

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00632 vom 28. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00632

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00632 du 28 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00632 del 28 novembre 2007

Erwägungen

E. 2

/

E. 3

Prolongierte gemischte Anpassungsstörung mit Störung der Gefühlsebene und des Sozialverhaltens (F43.23), andauernde Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Erkrankung (F62.1) und anhaltenden somatoformen (undifferenzierten) Schmerzverarbeitungsstörungen (F45.4)"

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine körperlich leichte bis knapp mittelschwere Tätigkeit medizinisch-theoretisch grundsätzlich zumutbar. In seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur sei der Beschwerdeführer wegen der vorliegenden Kniegelenksproblematik bei knienden Arbeiten eingeschränkt, was ungefähr einem Anteil von 20 % entspreche. Die beim Beschwerdeführer ebenfalls vorhandene neuropsychische Funktionsstörung begründe eine Arbeitsunfähigkeit von heute 80 % und längerfristig 70 %. Erläuternd führten die Ärzte des I. ___ dazu aus, dass das arbeitsbezogene relevante Problem des Beschwerdeführers in einer ausgeprägten Chronifizierung der Schmerzproblematik mit einem stark schonungsbetonten Umgang mit den Schmerzen bestehe. Aufgrund der Schmerzproblematik habe der Beschwerdeführer nur bei wenigen Tests bis ans körperlich sichere Limit herangeführt werden können. Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers sei daher nur als mässig zu beurteilen. Die Beobachtungen bei den Tests würden auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen. Die Konsistenz bei den Tests sei mässig gewesen. Die demonstrierte Belastbarkeit sei als minimal einzustufen. Aufgrund der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit könnten daher keine Aussagen gemacht werden zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, weder in seiner angestammten noch in einer leidensangepassten Tätigkeit.

3.17 Ä Ä Im Gutachten vom 27. Juli 2005 (Urk. 9/33) stellten die Ärzte der MEDAS mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden Diagnosen:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä "1. Ä Ä Anteromedialer Knieschmerz rechts mit leichter intramuraler Läsion des Ä Ä Ä Ä medialen Meniskus, diskreter Ruptur des vorderen Kreuzbandes bei Ä Ä Ä Ä -Ä Ä St. n. diskreter Ruptur des medialen Seitenbandes Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä St. n. meniskokapsulärer Läsion des medialen Hinterhorns Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä St. n. arthroskopischer Intervention am 11.12.02 Ä Ä Ä Ä -Ä Ä St. n. arthroskopischer Intervention am 20.06.03 Ä Ä Ä Ä 2. Ä Ä Medialer Knieschmerz Knie

links bei: St. n. Distorsionstrauma 7.5.04 St. n.
 Arthroskopie 22.1.05 3. Rezendivierendes lumbospondylogenes Syndrom
 (ICD-10: M54.4) - derzeit oligosymptomatisch und nicht limitierend
 - leichtgradig degenerative Veränderungen der LWS 4.
 Intermittierendes zervikospondylogenes Syndrom links (ICD-10: M53.1) -
 degenerative Veränderungen der HWS - radikale Reizsymptomatik C7
 links möglich - degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen
 C6/7 und leichter Foraminalstenose links
 - Wirbelsäulenfehlhaltung bei muskulärer Dekonditionierung 5.
 Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
 6. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)"

In der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur mit der
 Notwendigkeit der Einnahme von ungünstigen Positionen und Kniebelastungen und
 damit körperlich mittelschwer belastende Tätigkeiten beurteilten die Gutachter
 den Beschwerdeführer noch zu 50 % arbeitsfähig. Diese Einschränkung bestehe seit
 dem Unfall vom August 2002. Körperlich mittelschwere Verweigerungstätigkeiten
 bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 80 % je nach Belastungsprofil. In körperlich
 leichten Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne Kniegelenksbelastung
 durch längeres Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Laufen auf unebenem Gelände sei
 dem Beschwerdeführer ein volles Arbeitspensum zumutbar.

3.18 Der Psychiater Dr. J. ___ hielt in seinem Schreiben vom 25. August 2005 (Urk.
 9/46) sowie vom 9. September 2005 (Urk. 9/38/8-11 = Urk. 3/7) zuhanden des
 Rechtsvertreters des Beschwerdeführers an den Diagnosen gemäß Bericht vom 28.
 August 2004 (Urk. 9/27/8-11) fest. Im Weiteren führte er aus, dank der psychopharmako-
 und psychotherapeutischen Bemühungen habe eine weitere Verschlechterung verhindert
 und eine gewisse Stabilisierung erreicht werden können. Die chronischen körperlichen
 Beschwerden, insbesondere die Schmerzsyndrome, bewirkten unter anderem eine
 Chronifizierung (zeitweise) sowie eine Verschlechterung der psychischen Beschwerden.
 Aus psychiatrischer Sicht würden gegenwärtig weitere Bemühungen daran scheitern,
 dass die Schmerzen persistierten und die versicherungsrechtlichen Fragen noch pendent
 seien. Dr. J. ___ beurteilte den Beschwerdeführer höchstens zu 30 % arbeitsfähig.

3.19 In seinem Bericht vom 13. September 2005 (Urk. 9/38/3-4) hat Prof. G. ___ beim
 Beschwerdeführer die folgenden Diagnosen gestellt:

" Distorsio genus dex. Inveterata -
 Laesio ACL genus dex. Inveterata - Laesio MCL genus dex.
 Inveterata - Instabilitas anterolateralis genus dex.
 - Chondromalatio condyli lateralis et medialis tibiae dex.
 - Synovitis genus dex. Chronica - Gonarthrosis dex.
 Gradus II - Arthroscopia genus dex. et rearthroscopia facta.
 - Laesio Ligamente cruciati anterioris genus sin. Inveterate.
 Laesio cornu posterioris menisci lateralis genus sin.
 Meniscectomia lateralis partialis genus sin. Arthroscopia facta.
 Gonarthrosis sin. Gradus II - Protrusio disci intervertebralis
 C6/C7, L3/L4, L4/L5, L5/S1 posttraumatica
 - Spondylosis, spondylarthrosis et uncarthrosis vertebrae
 cervicalis - Pedes planovalgi et transversopani"

Die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers seien schwer eingeschränkt. Schwere Arbeiten, bei welcher er mehr als fünf Kilogramm tragen müsse, seien ihm nicht mehr zumutbar. Im Weiteren könne er weder Treppensteigen noch auf steilen Ebenen gehen. Ebenso wenig sei ihm langes Sitzen möglich. Er benötige stets Medikamente und Physiotherapie.

3.20 Laut Dr. C. (Bericht vom 23. September 2005, Urk. 3/6) hat der Beschwerdeführer am 14. August 2002 einen Sturz von einer Leiter erlitten. Dabei habe er sich Verletzungen am rechten Knie zugezogen. Ebenso sei er mit dem Rücken aufgeschlagen. Trotz mehreren Behandlungen und Interventionen habe sich sein Zustand überhaupt nicht gebessert. Am 7. Mai 2004 sei der Beschwerdeführer eine Treppe hinunter gestürzt. Dabei habe er sich abermals am rechten und auch am linken Knie verletzt. Der Beschwerdeführer leide nunmehr an einer alten Läsion im rechten Knie mit Instabilität und einer Chondromalatie des lateralen und medialen Kondylus Tibiae, einer chronischen Synovitis und einer Gonarthrose. Ebenso beständen beim Beschwerdeführer Diskusprotrusionen C6/C7, L3/L4, L4/L5 und L5/S1 mit Spondylose, Spondylarthrose und Unkarthrose, am linken Knie eine vordere Kreuzbandläsion und eine Hinterhornmeniskusläsion sowie eine Gonarthrose.

3.21 Hinsichtlich der Wirbelsäule hat Prof. G. in seinem Bericht vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/3) angegeben, die Beschwerden im Bereich der Lendenwirbelsäule hätten sich seit einem Jahr und insbesondere seit drei Monaten verstärkt. Die Schmerzen seien seit dem Unfall vom 14. August 2002 vorhanden und würden bis in die Beine ausstrahlen, mehr ins linke als ins rechte. Daraus würden sich Störungen beim Gehen und Stehen sowie auch beim Versuch, die Wirbelsäule zu belasten, ergeben. Der Beschwerdeführer klagt zudem über eine Schwäche in den Füßen, ausgeprägter im linken als im rechten. Er könne nicht länger in der gleichen Position sitzen und habe Mühe mit dem Aufstehen. Die Beschwerden im Kreuz hätten nach dem Unfall vom 14. August 2002 begonnen. Durch klinische Untersuchungen sei denn auch eine Verletzung der Wirbelsäule festgestellt worden. Jedoch seien keine Bildaufnahmen gemacht worden. Mit der Zeit hätten sich die Schmerzen verstärkt, und seit letztem Jahr, insbesondere seit drei Monaten, habe sich die Situation verschlechtert. Am 30. Mai 2006 sei daher ein neues MRI gemacht worden, wobei die vorherigen Befunde bestätigt worden seien. Am 28. April 2006 sei eine Elektromyoneurographie (EMNG) gemacht worden. Daraus sei eine Kompression der Nervenwurzel in der Höhe L5-S1 beidseits sichtbar. Prof. G. stellte daher neu die folgende Diagnose:

"Status post distorsionem vertebrae lumbalis gravis (14.08.2002) Protrusio disci intervertebralis L4-L5 et L5-S1 Spondylosis intervertebralis L3-L4 gravis Compressio radialis L5-S1 bilateralis (EMNG Befund in der Beilage) Discopathia C6-C7."

3.22 Im weiteren Bericht vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/2) hat Prof. G. an seinen bis anhin gestellten Diagnosen im Wesentlichen festgehalten. Insgesamt ging er aber von einer Verschlechterung der Situation aus und hielt die Arbeits- und Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einem erheblichen Masse für eingeschränkt.

3.23 Aufgrund des EMNG-Befundes vom 1. Juni 2007 kam Dr. M. zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer schwere chronische, proximale, axiale, neurogene Läsionen der Nervenwurzel C6-C7 links, C7 beidseits und L5-S1 rechts

vorhanden seien. Damit habe sich die Situation seit der letzten EMNG verschlechtert (Urk. 12).

3.24 Aufgrund der am 1. Juni 2007 durchgeführten Ultraschalluntersuchung der Halswirbelsäule des Beschwerdeführers kam Dr. N. zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer eine extravaskuläre kompressive eventuell degenerative Veränderung an der Halswirbelsäule und eine Hypertrophie des Muskulus Scalenus oder des Muskulus Longus Colli, vorliege (Urk. 13).

3.25 Dr. O. hat in seinem Bericht vom 9. Juli 2007 (Urk. 18) zuhanden von Dr. P. angegeben, dass der Beschwerdeführer an einem chronifizierten, sensomotorischen, axonalen und demyelinisierenden Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links, einer Läsion der Wurzel S1 rechts, bilateralen Zervicobrachialgien, Kopfschmerzen vom Drucktyp mit Übergang zu einer Migräne, rezidivierenden Drehschwindelattacken und rezidivierenden Stürzen mit Bewusstlosigkeit sowie einer Depression leidet.

3.26 Gemäss dem Bericht von Dr. Q. vom 6. August 2007 (Urk. 19) steht der Beschwerdeführer wegen seiner Unfall- und Rheumaleiden seit 2004 bei ihr in Behandlung. Sie stellte bei ihm folgende Diagnosen:

"- Chronisches Reizknie rechts bei anteromedialer Instabilität nach Zerrung und partieller Ruptur des vorderen Kreuzbandes und medialen Seitenbandes, Chondromalazia medial und lateral, Gonarthrose, Status nach Arthroskopie 2002 und 2004 - Gonarthrose links bei lateraler Instabilität und Status nach lateraler Menishektomie 2005 - Chronisches sensomotorisches Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links bei Oostochondrosen L4/S1, Discushernie L5/S1 sowie L4/5, elektromyographische Läsion der Wurzel S1 rechts - Chronisches cervicospodylogenes Syndrom bei degenerativen Veränderungen der HWS, deutliche Osteochondrosen, Unkarthrose, Spondylarthrose und Protrusion C6/7 sowie C5/6, intermittierend cervicoradikuläres Reizsyndrom C7 links, Foraminalstenose C6/7 - Kopfschmerzen vom Drucktyp mit Übergang zu einer Migräne - Rezidivierender Drehschwindel mit Stürzen - Depressive Entwicklung."

In letzter Zeit seien immer häufiger Schwindelattacken mit wiederholten Stürzen aufgetreten, wobei eine Epilepsie ausgeschlossen worden sei. Er fühle sich unsicher und klage über Orientierungsprobleme nach den Schwindelattacken sowie zunehmende Kopfschmerzen, die tagelang anhielten. In Anbetracht der gesamten Situation ging Dr. Q. davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer adaptierten Tätigkeit ohne Belastung der unteren Extremitäten sowie des Rückens für 40 % arbeitsfähig sei. Demnach sei der Beschwerdeführer zu 60 % invalid.

E. 4

4.1 Bei der Würdigung der medizinischen Akten fällt auf, dass diese aus somatischer Sicht weder betreffend die Diagnosen noch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit übereinstimmen. Diese Diskrepanzen ergeben sich vor allem aus den vom Beschwerdeführer im Einsprache- und Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten von Prof. G. (Urk. 9/30, Urk. 9/38/3-6, Urk. 9/38/13-19, Urk. 9/41, Urk. 3/2) und von Dr. Q. (Urk. 9/38/23 und Urk. 19) sowie von Dr. C. (Urk. 3/6) im Vergleich zu den für das vorliegende Verfahren relevanten Akten der SUVA (Urk. 9/27/15-18 und

Urk. 9/27/5-6) sowie dem Gutachten der MEDAS (Urk. 9/33). **Ä**bereinstimmend ergibt sich jedoch aus den medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer an Schmerzen in den Knien und der Wirbelsäule leidet. Zudem ist er psychisch beeinträchtigt. Im Weiteren steht es fest, dass sich nicht sämtliche geklagten Beschwerden mit einem objektiven Befund erklären lassen. Ausser Frage steht im Weiteren, dass sich die Diskrepanz zwischen objektiven Befunden und subjektiv angegebenen Beschwerden nur im psychiatrischen Kontext erklären lässt, mithin stellten sämtliche die Beschwerdeführerin behandelnden oder untersuchenden **Ä**rzte eine Somatisierungs- und Ausweitungstendenz bei einer mittelgradigen Depression fest (Urk. 9/27/8-11, Urk. 9/33, Urk. 9/45, Urk. 9/46 und Urk. 9/50). Abweichend präsentieren sich die Beurteilungen hinsichtlich der noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit.

Die Beschwerdegegnerin hat sich bei ihrem Entscheid vollumfänglich auf das Gutachten der MEDAS abgestützt (Urk. 9/33, Urk. 9/35/4 und Urk. 9/60/4) und ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit noch zu 50 % und in einer leidensangepassten vollstän- dig arbeitsfähig sei.

Streitig und zu prä- zisen ist, ob die Expertise als beweistauglich zu qualifizieren ist.

4.2

4.2.1 Zunächst ist festzustellen, dass das Gutachten der MEDAS auf den internistischen, rheumatologischen, orthopädischen und psychosomatischen Untersuchungen der jeweiligen Gutachter beruht und darin ebenso die Anamnese und die geklagten Beschwerden sowie grundsätzlich auch die medizinischen Akten berücksichtigt wurden. Jedoch hat weder der Rheumatologe, Dr. med. DD. ____, Oberarzt Rheumatologische Universitätsklinik, H. ____, noch der Orthopäde Dr. med. EE. ____, Oberarzt, Orthopädische Klinik, Kantonsspital FF. ____, die Videoaufnahmen der am rechten Knie des Beschwerdeführers durch Prof. G. ____, durchgeführt, die Arthroskopie vom 8. Mai 2004 gesichtet. Trotzdem kann nicht gesagt werden, dass die entsprechenden Ergebnisse nicht in die Beurteilung der MEDAS **Ä**rzte eingeflossen sind. Obwohl der Rheumatologe Dr. DD. ____, in seinem Teilgutachten vom 15. Dezember 2004 empfohlen hat, die Videoaufnahme im Hinblick auf organisch nachvollziehbare Läsionen am rechten Knie des Beschwerdeführers zu sichten (Urk. 9/33/21), ist es in der Folge nicht dazu gekommen. Gemäss Angaben von Dr. EE. ____, lagen ihm die Videoaufnahmen nicht vor (Urk. 9/33/29). Jedoch stand dem Orthopäden der Bericht von Prof. G. ____, vom 31. August 2004 zur Verfügung, worin die Befunderhebung der Arthroskopie des rechten Knies vom 8. Mai 2004 und die daraus resultierenden Diagnosen festgehalten sind (Urk. 9/38/13-14). Dazu hat der orthopädische Gutachter denn auch nachvollziehbar Stellung genommen und in seiner Beurteilung ausgeführt, dass hinsichtlich der Befunderhebungen an den Knien des Beschwerdeführers eine gewisse Diskrepanz zwischen ihm und Prof. G. ____, bestehe. Die von Prof. G. ____, diagnostizierte Instabilität des rechten Kniegelenkes mit zweifach positivem Lachmann, zweifach positivem Schubladen-Test und zweifach positiver medialer Öffnung und der damit verbundenen Beurteilung der Einschränkung der Arbeits- sowie Leistungsfähigkeit könne er aufgrund seiner heutigen Befunderhebung nicht bestätigen. Vielmehr stehe sein Untersuchungsergebnis des rechten Knies des Beschwerdeführers im Einklang mit demjenigen von Dr. U. ____, der Uniklinik W. ____, vom 3. März 2004 (Urk. 9/22/8-9). Dr. U. ____, konnte anlässlich der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers kein strukturelles Korrelat für die geklagten

Beschwerden am rechten Knie finden. Diese Befunderhebungen sowie auch diejenigen von Dr. EE.____ stimmen mit denjenigen in den Berichten des SUVA-Kreisarzt Dr. X.____ vom 13. April 2004 (Urk. 9/22/3-6) und vom 25. Juni 2006, worin sich dieser einlässlich mit der Videoaufnahme der Arthroskopie des rechten Knies vom 8. Mai 2004 auseinandergesetzt hat (Urk. 9/27/5-6), überein. Dass der rheumatologische Gutachter Dr. DD.____ eine gegenüber den Vorbefunden neu aufgetretene vordere Schublade am rechten Knie des Beschwerdeführers feststellte (Urk. 9/33/20), spielt keine Rolle, denn durch seine Empfehlung, eine ergänzende orthopädische Begutachtung mit Sichtung der Videoaufnahmen der Arthroskopie des rechten Knies vom 8. Mai 2004 zur Klärung der Frage des Vorliegens einer organisch nachweisbaren Läsion einzuholen, relativierte er seine Feststellung. Da Dr. EE.____ am rechten Knie des Beschwerdeführers keine vordere Schublade feststellen konnte und ein solcher Befund gemäss SUVA-Kreisarzt auch den Videoaufnahmen vom 8. Mai 2004 nicht zu entnehmen ist (Urk. 9/27/5-6), ist dessen Schlussfolgerung, wonach die Insertion des vorderen Kreuzbandes nicht gerissen, sondern bloss proximal gelockert ist, durchaus nachvollziehbar.

           Abweichend zum MEDAS-Gutachten haben Prof. G.____ (Urk. 9/38/3-4, Urk. 9/38/13-14, Urk. 9/38/15-16, Urk. 9/41, Urk. 3/2) und die den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte, Dres. Q.____ und C.____ (Urk. 9/38/23, Urk. 9/47 und Urk. 19), die Diagnose einer Gonarthrose an beiden Knien gestellt. Sowohl den Berichten von Prof. G.____ vom 8. Mai 2004 (Urk. 9/38/15-16) und vom 31. August 2004 (Urk. 9/38/13-1) als auch denjenigen von Dres. Q.____ sowie C.____ fehlen Angaben darüber, gestützt auf welche Befunde sie zu diesem Schluss kamen. Zudem steht dieser Diagnosestellung die Beurteilung von Dr. Y.____ vom 1. April 2004 (Urk. 9/27/21 und Urk. 9/27/22) entgegen, welcher im Rahmen seiner Untersuchung der beiden Knie des Beschwerdeführers Ende März 2004 mittels MRI nicht einmal eine beginnende arthrotische Veränderung festzustellen vermochte. Ebenso wenig konnte SUVA-Kreisarzt Dr. X.____ in seiner Stellungnahme vom 25. Juni 2004 (Urk. 9/27/5-6) die von Prof. G.____ gestellte Diagnose bestätigen. Vielmehr verwarf er das Vorliegen von Gonarthrosen ausdrücklich. Vor diesem Hintergrund kann auch diesbezüglich nicht auf die anderslautenden Berichte von Prof. G.____ und Dres. Q.____ sowie C.____ abgestellt werden, mithin ist das MEDAS-Gutachten auch in diesem Punkt nicht zu beanstanden.

           Auch hinsichtlich des linken Knies besteht ein Widerspruch zwischen den anlässlich der Arthroskopie des linken Kniegelenks am 22. Januar 2005 von Prof. G.____ gemachten und im nämlichen Bericht festgehaltenen Befunderhebungen (Urk. 9/38/19) sowie den klinischen Untersuchungsergebnissen vom 7. Februar 2005 durch den orthopädischen MEDAS-Gutachter, welcher weder eine positive vordere Schublade noch einen einfach positiven Lachmann-Test noch einen einfach positiven Valgusstress-Test bestätigen konnte. Angesichts des Ergebnisses des MRIs vom linken Knie im Juni 2004, woraus keine Anzeichen für eine signifikante Knieinnenl sion bei weitgehend unauffälligen Verhältnissen ersichtlich gewesen waren (Urk. 9/33/29), sind die unauffälligen Befunderhebungen am linken Knie des Beschwerdeführers durch Dr. EE.____ durchaus stimmig. Dies gilt insbesondere deshalb, weil nicht davon auszugehen ist, dass sich die Situation am linken Knie seit Juni 2004 (MRI-Aufnahme) verschlechtert hat. Denn so ging Prof. G.____ schon in seinen Berichten vom 28. Dezember 2004 (Urk. 3/9/2) und vom 13. September 2005 (Urk. 9/38/3) davon aus, dass die Beschwerden am linken Knie bereits seit Mai 2004 vorhanden und auf den Unfall vom 7. Mai 2004

zurückzuführen sind. Ebenso vermochte der Rheumatologe Dr. DD.____ keine auffälligen Befunde am linken Knie des Beschwerdeführers zu erheben (Urk. 9/33/18). Angesichts der dargelegten Ergebnisse der klinischen Untersuchungen durch den Gutachter Dr. EE.____ und der Würdigung des MRIs vom Juni 2004 sowie dem Umstand, dass eine Verschlechterung der Beschwerdesituation seither ausgeschlossen werden kann, hätte die Sichtung der Videoaufnahmen der Arthroskopie vom 22. Januar 2005 an den Schlussfolgerungen der MEDAS-Gutachter auch hinsichtlich des linken Knies des Beschwerdeführers nichts geändert. Entgegen den Ausführungen in der Beschwerde kann gesagt werden, der Gutachter Dr. EE.____ habe die Angaben des Beschwerdeführers über die Beschwerden im linken Knie nicht berücksichtigt (vgl. Urk. 9/33/28). Vielmehr ist angesichts der dargelegten Ergebnisse der objektiven Befunderhebungen davon auszugehen, dass die am linken Knie geklagten Beschwerden hauptsächlich im beim Beschwerdeführer vorhandenen psychischen Beschwerdekomples aufgehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä An diesem Ergebnis vermögen auch die im Verlaufe des Einsprache- und des vorliegenden Verfahrens vom Beschwerdeführer eingereichten medizinischen Berichte (Urk. 9/38/3-6, Urk. 9/38/23, Urk. 9/41, Urk. 9/45, Urk. 3/2, Urk. 3/3, Urk. 3/6 und Urk. 19) nichts zu ändern. Denn so gehen weder aus den Berichten von Prof. G.____ noch aus denjenigen der den Beschwerdeführer behandelnden Ärzte neue Erkenntnisse hervor oder wecken diese begründete Zweifel an den Schlussfolgerungen des MEDAS-Gutachten in Bezug auf die Kniebeschwerden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Demnach kann hinsichtlich der Diagnosen betreffend die Knie auf das Gutachten der MEDAS abgestellt werden. Vor diesem Hintergrund kann auch der entsprechenden Einschätzung der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit durch den orthopädischen Gutachter gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer für mittelschwere Arbeiten je nach Belastungsprofil zwischen 50 % und 75 %, und in allen körperlich leicht belastenden Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne besondere Kniegelenksbelastung durch längeres Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Laufen vollschichtig arbeitsfähig ist (Urk. 9/33/31). Angesichts des Umstandes, dass zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vorliegend - und dies im Gegensatz zum unfallversicherungsrechtlichen Verfahren (Prozess-Nr. UV.2006.00246) - nicht nur die Beschwerdesituation am rechten, sondern auch am linken Knie relevant ist, steht die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des SUVA-Kreisarztes Dr. X.____ vom 25. Juni 2004 (Urk. 9/27/5-6), wonach der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur bei der Firma A.____ AG vollumfänglich arbeitsfähig sei, nicht im Widerspruch zu derjenigen des orthopädischen Gutachters. Zu berücksichtigen ist zudem, dass die Tätigkeit des Beschwerdeführers als Elektriker bei dieser Firma als körperlich leicht bis mittelschwer und nicht als rein mittelschwere Arbeit zu qualifizieren war. So hatte der Beschwerdeführer gemäss den Angaben dieser Arbeitgeberin vornehmlich Installationen (Steckdosen, Lichtanschlüsse etc.), Spitz-, Fräs- und Bohrarbeiten sowie Kabeltrasse- und Kabeleinziehmontagen zu verrichten. Diese Arbeiten habe er etwa zu 80 % im Stehen ausgeübt. Die restliche Zeit musste er im Gehen arbeiten. Kniende Arbeiten hatte er nur selten auszuführen. Er musste Gewichte bis 10 Kilogramm und nur selten solche bis zu 50 Kilogramm heben und tragen (vgl. heutiges Urteil im Prozess-Nr. UV.2006.00246).

4.2.2 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich der Wirbelsäulenbeschwerden hat sich der Rheumatologe Dr. DD.____ nebst seinen eigenen klinischen Untersuchungen (Urk. 9/33/18)

insbesondere auch auf bildgebende Befunderhebungen (konventionelle Aufnahme der HWS vom November 2002, thorakolumbale Computertomographie [CT] vom September 2003, MRI der HWS und der LWS von Dr. CC.____ vom 26. November 2004 [Urk. 9/38/19]) gestützt. So kam er zum nachvollziehbaren Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom sowie ein intermittierend zervikospindylogenes Syndrom links vorliegen, mithin zwar degenerative Veränderungen vorhanden sind, jedoch kein Nerv in Mitleidenschaft gezogen worden ist. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass die Diagnosestellung von Dr. DD.____ falsch sei, was sich aus späteren Untersuchungen der Wirbelsäule ergebe (Urk. 1 S. 4). Aufgrund der Angaben im Bericht von Prof. G.____ vom 13. Juni 2006 (Urk. 3/3), wonach gemäss des am 28. April 2006 durchgeführten EMNGs nunmehr auch noch eine Kompression der Nervenwurzel auf der Höhe L5-S1 vorliege, stellt sich die Frage, ob sich beim Beschwerdeführer hinsichtlich der Lendenwirbelsäule bis zum vorliegend relevanten Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheides am 4. Juli 2006 (Urk. 2), bis zu welchem Veränderungen des Sachverhaltes noch zu berücksichtigen sind (BGE 130 V 140 Erw. 2.1 mit Hinweis), eine relevante Verschlechterung an der Wirbelsäule eingestellt hat. Zunächst ist festzuhalten, dass sich der Bericht über das EMNG vom 28. April 2006 nicht in den Akten befindet, sich aber die fragliche Diagnose nebst derjenigen einer schweren chronischen proximalen axonischen neurogenen Läsion auf der Höhe der Wurzel C6-C7 links und C7 beidseits und ein Hinweis auf eine Verschlechterung der Situation dem Bericht von Dr. M.____ vom 1. Juni 2007 (Urk. 12) entnehmen lässt. Ebenso ergibt es sich aus dem Bericht von Dr. O.____ vom 9. Juli 2007 (Urk. 18), dass der Beschwerdeführer unter anderem an einem chronifizierten, sensomotorischen, axonalen und demyelinisierenden Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links sowie einer Läsion der Wurzel S1 rechts leidet. Aus den beiden Berichten ergibt sich aber nicht, wann die fraglichen Diagnosen gestellt wurden und wie sie sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Angesichts dieser konkreten Hinweise auf im Bereich der Lenden- sowie auch der Halswirbelsäule aufgetretene Beeinträchtigungen der Nervenwurzeln kann eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Erstellung des Gutachtens am 27. Juli 2005 nicht ausgeschlossen werden. Daher erweist sich der Sachverhalt in diesem Punkt als unvollständig abgeklärt.

4.2.3.3 Was den psychischen Gesundheitszustand betrifft stimmt das Gutachten der MEDAS hinsichtlich der Diagnosen mit den Berichten von Dr. J.____ vom 28. Mai 2004 (Urk. 9/27/8-11) und vom 25. August 2005 (Urk. 9/46) sowie vom 9. September 2005 (Urk. 3/7) und teilweise mit denjenigen von Dr. K.____ vom 6. Juni 2005 (Urk. 9/50) sowie der Ärztin des I.____ vom 22. Juli 2005 (Urk. 9/45) im Wesentlichen überein. Demnach leidet der Beschwerdeführer an einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) - nach Dr. K.____ eher an einer Anpassungsstörung mit Störung der Gefühle und des Sozialverhaltens (ICD-10 F43.20) - sowie zumindest einem Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.5). Sowohl zwischen dem behandelnden Psychiater Dr. J.____ und Dr. K.____ als auch unter den Gutachtern der MEDAS herrscht Uneinigkeit darüber, inwiefern der Beschwerdeführer dadurch in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. Während die Fachgutachter der MEDAS, Prof. Dr. GG.____, ärztlicher Leiter Abt. Psychosomatik, und Dr. HH.____, Spezialassistentin, den Beschwerdeführer sowohl in einer angestammten als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit aus psychischen Gründen noch zu 70 % arbeitsfähig hielten, gingen sowohl

Dr. J. ___ wie auch Dr. K. ___ und die Ärzte des I. ___ noch von einer 30%igen Arbeitsfähigkeit aus. Im Rahmen der Konsenskonferenz vom 31. Januar 2005 kamen die Gutachter der MEDAS alsdann zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur schon aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode und damit unabhängig davon, ob sich der Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung bestmöglichen liesse, in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Trotzdem gingen sie von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit aus (Urk. 9/33/13).

Wie nachfolgend dargelegt wird, kann den in Frage stehenden psychischen Erkrankungen keine invalidisierende Wirkung zugesprochen werden. Daher muss nicht weiter erörtert werden, auf welche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzustellen ist.

Weil es einer mittelgradigen depressiven Episode am erforderlichen Schweregrad und insbesondere an der Dauerhaftigkeit fehlt (vgl. Erw. 1.2.1), stellt sie keine invalidisierende Krankheit dar. So kann nämlich ein Patient mit dieser Diagnose - zwar nur noch unter erheblichen Schwierigkeiten - soziale, häusliche sowie berufliche Aktivitäten nach wie vor fortsetzen (vgl. ICD-10, Kapitel V [F], 5. Auflage, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004/2005, S. 142).

Wie bereits erwähnt (Erw. 1.2.2) ist nach der Rechtsprechung auch bei einer diagnostizierten somatoformen Schmerzstörungen in der Regel von der Zumutbarkeit einer Schmerzüberwindung auszugehen und hievon nur bei Vorliegen besonderer Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, abzuweichen (BGE 131 V 50 Erw. 1.2, 130 V 352 ff. und 396 ff.; vgl. auch BGE 132 V 70 ff. Erw. 4.2 und 4.3). Solche qualifizierten Umstände sind im Fall des Beschwerdeführers zu verneinen. Nebst dem, dass es vorliegend bereits an einer klaren Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung fehlt, ist - wie bereits erwähnt - der mittelgradigen depressiven Episode der Charakter eines von der somatoformen Schmerzstörung losgelösten Leidens im Sinne einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer abzusprechen. Der von Dr. K. ___ gestellten Diagnose einer Andauernden Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit (ICD-10 F62.1) kann vollends nicht gefolgt werden, weil eine hierfür notwendige traumatische Erfahrung einer schweren psychiatrischen Krankheit nirgends erblickt werden kann (vgl. ICD-10, a.a.O., S. 236). Aufgrund der jetzigen Aktenlage besteht beim Beschwerdeführer auch kein körperliches Leiden, welchem ein Krankheitswert zukäme. So konnten die Gutachter der MEDAS weder die Knie- noch die Beschwerden an der Wirbelsäule weder aus rheumatologischer noch aus orthopädischer Sicht mit einem objektiven Befund vollständig erklären. Auch wenn sich die objektive Beschwerdesituation an der Lendenwirbelsäule des Beschwerdeführers verschlechtert haben sollte, kann diesbezüglich mangels langer Beschwerdedauer noch nicht von einem chronifizierten Krankheitsverlauf gesprochen werden. Daraus folgt, dass die aus somatischer Sicht als anteromedialer Knieschmerz rechts sowie rezidivierendes lumbospondylogenes und intermittierend zervikospondylogenes Syndrom links beschriebenen Beschwerdebilder in einem sehr engen Zusammenhang mit der psychiatrischen Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung stehen und deshalb nicht von selbständigen körperlichen Begleiterkrankungen auszugehen ist. Diese Schlussfolgerung wird noch zusätzlich dadurch gestützt, dass die Gutachter der

MEDAS von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit ausgehen, woraus sich ergibt, dass sie den genannten Beschwerdebildern keinen unüberwindbaren Einfluss auf die funktionelle Leistungsfähigkeit attestieren. Im Weiteren kann von einem vollständigen sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens nicht die Rede sein. Der Beschwerdeführer wohnt zusammen mit seiner Ehefrau und zwei seiner drei Kleinkinder (Urk. 9/33/7). Zudem geht er einkaufen und steht - zwar weniger als früher - im Kontakt mit seinen Verwandten (Urk. 9/33/24). In Bezug auf die Möglichkeit zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wird aus psychiatrischer Sicht die Fortführung der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung und bei ausbleibender Wirkung der Therapie auch die Kontrolle des Medikamentenspiegels zur weiteren Modifizierung empfohlen. Bezüglich der Schmerzsymptomatik sollte der Beschwerdeführer an einem multimodalen Schmerzgruppentherapie-Programm teilnehmen, welches sich vor allem mit Schmerzverarbeitung beschäftigt. Aus psychiatrischer Sicht sind damit noch nicht alle therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft, weshalb auch noch nicht gesagt werden kann, es liege ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis vor. Von einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung kann daher nicht ausgegangen werden, hat diese doch noch keinen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angehbaren innerseelischen Verlauf angenommen. Da der Beschwerdeführer weder sämtliche ambulanten noch medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft hat, kann somit noch nicht von gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen ausgegangen werden. Zusammenfassend ist daher festzuhalten, dass der Beschwerdeführer nach wie vor über Ressourcen verfügt, die es ihm ermöglichen, die allenfalls vorhandene somatoforme Schmerzstörung zu überwinden. Eine (ausnahmsweise) invalidisierende Wirkung dieser Diagnose ist demnach zu verneinen. Es ist somit nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin hinsichtlich des psychischen Beschwerdekomples gestützt auf die Konsens-Konferenz der Gutachter der MEDAS in psychiatrischer Hinsicht von keiner zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen ist.

4.3 Aufgrund des Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt einzig in Bezug auf die Beschwerdesituation an der Lenden- und der Halswirbelsäule des Beschwerdeführers als ungenügend abgeklärt, weshalb sich sowohl der Gesundheitszustand als auch die sich daraus ergebende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer leidensangepassten Tätigkeit nicht rechtsgenügend beurteilen lassen. Die Beschwerdegegnerin wird daher ein rheumatologisches und allenfalls auch orthopädisches Ergänzungs- oder Obergutachten zur Klärung dieser Frage einzuholen haben, das sich insbesondere darüber zu äussern haben wird, ob und allenfalls seit wann beim Beschwerdeführer eine Nervenwurzelkompression L5/S1 beziehungsweise C6-C7 vorliegt. Die Gutachter werden sich alsdann erneut, selbstverständlich unter Berücksichtigung der Beschwerdesituation an den Knien des Beschwerdeführers, zur Frage der Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer leidensangepassten Tätigkeit zu äussern haben. Danach wird die Beschwerdegegnerin über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu zu entscheiden haben.

Nach dem Gesagten ist der Einspracheentscheid vom 4. Juli 2006 aufzuheben (Urk. 2) und die Sache zur ergänzenden Abklärung im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die

Beschwerde gutzuheissen.

Â

5.Â Â Â Â Â Â 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 in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Die Kosten trägt die unterliegende Partei.

6.Â Â Â Â Â Â Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu weiterer Abklärung und neuem Entscheid als vollständiges Obsiegen (vgl. ZAK 1987 S. 268 f. Erw. 5 mit Hinweisen). Die Prozessentschädigung ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit Â§ 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen festzusetzen. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid vom 4. Juli 2006 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen neu verfähre.

2.Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Milosav Milovanovic

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

5.Â Â Â Â Â Â 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).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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