

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00614 vom 1. Mai 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-05-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00614

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00614 du 1 mai 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00614 del 1 maggio 2022

Erwägungen

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

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.

E. 1.4

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 15. Oktober 2021 Beschwerde gegen die Verfügung vom 20. September 2021 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss deren Aufhebung und die Zusprache weiterer IV-Leistungen. Eventuell seien weitere Abklärungen vorzunehmen (Urk. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 22. November 2021 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 23. November 2021 (Urk. 7) zur Kenntnis gebracht wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen fest, dass gestützt auf das BVK-Gutachten per sofort von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Busfahrer auszugehen sei. Die festgestellten leichten körperlichen Defizite könnten die Stärke der empfundenen Schmerzen nicht erklären und würden auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Da am Arbeitsplatz keine Unterstützungsmöglichkeiten mehr bestünden und von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werde, sei die Eingliederungsberatung abzuschliessen. Es bestehe weder ein Anspruch auf berufliche Massnahmen noch auf eine Invalidenrente (vgl. Urk. 2 S. 1 f.).

In der Beschwerdeantwort (Urk. 5) führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige BVK-Gutachten vom 8. Juni 2021 in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Auf die Berichte der behandelnden Ärzte könne nicht abgestellt werden. Weitere Abklärungen seien obsolet (S. 1 ff.).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, er sei gestützt auf die durch Dr. med. Z.____ sowie die Ärzte der Universitätsklinik A.____ erstellten Berichte

zu 50 %

arbeitsunfähig. Die erste Begutachtung habe ohne Dolmetscher stattgefunden. Die zweite Begutachtung sei durch einen von der Pensionskasse auserwählten und damit nicht durch einen unparteiischen Arzt erfolgt. Die von den Ärzten

verschriebenen Therapien hätten nur eine geringe Beschwerdelinderung gebracht. Im Juni 2021 habe er die Änderungskündigung erhalten, weshalb er neben den gesundheitlichen Problemen noch mit einer Lohneinbusse zu kämpfen habe. Er habe starke Schmerzen (vgl. Urk. 1 S. 1 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung hat. 3. 3.1

In den Akten finden sich die folgenden, wesentlichen medizinischen Berichte: 3.2

Die im Auftrag der Krankentaggeldversicherung erfolgte Arbeitsfähigkeitsabklärung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, vom 11. November 2019 (Urk. 6/29/8-11) ergab folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2): - Status nach transienter globaler Amnesie (TGA), Differentialdiagnose (DD) cerebrovaskulärer Insult (CVI) mit/bei: - klinisch: retro- und anterograder Amnesie - National Institutes of

Health

Stroke

Scale (NIHSS) initial 10. Juni 2019: 2 Punkte (diskrete Mundastchwäche rechts, jedoch im Verlauf durch Familie als normal angegeben und Alter nicht erinnerlich), CT Lyse innerhalb Lysefenster, kein Nachweis einer intrakraniellen Blutung, kein demarkiertes Infarktareal, kein Nachweis von höhergradigen Stenosen oder Gefäßabbrüchen der zervikalen arteriellen hirnversorgenden Gefäße

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.____ eine Dyslipidämie, eine Hypertriglyceridämie, eine Hypercholesterinämie, ein Vitamin D-Mangel sowie subcorticale Marklagerläsionen frontoparietal betont mit vaskulärem Verteilungsmuster, DD: mikroangiopathisch. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit sei wegen körperlicher Erkrankung ausgewiesen nach einer einmaligen TGA am 10. Juni 2019. Die durchgeführten neurologischen, kardiologischen und internistischen Abklärungen seien im Wesentlichen unauffällig bis auf Marklagerläsionen im Befund der Magnetresonanztomographie (MRI), deren Krankheitswertigkeit fraglich sei. Andere gesundheitliche Einschränkungen ausser degenerativen Veränderungen im Bereich der unteren Wirbelsäule, welche die Arbeitsfähigkeit beeinflussen würden, bestünden nicht. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer leichten oder mittelschweren angepassten Tätigkeit sei gegeben. Der Beschwerdeführer könne die Arbeit am 11. November 2019 auf 60% steigern. Wegen der längeren Arbeitsabwesenheit empfehle sich eine stufenweise Erhöhung der Arbeitsleistung auf 100%, beispielsweise 20% alle zwei Wochen (S. 2 f.).

3.3

Am 28. Januar 2020 erfolgte in der Universitätsklinik A.____ eine neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers (vgl. Bericht vom 28. Januar 2020, Urk. 6/63/308-310). Dabei konnten die Ärzte die folgenden Diagnosen stellen (S. 1): - Lumbalgie und mögliches leichtes sensibles Ausfallsyndrom L3 links mit/bei: - Diskusbulging L3/4 und L4/5 - anamnestisch ein Auslöser Lumbalpunktion Juli 2019 - kein Hinweis auf spinale Leitungsstörung und keine akuten oder chronischen

Denervierung L2-4 links (Neurophysiologie, Januar 2020) - Status nach TGA am 10. Juni 2019 - Leukenzephalopathie - im Rahmen der Ursachenabklärung der TGA aufgefallen, keine Progredienz von Juni bis Dezember 2019 - aktenanamnestisch kardiologische Abklärungen und Lumbalpunktion sowie Serologie unauffällig

Die elektrophysiologische Untersuchung habe keine Nervenschädigung objektivieren können (S. 2). 3.4

Dr. med. Z.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit Bericht vom 31. Januar 2020 (Urk. 3/1 = Urk. 6/63/204-205) folgende Diagnosen (S. 1): - aktuell persistierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei: - Ausschluss eines Hämatoms

oder Abszesses epidural und keine Hinweise für ein Liquorleck - leichte r Segmentdegeneration der untersten drei Segmente der Lenden wirbelsäule

(LWS) mit Diskusbulging L3/4 und L4/5 mit leichter Einengung des linken Neuroforamens L3/4 - medianer flacher Diskushernie L5/S1 mit leichter Einengung des rechten Neuroforamens - leichter bis mässiger, nach kaudal zunehmender Spondylarthrose der untersten drei Segmente der LWS - Status nach Liquorpunktion

8. Juli 2019 , seitdem hier ausstrahlenden Schmerzen an beide Beine - TGA

Der Beschwerdeführer klagt seit Mai 2019 über akute Rückenschmerzen. Das MRI habe eine Radikulopathie L3/4 bestätigt. In dieser Zeit sei es zu einer TGA gekommen, so dass weitere Abklärungen hätten verschoben werden müssen. Die durch die TGA erlittenen Konzentrationsprobleme hätten sich langsam gebessert. Die LWS-Beschwerden seien trotz intensiver Therapie geblieben. Er habe dem Beschwerdeführer wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, um die durch das lange Sitzen auftretenden starken Schmerzen zu lindern. Mit einem Pensum von 50 % sei der Beschwerdeführer wenig symptomatisch (S. 1 f.). 3.5

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____, Chiropraktische Medizin, nannten mit Bericht vom 28. Februar 2020 (Urk. 6/63/301-303) folgende Diagnosen (S. 1): - chronische Lumbalgie und Kribbelparästhesien in beiden Beinen bei Diskusbulging L3/4 mit neuroforaminaler Enge links, medianer Diskushernie L5/S1 mit neuroforaminaler Enge rechts und segmentale Dysfunktionen L2/3 und L5/S1 - Gelenkschmerzen in Hüfte, Knie und Fussgelenken beidseits, unklarer Ätiologie - TGA, Juni 2019 - Gastroenteritis

Es gebe klinisch-neurologisch keine Hinweise auf eine Radikulopathie. Bildgebend seien eine neuroforaminale Enge links auf Höhe L3/4 und eine neuroforaminale Enge rechts auf Höhe L5/S1 ohne Nervenkompression sowie ein Reizzustand der Fazettengelenke links auf Höhe L4/5 und L5/S1 auszumachen. Die lumbalen Beschwerden würden sich durch diese zwei Befunde erklären lassen. Die Kribbelparästhesien könnten durch die neuroforaminalen Engen erklärt werden (S. 2). 3.6

Am 4. Mai 2020 erfolgte im Auftrag der Pensionskasse eine vertrauensärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates (vgl. Gutachten vom 17. Juni 2020, Urk. 6/36). Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er insbesondere linksseitige rezidivierende Blockaden der LWS. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er nicht (S. 7 Ziff. 5.1 -5.2). Der Beschwerdeführer leide unter insbesondere linksseitigen Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Knie - sowie beide Sprunggelenke. Der Beschwerdeführer führe seine Schmerzen auf eine im Juni 2019 durchgeführte lumbale Punktion zurück. Eine Röntgenaufnahme der LWS habe keine wesentliche Pathologie gezeigt. In der neurologischen Untersuchung habe ebenfalls keine Pathologie im Bereich der LWS festgestellt werden können. Dr. C.____ gab an, dass es sich um insbesondere linksseitige Blockaden im Bereich der LWS handle. Die durchgeführten neurologischen Untersuchungen hätten einen organischen Schaden aufgrund einer lumbalen Punktion ausschliessen können. Somit handle es sich um funktionelle Störungen der LWS-Beweglichkeit. Aus seiner Sicht bestehe beim Beschwerdeführer keine Berufsunfähigkeit (S. 7 Ziff. 6). Er empfehle die Fortführung der physiotherapeutischen und chiropraktischen Massnahmen (S. 8 Ziff. 7). Der Beschwerdeführer arbeite seit dem 20. April 2020 in einem Pensum von 70%. Es sei davon auszugehen, dass er bis Ende Juli 2020 sein

bisheriges Pensum von 100 % wieder ausführen könne. Eine erneute Untersuchung sei durchzuführen, falls er im November/Dezember 2020 immer noch arbeitsunfähig sei (S. 8 Ziff. 8). 3.7

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____, Rheumatologie, gaben mit Bericht vom 15. Juli 2020 (Urk. 6/64/186-190) folgende Diagnosen an (S. 1): - beginnende medial betonte Gonarthrose beidseits - Verdacht auf Irritation der Tibialis - posterior - Sehne beidseits mit/bei: - Knickfuss beidseits (rechts mehr als links) - sonographisch keine Tenosynovitis darstellbar - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits mit/bei: - intermittierende n Kribbelparästhesien Beine beidseits - segmentalen Dysfunktionen L2/3 und L5/S1 - Diskusbulging L3/4 mit neuroforaminaler Enge links, mediane r Diskushernie L5/S1 mit neuroforaminaler Enge rechts und leichte n bis mässige n nach kaudal zunehmende n

Spondylarthrosen (MRI, Oktober 2019) - kein Hinweis auf spinale Leitungsstörung und keine r akuten oder chronische n

Denervierung L2-4 links (Neurophysiologie, Januar 2020) - Status nach TGA am 10. Juni 2019

Beim Beschwerdeführer bestünden belastungsabhängige Arthralgien im Bereich des medialen Knie - sowie des medialen Sprunggelenkes beidseits. Die Beschwerdesymptomatik im Bereich der Kniegelenke sei am ehesten im Rahmen einer beginnenden medial betonten Gonarthrose mit Irritation im Bereich des Pes

anserinus zu werten. Zudem sei von einer Irritation der Tibialis - posterior - Sehnen beidseits mit beidseitigem Knickfuss auszugehen. Beim chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom beidseits bei segmentaler Dysfunktion L2/3 und L5/S1 bestehe weiterhin kein Anhalt für eine radikuläre Reizung oder für ein Ausfallsyndrom (S. 4). 3.8

Mit Bericht vom 18. August 2020 (Urk. 6/42/2-3) erwähnten die Ärzte der Universitätsklinik A.____, Chiropraktische Medizin,

folgende Diagnosen (S. 1): - akute Zervikobrachialgie beidseits mit Verdacht auf sensorische C6 Radikulopathie rechts mit/bei: - Osteochondrose mit Höhenminderung des Bandscheibenfachs C5/6 (Halswirbelsäule, HWS, AP/lateral vom 17. August 2020) - neuroforaminale r Stenose C5/6 rechts (CT HWS vom 10. Juni 2019) - Segmentdysfunktion C5/6, C6/7, C7/Th1 - chronische Thorakolumbalgie mit/bei: - segmentalen Dysfunktionen Th11/12, L1/2 und L2/3 - Diskusbulging L3/4 mit neuroforaminaler Enge links, mediane r Diskushernie L5/S1 mit neuroforaminaler Enge rechts - Gelenkschmerzen in Hüfte, Knie und Fussgelenken beidseits mit unklarer Ätiologie - Status nach TGA, Juni 2019

Aktuell würden belastungsabhängige lumbale Beschwerden mit schmerzhafter Ausstrahlung in den rechten dorsalen Oberschenkel persistieren, insbesondere während der Tätigkeit als Buschauffeur, weswegen derzeit eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden sei. Hinzugekommen sei ein nächtliches Auftreten der bekannten lumbalen Schmerzen mit gleicher Lokalisation und Charakter wie tagsüber. Auch berichte der Beschwerdeführer über neu aufgetretene zervikale Schmerzen mit kribbelnder Ausstrahlung in beide Arme. Die Behandlung werde vorerst engmaschig weitergeführt (S. 1 f.). 3.9

Am 5. November 2020 erfolgte eine weitere vertrauensärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers durch Dr. C.____ (vgl. Gutachten vom 12. November 2020, Urk. 6/46).

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er rezidivierende LWS-Blockaden sowie rezidivierende HWS-Blockaden bei Osteochondrose C5/6. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte er nicht (S. 8 Ziff. 5.1-5.2). Anlässlich der Untersuchung hätten sich Blockaden im Bereich von C5 und C6 auf beiden Seiten gezeigt. In der klinischen Untersuchung hätten keine Sensibilitätsstörungen festgestellt werden können. Es habe auch keine Atrophie im Bereich der oberen Extremitäten bestanden. Im LWS-Bereich hätten im Gegensatz zur Voruntersuchung keine Blockaden im Bereich der Iliosakralgelenke festgestellt werden können. Allerdings bestehe eine leichte Umfangminderung am linken Bein um zirka 1 cm. Beim Beschwerdeführer bestehe keine Berufsunfähigkeit (S. 9 f. Ziff. 6). Er empfehle die Fortführung der physiotherapeutischen Massnahmen, insbesondere sollten aktive Massnahmen durchgeführt werden (S. 10 Ziff. 7). Eine Nachuntersuchung sei nicht notwendig. Es sei nicht davon auszugehen, dass die geklagten Beschwerden, welche nicht mit der Veränderung der Bildgebung korrelieren würden und funktionell seien, in nächster Zeit eine Berufsunfähigkeit verursachen könnten. Es bestünden keine Hinweise, wonach der Beschwerdeführer nicht 100 % arbeiten könne (S. 10 Ziff. 8). 3.10

Die Ärzte der Universitätsklinik A.____, Wirbelsäulenzentrum, führten mit Bericht vom 8. Februar 2021 (Urk. 3/2 = Urk. 6/57) folgende Diagnosen auf (S.

1): - Lumbalgie beidseits bei Diskusbulging L3/4 und L4/5 - C6-Radikulopathie rechts mit/bei Neuroforamenstenose C5/6 beidseits und Osteochondrose C5/6 mit Lumbalgie und schmerzhafter L3/4

Radikulopathie bei Diskusbulging L3/4 und L4/5 - TGA - Gastroenteritis

Beim Beschwerdeführer zeige sich eine unspezifische chronische Lumbalgie. Es werde daher einzig die Weiterführung der Physiotherapie gesehen. Der Beschwerdeführer zeige sich sehr motiviert, seine 50%ige Tätigkeit aufrecht zu erhalten. Der Vertrauensarzt werde um eine Reevaluation des Gutachtens gebeten (S. 1 f.). 3.11

Mit Bericht vom 1. März 2021 (Urk. 6/64/288) nannte Dr. Z.____

folgende Diagnosen: - akute Zervikobrachialgie beidseits mit Verdacht auf sensorische C6 Radikulopathie rechts - Lumbalgie und mögliches leichtes sensibles Ausfallsyndrom L3 links mit/bei: - Diskusbulging L3/4 und L4/5 - anamnestisch ein Auslöser Lumbalpunktion Juli 2019 - kein Hinweis auf spinale Leitungsstörung, keine akuten oder chronischen Denervierung L2 - 4 links (Neurophysiologie, Januar 2020)

Der Beschwerdeführer könne aktuell seine Tätigkeit als Linienbuschauffeur nur zu 50 % wahrnehmen, weil die Beschwerden im LWS- und HWS-Bereich exazerbieren würden. Unter diesen Beschwerden senke sich auch sein Konzentrationsvermögen mit erheblichen Auswirkungen auf seine Tätigkeit. Nach wenigen Stunden im Sitzen seien die Beschwerden stark. Eine Steigerung des Pensums sei kontraindiziert. Der Beschwerdeführer sei mit einem Pensum von 50 % an sein Limit gekommen. 3.12

Am 8. Juni 2021 erstattete Dr. med. D.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ihr vertrauensärztliches Gutachten zuhanden der Pensionskasse (Urk. 6/58). Dabei nannte sie folgende Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung (S. 18 f.): - freie Funktionen der grossen/kleinen Gelenke der oberen/unteren Extremitäten bei gut trainierter Extremitätenmuskulatur und gut trainierter dorsaler Rumpfmuskulatur - rezidivierende Beschwerden der Wirbelsäule bei Fehlstatik und

Haltungsinsuffizienz, kein nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit, beidseits verkürzte Ischiokruralmuskulatur - Normalgewicht gemäss BMI, jedoch funktionell ungünstiges stamm betontes Übergewicht - leichtgradige degenerative Veränderungen lumbal, Degeneration atlanto-dental und in Höhe HWK 5/6 (radiologische Abklärungen) - beschriebene beginnende degenerative Veränderungen der Kniegelenke und des rechten oberen Sprunggelenkes (OSG)

Die Begutachtung sei im Beisein eines Dolmetschers erfolgt. Die langjährigen Rückenbeschwerden hätten sich im Jahr 2019 nach einer Lumbalpunktion verstärkt. Die Abklärungen auf orthopädischem, neurologischem und rheumatologischem Fachgebiet ergäben keine spezifischen Befunde. Die Therapiemassnahmen und die Medikamenteneinnahme würden die Beschwerden nicht lindern. Der Beschwerdeführer führe ein Heimprogramm durch und zeige an den Extremitäten sowie der dorsalen Rumpfmuskulatur einen sehr gut trainierten Muskelstatus. Er sei darauf fixiert, dass ihm einzig eine Pensumsreduktion helfe. Die heutige Untersuchung habe die Indikation zur Kräftigung der Bauchmuskulatur und zur Dehnung der Ischiokruralmuskulatur ergeben. Gegebenenfalls müsse ein schmerztherapeutisches oder psychiatrisches Gutachten in die Wege geleitet werden. Eine Berufsunfähigkeit liege nicht vor. Für die zuletzt ausgeübte wie auch für eine angepasste Tätigkeit ergebe sich eine volle Arbeitsfähigkeit ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 19 ff.). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen

gestützt auf das zuhanden der Pensionskasse durch Dr. D. ___ erstellte Gutachten vom 8. Juni 2021, wonach von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in einer angepassten Tätigkeit auszugehen sei (vorstehend E. 3.12). 4.2

Das Gutachten von Dr. D. ___

erfüllt die praxisgemässen Kriterien an beweiskräftige Entscheidungsgrundlagen (vorstehend E. 1.4) vollumfänglich. So beruht die unter Beihilfe eines Dolmetschers (vgl. Urk. 6/58 S. 8 oben) erfolgte Begutachtung auf allseitigen Untersuchungen (vgl. Urk. 6/58 S. 13 ff.). Zudem berücksichtigt das Gutachten die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden (vgl.

Urk. 6/58 S. 8 ff.) in angemessener Weise, wurde in Kenntnis der Vorakten

(vgl. Urk. 6/58 S. 2 ff.) erstellt und trägt der konkreten medizinischen Situation Rechnung. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge leuchtet es ein und die vorgenommenen Schlussfolgerungen zu Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit werden ausführlich begründet. Die Beurteilung ist nach dem Gesagten für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend. Für die Entscheidungsfindung kann daher darauf abgestellt werden. Dies empfahl überdies auch der Arzt des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD), Dr. med. E. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, anlässlich einer Besprechung vom 21. Juni 2021, wenn auch eine ausführliche Stellungnahme seinerseits nicht aktenkundig ist (vgl. aber Urk. 6/62 S. 9). 4.3

Zweifel an der Beweiskraft des durch Dr. D. ___ erstellten Gutachtens ergeben sich nicht bereits daraus, dass die behandelnden Ärzte die Arbeitsfähigkeit vorliegend unterschiedlich einschätzten (Urteil des Bundesgerichts 9C_89/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.6). In diesem Zusammenhang ist auch auf die ausgesprochene Verschiedenheit von Behandlungs- und

Begutachtungsauftrag hinzuweisen (BGE

137 V 210 E. 1.2.4, 124 I 170 E. 4). Dr. D.____ nahm ihre Einschätzung in Kenntnis der divergierenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte vor (vgl. Urk. 6/58 S. 2 ff.).

Es schmälert die Beweiskraft des Gutachtens vorliegend nicht, dass sie sich nicht explizit damit auseinandersetzt. Denn wesentlich ist, dass die umfangreichen Abklärungen auf orthopädischem, neurologischem und rheumatologischem Fachgebiet lediglich leichte körperliche Defizite und keine wesentlichen Befunde hinsichtlich der vom Beschwerdeführer vordergründig geklagten Lumbalgie ergaben (vgl. Urk. 6/58 S. 18 ff.; Urk. 6/63/301-303 S. 2; Urk. 6/63/308-310 S. 2; Urk. 6/64/186-190 S. 4). In Anbetracht dessen erscheint die durch Dr. D.____ vorgenommene Arbeitsfähigkeitseinschätzung plausibel. Demgegenüber wird die sowohl durch Dr. Z.____ als auch durch die Ärzte der Universitätsklinik A.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Buschauffeur nicht nachvollziehbar gestützt auf erhobene objektive Befunde hergeleitet, sondern vielmehr einzig mit den subjektiv vom Beschwerdeführer angegebenen starken Schmerzen begründet (vgl. Urk. 6/42/2-3 S. 1; Urk. 6/57 S. 1 f.; Urk. 6/63/204-205 S. 2; Urk. 6/64/288). Diese Berichte stellen demzufolge weder eine verlässliche Entscheidungsgrundlage dar noch kommen gestützt darauf Zweifel am Gutachten von Dr. D.____ auf. 4.4

Soweit der Beschwerdeführer monierte, die Begutachtungen durch Dr. C.____ (vorstehend E. 3.6, E. 3.9) seien ohne Beizug eines Dolmetschers erfolgt und der Gutachter habe seine Aussagen verdreht (vgl. Urk. 1 S. 1; vgl. auch Schreiben vom 18. Dezember 2020 in Urk. 6/56), so kann er hieraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Zwar trifft es zu, dass die beiden Begutachtungen durch Dr. C.____ ohne Anwesenheit eines Dolmetschers erfolgten. Dr. C.____ äusserte sich hierzu dahingehend, dass der Beschwerdeführer keinen Dolmetscher verlangt und es keine Schwierigkeiten bei der Verständigung gegeben habe (vgl. Urk. 6/54). Ob der Beizug eines Dolmetschers vorliegend angebracht gewesen wäre, muss jedoch nicht näher beleuchtet werden. Denn ungeachtet dessen erfolgte die anschliessende Begutachtung durch Dr. D.____ – auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei der Leistungsabweisung im Wesentlichen stützte und die zum selben Ergebnis kam wie Dr. C.____ – unter Beizug eines Dolmetschers (vgl. Urk. 6/58 S. 8 oben).

Der vom Beschwerdeführer geltend gemachte Umstand, wonach Dr. D.____ von der Pensionskasse ausgewählt worden und daher keine unparteiische Ärztin sei (vgl. Urk. 1 S. 1 f.), vermag ebenfalls nicht zu überzeugen. So kommt selbst den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ee). Das Anstellungsverhältnis einer versicherungsinternen Fachperson zum Versicherungsträger alleine lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen (BGE 137 V 210 E. 1.4, 135 V 465 E. 4.4). Begründete Einwände gegen die Gutachterin, welche auf eine mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lassen würden, brachte der Beschwerdeführer nicht vor und sind aus den Akten auch nicht ersichtlich. 4.5

Anzumerken bleibt, dass sich trotz des unter anderem diagnostizierten chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (vgl. Urk. 6/64/186-190 S. 1) und des Hinweises

von Dr. D.____, wonach gegebenenfalls ein schmerztherapeutisches oder psychiatrisches Gutachten in die Wege zu leiten sei (vgl. Urk. 6/58 S.

20), vorliegend keine psychiatrische Abklärung aufdrängt. So wurden vom Beschwerdeführer selbst keine psychischen Einschränkungen geltend gemacht und in den vorhandenen Akten finden sich auch keinerlei Hinweise auf eine psychische Störung. Anlässlich der Begutachtung durch Dr. D.____ gab der Beschwerdeführer einzig an, dass er nach dem Tod der Mutter einmalig ein psychiatrisches Gespräch wahrgenommen habe und aufgrund der Wechselschicht an Schlafstörungen leide, wobei er keine Medikamente einnehme (vgl. Urk. 6/58 S. 10). Konkrete Hinweise auf ein psychisches Leiden ergeben sich dadurch nicht. Entgegen der im Eventualantrag geltend gemachten Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2) besteht insgesamt daher keine Veranlassung für ergänzende medizinische Abklärungen, weshalb darauf im Sinne antizipierter Beweiswürdigung (BGE 122 V 157 E. 1d) zu verzichten ist. 4.6

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gestützt auf das beweiskräftige Gutachten von Dr. D.____

sowohl in der bisherigen als auch in jeglicher angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsfähig ist. Die Beschwerdegegnerin hat folglich einen weiteren Leistungsanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV Leistungen 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. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

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

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

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).

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