

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01097 vom 1. März 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01097

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01097 du 1 mars 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01097 del 1 marzo 2017

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). Sie 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 1.3

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 arbeits unfähig 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung

der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsablehnung damit, dass die im MEDAS-Gutachten vom 17. September 2015 attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 20 % nicht nachvollziehbar sei. Weiter handle es sich bei der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers um eine rein administrative und wechselbelastende Tätigkeit. Aus somatischer Sicht sei ihm die bisherige Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar. Die neuen medizinischen Berichte vermöchten nichts daran zu ändern (Urk. 2 S. 2 f.).

Dem Beschwerdeführer sei es weiterhin zumutbar, die Arbeitsfähigkeit von 100 % sofort zu verwerten, weshalb er zu deren Erhaltung keine Umschulungsmassnahmen benötige.

Es sei zwar nachvollziehbar, dass ein Wiedereinstieg in den bisherigen Bereich wenig aussichtsreich sei, dies jedoch nicht aufgrund seiner mangelnden Fachkenntnisse und der fehlenden Berufserfahrung, sondern aufgrund iv-fremder Gründe. Da dem Beschwerdeführer gemäss den Gutachtern in sämtlichen administrativen Tätigkeiten lediglich eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zumutbar sei, könnte die Erwerbsfähigkeit auch mit einer Massnahme nicht verbessert werden, denn dabei müsste der Beschwerdeführer im Rahmen eines 80 %-Pensums einen Verdienst erzielen, welcher seinem bisherigen Verdienst in einem 100 %-Pensum entsprechen würde. Eine solche Umschulungsmassnahme würde hingegen gestützt auf seinen Ausbildungsstatus dem Verhältnismässigkeitsprinzip widersprechen. Des Weiteren sei unklar, in welchem Umfang der von ihm anvisierte Master-Abschluss of Business Studies die Erwerbsfähigkeit tatsächlich verbessern würde (Urk. 2 S. 4). 2.2

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf dem Standpunkt, dass der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit einzig sein Ermessen an Stelle desjenigen der Gutachter gesetzt habe. Er habe die entscheidenden Feststellungen der Gutachter ausser Acht gelassen oder diese unzutreffend wiedergegeben, weshalb seine Ausführungen nicht nachvollziehbar seien. Weiter hätten sich die Gutachter weder mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, noch mit den klar geschilderten Beschwerden auseinandergesetzt, weshalb die Zubilligung einer 80 %igen Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei (Urk. 1 S. 10). Da seine Schmerzproblematik nun acht Jahre dauere, sei nach der neuen Schmerzrechtsprechung vorzuziehen. Solche Erhebungen fehlten. Ab Januar 2016 werde ihm aufgrund einer Beschwerdezunahme eine etwa 40%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestiert. Es sei zu einer Anschlussdegeneration gekommen, mit welcher sich laut Dr. med. A.____, Leitender Arzt an der Klinik für Neurochirurgie im B.____, die klinischen Beschwerden ohne weiteres vereinbaren liessen. Damit lägen wesentliche neue Umstände vor, welche die Beschwerdegegnerin verpflichtet hätten, weitere Abklärungen zu tätigen (Urk. 1 S. 11 f.). Das MEDAS-Gutachten äussere sich zur Arbeitsfähigkeit erst ab Mai 2012. Die Zeit davor hätten die Gutachter als postoperative Rehabilitationsphase nach dem Eingriff vom November 2011 erachtet. Seit dem Auftreten des Leidens Anfang 2008 habe bis Ende Februar 2009 eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden und anschliessend wieder ab Mai 2010 bis April 2012. Daraus schliesst der Beschwerdeführer auf den Anspruch auf eine Rente ab 1. Mai 2010. Mit Bezug auf die Zeit ab Mai 2012 könne auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung im MEDAS-Gutachten vom

17. September 2015 nicht ab gestellt werden. Seit der Verschlechterung im Januar 2016 beste he eine Ar beitsfähigkeit von 40 % bis 50 % für eine adaptierte Tätigkeit (Urk. 1 S. 12 f.).

Abschliessend verneinte der B eschwerdeführer eine (auf dem Arbeitsmarkt realisierbare) Arbeitsfähigkeit , wies auf die bereits vom hiesigen Gericht im Urteil IV.2012.00995 vom 12. Juni 2013 (E. 5.3) angesprochene , zu erwar tende Einkommenseinbusse bei der beruflichen Wiedereingliederung hin und leitete daraus seinen Anspruch auf Umschulung ab (Urk. 1 S. 14 ff.). 3. 3.1 3.1.1

Zur Zeit der ersten Leistungs ablehnung im August 2012 lagen bei den Akten hauptsächlich die Stellungnahmen von Dr. Z.____ und des Operateurs PD Dr. med. C.____ , damals Leitender Arzt an der Klinik für Neurochirurgie des

B.____ . D ie s em

konnte entnommen werden, dass sich der Beschwer deführer am 1. November 2011 einer Rückenoperation unterzog (instrumentierte interkorporelle Fusion L3-L5 von rechts, dynamische Stabi lisierung L2/L3 und rigide Stabilisierung L3 L5; vgl. Austrittsbericht des B.____ vom 18. November 2011, Urk. 6/50/8-10). Trotz der erfolgreichen Operation und der vom Beschwerdeführer angegebenen deutlichen Reduktion der Schmerzintensität attestierte ihm Dr. Z.____ infolge der persistierenden Schmerzen selbst in leidensangepasster Tätigkeit eine entgegen den anfänglichen Erwartunge n fortdauernde hohe Arbeitsun fähigkeit (Berichte vom 12. April sowie 12. Juli

2012, Urk. 6/52 und Urk. 6 /58/15-16). 3.1.2

Daher forderte das hiesige Gericht die Beschwerdegegnerin im Rückwei sungsurteil IV.2012.00995 vom 12. Juni 2013 auf, die medizinischen Abklä rungen mit Blick auf das Restleistungs vermögen des Beschwerdeführers bezüglich e iner leidensangepassten, rücken schonenden Tätigkeit nach Ab schl uss einer angemessenen Rehabilitationszeit nach der am 1. November 2011 erfolgten Rückenoperation zu ergänzen (E. 4.3 ; Urk. 6/60). 3.2 3.2.1

Vor Einleitung der MEDAS- Begutachtung zog die Beschwerdegegnerin aktu elle Auskünfte der behandelnden Ärzte

bei.

Dr.

C.____

berichtete am 18. Oktober 2012 nach einer kli nischen und bild geben den Untersuchung zwar, dass die Ursache für die nach wie vor ge klagte lumbosakrale Schmerzsymptomatik nicht ganz klar sei. Jedoch ging er von einer wahrscheinlichen Schmerzursache im Segment L5/S1 aus (Urk. 6 /91/10-11).

Im Bericht vom 10. September 2013 diagnostizierte Dr. C.____ neu eine begin nende Segmentdegeneration L1/2 (Kernspintomo graphie vom 3. Juli 2013). Er empfahl primär eine Behandlung mit konser vati ven Massnahmen und äusserte Zurückhaltung in Bezug auf erneute in ter operative Interventionen (Urk. 6 /91/8-9).

Laut Bericht vom 20. Mai 2014 klagte der Be schwerdeführer über etwas zuneh mende Schmerzen im Bereich der mittleren Lendenwirbelsäule (Urk. 6 /91/6-7).

In einem undatierten wohl im August 2014 verfassten

Bericht attestierte Dr. Z.____

dem Be schwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Sportlehrer (Urk. 6 /91/1-5) . Dr. C.____ dagegen äusserte sich im Bericht vom 7. Oktober 2014 nicht zur aktuellen Arbeitsfähigkeit (Urk. 6 /102) . 3.2.2

Im Rahmen einer vorläufigen Würdigung kam das hiesige Gericht im Urteil IV.2014.01283 vom 23. Februar 2015 zum Schluss, dass diesen Stellung nah men keine befriedigende Antwort auf die Frage des Restleistungsver mögens des Beschwerdeführers bezüglich einer leidensangepassten Tätigkeit nach der Rückenoperation entnommen werden könne

(E. 4.2.2 ; Urk. 6/118). 4. 4.1

Im MEDAS-Gutachten

(Y.____ Begutachtung) vom 17. September 2015 wurde folgende Diagnose mit Einfluss auf die Arbeits fähigkeit gestellt (Urk. 6/ 126 S. 22): 1.

Chronisches lumboverte brales Schmerzsyndrom ohne Zeichen von Wurzel reizsymptomatik, Erstbeschwerden 2008

-

St. n. instrumentierter interkorporeller rigider Fusion L3 bis L5 und dyna mischer Stabilisation L2/3 am 01.11.2011 bei diskogen-degenerativer Schmerzsymptomatik L2 bis L5

-

klinisch allseitige deutliche, aber schmerzarme Bewegungseinschränkung der LWS ohne radikuläre Zeichen

-

konventionell-radiologisch intakter OSM-Sitz, minime Anschlussde gene ra tion L1/2 und L5/S1 nicht auszuschliessen, lum bosakrale Übergangs ano malie mit Spina bifida S1/2 und Spondylolyse L5 links (Röntgen 10.06.2015, 10.04.2012, CT 22.04.2008)

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 6/126 S. 22): 1.

Deutliche Valgus -Knick-Senk-Spreizfussdeformität beidseits, minim symp to matisch im Fersenbereich 2.

St. n. Commotio cerebri nach Angefahrenwerden im Verkehr ca. 1988 ge mäss Anamnese mit längerem Bewusstseinsverlust, ohne Beschwerdefolgen 3.

St. n. Melanom-Entfernung an der Beinhaut anamnestisch (keine Unterla gen)

Weiter gaben die Gutachter an , aus internistischer Sicht liessen sich in der aktuellen Exploration keine die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkende Erkrankungen nachweise n . Gemäss dem psychosomatischen Fachgutachten hätten weder Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit noch solche ohne festgestellt werden

können (Urk. 6/126 S. 24) .

Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über seit der Operation gebesserte lumbale Beschwerden mit Ausstrahlung flächig in den Beckenkammbereich beidseits, mit Schmerzpunkten tieftal median und im Bereich der Sakrumoberkante median berichtet. Früher in der Mitte der Lendenwirbelsäule verspürte Beschwerden seien nach der Operation verschwunden. Intermittierend bestünden Schmerzausstrahlungen in den rechten Oberschenkel, gelegentlich bis in den Unterschenkel rechts, nicht zunehmend. Die Beckenkammbeschwerden seien anhaltend da, aber im Hintergrund. Die anderen lumbalen Schmerzlokalisationen hätten an Intensität wieder zugenommen und seien etwa gleich stark wie sechs Monate vor dem operativen Eingriff. In der aktuellen Quantifizierung machten sie etwa 50 % der unmittelbar präoperativ vorhanden gewesenen Schmerzintensität aus, als sich der Beschwerdeführer aber " nicht mehr bewegen können ". Schmerz verschlimmernd wirkten sich Oberkörperinklination und -rotation aus. Zu dem sei ein Sitzen über mehrere Stunden nicht möglich. Ein tägliches Sich-Hinlegen helfe gegen die Schmerzen (Urk. 6/125/15-26 S.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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. 10

).

Weiter führte der rheumatologische Konsiliararzt aus, insgesamt liege ein deutliches degeneratives Wirbelsäulenleiden vor, mit radiologisch vor Jahren schon festgestellten mehrsegmentalen Bandscheibenprotrusionen, spinalchirurgisch ausgedehnt operiert mit rigider Segmentfixation L3 bis L5 und dynamisch L2/3. Konventionell-radiologisch liessen sich keine sicheren degenerativen Entwicklungen der Nachbarsegmente nachweisen, was aber entsprechende Überlastungsbeschwerden diskogener oder facetogener Ursache nicht ausschliesse. Grobe radiologische, die Beschwerden erklärende Auffälligkeiten fänden sich aber nicht. Das klinische Motilitätsbild sei recht frei mit Ausnahme einer schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule vor allem für die Rotation und die Seitneigung, weniger für die Inklination. Eindrucks-mässig bestünden wenige Motilitätseinschränkungen in der Untersuchungssituation, aber wohl eine Beschwerdeverschlimmerung durch längeres Sitzen. Das Gesamtbild lasse früher attestierte Einschränkungen der spinalen Belastbarkeit nachvollziehen, für biomechanisch angepasste Tätigkeiten jedoch höchstens eine geringe Leistungsminderung attestieren. Indem das Profil der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in den Unterlagen nicht genügend nachvollziehbar und umfassend dokumentiert sei, könne gutachterlich zur Zumutbarkeit der letztgenannten Erwerbstätigkeit nicht Stellung genommen werden. Es könne nur das Profil einer entsprechend zumutbaren Verweistätigkeit gutachterlich formuliert werden. Es fänden sich keine Anhaltspunkte aus aktueller Perspektive dafür, dass die attestierten

Arbeitsunfähigkeiten, wie sie von den behandelnden Ärzten formuliert worden seien, retrospektiv gutachterlich in Frage zu stellen wären. Die Angaben über die Schmerzentwicklung, wie sie vom Exploranden derzeit erhältlich seien, deckten sich mit den Angaben der behandelnden Ärzte. Auch betreffs der entsprechenden Zeiträume fänden sich keine Anhaltspunkte dafür, dass die erfolgten Attestierungen zu hinterfragen wären. Diskrepanzen fänden sich in den Akten betreffs Charakteristik in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit,

in dem der Explorand für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Fitnessinstructor ein „Hands-on“ mit somit wohl auch muskuloskelettär belastenden Tätigkeitsanteilen schildere, die Akten aber von einer rein Management-artigen Bürotätigkeit ausgingen. Diese Diskrepanz könne gutachterlich nicht aufgelöst werden (Urk. 6/125/15-26 S.

E. 11

).

Die Einschätzung des rheumatologischen Gutachters wurde so im MEDAS- Gutachten vom 17. September 2015 übernommen. Ergänzend führten die Gutachter hinzu, für den gelernten Beruf als Sportlehrer/ Fitnessinstructor im klassischen Sinn mit vor allem körperlicher Tätigkeit, Instruktion etc. sei aufgrund der somatischen Einschränkungen wohl keine Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Sofern in der angestammten Tätigkeit die angegebenen Einschränkungen berücksichtigt und eingehalten werden könnten, d. h. vor allem Bürotätigkeit ausgeübt worden sei, so wäre der Explorand im angestammten Beruf zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 6/126 S. 25).

Aus aktuell gutachterlicher Sicht bestehe für eine angepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit vermutlich schon seit Mai 2012. Der Zeitraum Mai 2012 bis April 2014 scheine einen medizinisch weitgehend stabilen Gesundheitszustand umfassen zu haben, mit zwar signifikanten Restbeschwerden, welche sich aber nicht wesentlich vom aktuellen Zustand unterscheiden. Eine bedeutende Zäsur sei für die Zeit nach Mai 2012 aus jetziger Perspektive retrospektiv nicht auszumachen. Der Zeitraum vor Mai 2012 sei als postoperative Rehabilitationsphase nach dem Eingriff vom November 2011 einzuordnen. Der Eingriff vom November 2011 habe nachweislich und dokumentiert zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt. Nach dem Mai 2012 sei eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes nicht dokumentiert. Die intermittierend wiederholt attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei gutachterlich retrospektiv nicht näher überprüfbar. Jedoch hätten sich die objektiven Befunde nicht in nachvollziehbarer Weise verändert beziehungsweise verschlechtert, sondern es zeige sich insgesamt ein in etwa stabiler Verlauf. Es gebe also keinen belegten Grund, ab Mai 2012 nicht von einer grundsätzlichen Arbeitsfähigkeit in entsprechend angepasstem Tätigkeitsbereich wie oben ausgeführt auszugehen

(Urk. 6/126 S. 25 f.). 4.2

Dr. med. A. ____

stellte im Bericht vom 13. Mai 2016 (Urk. 6/135) folgende Diagnosen: -

Chronische Lumbalgien mit Anschlussdegeneration L1/2 -

Status nach instrumentierter interkorporeller Fusion L3 bis L5 mit PEEK-Cages und Fixateur interne sowie dynamischer Stabilisierung L2/3 am 01.11.2011 bei Diskusdegenerationen L2 bis L5 bei Status nach mehreren lumbalen Diskushernien

Dazu führte er aus, beim Beschwerdeführer sei es Ende Januar zu einer Schmerzexazerbation seiner bekannten Rückenschmerzen gekommen. Die Computertomographie der Lendenwirbelsäule vom 31. März 2016 zeige eine Spondylarthrose L1/2. Die Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule vom 27. März

2016 zeige neu im Vergleich zu den Voraufnahmen eine deutliche Bandscheibendegeneration L1/2. Hier habe sich linksseitig eine Diskushernie gebildet, die recessal Kontakt zur Wurzel L2 habe. Es bestehe eine deutliche Spondylarthrose. Hier sei es offensichtlich im Verlauf zu einer Anschlussdegeneration gekommen. Die klinischen Beschwerden liessen sich zwanglos mit der kernspintomographisch nachgewiesenen Anschlussdegeneration L1/2 erklären. Klinisch sei es unklar, ob die Schmerzen eher von der Bandscheibe oder den Fazettengelenken herrührten. Da sich aktuell keine radikuläre Symptomatik zeige, und die Rückenbeschwerden gut kontrolliert seien, möchte der Beschwerdeführer keine weiteren invasiveren Abklärungen. 4.3

Der nunmehr als freiberufliche r Neurochirurg tätige Dr. C.____ bestätigte im Bericht vom 31. Mai 2016 (Urk. 6 /137) die progrediente Segmentdegeneration L1/2. Zur Computertomographie vom 31. März 2016 gab er an, diese zeige eine beginnende epifusionelle Degeneration L1/2. Abschliessend stellte er fest, aus seiner Sicht sei es medizinisch nicht möglich, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit abzuwenden. 4.4

In einem undatierten

wohl Anfang August verfassten (vgl. Urk. 6 / 146 S. 4) –

Bericht (Urk.

6/143) wiederholte Dr. A.____ die bereits im Mai 2016 (E. 4. 2) gestellten Diagnosen. Ergänzend gab er an, die deutliche Bandscheibendegeneration L1/2 sei im Vergleich zu den Voraufnahmen mit einer linksseitigen Diskushernie neu. Die langjährigen lumbalgieförmigen Beschwerden mit rezidivierenden ischialgieförmigen Ausstrahlungen würden sicherlich persistieren. Die vorübergehende linksseitige Schmerzausstrahlung sei durch die Bandscheibenprotrusion L1/2 durchaus erklärbar. Aufgrund der Rückenkrankung bestünden Einschränkungen hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit bei längerem Stehen, Heben und Tragen von Lasten über 3 kg, sowie bei Arbeiten in Zwangspositionen oder Bücken, Heben und über Kopf Tätigkeiten. In einer angepassten Tätigkeit sollte zumindest eine halbschichtige oder knapp unter halbschichtige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Gegen eine leichte körperliche Tätigkeit mit der Möglichkeit zum selbständigen Wechseln der Körperposition ohne häufige Rotationsbewegungen des Oberkörpers so wie ohne Bücken, Heben, Stossen und Ziehen von Lasten über 3 kg ohne Zeitdruck und flexible Arbeitseinteilung spreche nichts. Die Beschwerden des Patienten liessen sich mit dem Aktivitätsniveau beim Spazierengehen und leichten häuslichen Tätigkeiten problemlos vereinbaren. Schliesslich handle es sich hierbei um leichteste Tätigkeiten, die zudem mit einer deutlichen Linde rung der Symptomatik (Laufen) einhergingen, ohne jeglichen Zeitdruck und jederzeitlicher Möglichkeit der Pausen und Unterstützung durch die Familie. 4.5

In ihrer Stellungnahme vom 29. August 2016 (Urk. 7/146 S. 4 f.) führte die RAD-Ärztin med. pract. D.____, Fachärztin für orthopädische Chirurgie und Traumatologie sowie medizinische Gutachterin SIM und Vertrauensärztin SGV, aus, der neue Bericht von Dr.

A.____ vom 13. Mai 2016 enthalte keine wesentlichen neuen Informationen. Die berichtete Anschlusssegment degeneration stelle keinen wesentlichen neuen Sachverhalt dar. Diese sei eine häufige Folge von Spondylodosen und begründe keine weitere Einschränkung der Belastbarkeit für eine adaptierte Tätigkeit . In seinem Bericht vom 9. August 2016 berichte Dr. A.____ ebenfalls keine neuen medizinischen Sachverhalte. Die klinischen Befunde seien weitgehend unauffällig. Eine radi kuläre Symptomatik werde nicht berichtet. Auch Dr. C.____ berichte am 31. Mai 2016 die bereits bekannten Diagnosen und teile mit, eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit sei nicht abzuwenden. Auf welche Tätigkeit sich diese Einschränkung beziehe, teile er nicht mit. Die mitgeteilten Befunde unterschieden sich nicht wesentlich von den bereits bekannten Befunden. Damit seien keine neuen medizinischen Sachverhalte ausgewiesen. 5. 5.1 5.1.1

Das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten vom 17. September 2015 (E. 4.1) entspricht grundsätzlich den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise (E. 1.4). So beantwortet das Gutachten die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sowie deren Verlauf seit Auftreten der Rückenproblematik im Jahr 2008. Es berücksichtigt sodann die geklagten Beschwerden und beruht auf den notwendigen allseitigen Untersuchungen in rheumatologischer sowie internistischer und psychiatrischer Hinsicht. Die Gutachter schilderten die vom Beschwerdeführer erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzten sich damit auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis der relevanten Vorakten abgegeben und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. In diesem Sinne erscheinen die Schlussfolgerungen als begründet. 5.1.2

Die Gutachter wiesen namentlich mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit bis zum Abschluss der postoperativen Rehabilitationsphase im Mai 2012 auf die rechtzeitig und aus fachärztlich rheumatologischer Sicht als nachvollziehbar bewerteten

Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte hin .

Für die Zeit danach stellten sie auf den

vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerderückgang nach dem Eingriff vom 1. November 2011

ab und beurteilten den weiteren Verlauf

ausgehend von den damaligen ärztlichen Stellungnahmen (E. 3.1-2) sowie aufgrund der gutachterlichen Untersuchung als medizinisch weitgehend stabil , weshalb sie die für den Gutachtenszeitpunkt auf 80 % eingeschätzte Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit bis Mai 2012 zurückdatierten. Dadurch beantwortet das Gutachten die zur Zeit der Urteile des hiesigen Gerichts vom 12. Juni 2013 und 23. Februar 2015 noch offene Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit aus ärztlicher Sicht . Darüber hinaus beschreibt es präzise

und schlüssig

das medizinische Anforderungsprofil einer solchen Tätigkeit. 5.1.3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 11) nahmen die Gutachter zu Recht zu den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 nicht Stellung.

Bei einem psychisch gesunden Beschwerdeführer steht die Anwendbarkeit der Schmerzrechtsprechung nicht in Frage, denn diese erstreckt sich (lediglich) auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Störungen (BGE 141 V 281 E. 4.2). 5.1.4

Gegen die Zumutbarkeit einer Arbeitstätigkeit von 80 % beziehungsweise sogar 100 % (Urk. 2) wendet der Beschwerdeführer ein, ein solcher Arbeitstag zuzüglich Arbeitsweg stelle eine acht- bis zehnstündige Belastung für den Rücken ohne Möglichkeit längerer entspannender Pausen dar, was zu starken Beschwerden führe (Urk. 1 S. 9). Dem ist zu entgegnen, dass sich die MEDAS-Gutachter der Notwendigkeit regelmässiger längerer Pausen während der Arbeit bewusst waren und dies mit einer Einschränkung von 20 % berücksichtigt hatten. Dadurch sollte es dem Beschwerdeführer möglich sein, bei einer Arbeitswoche von fünf Tagen genügend, teilweise auch längere Pausen zur Entlastung des Rückens einzuplanen. Darüber hinaus steht dem in E. ___ wohnenden Beschwerdeführer der Arbeitsmarkt des Grossraumes F. ___ zur Verfügung. Dieser ist mit dem Auto oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln in etwa 30 Minuten erreichbar, weshalb kein übermässig langer, eine Erwerbstätigkeit verunmöglichender Arbeitsweg zu erwarten ist. 5.2 5.2.1

Mit Bezug auf die Arbeitsfähigkeit macht der Beschwerdeführer zu Recht geltend, dass die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht plausibel sei (Urk. 1 S. 9). 5.2.2

Nach der Rechtsprechung ist es in sämtlichen Fällen gesundheitlicher Beeinträchtigungen keineswegs allein Sache der mit dem konkreten Einzelfall (gutachtlich) befassten Arztpersonen, selber abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt. Aufgrund dieser tatsächlichen und rechtlichen Gegebenheiten hat die Rechtsprechung seit jeher die Aufgaben von Rechtsanwender und Arztperson im Rahmen der Invaliditätsbemessung wie folgt verteilt: Sache des (begutachtenden) Mediziners ist es erstens, den Gesundheitszustand zu beurteilen und wenn nötig seine Entwicklung im Laufe der Zeit zu beschreiben, d.h. mit den Mitteln fachgerechter ärztlicher Untersuchung unter Berücksichtigung der subjektiven Beschwerden die Befunde zu erheben und gestützt darauf die Diagnose zu stellen. Hiermit erfüllt der Sachverständige seine genuine Aufgabe, wofür Verwaltung und im Streitfall Gericht nicht kompetent sind. Bei der Folgenabschätzung der erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen für die Arbeitsfähigkeit kommt der Arztperson hingegen keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu. Vielmehr nimmt die Arztperson zur Arbeitsunfähigkeit Stellung, d.h. sie gibt eine Schätzung ab, welche sie aus ihrer Sicht so substantiell wie möglich begründet. Schliesslich sind die ärztlichen Angaben eine wichtige Grundlage für die juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können. Nötigenfalls sind, in Ergänzung der medizinischen Unterlagen, für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens die Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung einzuschalten (BGE 140 V 193 E. 3.1 und 3.2). 5.2.3

Bei der Einschätzung der damaligen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit berücksichtigten die Gutachter den vermehrten Pausenbedarf und die Notwendigkeit der Einnahme von Entlastungsstellungen. Hinsichtlich des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit stellten sie wie in E. 5.1.2 bereits erwähnt auf die echtzeitlichen und aus fachärztlich rheumatologischer Sicht als nachvollziehbar bewerteten Arbeitsfähigkeitseinschätzungen der behandelnden Ärzte ab (Urk. 6/126 S. 25).

Demgegenüber gab die Beschwerdegegnerin zu bedenken, dass die Gutachter zwar ein deutliches degeneratives Wirbelsäulenleiden beschrieben hätten, konventionell radiologisch jedoch keine weiteren sicheren degenerativen Veränderungen der Nachbarsegmente hätten nachweisen können.

Groberadiologische Auffälligkeiten hätten ebenfalls nicht gefunden werden können, welche die aktuellen Beschwerden erklären würden. Des Weiteren habe sich während der internistischen wie auch der rheumatologischen Untersuchung bei einem athletischen Körperbau mit unauffälliger Muskulatur (198

cm, bei 90

kg, Puls 60/min) eine weitgehend unauffällige Befundlage gezeigt. Ein druckmässig bestünden wenige Motilitätseinschränkungen in der Untersuchungssituation, aber wohl eine Beschwerdeverschlimmerung durch längeres Sitzen. Bei der bisherigen Tätigkeit handle es sich um eine rein administrative und wechselbelastende Tätigkeit ohne rückenbelastende Aufgaben. Es sei zwar nachvollziehbar, dass nach längerem Sitzen Beschwerden aufträten. Daraus hingen eine dauerhafte Einschränkung der

Arbeitsfähigkeit von 20

% für sämtliche

administrative Tätigkeiten abzuleiten, sei ausiv-rechtlicher Sicht nicht plausibel. Des Weiteren sei ein vermehrter Pausenbedarf ebenfalls nicht nachvollziehbar. Ein solcher lasse sich im Übrigen auch nicht aus dem aktiven Tagesablauf des Beschwerdeführers ableiten (Urk. 2 S. 2 f.; Urk. 6/131 S. 2 f.). 5.2.4

Der von den Gutachtern als nötig erachtete vermehrte Pausenbedarf entspricht entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin dem vom Beschwerdeführer bei der Begutachtung beschriebenen Tagesablauf. Der Alltag

des Beschwerdeführers

beinhaltet Betreuungspflichten, Haushaltsführung und

den Rücken entlastende -

Hundespaziergänge. Wiederholt legt er ausserdem Ruhepausen ein, während welchen er sich hinlegt (Urk. 6/126 S. 14).

Zur Erhaltung seiner Arbeitsfähigkeit benötigt der Beschwerdeführer wiederholte Entlastungen des Rückens durch längeres Liegen oder Gehen. Selbst bei der Ausübung einer optimal leidensangepassten Tätigkeit würde

dies die im Arbeitsalltag üblichen Pausenzeiten überschreiten, denn eine rein administrative Tätigkeit muss in der Regel eher sitzend, allenfalls stehend ausgeübt werden und bietet wohl selten die vom Beschwerdeführer benötigte Wechselbelastung mit längerem Liegen und Gehen. Aus diesem Grund erscheint eine Reduktion der Arbeitszeit um etwas mehr als anderthalb Stunden pro Tag (20 % der bei 41.7 Wochenstunden liegenden betriebsüblichen Arbeitszeit) auch aus juristischer Sicht nachvollziehbar. Aus diesem Grund ist die gutachterliche Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 80 % bei der Invaliditätsbeurteilung zu übernehmen. 5.2.5

Darüber hinaus äussert sich die Beschwerdegegnerin nicht darüber, weshalb sie dem Beschwerdeführer keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor der Rückenoperation im November 2011 und während der sowohl von den behandelnden Ärzten als auch von den Gutachtern anerkannten sechsmonatigen postoperativen Rehabilitationsphase zuerkennt.

Der Beschwerdeführer meldete sich im September 2010 zum Leistungsbezug an (Urk. 6/8). Ein allfälliger Rentenanspruch würde somit frühestens ab dem 1. März 2011 entstehen, falls zuvor während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch eine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % bestand (Art. 29 in Verbindung mit Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG).

In Bezug auf die Zeit vor Mai 2012 erachtete der rheumatologische Gutachter die echt zeitlich attestierten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit als retrospektiv nachvollziehbar (Urk. 6/126/15-26 S. 11). Es ist demzufolge während der einjährigen Wartezeit von diesen Arbeitsunfähigkeiten (siehe Urk. 6/126/3

ff.) auszugehen,

weshalb die IV-Stelle bei der weiteren Prüfung des Leistungsanspruchs des Beschwerdeführers (siehe nachfolgend E. 5.3) auch denjenigen auf eine - zumindest befristete -

Rente zu prüfen hat. 5.3

Weiter gilt es zu beachten, dass sich der Beschwerdeführer im Januar 2016 wegen einer Schmerzexazerbation notfallmässig in ärztliche Behandlung begeben musste. Dr. A.____, an welchen der Beschwerdeführer vom behandelnden Arzt Dr. Z.____

überwiesen worden war, schilderte in der Folge am 13. Mai 2016 und wiederum (wohl) Anfang August 2016 (Urk. 7/135, Urk. 7/143),

somit einige

Monate nach der Gutachtenserstellung,

über eine neue Pathologie im Sinne einer neuen Bandscheibenprotrusion auf der Ebene L1/2, dies basierend auf einer von ihm am 27. April 2016 veranlassten MRI-Untersuchung. Der Facharzt befand, diese Befunde seien die hinreichende Erklärung für die vom Beschwerdeführer geklagten, veränderten Beschwerden (statt linksbetonte nunmehr beidseitige beziehungsweise mittige Schmerzen im mittleren Bereich der Lendenwirbelsäule, Urk. 7/135).

Entscheidend ist, dass der rheumatologische Gutachter

der MEDAS die Situation auf der Höhe L1/2 als minime chondrotische Veränderungen bei weitgehend erhaltener Bandscheibenhöhe und somit identisch zum Vorbefund interpretierte (Urk. 125/5-26 S. 8). Dabei stellte er auf nicht mehr aktuelle computertomographische, MRI- und Röntgenbilder aus den Jahren 2008 bis 2012 sowie auf eigene, am 10. Juni 2015 aufgenommene allerdings etwas unscharfe

Röntgenbilder der Lendenwirbelsäule ab (Urk. 6/125/5-26 S. 7).

Diese Einschätzung erweist sich durch die bildgebenden Untersuchungsbeefunde vom Frühjahr 2016 als überholt, ergab sich doch auf der Höhe L1/2 nicht bloss eine

minime

Chondrose, sondern eine Diskushernie mit Wurzelkontakt, welche vorgängig nicht vorgelegen hatte.

Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass die berichtete Anschlusssegmentdegeneration keinen wesentlichen neuen Sachverhalt darstelle (Urk. 2 S. 3). Die vom RAD vorgebrachte Begründung, dass diese häufige Folge von Spondylodesen keine weitere Einschränkung der Belastbarkeit für eine angepasste Tätigkeit begründe (Urk. 6/146 S. 4), vermag nicht zu überzeugen, zumal sich durch diese neue Pathologie Schmerzlokalisierung und Intensität offenbar deutlich verändert haben.

Der von Dr. A. ___ auf etwa 50 % eingeschätzte n Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit lässt sich da gegen nicht entnehmen, ob beziehungsweise welcher Anteil der Einschränkung auf diese Veränderung zurückzuführen ist. Unter diesen Umständen lässt sich auch nicht eruieren, ob Dr. A. ___ die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorsichtiger einschätzt als es die MEDAS-Gutachter getan haben, oder ob die neue Diskushernie L1/2 zu einer weiteren Reduktion der gutachterlich auf 80 % angesetzten Arbeitsfähigkeit geführt hat.

Demgemäss fehlt eine rechtsgenügende medizinische Grundlage zum Entscheid über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers ab der Veränderung im Januar 2016. Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, da mit sie ergänzende Abklärungen über die Auswirkung der neuen Pathologie auf die Arbeitsfähigkeit veranlasst und hernach über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung unter Berücksichtigung der Erwägungen 5.2.4 und 5.2.5

neu verfüge. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts U 199/02 vom 10. Februar 2004 E. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 E. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S.

28 E.

3), ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1bis IVG).

Dem Beschwerdeführer steht sodann eine Prozessentschädigung zu, welche in Anwendung von Art. 61 lit. g ATSG, namentlich unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses auf Fr. 2'700. (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 30. August 2016 aufgehoben und die Sache an die SVA, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der Invalidenversicherung neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Dr. Elisabeth Glättli - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GräubMeier-Wiesner

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