

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01079 vom 29. Dezember 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-12-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01079 du 29 décembre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01079 del 29 dicembre 2011

Erwägungen

E. 2

Â Â Â Â Â Gegen die VerfÄ¼gung der IV-Stelle liess der Versicherte am 5. November 2009 Beschwerde (Urk. 1) erheben und beantragen, es sei die VerfÄ¼gung vom 7. Oktober 2009 aufzuheben und die IV-Stelle zur Erbringung der gesetzlich geschuldeten Leistungen zu verpflichten. Eventualiter sei eine zweite Begutachtung vorzunehmen und PD Dr. B.____, Schweizer WirbelsÄ¼ulen- und RÄ¼ckenmarkzentrum, Nottwil, als Gutachter zu bestellen.

Â Â Â Â Â Die IV-Stelle schloss in ihrer Vernehmlassung vom 24. November 2009 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde.

Â Â Â Â Â Auf die AusfÄ¼hrungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit fÄ¼r die Entscheidungsfindung erforderlich, in den ErwÄ¼gungen einzugehen.

3.Â Â Â Â Â Mit heutigem Datum ergeht auch das Urteil im unfallversicherungsrechtlichen Parallelfall UV.2010.00049.

Das Gericht zieht in ErwÄ¼gung:

1.Â Â Â Â Â

1.1Â Â Â Â Â InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes Ä¼ber die Invalidenversicherung, IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄ¼higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigung zu berÄ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÄ¼higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2Â Â Â Â Â Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.3Â Â Â Â Â Ä¼ndert sich der InvaliditÄ¼tsgrad einer RentenbezÄ¼gerin oder eines RentenbezÄ¼gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin

für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar.

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.6 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende

Person sie präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

2.1 Ä Ä Ä Ä Die IV-Stelle begründete die Aufhebung der Rente damit, gestützt auf das Gutachten von Dr. A. ___ habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers spätestens seit Januar 2009 verbessert. Die Ausübung der früheren Erwerbstätigkeit als Inhaber eines Orthopädieunternehmens sei ihm wieder vollzeitig zumutbar, ohne dass invaliditätsbedingt eine Erwerbseinbusse entstehen würde. Damit falle der Rentenanspruch der Invalidenversicherung weg.

2.2 Ä Ä Ä Ä Dem hält der Beschwerdeführer entgegen, die angefochtene Verfügung stütze sich ausschliesslich auf das Gutachten von Dr. A. ___. Dieses sei mangelhaft und äusserst oberflächlich und es würden Pauschalurteile gefällt, ohne dass detaillierte und vertiefte Abklärungen vorgenommen worden seien. Darüber hinaus sei Dr. A. ___ dem Beschwerdeführer gegenüber aufgrund seiner früheren Tätigkeit feindlich gestimmt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Insofern als der Beschwerdeführer eine Befangenheit im Sinne eines formellen Ausstandsgrunds (Art. 36 Abs. 1 ATSG; vgl. BGE 132 V 93 E. 6.5), geltend machen will, ist dies nicht genügend substantiiert. Darüber hinaus hätte ein solcher Ausstandsgrund bereits bei der Gutachtensanordnung vorgebracht werden müssen, was vorliegend nicht geschehen ist.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Ä Ä Ä Ä Nachdem der Beschwerdeführer seit 1994 an einer lumbalen Diskushernie mit rezidivierenden Lumboischialgien und radikulären Zeichen rechts gelitten hatte, unterzog er sich am 1. Oktober 1998 einer lumbalen Spondylodese (vgl. Darstellung der Vorgeschichte in Urk. 8/38, S. 4 f.). Danach habe er innert kürzester Zeit wieder seine volle Berufstätigkeit aufgenommen.

4.2 Ä Ä Ä Ä Gemäss Unfallmeldung vom 23. Mai 2001 (Urk. 8/16/1) rutschte der Beschwerdeführer am 17. Mai 2001 beim Verlassen seines Fabrikationsbetriebs auf einer Aussentreppe aus und fiel mit der lumbalen Wirbelsäule auf die Treppenkante. Ab dem 17. August 2001 nahm er seine Arbeit wieder zu 50 % auf. Aufgrund progredienter Schmerzen wurde er jedoch ab 1. Januar 2002 erneut zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/12).

4.3 Ä Ä Ä Ä Am 6. November 2001 führte Dr. C. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, der die Spondylodese vom 1. Oktober 1998 vorgenommen hatte, auf Veranlassung der ELVIA eine Begutachtung durch und erstattete am 30. November 2001 Bericht (Urk. 8/16/26 ff.). Diagnostisch schloss er auf eine Knie- und LWS-Distorsion sowie auf eine lumbosacrale Übergangsstörung. Als Vorzustand benannte er eine Patellafraktur 1978, eine Meniskusteilentfernung 1996 sowie eine Spondylodese L4/5 am 1. Oktober 1998. Bezüglich der Spondylodese äusserte er den Verdacht auf eine Implantatlockerung.

4.3.4 Zur Klärung der Frage, ob tatsächlich Unfallfolgen vorliegen, empfahl er für das Knie wie auch für die Lendenwirbelsäule eine invasive Exploration.

4.4.4 Ab dem 1. Januar 2002 verstärkten sich die Rückenschmerzen derart, dass dem Beschwerdeführer erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Aufgrund dieser Schmerzzunahme stellte sich der Beschwerdeführer bei PD Dr. med. D. ____, CA Neurochirurgie, im Herz- und Neurozentrum Bodensee, vor zur Abklärung der Frage, ob eine Instabilität des Implantates vorliege. Nach einer Untersuchung vom 6. Februar 2002 und einer Computertomographie vom 21. Februar 2002 (Urk. 8/16/24) berichtete Dr. D. ____ am 15. März 2002 (Urk. 8/16/21 ff.), es lasse sich kein Nachweis einer Schraubenlockerung finden. Eine knöcherner Fusion der beiden Wirbelkörper lasse sich nicht nachweisen, die Knochenappositionen von der Grundplatte von LWK 5 reichten zwar wohl in den Hohlraum des Peek-Cages hinein, seien jedoch nicht durchgewachsen und nicht mit der Deckplatte von SWK 1 verbunden. Es finde sich auch keine knöcherner Durchbauung im Bereich der Wirbelgelenke. Eine nennenswerte dorsale Knochenanlagerung sein ebenfalls nicht erfolgt. Zusammenfassend ergebe sich kein harter Befund, der für eine Instabilität des Segmentes spreche, die Durchbauung sei jedoch nicht nachgewiesen.

4.4.5 Nach einer erneuten Besprechung der Computertomographien mit dem Beschwerdeführer am 22. April 2002 berichtete Dr. D. ____ gleichentags (Urk. 8/16/20), man habe gemeinsam erarbeiten können, dass die unteren beiden Schrauben-Stab-Verbindungen keinerlei Spaltbildung aufwiesen, wohingegen sich in der oberen Verbindung zwischen Schraube und Stab in beiden Rekonstruktionen eindeutig ein weichteildichter Saum zwischen der Tulpe und dem Stab zeige, so dass man von einer Lockerung in dieser Schraube-Stab-Verbindung ausgehen müsse. Zwar habe er dem Beschwerdeführer demonstrieren können, dass die Peek-Cages fest bindegewebig eingehilt, jedoch - ebenso wie die Gelenke - nicht knöchern durchbaut seien. Somit müsse von einer pseudarthrotisch stabilen, aber nicht völlig knöchern durchbauten Spondylodese ausgegangen werden. Da der linke Stab eindeutig das Gelenk LWK 3/4 von kaudal her arrodieren, könne ein Teilschmerz daher kommen. Er empfahl daraufhin eine erneute Operation.

4.5.4 Am 4. März 2002 beauftragte die Allianz Dr. med. E. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, mit einer medizinischen Beurteilung. Dabei machte sie diesen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass es dabei lediglich um die Beurteilung der Knieverletzung rechts gehe. Dennoch findet sich im Bericht von Dr. E. ____ vom 30. April 2002 (Urk. 8/16/12 ff.) auch eine Beurteilung der Lendenwirbelsäule. Beschrieben wurde eine massivste Druckdolenz, ein positiver Lasègue, rechts ab 50°, links ab 60°. Der Finger-Bodenabstand habe 50 cm betragen. Beim Versuch, einen Schütteltest an der Wirbelsäule durchzuführen, seien heftigste Schmerzen aufgetreten. Er diagnostizierte eine Implantatlockerung bei Status nach Spondylodese L5/S1 bei traumatisierter, straffer Pseudarthrose. An der Lendenwirbelsäule habe eine richtunggebende Verschlimmerung stattgefunden. Bezüglich des Knies hielt er fest, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen bestärkt werden könnten.

4.6.4 Am 30. Mai 2002 beantwortete Dr. D. ____ der Allianz diverse Fragen (Urk. 8/16/10 f.). Dabei hielt er erneut fest, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig sei. Gleichzeitig erwähnte er auch, eine Ursache der Beschwerden

können er nach den ihm vorliegenden Informationen nicht mit genügender Wahrscheinlichkeit annehmen. Der Umstand, dass der Beschwerdeführer nach der Operation 1998 während dreieinhalb Jahren ohne Probleme voll gearbeitet habe, lasse jedoch darauf schliessen, dass die bereits zum damaligen Zeitpunkt vorhandene straffe Pseudarthrose keine Beschwerden verursacht habe. Erst seit dem Sturz komme es zu den bekannten Beschwerden, die völlig glaubhaft seien.

4.7 Am 6. Mai 2003 führte Dr. D. beim Beschwerdeführer eine Re-Spondylodese mit Beckenkamm und neuem Fixateur interne durch (Operationsbericht, Urk. 8/26/3 f.). Anlässlich der Operation zeigte sich im unteren Teil des Fixateur interne eine völlig reizlose Einheilung, rundum die beiden oberen Schraubenköpfe jedoch eine massive schwärzliche Verfärbung des Gewebes im Sinne einer Metallose, ein Zeichen des hier vorhandenen Materialabriebs. Bei der Entfernung von Schraubenmuttern und Stäben beidseits habe sich gezeigt, dass auch die Schrauben in LWK4 und LWK5 leicht zu drehen gewesen seien, so dass der Operateur von einer Lockerung ausging.

4.8 Am 19. August 2003 berichtete der Beschwerdeführer gegenüber dem Schadeninspektor der Allianz (Bericht vom 21. August 2003, Urk. 8/30/3 ff.), das Implantat habe sich seines Erachtens bereits wieder gelöst, er habe metallische Geräusche beim Gehen und bei Bewegungen. Die Heberparese beim rechten Bein sei schlimmer geworden, es bestehe grosse Stolpergefahr. Der Po-Muskel links habe sich verhärtet, er könne dadurch nicht mehr richtig und lange sitzen. Er befinde sich jedoch in keiner medizinischen Behandlung und es erfolgten auch keine Therapien. Seit der zweiten Operation habe sich alles noch verschlechtert, er könne weder richtig gehen noch sitzen. Liegen gehe einigermassen, aber auch nur, weil er sich ein Spezialbett zugelegt habe. Aufgrund des falschen Gangs begännen nun auch Probleme mit der Hüfte. Darüber hinaus habe er familiäre und psychische Probleme. Nach der Operation habe er während Monaten eine Wundheilungsstörung gehabt.

Seine geschäftlichen Aktivitäten habe er per 30. Juni 2003 aufgegeben.

4.9 Von der ambulanten Nachkontrolle vom 10. September 2003 berichtete Dr. D. am 4. Oktober 2003 (Urk. 8/32). Der Beschwerdeführer befinde sich in einem guten Allgemeinzustand, die Wunde sei trocken, aber noch gerötet. Die LWS sei relativ steilgestellt und muskulär verspannt. Fersen- und Zehengang seien nur unter Mühe und vor allem mit linksseitigen Schmerzen möglich. Der Hauptschmerz projiziere sich auf den hinteren Beckenkamm im Bereich der Knochen-Entnahmestelle. Im Bereich des Fixateurs bestehe kein Druckschmerz. In den Kontroll-Röntgenaufnahmen fänden sich in den Funktionsaufnahmen keine Hinweise für ein pathologisches Wirbelgleiten und die Materiallage sei regelrecht. Im Computertomogramm zeige sich im Knochenfenster ein beginnender Durchbau im Bereich der kleinen Wirbelgelenke. Es handle sich um einen regelrechten Verlauf, die noch bestehenden Schmerzen seien der Beckenkamm-Entnahmestelle zuzuordnen, was leider manchmal ein längerwährendes Problem sei. Schwere körperliche Tätigkeiten müssten sicher noch während eines Vierteljahrs vermieden werden. Mit einer weiteren Besserung der Beschwerden von Seiten der Wirbelsäule sei zu rechnen. Ob und wie weit jedoch wieder eine Arbeitsfähigkeit erreicht werden könne, bleibe abzuwarten. Er empfehle eine abschliessende Begutachtung ein Jahr postoperativ.

Â Â Â Â Â Â Â Â Zum Untersuchungszeitpunkt sei eine Tätigkeitsanpassung angemessen, die wechselnde Arbeitsstellungen erlaube und wo das Heben schwerer Gegenstände strikt vermieden werden könne.

Â Â Â Â Â Â Â Â Nach Abschluss der körperlichen Heilung, die etwa sechs bis sieben Monate in Anspruch nehmen, könne möglicherweise eine Verbesserung des Allgemeinzustands und auch der Arbeitsfähigkeit erreicht werden durch eine intensive stationäre Rehabilitation. Dort könne auch das genaue Mass einer noch möglichen Arbeitsbelastung festgelegt werden.

4.10 Â Â Am 6. Februar 2004 gab die Allianz ein Gutachten bei Dr. M. ___ in Auftrag, welches dieser am 14. Juni 2004 erstattete (Urk. 8/38/4 ff.). Der Gutachter kam darin zum Schluss, dass die ehemalige Tätigkeit, insbesondere in der Eigenschaft als technischer Operationsassistent, aus diversen Gründen nicht mehr zumutbar sei. Eine rückenadaptierte, wechselnd belastende Administrativtätigkeit sei dem Beschwerdeführer jedoch in der Grössenordnung von zwei Dritteln eines Normalpensums zumutbar. Mangels radiologisch feststellbarer Unfallfolgen seien die posttraumatischen Beschwerden des Beschwerdeführers als nicht dokumentierbare Weichteilfolgen interpretiert worden, die erfahrungsgemäss im Lauf der Zeit innerhalb von Tagen bis Monaten, längstens jedoch innerhalb von einem bis zwei Jahren abheilen.

4.11 Â Â Am 19. Oktober 2005 gab die Allianz ein Gutachten beim F. ___ in Auftrag, welches am 12. September 2006 erstattet wurde (Urk. 8/80/2 ff.). Darin kamen die Gutachter zum Schluss, vor dem Unfall habe im Operationsbereich eine straffe Pseudarthrosensituation vorgelegen, diese sei aber weitgehend asymptomatisch gewesen. Durch das Unfallereignis sei diese traumatisiert und dadurch symptomatisch geworden.

Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Operationsinstruktor betrage 100 %, eine Möglichkeit zur Verlagerung der beruflichen Tätigkeit auf andere Arbeiten wurde nicht gesehen, zuerst sei der vorgeschlagene Revisionseingriff vorzunehmen und das entsprechende Ergebnis abzuwarten.

4.12 Â Â Am 24. Oktober 2008 (Urk. 8/86/46 ff.) erstattete Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, auf Veranlassung der Allianz ein Aktengutachten bezüglich der Zumutbarkeit einer Reoperation zur Beseitigung der geklagten Instabilität. Er erachtete diese als gegeben und prognostizierte bei einem unkomplizierten Verlauf eine Behandlungsdauer von etwa sechs Monaten.

4.13 Â Â Das durch die IV-Stelle veranlasste Gutachten von Dr. A. ___ datiert vom 7. Juli 2009 und basiert auf Untersuchungen und Befragungen des Beschwerdeführers am 5. und 15. Mai sowie am 23. Juni 2009 (Urk. 8/96). Dem Beschwerdeführer wurde die Möglichkeit eingeräumt, Zusatzfragen zu stellen, wovon er Gebrauch machte (Urk. 8/88/3). Das Gutachten schliesst Röntgenaufnahmen vom 5. Mai 2009 sowie ein an der Universitätsklinik H. ___ durchgeführtes Computertomogramm der Lendenwirbelsäule vom 12. Mai 2009 (vgl. S. 11 f. des Gutachtens) ein. Weiter wurde am 5. Juni 2009 von Dr. med. J. ___, Fachärztin FMH für Neurologie, I. ___, eine neurologische Zusatzuntersuchung durchgeführt (Urk. 8/95 ff.).

Â Â Â Â Â Â Â Â Folgende Diagnosen wurden erhoben:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M51.1) bei Status nach Spondylodese L5/S1 1998 und Status nach Respondylodese 5/2003

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Residualzustand nach Peroneus communis-DrucklÄrsion am Capitulum fibulae rechts (ICD-10 G64)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Leichtgradige sensomotorische axonale und demyelinisierende Polyneuropathie bei Diabetes mellitus

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Pangonarthrose rechts medial betont (ICD-10 M17.9) bei Status nach Patellafraktur 1978 und Status nach TME medial 1996

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Verdacht auf Arteriosklerose

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - Beschreibung einer GefÄrsklerose im CT der LWS

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä - VaskulÄre Risikofaktoren: Nikotin, Diabetes mellitus

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A. ___ gab an, dass die vom BeschwerdefÄhrer zum Untersuchungszeitpunkt immer noch angegebenen InstabilitÄtsbeschwerden lumbal kein anatomisches Korrelat mehr hÄtten, das CT der LWS zeige einen unauffÄlligen Befund im Bereich der Spondylodese L5/S1 mit breitem Durchbau und intakten und festen Implantaten. FÄr die subjektiven Beschwerden fÄnden sich weder radikulÄre AusÄlle noch radiologisch objektivierbare Befunde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der erhobenen Befunde erachtete Dr. A. ___ den BeschwerdefÄhrer fÄr sÄmtliche leichten, teils sitzenden/teils stehenden TÄtigkeiten als zu 100 % arbeitsÄhig. In seiner angestammten TÄtigkeit als Operationsinstruktor sei der BeschwerdefÄhrer ebenfalls zu 100 % arbeitsÄhig. Die TÄtigkeit als Operationsinstruktor sei eine wechselbelastende TÄtigkeit mit der MÄglichkeit, zwischendurch abzusetzen. Bei HÄftoperationen werde in der Regel sitzend operiert; bei Knieprothesen nicht, aber der Operationsinstruktor mÄsse nicht zwingend die ganze Zeit daneben stehen, sondern habe auch die MÄglichkeit, sich hinzusetzen und die wichtigen Schritte mit dem Laserpointer zu zeigen. Die SchÄtzung der ArbeitsÄhigkeit habe seit dem 1. Januar 2009 Geltung.

4.14Ä Ä In der Folge liess sich der BeschwerdefÄhrer von Dr. med. K. ___, Facharzt FMH OrthopÄdische Chirurgie, Zentrum fÄr WirbelsÄulenleiden Spital L. ___, untersuchen. Mit Datum vom 30. Juni 2009 verfasste dieser eine Beurteilung und kam darin zum Schluss, dass aufgrund der Gesamtsituation die Beschwerden, welche der BeschwerdefÄhrer angebe, plausibel und nachvollziehbar seien und eine Revisionsoperation, wie sie vorgeschlagen worden sei, nichts bringen wÄrde (Urk. 8/102 = Urk. 3/5). Einem weiteren, am 2. September 2009 datierten Bericht (Urk. 8/102 S. 5 ff. = Urk. 3/4) ist zu entnehmen, dass der BeschwerdefÄhrer nach wie vor zu 100 % arbeitsunÄhig und der Endzustand noch nicht erreicht sei. GestÄtzt auf eine TK-Fluoro-PET-Untersuchung vom 12. Juni 2009 im Rahmen einer WirbelsÄulenstudie in Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizin des UniversitÄtsspitals N. ___ diagnostizierte er aktivierte Facettengelenksarthrosen L3/L4, L4/L5, linksbetont, eine aktivierte Arthrose L4/L5 rechts, einen Aktivierungsherd um die Schraube L4 rechts, eine interkorporelle Äberlastungssituation L4 bei ventralem Äberhang und grossem Patienten, eine ISG-Arthrose beidseits, eine linksventrale Anreicherung von Acetabulum bei Coxarthrose

arbeitsfähig sei.

6.1 Damals besuchte er Ärzte und Kliniken und arbeitete fast täglich in Operationssälen als Orthopädie-Operations-Techniker (Urk. 8/86/13). Die Kunden (Spitäler) hätten angerufen und Implantate auf ein bestimmtes Datum oder bei Notfällen sofort bestellt. Der Beschwerdeführer habe die Instrumente und Implantate im Voraus im Spital angeliefert, damit diese dort sterilisiert und vorbereitet werden konnten. Je nach Operation seien die in einer Box enthaltenen Teile (er habe die gesamte Infrastruktur inkl. Schrauben etc. geliefert) bis zu 50 kg schwer gewesen. Während der Operation sei er als Operationsinstructor dem operierenden Arzt zur Seite gestanden zwecks Instruktion zur richtigen Einsetzung der Implantate; die Operationen hätten mehrere Stunden gedauert. Nach Operationsabschluss seien die Instrumente wieder sterilisiert und danach an den Beschwerdeführer zurückgegeben worden, der sie wieder zurücktransportiert habe. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe er mit dem Pikettdienst bis zu 70 Stunden pro Woche gearbeitet (Urk. 8/16/5). Diese konkrete Situation hat der Gutachter Dr. A. zu wenig gewürdigt.

6.2 Die Frage, ob es sich bei der ursprünglichen Tätigkeit um eine leidensangepasste Tätigkeit handelt, kann indes offen bleiben, wie im Folgenden zu zeigen sein wird.

E. 6

6.1 Nachdem dem Gutachten von Dr. A. zufolge der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer und technischer Operationsinstructor wie auch in jeglicher kaufmännischen Verweistätigkeit wieder als vollumfänglich arbeitsfähig erachtet wurde, hat es die IV-Stelle unterlassen, Überlegungen zur Erwerbssituation anzustellen.

6.2 Bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache stellte man diesbezüglich fest, dass der Beschwerdeführer in seiner vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Tätigkeit fachlich hochspezialisiert war, er jedoch keine Erfahrung mit Mitarbeiterführung habe und daher eine Anstellung bei einer bestehenden Firma beispielsweise als Manager unrealistisch sei (vgl. Urk. 8/59/4). Daher resultiere bei jeglicher Aufnahme einer berufs- oder funktionsfremden Verweistätigkeit, mit welchem Pensum auch immer, eine Rente, da der Beschwerdeführer in seiner eigenen Unternehmung ein überdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt habe.

6.3 Vor dem Eintritt des Gesundheitsschadens war der Beschwerdeführer als Geschäftsführer und Operationsinstructor in seiner eigenen Unternehmung, der Implant Design AG, angestellt. Gemäss IK-Auszug vom 27. Februar 2002 (Urk. 8/13) entrichtete er in den dem Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens (2001) vorangegangenen fünf Jahren Sozialversicherungsbeiträge auf Jahreseinkommen, die zwischen Fr. 350'000.-- und Fr. 438'000.-- lagen. Indexiert mit dem Nominallohnindex Männer, T1.1.93_I (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar]) für den Abschnitt M,N,O auf das Jahr 2009, dem Jahr der Rentenrevision, ergibt sich folgendes durchschnittliches Jahreseinkommen:

Einkommen Index Wert im Jahr 2009 (Index 121.1)

1996: Fr. 350'008.-- 103.4 Fr. 409'922.--

1997: Fr. 350'000.-- 104.1 Fr. 407'157.--

1998: Fr. 350'000.-- 105.1 Fr. 403'283.--

1999: Fr. 400'000.-- 104.8 Fr. 462'214.--

2000: Fr. 438'000.-- 105.6 Fr. 502'290.--

Total (Wert im Jahr 2009) Fr. 2'184'866.-- = Fr. 436'973.--

6.4 Tatsächlich ist auch heute zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit nur aufgrund der besonderen Konstellation der jahrelangen Spezialisierung (vgl. Lebenslauf Urk. 8/40), der Tätigkeit in der eigenen Unternehmung sowie aufgrund eines überdurchschnittlichen Einsatzes in der Lage war, ein derart hohes Einkommen zu erzielen. Nachdem er jedoch diese Tätigkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen einstellen musste und im Jahr 2003 den Betrieb aufgab (vgl. Urk. 10/95 im Verfahren UV.2010.00049), steht fest, dass er bei einer Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit bereits rein faktisch nicht am selben Ort wieder einsteigen kann und dementsprechend bereits aus diesem Grund nicht mehr Lohnsummen in der damals erreichten Größenordnung erzielen kann. Weiter ist festzustellen, dass die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt unbestritten massen gesundheitlich bedingt war und somit die Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung (Art. 7 Abs. 2 IVG) darstellt. Daraus folgt, dass der dadurch entstandene Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu berücksichtigen ist, auch wenn der Beschwerdeführer heute in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dies müsste selbst berücksichtigt werden, wenn er, was offen bleiben kann, auch tatsächlich in der angestammten Tätigkeit wieder vollumfänglich arbeitsfähig wäre.

Daher ist zu prüfen, was der Beschwerdeführer im Revisionsjahr 2009 realistisch als Erwerbseinkünfte zu erzielen vermöchte.

6.5 Das Invalideneinkommen ist praxisgemäss anhand der statistischen Durchschnittswerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) des BFS zu ermitteln. Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) männlicher Arbeitskräfte im privaten Sektor für die Verrichtung von höchst anspruchsvoller und schwierigster respektive selbständiger und qualifizierter Arbeiten (Niveau 1+2) im Sektor 3 Dienstleistungen betrug im Jahr 2008 bei einer 40-Stundenwoche im Durchschnitt Fr. 8'646.-- (LSE 2008, TA1, 50-53 Sektor 3 Dienstleistungen, Niveau 1+2, Männer). Indexiert auf das Jahr 2009 (Nominallohnindex Männer [T1.1.05], Total, Sektor III: 2008: 105.4, 2009: 107.5) und unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (G-S 45-96 Sektor 3; Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit, BFS) sowie aufgerechnet auf ein Jahr ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 110'316.--.

6.6. Gegenüber dem ermittelten hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 436'973.-- ergibt sich daraus ein Invaliditätsgrad von rund 75 %. Es zeigt sich also, dass selbst beim Abstellen auf den Median der beiden höchsten Verdienst-Kategorien der Lohnstrukturerhebung ein Invaliditätsgrad erreicht wird, der den Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung begründet. Dabei erscheint es immerhin fraglich, ob ein Abstellen auf die Verdienstmöglichkeiten in einer Angestelltenposition im oberen bis obersten Kader nach einer derart langen gesundheitlich bedingten Abwesenheit vom Arbeitsmarkt und aufgrund der anerkanntermassen belasteten gesundheitlichen Situation überhaupt zulässig wäre oder ob diesbezüglich allenfalls zumindest ein Leidensabzug berücksichtigt werden müsste. Diese Frage kann jedoch, da ohnehin ein Anspruch auf eine ganze Rente ausgewiesen ist, ebenfalls offengelassen werden.

Damit zeigt sich insgesamt, dass trotz einer verbesserten gesundheitlichen Situation nach wie vor Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung besteht. Folglich ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung der IV-Stelle vom 7. Oktober 2009 ist aufzuheben.

7. **Verfahrenskosten**

7.1. Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Gericht kostenpflichtig. Die Gerichtskosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten sind auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und entsprechend dem Verfahrensausgang der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7.2. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese ist nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen. In Anwendung dieser Grundsätze rechtfertigt sich die Zusprechung einer Prozessentschädigung von Fr. 3'400.-- (inkl. Mehrwertsteuer und allfällige Barauslagen).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 7. Oktober 2009 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

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

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Petra Ducksch

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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 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.