

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00570 vom 24. März 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-03-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00570](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00570)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00570 du 24 mars 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00570 del 24 marzo 2025

## **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Grundsätzen (vgl. BGE 144 V 210 E. 4.3.1) ist nach der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden Rechtslage zu beurteilen, ob bis zu diesem Zeitpunkt ein Rentenanspruch entstanden ist. Steht ein erst nach dem 1. Januar 2022 entstandener Rentenanspruch zur Diskussion, findet darauf das seit diesem Zeitpunkt geltende Recht Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_452/2023 vom 24. Januar 2024 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Aufgrund der im Dezember 2016 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung (Urk. 9/5) ist nachfolgend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

### **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**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage,

ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.4**

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. 2**

Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2025 ( Urk. 8) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 9. Januar 2025 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid ( Urk. 2) fest, nach den medizinischen Abklärungen sei der Beschwerdeführer für die bisherige Tätigkeit als Bäckereimitarbeiter und als Zeltbauer sowie für schwere bis sehr schwere Arbeiten seit dem Unfall vom 24. März 2016 zu 100 % eingeschränkt. Eine seiner Gesundheit angepasste Tätigkeit ist ihm seither jedoch zu 100 % zumutbar. Einzig nach der Operation an der Halswirbelsäule (HWS) sei er

von Februar bis August 2020 für kurze Zeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit im Sinne des Belastungsprofils seien ihm körperlich leichte Tätigkeiten möglich ohne dauerhafte Zwangshaltungen für die HWS und ohne häufige Überkopfarbeiten, die teilweise sitzend durchgeführt werden könnten. Bei der Tätigkeit als Reinigungskraft handle es sich um eine angepasste Tätigkeit. Der Beschwerdeführer sei durch rein somatische Beschwerden eingeschränkt. Aus psychiatrischer Sicht seien keine gesundheitlichen Einschränkungen ausgewiesen (S. 1 f.).

Der Beschwerdeführer habe im Jahr 2015 ein Einkommen von Fr. 56'490.-- erzielt. Als Hilfsarbeiter sei ihm jede körperlich leichte Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit sei es ihm möglich, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Auch ein zusätzlicher Abzug von 10 % vom Invalideneinkommen ab dem 1. Januar 2024 führe nicht zu einem Rentenanspruch (S. 2).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer brachte vor, die Beschwerdegegnerin habe bei der Z.\_\_\_\_ GmbH ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben, das am 3. Februar 2020 erstattet worden sei. Am 12. Februar 2020 sei eine Operation an der Wirbelsäule erfolgt ( Urk. 1 S. 2 Ziff. 5-6). Aufgrund diverser Mängel im dama ligen Medas -Gutachten sei er mit einer lediglich bidisziplinären Verlaufsuntersuchung ab November 2019 nicht einverstanden gewesen. Stattdessen habe er eine komplette Neubeurteilung über den gesamten massgeblichen

Zeitraum ab März 2016 beantragt. Die Beschwerdegegnerin habe in der Folge bei der Neurologie A.\_\_\_\_ AG eine polydisziplinäre Abklärung in den Fachbereichen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie veranlasst. Der beantragte Einbezug des Fachgebietes Rheumatologie sei dem Ermessen der Medas-Stelle überlassen worden

(S. 3 Ziff.

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin führte in der Vernehmlassung ergänzend aus, gemäss dem

Urteil des hiesigen Gerichts vom 23. Mai 2018

habe sie ein orthopädisch/psychiatrisches Gutachten veranlassen sollen. Das Einholen eines rheumatologischen Gutachtens sei ihr nicht auferlegt worden. Dabei obliege es ihrem RAD beziehungsweise der Medas-Stelle festzulegen, ob noch weitere Fachdisziplinen in die Begutachtung miteinzubeziehen seien. Die rheumatologischen Berichte hätten dem RAD zur Beurteilung vorgelegen, der keine Notwendigkeit gesehen habe, ein rheumatologisches Gutachten in Auftrag zu geben (Urk.

### **E. 2.4**

Streitig ist, ob ein Rentenanspruch

besteht. Zu prüfen ist zunächst, ob auf das Gutachten der Neurologie A.\_\_\_\_ AG vom 9. April 2021 abgestellt werden kann oder ob, wie vom Beschwerdeführer beantragt, ergänzende medizinische Abklärungen erforderlich sind. 3. 3.1

Der

Beschwerdeführer erlitt beim Auffahrunfall vom 24. März 2016 eine HWS-Distorsionsverletzung (Urk. 9/12/3 Ziff. 2, 4-6 und 9, Urk. 9/12/108).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Gastroenterologie, stellte im Bericht vom 2. Juli 2017 (Urk. 9/27 = Urk. 9/39/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - chronifizierte Cervicalgie / Cervicobrachialgie rechtsbetont bei Status nach Auffahrunfall am 24. März 2016 mit HWS-Distorsion - Status nach Facettengelenksinfiltration C3/4 rechts mit vorübergehender Beschwerdelinderung - posttraumatisches Syndrom in Form einer Anpassungsstörung mit Chronifizierungstendenzen 3. 2

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Anästhesiologie, Spital I.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 30. November 2017 (Urk. 7/40/1-6) aus, es könnten keine körperlich schweren Tätigkeiten mehr ausgeführt werden, kein Tragen von Lasten von über 5 kg, keine Überkopfarbeiten und keine manuellen repetitiven Tätigkeiten (Ziff. 1.7). Angesichts der chronifizierten Schmerzsituation sei eine volle körperliche Leistungsfähigkeit für eine mittelschwere Arbeit nicht mehr gegeben. Leichte körperliche Tätigkeiten mit Wechselbelastung (zum Beispiel Kontrolltätigkeiten) seien seit Juli 2017 zu maximal 50 % möglich (Ziff. 1.9, 1.11). Die Anpassungsstörung erschwere Reintegrationsmassnahmen (Ziff. 1.11). 3.3

Der Krankentaggeldversicherer gab bei m J.\_\_\_\_ ein bidisziplinäres psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten in Auftrag. Dr. D.\_\_\_\_

erstattete am 22. Januar 2018 (Urk. 3/6 = Urk. 9/59/54-69) gestützt auf die Untersuchung vom 22. November 2017 (S. 1 unten) das rheumatologische Teilgutachten. Er stellte folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 oben): Status nach Auffahrunfall am 24. März 2016 (Quebec Task Force, QTF II) bei / mit: - Ausschluss einer Fraktur oder Instabilität (Röntgen 25. März, 15. Juli 2016) - geringere Diskopathie C3/4 ohne Spinalkanaleinengung (Kernspintomographie, MRI, vom 27. Mai 2016, SPECT-Computertomographie, CT, 20. Oktober 2016) - zervikospondyloem Syndrom linksbetont - deutlichem myofaszialem Schultergürtelsyndrom rechts mit Referred pain - Symptomatik rechter Arm (ausgehend vom Infraspinatus) und Epicondylopathie lateralis rechts - neurologisch und elektrophysiologisch unauffällige obere Extremitäten unfallfremd: anamnestisch atypische Gicht unter Urikostatika, aktuell unklare periachilläre Schwellung rechts

Zusammenfassend würden sich sowohl für die letzte Tätigkeit des Beschwerdeführers in einer Bäckerei als auch für jegliche Verweistätigkeit aus rein rheumatologischer Sicht qualitative Einschränkungen ergeben. Wegen des myofaszialen Schultergürtelsyndroms rechts und der eingeschränkten HWS-Extension seien keine Tätigkeiten über Schultergürtelhöhe und keine belastenden Arbeiten rotatorischer und elevatorischer Art im rechten Schultergürtel möglich. Wegen der Epicondylopathia

lateralis rechts seien sodann keine diesbezüglichen wiederholten Belastungen durch die Hand- und Finger-Extensoren rechts möglich. Für solche Verweistätigkeiten bestehe ab dem Untersuchungsdatum eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (halbtags mit verlängerter Arbeitszeit und vermehrt eingeschalteten Pausen zur Verminderung einer Zunahme der muskulären Dysbalance; S. 12 oben).

In seinem psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 9/59/39-53) gelangte Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gestützt auf die am 1. Dezember 2017 erfolgte Untersuchung sowie nach Einsicht in die Akten zum Schluss, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliege. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren (S. 11). 3.4

Dr. med. L.\_\_\_\_, Oberärztin, F.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie, stellte im Bericht vom 2. Mai 2019 (Urk. 3/8 = Urk. 9/67/1-4 = Urk. 9/68) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 2.5): - undifferenzierte Spondylarthritis - rezidivierende Arthritiden, vorwiegend untere Extremitäten - Enthesitis Achillessehne rechts (MRI Rückfuß 20. März 2019) - Differentialdiagnose: zusätzlich Gicht-/Mischkristallarthritis - chronisches cervicogenes bis cervicospondyloem Schmerzsyndrom rechts bei Status nach Auffahrunfall am 24. März 2016 mit HWS-Distorsion - Vitamin D-Mangel

Dr. L.\_\_\_\_ führte weiter aus, offenbar bestehe seit längerem eine Arbeitsunfähigkeit. Der Patient habe diesbezüglich eine andere Auffassung als die bisher behandelnden Ärzte, und es sei zu Arztwechseln gekommen. Rein rheumatologisch dürfte zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit zu erzielen sein (S. 2 Ziff. 2.7). Für eine leichte körperliche Tätigkeit, welche nicht in Zwangspositionen stattfinden und die keine längeren Steh- und Geh Tätigkeiten beinhalte respektive eine Wechselbelastung zulasse, sei der Patient bezogen auf einen Achtstundentag zu vier Stunden arbeitsfähig. Vermehrte Pausen seien nötig. Eine stufenweise Wiedereingliederung werde empfohlen (S. 3 Ziff. 4.2). 3.5

### 3.5.1

Die Gutachter der Z.\_\_\_\_ GmbH erstatteten am 3. Februar 2020 ( Urk. 9/105) im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein interdisziplinäres Gutachten. Die fachärztlichen Untersuchungen erfolgten durch Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. N.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie, Dr. med. O.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. P.\_\_\_\_ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (S. 5 Ziff. 2.1).

Dr. P.\_\_\_\_ führte im internistischen Teilgutachten (S. 22-28) aus, der Beschwerdeführer habe Nacken- und Schulterschmerzen mit Ausstrahlungen in den rechten Arm. Die Schmerzen hätten im Laufe der Zeit eher zugenommen. Zudem habe er Schmerzen im rechten Kniegelenk angegeben , die ebenfalls seit dem Unfall bestünden , und er habe seit mehr als zehn Jahren Probleme mit Gicht und immer wieder Schwellungen an den Gelenken , vor allem an den Füßen. Die Schmerzen seien dauernd vorhanden. In der Nacht habe er mehr Schmerzen, so dass er nicht gut schlafen könne (S. 22 f. Ziff. 3.1). Der Beschwerdeführer habe zuletzt aushilfsweise in der Flugzeugreinigung gearbeitet. Er habe Probleme bekommen, da er sich habe bücken müssen . Im Haushalt mache er wenig (S. 23 Ziff. 3.2.3 -3.2.4 ).

Dr. P.\_\_\_\_ nannte als internistische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einer

Inguinal hernien operation rechts und einer Umbilikalhernienoperation am 19. September 2019 und einen Status nach einer Hämorrhoidenoperation am 24. August 2019. Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte er nicht (S. 25 Ziff. 6). Die angegebenen Einschränkungen im Alltag seien mit dem Verhalten des Exploranden während der Untersuchung nicht vollständig plausibel erklärbar. Aus allgemeininternistischer Sicht würden sich keine Einschränkungen im Alltag ergeben. Der Hausarzt attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % wegen der Schmerzsituation. Dies lasse sich mit den allgemeininternistischen Befunden nicht erklären (S. 26 Ziff. 7.3.2-7.3.3). Aus allgemeininternistischer Sicht bestehe in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % . Im zeitlichen Verlauf habe keine höhergradige, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (S. 26 f.

Ziff. 8.1).

Dr. O.\_\_\_\_ stellte im psychiatrischen Teilgutachten (S. 29-36) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41, S. 33 Ziff. 6). Beim Exploranden bestünden Schmerzen im Bewegungsapparat, die er im heutigen psychiatrischen Untersuchungsgespräch doch ausgeweitet und zum Teil etwas diffus angegeben habe und die er auf ein Unfallereignis mit Heckauffahrkollision zurückführe . Die Schmerzsituation sei doch deutlich ausgeprägt und könne nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der komorbid bestehenden depressiven Episode zurückgeführt werden . Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Zudem seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt . Diese sei gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, aber auch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und Insuffizienzgedanken (S. 33 Ziff.

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

und 6.2). Das geschilderte Ausmass der Beschwerden könne im Rahmen der hiesigen Untersuchung und aufgrund der aktenkundigen Berichte nur teilweise nachvollzogen werden. Insgesamt sei mindestens von einer Verdeutlichungstendenz auszugehen. Insbesondere die akustischen und optischen Halluzinationen, welche dem Charakter nach Pseudohalluzinationen seien, wirkten vorgetragen und nicht nachvollziehbar, auch vor dem Hintergrund, dass sie im Rahmen einer Anpassungsstörung per se nicht auftreten würden. Dies gelte auch für eine leichte oder mittelgradige depressive Episode. Der Beschwerdeführer zeige auch keine affektive Beteiligung beim Vortrag der Symptome. Insgesamt wirke er psychisch nicht namhaft beeinträchtigt, so dass auch keine namhafte psychische Beeinträchtigung in der Gegenübertragung spürbar sei. Die lediglich verzögert in Anspruch genommene ambulante Behandlung spreche ebenfalls gegen eine namhafte psychische Beeinträchtigung (S. 23 Ziff. 7.3). Bei entsprechender Motivation sei der Beschwerdeführer mit allenfalls diskreten Einschränkungen zur Planung und Strukturierung von Aufgaben und zur Wissensanwendung in der Lage und ausreichend durchhaltefähig. Er sei weiter zur Anpassung an Regeln und Routinen in der Lage sowie zu dyadischen Beziehungen, und er sei mobil und verkehrsfähig. Weiter könne er sich prinzipiell selbst versorgen und seinen Tag strukturieren. Die Fähigkeiten zur Proaktivität und zu Spontanaktivitäten seien allenfalls leicht eingeschränkt (S. 23 Ziff. 7.4). Der Gutachter verneinte für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und attestierte diesbezüglich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 24 Ziff. 8 ). 3.

### **E. 6.3**

unten). Der Explorand sei trotz seiner Schmerzen reisefähig und alleine mit dem Zug zur Untersuchung gekommen (S. 34 Ziff. 7.3.2). Der Gutachter attestierte für die bisherige und eine angepasste Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 35 Ziff. 8.1). 3.5. 2

Dr. M.\_\_\_\_

führte zur orthopädischen Untersuchung (S. 37-50) aus, bei der Untersuchung der HWS sei die Rotation vorsichtig bis 30° und unter Mitdrehen des Oberkörpers bis 40° rechts möglich gewesen. Unter Ablenkung sei die Bewegung aber aktiv, zügig und offenbar völlig schmerzfrei in die beidseitige Endposition möglich gewesen (S. 40 f. Ziff. 4.3). Es liege der schriftliche Befund im Rahmen des Schreibens des Neurochirurgen des F.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2019 vor. Verglichen mit dem MRI der HWS vom 27. Mai 2016 bestehe unverändert eine mediane Diskusprotrusion bei Halswirbelkörper

( HWK )

3/4 mit Kompression des Myelons und leichtgradiger Spinalkanalstenose. Eine Myelopathie sei möglich, jedoch aufgrund von Artefakten nicht konklusiv beurteilbar. Weiterhin bestünden keine entzündlichen oder postentzündlichen Veränderungen der Wirbelsäule und der Iliosakralgelenke (S. 43 oben).

Der Gutachter stellte

die folgenden orthopädischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43 Ziff. 6.1): - chronische Fussbeschwerden unter rechtsseitiger Betonung - radiologisch dorsale r Fersensporn beidseits (Röntgen 2 1. August 2017 und 2 5. Juli 2018) - klinisch rechtsseitig e Zeichen der Achillodynie, einer möglichen Fasci i tis plantaris sowie einer Affektion der Zehengrundgelenke I/II - chronisch rezidivierende Kniebeschwerden rechts - bildgebend keine relevante Veränderung (Szintigraphie 2 0. Oktober 2016) - klinisch Baker-Zyste bei frei beweglichem Gelenk

Der Gutachter nannte zudem als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 43 Ziff. 6.2): - chronisches zerviko - und thorakovertebrales Schmersyndrom - Status nach Heckauffahrkollision am 2 4. März 2016 - r radiologisch bis auf Diskusprotrusion HWK3/4 mit Spinalkanalstenose unauffällige r Befund der HWS und der Brustwirbelsäule (BWS ; Röntgen 2 5. März 2016 und 2 1. Oktober 2019, MRI 2 7. Mai 2016 und 2 1. Mai 2019, Szintigraphie/SPECT-CT 2 0. Oktober 2016) - Status nach Facettengelenksinfiltration HWK3/4 rechts mit Diprophos unter BV-Kontrolle am 1 4. November 2016 - k linisch kein relevantes funktionelles Defizit - chronisches lumbogluteal e s Schmerzsyndrom - radiologisch unauffällige Lendenwirbelsäule (LWS) und Il i osakral gelenke (MRI 2 1. Mai 2019) - Verdacht auf Schmerzausweitung

Auf radiologischer Ebene bestehe eine breitbasige

Diskusprotrusion bei HWK3/4 ohne Hinweise für eine Myelopathie oder eine radikuläre Affektion bei ansonsten regelrechten Verhältnissen der zervikalen, thorak alen und lumbalen Wirbelsäule. Auch der Befund an den Iliosakralgelenken sei regelrecht. Auch an den Füßen bestünden bis auf eine diskrete dorsale Fersenspornbildung gleichfalls unauf fällige Verhältnisse.

Die beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen, radiologischen, szintigraphischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck bei rezidi vierendem Reizzustand am rechten Kniegelenk und Fuss , kaum aber die übrigen Symptome . Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten aus orthopädischer Sicht bezüglich des Laufens beziehungsweise der unteren Extre mitäten, nicht aber hinsichtlich der zervikal angegebenen Beschwerden nachvoll zogen werden (S. 45 Ziff. 7.3.1-7.3. 2).

Für körperlich leichte Verrichtungen könne auf der Ebene des Bewegungs apparates von einer uneingeschränkten Einsetzbarkeit ausgegangen werden (S.

48 Ziff. 7.4). Aus orthopädischer Sicht s eien körperlich mittelschwere und schwere sowie überwiegend stehende und gehende Verrichtungen einschliesslich jener als Chauffeur beziehungsweise als Lieferant und in der Flugzeugreinigung als eher ungünstig anzusehen. Für diese Tätigkeiten bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 48 Ziff. 8.1). Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechsel belastung bestehe aufgrund der heutigen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg sollte vermieden werden (S. 49 Ziff. 8.2.1). 3.5.3

Die Gutachter gaben in der interdisziplinären Gesamtb eurteilung a n , der Beschwerdeführer habe am 2 4. März 2016 eine Heckauffahrkollision erlitten und sei seither arbeitsunfähig geschrieben gewesen (S. 6 Ziff. 3.2). Nach der obligato rischen Grundschule habe er auf dem Bau und der Landwirtschaft gearbeitet. Eine berufliche

Ausbildung habe er nicht absolviert. Ab November 2014 habe er als Speditionsmitarbeiter in einer Bäckerei gearbeitet (S. 7 f. Ziff. 4.1).

Die Gutachter nannten als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 4.2 lit . a): - chronische Fussbeschwerden unter rechtsseitiger Betonung - chronisch rezidivierende Kniebeschwerden rechts

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (S. 8 Ziff. 4.2 lit . b): - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - chronisches zerviko - und thorakovertebrales Schmerzsyndrom - chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom - Verdacht auf Restless legs -Syndrom - Status nach Inguinalhernienoperation rechts und Umbilikalhernien operation am 1 9. September 2019 - Status nach Hämorrhoidenoperation am 2 4. August 2019

Aus polydisziplinärer Sicht sei die Belastbarkeit des Bewegungsapparates, insbesondere der unteren Extremitäten, etwas vermindert. Im Übrigen ergäben die festgestellten Befunde keine Einschränkungen für eine angepasste, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit (S. 9 Ziff. 4.3 unten). Körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten sowie überwiegend stehende und gehende Verrichtungen seien dem Exploranden nicht mehr zumutbar. Dies treffe weitgehend auf die frühere Tätigkeit als Chauffeur und Lieferant sowie auf die Flugzeugreinigung zu. In der bisherigen Tätigkeit bestehe daher eine Arbeitsfähigkeit von 0 % . In dieser Tätigkeit habe nach dem Unfall bis Mitte 2017 eine Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Anschliessend seien weitere Befunde am Bewegungsapparat festgestellt worden. Es könne daher angenommen werden, dass körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten seither nicht mehr zumutbar seien (S. 10 Ziff. 4.6). In einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit mit immer wieder sitzenden Anteilen und ohne eine Gewichtsbelastung von über 10 kg bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % . Nach dem Unfall habe für angepasste Tätigkeiten höchstens für einige Wochen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Im weiteren Verlauf würden sich aufgrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde keine Hinweise für eine längerdauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ergeben (S. 10 Ziff. 4.7). 3.6

Am 1 2. Februar 2020 wurde in der Klinik für Neurochirurgie, F.\_\_\_\_, eine anteriore cervicale Diskektomie und Fusion bei C3/4 mit PEEK Cage durchgeführt ( Urk. 9/106 S. 1, S. 3 oben). 3.7

Mit Bericht vom 1 8. Juli 2020 ( Urk. 9/113) berichtete n Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Leitende Ärztin, und

Dr. E.\_\_\_\_, R.\_\_\_\_ AG, Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie S.\_\_\_\_, über die seit 2 6. November 2019 zwei- bis dreimal pro Monat ( Ziff. 1.1-1.2) statt findende psychiatrische Behandlung des Beschwerdeführers. Dies erberichte über keine Verbesserung nach der erfolgten Operation an der HWS und klage über eine anhaltende depressive Verstimmung ( Ziff. 2.2) . Als objektive Befunde wurde n eine subjektiv stark, objektiv nur leicht reduzierte Konzentrationsfähigkeit,

optische und akustische Halluzinationen, Zukunftsängste, ein reduzierter Antrieb und eine angespannte Psychomotorik genannt. Im Affekt sei der Beschwerdeführer gedrückt, hoffnungslos ( Ziff. 2.4). Bei gestellten Diagnosen einer schweren depressiven Episode mit

psychotischen Symptomen (ICD-10 F32.3) , bestehend seit 2019, und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) , progredient nach dem Unfall, bestehend seit mindestens 2018/2019 ( Ziff. 2.5) , attestierten die Ärzte dem Beschwerdeführer eine bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten ( Ziff. 1.3).

3.

### **E. 8**

Dr. med. T.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in der Stellungnahme vom 26. August 2020 ( Urk. 9/173 S. 9 f.) aus, gemäss dem Bericht der Ärzte des F.\_\_\_\_ , Klinik für Neurochirurgie, vom 25. Mai 2020 bestehe ein erfreulicher postoperativer Verlauf (vgl. Urk. 9/111/3 oben) . Das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom C8 habe sich vollständig zurückgebildet. Es lägen noch

myelopathische Symptome vor bei vorbestandener höchstgradiger Spinalkanalstenose. Weiter zeigten sich leichtgradige Nackenschmerzen

bei gut ansprechender medikamentöser Behandlung.

Nach dem Bericht des Psychiaters vom 18. Juli 2020 verspüre der Beschwerdeführer nach der Operation an der HWS jedoch keine Verbesserung. Er werde im Rahmen der chronifizierten Schmerzsymptomatik dauerhaft als zu 100

% arbeitsunfähig eingeschätzt (vgl. vorstehend E. 3.7) . Um den von den behandelnden Ärzten sehr unterschiedlich bewerteten postoperativen Verlauf versicherungs - medizinisch zu aktualisieren , werde zu einem Verlaufsgutachten geraten (S. 10 oben).

3.

### **E. 9**

Dr. T.\_\_\_\_ gab in einer weiteren Stellungnahme vom 16. November 2020 ( Urk. 9/173 S 11 f.) an, neben dem neurochirurgischen Operationsergebnis seien auch die muskuloskelettal-neurologischen und psychiatrischen Aspekte der Gesundheitsstörung zu klären. Die Begutachtung sollte daher auf diese Fachgebiete ausgedehnt werden (S. 11 oben).

3.

### **E. 10**

4, 3.5.3). Gemäss LSE 2016 TA1\_tirage\_skill\_level hätte der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit für Hilfsarbeiten (ausgehend von Kompetenzniveau eins) im Jahr 2016 durchschnittlich Fr. 5'340.-- pro Monat verdienen können. Da das Belastungsprofil nur geringfügig eingeschränkt ist, ist kein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung und an die wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2017 von 41.7 Stunden ergibt sich für das Jahr 2017 ein Einkommen von rund Fr. 67'102.-- ( Fr. 5'340 x

### **E. 12**

: 40 x 41.7 : 2239 x 2249) .

Da das Invalideneinkommen höher als das Valideneinkommen ist, ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer mit einer behinderungsangepassten Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann. Daran würde auch ein Abzug vom Tabellenlohn von 10 % nichts ändern. 5.7

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint.

Die angefochtene Verfügung vom 16. September 2024 erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 6.

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). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

Gegen diese Entscheidung 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber  
Grieder-Martens Brugger

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