

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00033 vom 27. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00033

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00033 du 27 juillet 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00033 del 27 luglio 2009

Erwägungen

E. 3.1

Die im Zeitpunkt des Urteils vom 14. Mai 2007 vorliegenden Arztberichte wurden dort zusammengefasst wie folgt dargestellt (Urk. 7/72 Erw. 3.1-3.7):

E. 3.2

Med. pract. B. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, nannte in seinem Bericht vom 16. Februar 2005 die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/16/5 lit. A):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 1. Ä Ä invalidisierende Gonarthrose rechts

- Status nach medialer Teilmeniskektomie, Knorpeldebridement am medialen Femur kondylus am 10. November 2003; rezidivierende, massive Kniegelenksergüsse

- chronischer, synovitischer Reizzustand beider Kniegelenke

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 2. Ä Ä beginnende Arthrose auch links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erwähnte med. pract. B. ____, einen Status nach Pleuropneumonie und Empyem rechts sowie eine Thoraxdrainage rechts vom Mai 2003.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit als Dachdecker sei vom 19. März bis 19. April 2004 sowie vom 25. Mai bis 27. Mai 2004 vollumfänglich eingeschränkt gewesen, während vom 4. Mai bis 10. Mai 2004 und vom 28. Mai 2004 bis heute eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe beziehungsweise bestehe (Urk. 7/16/5 lit. B).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit ab 5. Oktober 2004 für rund 10 bis 16 Stunden pro Woche arbeitsfähig (Bericht vom 27. Januar 2005; Urk. 7/16/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktuell beschränkten sich die therapeutischen Massnahmen auf eine Eindämmung/Kontrolle der invalidisierenden Symptome, des Schmerzes, der Entzündung sowie der rezidivierenden Kniegelenksergüsse. Über kurz oder lang werde ein totalprothetischer Gelenkersatz rechts kaum zu umgehen sein. Vor diesem Hintergrund sei jegliche Wiedereingliederung im Rahmen des angestammten Berufs (Dachdecker) unrealistisch. Die Verhaltensregeln, welche nach einer Versorgung mit einem Kunstgelenk zu beachten seien, könnten bei der angestammten Tätigkeit nicht eingehalten werden, so dass ein definitiver Gelenkersatz im Bezug auf die Verbesserung

der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf nichts bringe. In Anbetracht der Ausbildung, des Lebensalters und der über Jahre fortgeschrittenen Dekonditionierung des Beschwerdeführers sei auch eine Umschulung als zum Scheitern verurteilt (Urk. 7/16/6).

E. 3.3

Im Bericht vom 10. Juni 2005 diagnostizierte Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, eine beidseitige medizinische Gonarthrose, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirke (Urk. 7/18/1 lit. A). Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er keine (vgl. Urk. 7/18/1 lit. B). Dr. C.____ hielt ferner fest, dass der Beschwerdeführer in seiner letzten Tätigkeit als Dachdecker seit rund einem Jahr beziehungsweise ab sofort zu 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/18/1 lit. B; Urk. 8/18/4). Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 7/18/4).

E. 3.4

Im Bericht vom 3. Januar 2006 bezog sich med. pract. B.____ auf die ablehnenden Entscheide der Beschwerdegegnerin betreffend berufliche Massnahmen und betreffend Rente und hielt fest, dass der Beschwerdeführer seit September 2004 nie mehr als durchschnittlich zu 50 % arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 7/28/1). Die Arbeitsfähigkeit in diesem Umfang, welche durch die beidseitige Gonarthrose verursacht werde, könne nicht gesteigert werden. Es sei zu berücksichtigen, dass sowohl gemäss seiner Beurteilung als auch aufgrund derjenigen des Orthopäden an beiden Kniegelenken Abtätigungserscheinungen vorhanden seien, welche die Berufsausübung als Spengler nicht gewährleisten könnten. Aus diesen Gründen seien seiner Ansicht nach die Verfügungen zu revidieren (Urk. 7/28/1).

E. 3.5

Dr. C.____ hielt am 11. Mai 2006 zuhanden von med. pract. B.____ fest, dass sich an den Kniegelenken in der Zwischenzeit keine relevante Verschlechterung der Funktion und der Strukturen ergeben habe, so dass eine gewisse Hoffnung bestehe, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit doch noch eingesetzt werden könne. Im Moment leide der Beschwerdeführer mehr aufgrund des Rückens; es stelle sich diesbezüglich wahrscheinlich die Frage, inwieweit mit konservativen oder operativen Massnahmen noch eine Hilfe möglich sei (Urk. 7/39/1).

Dr. C.____ hielt am 10. Mai 2006 in der Krankengeschichte fest, dass der Beschwerdeführer im bisherigen Bereich aufgrund der Knieproblematik grundsätzlich mindestens zu 50 % arbeitsfähig sei. Es stehe aber eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der Rückenproblematik im Vordergrund, so dass diesbezüglich eine Prognoseformulierung durch einen entsprechenden Fachspezialisten anzufordern sei (Urk. 7/39/2).

E. 3.6

Im Bericht vom 30. Mai 2006 nannte Dr. D.____, Chiropraktor SCG/ECU, die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/44/5 lit. A):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

- lumboradikulares Reizsyndrom links bei Rezessusstenose L4/5 und L5/S1 links und Verdacht auf Kompression der Radices L5 und S1 links

- beidseitige Gonarthrose

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 8. Mai 2006 habe ein sehr ordentlicher Zustand festgestellt werden können. Im Moment sei auf eine operative Massnahme zu verzichten (Urk. 7/44/6 lit. D Ziff. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insgesamt beurteilte Dr. D.____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für leichtere Tätigkeiten mit Wechselbelastung als uneingeschränkt (100 %). Für eine schwere körperliche Tätigkeit mit Heben und Tragen von Lasten betrage die Arbeitsfähigkeit maximal 50 %; längerfristig sei diese aber eher abnehmend (Urk. 7/44/5 oben; Urk. 7/44/4).

E. 3.7

Im Bericht vom 14. November 2006 führte Dr. D.____ gegenüber Prof. Dr. med. E.____, Universitätsklinik F.____, aus, der Beschwerdeführer leide unter einem chronifizierten, lumboradioklären Reizsyndrom links bei Rezessusstenose L4/5 und L5/S1 links sowie bei Spinalkanalstenose L4/5 mit ausgedehnter Lipomatose (Urk. 7/61/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sensomotorische Ausfallerscheinungen lägen nicht vor. Es bestehe aber eine Therapieresistenz auf die konservativen Massnahmen und bildgebend Hinweise für eine Neurokompression auf Niveau L4/5 und L5/S1. Die konservativen Methoden seien ausgeschöpft, weshalb er ihm den Beschwerdeführer zur Prüfung eines dekompensativen Vorgehens überweise (Urk. 7/61/2).

E. 3.8

Dr. E.____ stellte anlässlich der Untersuchung vom 5. Dezember 2006 die folgenden Diagnosen (Urk. 7/61/3):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

- Lumboischialgie links bei hochgradiger Spinalkanalstenose L4/5 sowie L2/3 und L3/4 mit spinaler Lipomatose

- Status nach Diskushernienoperation links 1978

- Status nach Unterschenkelinfektion links 2001

- Nikotinabusus 40 p/y

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Bericht vom 8. Dezember 2006 hielt Dr. E.____ zusätzlich zu diesen Diagnosen fest, dass die Beschwerden nicht ganz typisch für eine Spinalkanalstenosierung seien. Die Veränderungen seien allerdings sehr ausgeprägt und die konservativen Behandlungsmassnahmen erschöpft. Von einem Fortführen dieser Massnahmen erwarte er keine substantielle Verbesserung. Er habe mit dem Beschwerdeführer eine operative Dekompression (L2 bis S1) besprochen. Bevor die Operation definitiv geplant werde, sei aber noch eine neurophysiologische Untersuchung durchzuführen (Urk. 7/61/4).

E. 3.9

Gestützt auf diese Berichte gelangte das hiesige Gericht zum Schluss, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bislang nicht im Sinne einer Gesamtbeurteilung, das heisst unter gleichzeitiger Berücksichtigung der Knie- und Rückenproblematik, fachärztlich abgeklärt worden sei. Die vorliegenden

Abklärungen seien unzulänglich, weshalb die Sache an die Vorinstanz zurückschickung wurde, damit diese den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit sowohl unter Berücksichtigung der Knie- als auch der Rückenproblematik fachärztlich beurteilen lasse (Urk. 7/72 Erw. 4.2, 4.4).

E. 4.1

In Umsetzung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 14. Mai 2007 veranlasste die Beschwerdegegnerin die Begutachtung des Beschwerdeführers durch Frau Dr. A. ____ (Urk. 7/74), welche am 29. September 2007 ihr Gutachten (Urk. 7/75) erstattete. Nach Durchführung einer internistischen, rheumatologischen und neurologischen Untersuchung (Urk. 7/75/36) gelangte die Gutachterin unter Berücksichtigung der Akten und der Anamnese (Urk. 7/75/6 ff.) zu folgender Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/75/37):

- Gonarthrose beidseits seit Jahren
- rechts mittelschwere Varusgonarthrose bei Status nach Arthroskopie am 19.11.2003
- links schwere Varusgonarthrose (aktiviert am 20.09.2007)
- Lumbovertebralsyndrom ohne radikuläre Zeichen bei
- Status nach Operation einer lumbalen Spinalkanalstenose L2-S1 mit Dekompression L2-S1 über interlaminärer Fensterung L2/3, L3/4, L4/5 und L5/S1 am 15.02.2007
- bei Status nach Operation einer lumbalen Diskushernie L5/S1 mit radikulären Ausfällen 1978

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie (Urk. 7/75/37):

- Nikotinabusus
- arterielle Hypertonie ohne medikamentöse Behandlung
- Hypercholesterinämie ohne medikamentöse Behandlung
- erhöhte yGT und Hyperurikämie unklarer Aetiologie bei normalem CDT
- Status nach Weichteilinfektion mit prätibialen Abszess links mit Abszessinzision am 22. April 2001 und Thiersch-Operation am 15. Mai 2001
- Status nach Pleuropneumonie mit Empyem 05/2003
- Status nach lateraler Malleofraktur links

Der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben immer Rückenschmerzen, mehr als vor der lumbalen Operation im Februar 2007. Dagegen seien die in die Beine ausstrahlenden Schmerzen durch die Operation verringert worden. Beim Sitzen habe er Schmerzen und könne nur zehn Minuten lang sitzen. Am besten gehe es ihm, wenn er den ganzen Tag gehen könne. Sein Hauptproblem seien die jetzt zunehmenden Schmerzen in den Knien. Bei gutem Wetter habe er viel weniger Beschwerden. Er habe ein Haus in Thailand; wenn er dort sei, gehe es ihm immer sehr gut. Er habe dort nie Rückenschmerzen (Urk. 7/75/35).

Er gehe täglich mehrmals eine halbe bis eine ganze Stunde mit dem Hund spazieren. Manchmal fahre er Velo, er könne auch Auto fahren. Am Vortag der Untersuchung sei er um 7 Uhr 30 aufgestanden und habe geputzt und Sandwiches für das Restaurant

zubereitet. Nach der bis 11 Uhr dauernden Zimmerstunde habe er Mittagessen für das ganze Personal und für das Restaurant gekocht und danach abgewaschen. Er sei der Einzige, der im Restaurant koche. Am Nachmittag habe er den Umschwung und Garten besorgt und sei später mit dem Hund spazieren gegangen. Manchmal schneide er Metalle zu und repariere Möbel. Er kaufe auch für das Restaurant ein und mache die notwendigen Bestellungen. Am Abend koche er wieder und wasche die Pfannen ab. Er räume Geschirr in die Maschine ein und wieder aus. Wenn es Gäste habe, schliesse er das Restaurant um 1 Uhr, ansonsten gegen 23 Uhr (Urk. 7/75/35).

Dr. A. ___ hielt fest, dass der Beschwerdeführer eine körperlich sehr stark belastende Tätigkeit wie diejenige eines Dachdeckers/Spenglers wegen seinen Knie- und Rückenbeschwerden nicht mehr ausüben könne. Eine angepasste Tätigkeit könne er dagegen weiterhin mit normaler Leistungsfähigkeit ganztags ausüben. Er betreibe seit Jahren sein Restaurant, welches pro Woche während 77.5 Stunden geöffnet sei. Diese Tätigkeit sei für ihn sehr geeignet. Die Prognose hänge von der Entwicklung seiner Risikofaktoren (nicht behandelte arterielle Hypertonie, Hypercholesterin und massiver Nikotinabusus) ab. Trotz seines hohen BMI sei der Beschwerdeführer nicht stark übergewichtig, sondern habe vielmehr eine aussergewöhnliche Muskelmasse von 50 % (Urk. 7/75/37 f.).

Als Wirt sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Hinsichtlich anderer Tätigkeiten seien diejenigen günstig, die einem leichten bis mittelschweren Belastungsniveau entsprechen. Er benötige gelegentliche Positionswechsel. Häufige Arbeiten über Kopfhöhe oder längeres Verharren in vorgebeugter Haltung seien zu vermeiden. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/75/39).

E. 4.2

Dr. med. G. ___, Oberarzt an der Klinik für Orthopädische Chirurgie am Kantonsspital Winterthur, diagnostizierte mit Bericht vom 26. Oktober 2007 (Urk. 7/88/7) eine beginnende mediale Gonarthrose links mit Knorpelulcus am medialen Tibiaplateau links und einen Status nach Kniegelenks-Arthroskopie und Teilmeniskektomie rechts vor einigen Jahren. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe ab dem Datum der nächsten Konsultation eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 7/88/ f.).

Am 7. März 2008 ergänzte Dr. G. ___ seine Diagnose wie folgt (Urk. 7/91):

- Varusgonarthrose beidseits
- Status nach Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie rechts vor einigen Jahren auswärts
- Status nach Kniegelenksarthroskopie und Teilmeniskektomie und Microfracturing links am 25. Oktober 2007
- Status nach Dekompensationsoperation einer lumbalen Spinalkanalstenose 2007

Der Beschwerdeführer habe am 24. August 2007 wegen seit zwei Wochen bestehenden ausgeprägten Knieschmerzen mit rezidivierenden Kniegelenksschwellungen notfallmässig die Rheumatologie im Hause aufgesucht. Zur Zeit sei das rechte Knie beschwerdefrei. Im linken Knie handle es sich um wechselhafte, belastungsabhängige Schmerzen wie auch Ruheschmerzen. Der postoperative Befund vom 3. Dezember 2007

habe links einen deutlichen Kniegelenkserguss und eine Druckdolenz am Patellaunterpol ergeben. Die Flexion und Extension sei schmerzfrei. Bei Varus- oder Valgusstress entst nden keine vermehrte Schmerzen. Insgesamt handle es sich bei der Arthrose um ein progredientes Leiden. Mit geeigneten Massnahmen könne eine schmerzfreie Mobilisation im Alltag jedoch noch für längere Zeit erhalten bleiben; grössere Belastungen seien jedoch auf jeden Fall zu vermeiden (Urk. 7/91).

Sechs Monate nach der Gelenksarthroskopie sei es zu einer leichten Besserung der Beschwerden gekommen, es persistierten jedoch noch belastungsabhängige Schmerzen, die auch wetterabhängig seien. Körperlich schwere Arbeiten führe der Beschwerdeführer nicht mehr aus. Insgesamt liege ein regelrechter Verlauf mit noch m ssigen Restbeschwerden vor. Neu aufgetreten seien zudem inguinale Schmerzen rechts mit verminderter Innenrotation, wahrscheinlich bei beginnender Coxarthrose rechts. Insgesamt komme der Beschwerdeführer mittels Anpassung seiner körperlichen Aktivitäten noch gut zurecht. An der Arbeitsfähigkeit habe sich durch die Operation nichts geändert (Bericht vom 8. April 2008; Urk. 7/92).

E. 4.3

Dr. D.____ führte mit Bericht vom 23. Dezember 2008 (Urk. 3) aus, es liege seit Anfang 2006 eine zunehmende Lumboischialgie links vor. Bildgebend werde eine hochgradige Spinalkanalstenose lumbal festgestellt. Trotz mehrfachen infiltrativen Massnahmen sei schliesslich am 15. Februar 2007 eine Dekompression L2 bis S1 durchgeführt worden. Nach protrahiertem Verlauf habe sich der Zustand schliesslich verbessert. Ab Frühsommer 2007 hätten die Kniebeschwerden beidseits zugenommen. Im Anschluss an die Arthroskopie links vom Oktober 2007 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers gebessert und dieser sei mit dem postoperativen Resultat zufrieden gewesen. Ende Mai 2008 habe er einen heftigen Sturz mit dem Fahrrad erlitten und es sei zu einer HWS-Kontusion/Distorsion mit einem monoradikul ren C5-Reizsyndrom gekommen. Bildgebend habe man eine mehretagige Foramenstenosierung bei schweren degenerativen Schäden festgestellt. Unter Behandlung sei es zur vollständigen Remission der unfallbedingten Beschwerden gekommen. Ende September 2008 seien zunehmende, zum Teil invalidisierende Beschwerden in der rechten Hüfte aufgetreten. Bildgebend habe sich eine Femurkopfnekrose rechts bestätigt (Urk. 3 S. 1 f.).

Eine körperlich schwere Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar. In seiner aktuellen Tätigkeit als Wirt sei er wegen der bestehenden Diagnosen beim Heben und Tragen von Getr nkeharassen oder bei Reinigungsarbeiten behindert. Auch das lange Stehen am gleichen Ort sowie das Gehen kurzer Strecken über lange Arbeitstage werde ihm wegen der H ftgelenksbeschwerden Mühe bereiten. Diese Einschränkung bestehe im Umfang von 35 % (Urk. 3 S. 2).

E. 5.1

Der Beschwerdeführer stützt sich zur Begründung seiner Beschwerde auch auf Arztberichte, die vor dem Gutachten von Dr. A.____ vom 29. September 2007 ergingen (vgl. Urk. 1 S. 5 ff.). Dem kann nicht gefolgt werden, wurde doch mit Entscheid des hiesigen Gerichts vom 14. Mai 2007 gerade festgestellt, dass diese Arztberichte zur Beurteilung der Frage der Arbeitsfähigkeit nicht ausreichend seien.

E. 5.2

Aufgrund der medizinischen Aktenlage ist erstellt und im Äußerigen unbestritten, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Dachdecker und -spengler nicht mehr arbeitsfähig ist (vgl. Urk. 2 S. 3). Streitig und zu präzisieren ist seine Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, dies unter Berücksichtigung sämtlicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen.

E. 5.3

Dr. A. ___ erhob am 20. September 2007 einen internistischen, neurologischen und rheumatologischen Befund. Letzterer ergab weitgehend normale Verhältnisse (vgl. Urk. 7/75/36). Bei degenerativen Erkrankungen lässt sich jedoch oft erst bei länger dauernder Belastung - wie zum Beispiel im Rahmen einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit - das volle Ausmass der Einschränkungen feststellen, weshalb die Befunderhebung vermehrt den Charakter einer Momentaufnahme hat. Der Beschwerdeführer musste sich denn auch wegen immer wieder einschliessenden Schmerzen und Reizergüssen am 25. Oktober 2007 - einen Monat nach der Begutachtung durch Dr. A. ___ - einer weiteren Knieoperation unterziehen (vgl. Urk. 7/88/7), womit zumindest der anlässlich der Begutachtung erhobene Kniebefund (vgl. Urk. 7/75/36) als fragwürdig erscheint. Kommt hinzu, dass Dr. A. ___ zwar ein aktuelles MRI der Knie (vom 24. August 2007; vgl. Urk. 7/64/14), nicht aber der ebenfalls zu untersuchenden LWS vorlag; ein solches wurde nach Lage der Akten letztmals am 3. November 2006 durchgeführt (vgl. Urk. 7/61/4). Darüber hinaus wurden die behandelnden Ärzte von Dr. A. ___ nicht konsultiert.

Insbesondere ist aber aus folgenden Gründen die Vollständigkeit des Gutachtens von Dr. A. ___ fraglich: Dr. G. ___ berichtete am 8. April 2008 von neu aufgetretenen Schmerzen in der rechten Hüfte bei wahrscheinlich beginnender Coxarthrose (vgl. Urk. 7/92). Auch Dr. D. ___ stellte fest, dass Ende September 2008 zunehmende, zum Teil invalidisierende Beschwerden in der rechten Hüfte aufgetreten seien. Bildgebend habe sich eine Femurkopfnekrose bestärkt. Dr. D. ___ wies darauf hin, dass dem Beschwerdeführer das lange Stehen am gleichen Ort sowie das Gehen kurzer Strecken während langer Arbeitstage wegen der Hüftgelenke Mühe bereiten werde, was eine Einschränkung von 35 % bewirke (Bericht vom 23. Dezember 2008; Urk. 3).

5.4.4.4 In Anbetracht dieser Hinweise und der degenerativen, fortschreitenden Natur der Erkrankung des Beschwerdeführers kann nicht ausgeschlossen werden, dass zwischen der Erstattung des Gutachtens von Dr. A. ___ vom 29. September 2007 und der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2008 eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers eingetreten ist. Mit anderen Worten war dessen Gesundheitszustand und damit auch seine Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit im massgeblichen Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 26. November 2008 zu wenig abgeklärt. In diesem Licht sind auch die Angaben des Beschwerdeführers über seinen Tagesablauf (vgl. Urk. 7/75/35) zu würdigen, erfolgten diese doch mehr als ein Jahr vor dem Erlass der angefochtenen Verfügung. Zudem ersetzen eigene Schilderungen des Patienten die ärztliche Beurteilung nicht: Es ist Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4).

Unter diesen Umständen vermag das Gutachten von Dr. A.____ den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht mangels Vollständigkeit nicht zu entsprechen. Es fehlt somit weiterhin an einer Gesamtbeurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und damit an der Grundlage für einen Entscheid.

6. Â Â Â Â Â Â

6.1 Â Â Â Â Â Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (Â§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

6.2 Â Â Â Â Â Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie im Sinne der Erwägungen und unter Einholung eines Arztberichtes, der unter Berücksichtigung der Knie-, Rücken- und Hüftbeschwerden und allenfalls nach Durchführung von geeigneten Belastungstests Aufschluss über die Restarbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers zu geben vermag, den Sachverhalt neu beurteilt und über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfährt.

7. Â Â Â Â Â Â

7.1 Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Zurückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfertigung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (Â§ 34 Abs. 3 GSVGer) und beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- auf Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen.

7.2 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 auf Fr. 700.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfertigung vom 26. November 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

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

- Rechtsanwalt Ronald Jenal

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

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

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

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