

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01119 vom 29. September 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.01119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01119 du 29 septembre 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.01119 del 29 settembre 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und

danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

In der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2014

zog die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen in Betracht, dass die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung seines Gesundheitszustands nicht ausgewiesen sei. Aus medizinischer Sicht liege die Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit nach wie vor bei

E. 4

IV-Revision erhöhte sie die Rente mit Verfügung vom 5. Januar 2005 (Urk. 5/84) mit Wirkung ab 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente

(vgl. Urk. 5/82).

E. 4.1

Das Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 13. und 27. Mai 2014 (Urk. 5/252 und 5/255) basiert auf fachärztlichen internistisch-rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen des Beschwerdeführers. Es berücksichtigt die von ihm geklagten Beschwerden angemessen und wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt. Insbesondere setzt es sich

mit anderslautenden ärztlichen Einschätzungen, namentlich in psychischer Hinsicht

(vgl. Urk. 5/224/14 und 5/224/3), auseinander und begründet die eigene schlüssig und nachvollziehbar (vgl. Urk. 5/255/8). Auch sonst erfüllt es sämtliche der von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. BGE 134 V 231 E. 5a und 125 V 351 E. 3a). Es kann folglich darauf abgestellt werden.

E. 4.2

Mit dem Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ ist insofern eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes ausgewiesen, als neu eine Anpassungsstörung

diagnostiziert wird (vgl. Urk. 5/255/8 und 5/255/10). Dieser kommt der gutachterlichen Einschätzung zufolge aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (vgl. Urk. 5/225/9 und 5/225/10). Zur Entwicklung der physischen Verhältnisse ist zu bemerken, dass bereits im Gutachten des Z.____ vom 27. April 2010 mässige Osteochondrosen im Bereich der Wirbelsäule erwähnt wurden (Urk. 5/116/23). Anlässlich der aktuellen Begutachtung wurden Änderungen diesbezüglich festgestellt (vgl. Urk. 5/252/101 und 5/255/10). Es trifft daher nicht zu, dass die Problematik der Osteochondrosen von Dr. C.____ unberücksichtigt geblieben ist (vgl. Urk. 1 S. 3). Vielmehr geht aus den betreffenden Ausführungen im

Gutachten hervor, dass sich auch in somatischer Hinsicht Änderungen ergeben haben, die sich gemäss Dr. C.____ und der gutachterlichen Konsensbeurteilung jedoch nicht in einer Weise auswirken, dass sie zu einer geringeren als der zuletzt festgestellten Arbeitsfähigkeit von 80

% in angepasster Tätigkeit führen würden (vgl. Urk. 5/252/101 und 5/252/11). Es ist somit unverändert von einer rentenausschliessenden Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auszugehen. Aus dem Gesamten folgt, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2014 zu Recht einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint hat. Die Beschwerde ist daher abzuweisen. 5.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

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

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

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

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

E. 6

Oktober 2014 erhob der Versicherte mit Eingabe vom 12. Oktober 2014 Beschwerde mit dem Antrag, es sei ihm rückwirkend ab März 2012 eine Invalidenrente zuzusprechen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss am 27. November 2014 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 4). Davon hat die Gegenpartei mit Schreiben vom 1. Dezember 2014 Kenntnis erhalten (Urk. 6).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften wird, soweit relevant, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

0 % (Urk. 2).

Demgegenüber vertritt der Beschwerdeführer unverändert den Standpunkt, dass sich seine gesundheitliche Situation verschlechtert habe. Namentlich leide er neu an einer hoch aktiven Osteochondrose

(Urk. 1 ; vgl. auch Urk. 5/269). 3. 3.1

Die IV-Stelle ist auf die Neuanschuldung des Beschwerdeführers vom 12. Mai 2013 (Urk. 5/216) materiell eingetreten. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum zwischen der Verfügung vom 22. Juli 2011, mit welcher die rentenzusprechende Verfügung vom 25. Juli 2001 und die Rente aufgehoben worden waren (Urk. 5/170), und der angefochtenen Verfügung vom 6. Oktober 2014 insoweit verschlechtert hat, dass nunmehr ein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht. 3.2

Die vom Bundesgericht bestätigte Verfügung vom 22. Juli 2011 wurde in medizinischer Hinsicht mit den Gutachten des Z.____ vom 27. April 2010 und der MEDAS A.____ vom 21. März 2011 begründet, welche dem Beschwerdeführer insoweit übereinstimmend eine Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von 80 % attestierten (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_18/2013 vom 23. April 2013 E. 4 und 9; Urk. 5/200/6, 5/200/9 und 5/200/10).

Im Gutachten des Z.____ vom 27. April 2010 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 5/116/23):

1.

Beginnende posttraumatische Coxarthrose links (ICD-10: M16.5) -

Status nach Ac etabulumfraktur (anterior

column , posterior

hemit ransverse) am 6. August 1997 im Rahmen eines Gleitschirmun - falles -

primäre Versorgung durch trans k ondyläre

Kirschnerdrahtextension -

Status nach Osteosynthese des A c etabulum über einen ilio i nguina len Zugang am 18. August 1997 (E.____) -

im Verlauf weitgehend unveränderter radiologischer Befund mit beginnenden Coxarthrosezeichen (Röntgen vom 3. Februar 2010 bzw. vom 11. Januar 2001) -

Meralgia

paraesthetica -

symmetrisch weitgehend freie Hüftgelenksbeweglichkeit 2.

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5) -

mässige Osteochondrose LWK5/SWK1; Status nach Kompressionsfraktur BWK12 nach Treppensturz am 31. Mai 1998 (Röntgen vom 11. Januar 2001) -

weitgehend freie Beweglichkeit der thorakolumbalen Wirbelsäule 3.

Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10: M53.0) -

Diskusprotrusion HKW4/5/6, keine foraminale Enge, keine Myelopathie (MRI vom 4. November 1999)

-

mässige Osteochondrose HWK4/5 (Röntgen vom 11. Januar 2001) -

HWS-Distorsion am 10. Dezember 2003 im Rahmen einer Auffahrkollision -

freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule 4.

Status nach Zuggurtungs-Osteosynthese am 6. August 1997 bei erstmalig offener Olekranonfraktur links (ICD-10: Z98.8/T92.1)

-

lediglich geringe Einschränkung von Flexion und Extension -

Pseudarthrose des Olekranon und beginnende degenerative Veränderungen radiokarpal (Röntgen vom 3. Februar 2010) -

chronische Epicondylitis

humeri

radialis, weniger auch ulnaris beidseits unter Betonung der linken Seite.

Überdies wurden ein Tinnitus beidseits (ICD-10: H93.1), eine Psoriasis (ICD-10: L40.9), ein uncharakteristischer Schwindel (ICD-10: R42) und ein Status nach Hämorrhoidaloperation 2009 erhoben, welchen kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zuzumessen sei.

Zusammenfassend wurde festgehalten, dass körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Für körperlich leichte, überwiegend sitzende Arbeitstätigkeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung bestehe eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80%, vollschichtig realisierbar (Urk. 5/116/26). Für den Fall, dass in Zukunft ein endoprothetischer

Gelenkersatz der linken Hüfte erfolgen sollte, könne davon ausgegangen werden, dass spätestens ein Jahr postoperativ diesbezüglich auch intermittierend mittelschwere Tätigkeiten bei einem vollzeitigen Pensum und ohne Leistungseinbusse

ausgeübt werden könnten (Urk. 5/116/25).

Gemäss dem interdisziplinären Gutachten der MEDAS A.____ vom 21. März 2011 standen die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Vordergrund (Urk. 5/154/32):

1.

Chronische intermittierende Hüftschmerzen links (ICD-10: M79.64) -

beginnende posttraumatische Coxarthrose links (ICD-10: M16.5) -

Status nach Platten- und Schrauben osteosynthese am 18. August 1997 und Status nach primärer Versorgung durch transkondyläre

Kirschnerdrahtextension bei Acetabulumfraktur (Vorderpfähler und dorsal hemitransvers) nach Gleitschirmunfall am 6. August 1997 (ICD-10: Z98.8) -

sensible Störung im Ausbreitungsgebiet des linken Nervus

cutaneus

femoris

lateralis (ICD-10: G57.1) 2.

Anamnestisch chronisch rezidivierendes lumbovertebrales

Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.5) -

anamnestisch mässiggradige degenerative Veränderungen der unteren Lendenwirbelsäule (ICD-10: M51.2/M47.86) -

anamnestisch Status nach Kompressionsfraktur von Th

E. 12

nach Treppensturz am 31. Mai 1998 (ICD-10: T91.1) -

derzeit klinisch weitgehend unauffälliger Befund 3.

Anamnestisch chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10: M54.2) -

anamnestisch leichtgradige degenerative Veränderungen der mittleren Halswirbelsäule (klinisch und bildgebend ohne Komprimierung neuraler Strukturen) (ICD-10: M47.82/M50.2)

-

Status nach Halswirbelsäulendistorsionsstrauma bei Auffahrkollision vor einigen Jahren (ICD-10: T918) -

derzeit klinisch unauffälliger Befund mit freier Beweglichkeit 4.

Chronisch intermittierende Ellenbogenschmerzen (ICD-10: M79.62) -

klinisch leichtgradige

Epicondylopathia

humeri

radialis (ICD-10: M77.1) -

Status nach Zuggurtungs-Osteosynthese am 6. August 1997 bei erstgradig offener Olekranonfraktur (ICD-10: Z98.8/T92.2) -

bildgebend Nonunion der Fraktur und beginnende degenerative Veränderungen humeroradial (ICD-10: Z96.0/M19.12) .

Überdies sei in der HNO-ärztlichen Untersuchung ein chronischer beidseitiger Tinnitus im Zusammenhang mit der teils lärm-, teils altersbedingten Hörschwäche

festgestellt worden, weswegen in Tätigkeiten in lärmiger Umgebung und/oder mit erhöhten akustisch-kommunikativen Anforderungen eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden sei.

Unter Berücksichtigung der gesamten gutachterlichen Befunde sei aus interdisziplinärer Sicht festzuhalten, dass Tätigkeiten ohne lärmige Umgebung und/oder ohne erhöhte akustisch-kommunikative Anforderungen zumutbar seien. Gleichzeitig sollte es sich um eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit gelegentlichen Positionswechseln handeln, bei der eine Hebe- und Traglimite von 10 kg nur ausnahmsweise bis maximal

E. 15

kg überschritten werde. In einer solchen Tätigkeit bestehe bei einer 8½ -stündigen zumutbaren Präsenzzeit lediglich eine 20%ige Leistungsminderung (Urk. 5/154/33). 3.3

Den vom Beschwerdeführer

im Zusammenhang mit seiner Neuanmeldung eingereichten Unterlagen lässt sich entnehmen, dass er vom 17. bis zum 30. Januar 2012 stationär in der Klinik F.____ der B.____ behandelt worden war. Im Austrittsbericht vom 20. Februar 2012 wurden eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom bei Status nach schwerem Gleitschirmunfall 1997 und Schmerzen im Bereich der Hüfte und Lendenwirbelsäule, Behandlung mit Morphinpflaster, (ICD-10: F32.11), ein Tinnitus aurium (ICD-10: H93.1) und eine nicht näher bezeichnete Psoriasis (ICD-10: L40.9) als Diagnosen festgehalten (Urk. 5/224/14). Überdies wurde dem Beschwerdeführer mit Arztzeugnis vom 25. Juni 2012 ab dem Datum seines Klinikeintritts bis zum 31. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 5/224/19).

Gemäss dem Bericht des Psychiatrischen Dienstes des Spitals G.____ vom 18. Juli 2013 begab sich der Beschwerdeführer am 28. Juni 2013 in ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine seit etwa fünf Jahren bestehende schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2) diagnostiziert und eine seit dem 28. Juni 2013 bis auf Weiteres bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Urk. 5/224/3).

Auch im Verlaufsbericht vom 13. November 2013

wurde festgehalten, dass die Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres 100 % betrage. Ferner wurde vermerkt, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung seit Oktober 2013 aufgrund der örtlichen Entfernung überwiegend in der Form von telefonischen Kontakten stattfindet (Urk. 5/227/2).

Zur Entwicklung des physischen Gesundheitszustands

lässt sich den Akten entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 3. August 2012 nach einer mehrstündigen Autofahrt, während welcher er stündlich eine Pause eingelegt hatte, wegen zunehmender lumbaler Schmerzen Dr.

H.____ in I.____ aufsuchte. Dieser empfahl, eine detaillierte Beurteilung der Situation anhand von Röntgenbildern (Urk. 5/224/20).

Aus dem Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des J.____ vom 11. Oktober 2012 geht sodann hervor, dass sich der Beschwerdeführer wegen einer

Schmerzexazerbation im Bereich des thorakolumbalen Übergangs, der Hüfte und des linken Ellenbogens, untersucht liess (Urk. 5/224/8). Neben der bekannten Pseudarthrose im Ellenbogenbereich links hätten die dabei erhobenen Befunde multiple degenerative Veränderungen im Bereich der linken Hüfte und der Wirbelsäule aufgezeigt. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit werde deshalb durch die Kollegen der Neurochirurgie erfolgen (Urk. 5/224/9 und 5/224/10).

Am 12. November 2012 wurde der Beschwerdeführer in der Klinik für Neurochirurgie des J. ___ untersucht. Ein Vergleich der Röntgenaufnahme vom 10. Oktober 2012 mit der MRI-Aufnahme vom 4. Mai 2011 und älteren Voraufnahmen von 1989 habe bezüglich der Wirbelsäule ergeben, dass eine leichte Skoliose bestehe, die sich von 1989 bis 2012 nicht wesentlich verändert habe. Hinzugekommen sei eine Deckenplattenimpressionsfraktur des BWK 12, die jedoch im zeitlichen Verlauf nicht weiter gesintert sei. Es bestünden Osteochondrosen in den Segmenten Th 10/11 und Th 11/12 mit ventralen Spondylophyten, ansonsten habe sich im Bereich der Lendenwirbelsäule kein pathologischer Befund ergeben. Wegen der Nebenwirkungen sollte dem Beschwerdeführer bei Opiateinnahme weder das Gleitschirmfliegen noch das Autofahren gestattet werden. Seitens der Brust- und Lendenwirbelsäule sei die Deckenplattenimpressionsfraktur des BWK 12 aus dem Jahr 1998 mittlerweile ausgeheilt.

Die degenerativen Veränderungen in den Segmenten Th 10/11 und Th 11/12 seien offensichtlich stationär. Wegen der Befunde der Wirbelsäule müsste man das Gleitschirmfliegen nicht verbieten, aber wegen der Opiateinnahme, welche wegen der linken Hüfte und des linken Ellenbogens erfolge (Urk. 5/224/12).

Nach weiteren Untersuchungen vom 17. Januar und vom 4. Februar 2014 wurden gemäss dem Bericht der Klinik für Rheumatologie des J. ___ vom 4. Februar 2014 die folgenden Diagnosen gestellt (Urk. 5/240/1):

1.

Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont -

Exazerbation seit Gleitschirmlandungen im 2012 -

posttraumatisch bedingt leicht aktive ISG-Arthrose links, hochaktive

erosive

Osteochondrose

lumbosakral (3-Phasen-Skelettszintigraphie mit SPECT vom 28. Januar 2014) 2.

Coxogene Schmerzen links -

keine Aktivierung im Bereich des Hüftgelenks links in der Szintigraphie -

Taillierungsstörung des Femurhalses links, konventionell radiologisch sowie Coxarthrose links mit subchondraler

Sklerosierung im Pfannendach, osteophytären Ausziehungen am kranialen Acetabulum (Beckenübersicht und linke Hüfte axial vom 15. Juli 2013) -

DD Femorocatebuläres

Impingement 3.

Psoriasis vulgaris mit Nagelbeteiligung .

Aufgrund d er Befunde seien

Gleitschirmfl üge kontraindiziert. Die dabei rezidivie rend auftretenden Schläge, vor allem bei der Landung, ak ti vierten die A ktivierung im Iliosakralgelenk

und

lumbosakral jedes Mal erneut

und verstärkten

so die Beschwerden (Urk. 5/240/3). 3.4

Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten von Dr. C.____ und Dr. D.____ vom 1 3. und 27. Mai 2014 (Urk. 5/252 und 5/254)

umfasst die Fachgebiete Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie . Es führt aus inter disziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf:

1.

Status nach Gleitschirmunfall am 6. August 1997 mit -

Commotio cerebri -

Rippenserien-Frakturen links V-VIII und Lungenkontusion -

Acetabulum -Fraktur links mit Osteosynthese am 1 8. August 1997 mit guter Konsolidation ohne Lockerungszeichen des Osteosyn thesematerials (Röntgen Juli 2013) und keine r vermehrte n

szinti graphische n Aktivität (Januar 2014) -

offene Olek ranon -Fraktur links mit Osteosynt h e se am 6. August 1997 mi t intaktem Osteosynthesematerial bei Pseudoarthrose des Ol ek ranons (Röntgen Oktober 2012), jedoch keine vermehrte szin tigraphische Aktivität (Januar 2014) 2.

Verminderte Belastbark eit und Beschwerden beider Hüft g e lenke bei mäßi ger Coxarthrose beidseits (Röntgen Juli 2013) ohne vermehrte szin tigraphische Aktivität (Januar 2014) 3.

Verminderte Belas tbarkeit und Beschwerden der Lendenwirbelsäule bei -

mässigen degenerativen Veränderungen und e r osiver

Osteochond r o se L5/S1 mit Retrolisthesis von L5 auf S1 mit diskreter Einen gung der Neurofora mina ohne Kontakt zu den N ervenwurzeln (MRI Juli 2013) mit vermehrter szintigraphischer Aktivität der Os teochondrose und gering auch des linken Iliosakralgel e nkes , jedoch nicht der Facettengelenke (Januar 2014) -

ohne radikuläre Zeichen 4.

Verminderte Belastbarkeit und Beschwerden der BWK 12 nach Treppen sturz am 3 1. Mai 1998 mit -

Deckenplattenimpressionsfraktur BKW12 ohne Hinterkantenbe - teiligung und -

ausgeprägte Osteochondrose Th10/Th11 und Th11/Th12 (Röntgen Oktober 2012), jedoch ohne vermehrte szintigraphische Aktivität (Januar 2014).

Darüber hinaus wurden eine Anpassungsstörung mit Sorgen, Anspannungen, Stimmungseinbrüchen und Zukunftsängsten (ICD-10: F43.23), eine Psoriasis vulgaris ohne Hinweise auf eine Psoriasis-Arthropathie und ein Tinnitus beidseits mit leichter Presbyakusis beidseits und Lärmschwerhörigkeit diagnostiziert, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten (Urk.

5/255/10).

Seit dem Unfall vom 6. August 1997 sei der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht für nicht leidensangepasste Tätigkeiten zu 100 %

arbeitsunfähig. Aus psychiatrischer Sicht habe nie über längere Zeit eine Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 5/255/11).

Hinsichtlich einer leidensangepassten Tätigkeit sei zu berücksichtigen, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die eingeschränkte Funktion beider Hüftgelenke, der Brust- und der Lendenwirbelsäule

limitiert sei. Er

könne jedoch Lasten bis zu 10 kg heben oder tragen (leichtes Belastungsniveau). Dabei benötige er pro Stunde maximal 10 Minuten zusätzliche Pausenzeit, um sich zu bewegen und zu lockern. Berufliches Gleitschirmfliegen sei ungeeignet, da es vor allem beim Landen zu Schlägen im Bereich der Wirbelsäule und der Hüftgelenke kommen könne. Ausserdem seien Tätigkeiten, welche

mehrstündiges Sitzen erforderten, nicht adaptiert. In einer leidensangepassten Tätigkeit könne der Beschwerdeführer mit den beschriebenen vermehrten Pausen zu 100 % arbeiten (Urk. 5/255/11). 4.

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