichtlichen Rechtsprechung darf über einen Rentenanspruch unabhängig von allfälligen Eingliederungsmassnahmen dann entschieden werden, wenn ein rentenbegründender Invaliditätsgrad bereits vor der Eingliederung verneint werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2018 vom 15. Februar 2019 E. 2.1 mit Hinweisen).

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer das Kündigungsschreiben vom 15. November 2019 (Urk. 10/2) zu den Akten, mit welchem das Arbeitsverhältnis per 29. Februar 2020 und somit nach Verfügungserlass gekündigt wurde. Die Beschwerdegegnerin hat bis anhin keinen Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen geprüft, womit vorliegend dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» noch nicht Genüge getan wurde. Auch in Bezug auf mögliche Eingliederungsmassnahmen

erweist sich daher eine weitere Prüfung des Leistungsanspruchs als erforderlich.

Diesbezüglich ergeht der Hinweis an den Beschwerdeführer, dass eine rentenbeziehende Person mit Eingliederungsressourcen - unabhängig davon, ob ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt - grundsätzlich nicht nur einen Anspruch, sondern auch eine Pflicht

hat, an zumutbaren Wiedereingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Dabei bildet die subjektive Eingliederungsfähigkeit der rentenbeziehenden Person keine Voraussetzung für die Durchführung solcher Massnahmen. Dies betrifft Personen mit ganzen und Teilrenten gleichermaßen (BGE 145 V 2 E. 4.3.1).

6.

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