

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00323 vom 22. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00323

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00323 du 22 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00323 del 22 maggio 2018

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). 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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. 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 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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.

E. 2

Der Versicherte erhob am 16. März 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 13. Februar 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, den Sachverhalt seriös abzuklären und ihm hierauf die gesetzlichen Leistungen auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. April 2017 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass

der Beschwerdeführer durch sein Leiden nicht dauerhaft arbeitsunfähig sei. Er sei nur nach der Operation beziehungsweise nach den Eingriffen für kurze Zeit arbeitsunfähig gewesen. Aus medizinischer Sicht könne der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit weiterhin ausüben. Dabei müsse eine Toilette kurzfristig erreichbar sein. Da der Beschwerdeführer keine Erkrankung habe, die zu einem länger dauernden Ausfall der Erwerbsfähigkeit führe, habe er keinen Anspruch auf eine Invalidenrente und berufliche Massnahmen (S. 1).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer beschwerdeweise auf den Standpunkt (Urk. 1), er habe sich aufgrund eines urologischen Leidens zum Bezug von IV-Leistungen angemeldet. Gemäss Bericht von Dr. Y.____

bestehe eine Blasenentleerungsstörung mit einer fast nicht beherrschbaren Drangsymptomatik. Wahrscheinlich liege eine chronische, nicht behandelbare Prostatitis vor, gleichzeitig habe sich am Blasenausgang eine narbige Veränderung nach der transurethralen Prostatasektion entwickelt. Es trete immer wieder Urinverlust auf. Die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit würde erst in Frage kommen, wenn die Blasenentleerungsstörung behoben sei. Bei Dr. Y.____ handle es sich um den vom privaten

Taggeldversicherer beigezogenen Gutachter (S. 3 Ziff. 4). Die Beschwerdegegnerin habe den Anspruch offen sichtlich lediglich gestützt auf die Beurteilung von Dr. Y.____ sowie auf die Akte nbeurteilung der Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) verneint (S. 3 Ziff. 6). Ein Abstellen auf ein Gutachten, welches von einem privaten Krankentaggeldversicherer mit offensichtlichen wirtschaftlichen Interessen bei einem Vertrauensarzt in Auftrag gegeben worden sei, sei indes kein Beweis mittel im Sinne von Art. 43 ATSG, zumal ein privater Versicherer im Gegensatz zur IV-Stelle nicht zur Abklärung des Sachverhalts verpflichtet sei, sondern vielmehr einen Gewinn anstrebe (S. 4 Ziff. 7). Durch das Abstellen auf den Bericht von Dr. Y.____ sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt worden. Weder der Bericht von Dr. Y.____ noch die Aktenbeurteilung der RAD- Ärztin sei en geeignet, als Grundlage für die Beurteilung seiner Ansprüche zu dienen (S. 4 Ziff. 8). Er stehe noch immer in urologischer Behandlung und die Blasen entleerungsstörung bestehe noch immer (S. 4 Ziff. 9). Selbst gemäss Dr. Y.____ komme die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit erst in Frage, wenn die Blasenentleerungsstörung behoben sei. Dr. Z.____ halte im Übrigen eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität fest, was eine Einschränkung der Arbeits fähigkeit impliziere (S. 4 Ziff. 11). Hinzu komme, dass sich bei ihm zwischen zeitlich ein Nierenschaden entwickelt habe, welcher ebenfalls Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 4 Ziff. 12).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist

somit der Anspruch auf eine Invalidenrente und in d iesem Zusammenhang insbesondere die Höhe der Arbeitsfähigkeit. 3. 3.1

Dr. med. A.____ , Fachärztin für Urologie,

B.____ , nannte im Bericht vom 16. Juni 2015 (Urk. 7/41/5-7) als Diagnosen eine benigne Prostata hyperplasie Stadium II, Rezidiv-Steinbilder, eine erektile Dysfunktion, einen Status nach offener Cholezystektomie , einen Status nach Gastric

banding , einen Nikotinabusus sowie einen unspezifischen Nodulus

laterobasal im Lungenunter lappen links. Dazu führte sie aus, der Beschwerdeführer habe sich zur Verlaufs kontrolle vorgestellt. Das Medikament Duodart habe dem Beschwerdeführer über haupt nicht geholfen. Weiterhin bestünden Schmerzen bei der Miktion, sehr erschwertes Wasserlösen mit nur schwachem Harnstrahl, persistierend sei die Harndrangsymptoma t i k und zum Teil tropfenweiser ungewollter Urinverlust. Sie könne die Beschwerden nicht eindeutig der Prostata zuordnen . Dennoch sehe sie als letzten Therapieversuch/Therapieoption die transurethrale Resektion (TUR) der Prostata. Sie habe mit dem Beschwerdeführer über die möglichen Komplikationen und auch das Persistieren der Schmerzen bei der Miktion sowie der Harndrangsymptomatik gesprochen. Die TUR-Prostata werde voraussichtlich im Juli 2015 stattfinden. 3.2

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 22. September 2015 (Urk.

7/50/8-10) aus, es bestehe weiterhin ein ausgeprägter Harndrang. Wenn nicht sofort die Toilette aufgesucht werde, gehe der Urin ungewollt in die Hose. Vorlagen (richtig wohl: Einlagen) würde der Beschwerdeführer zurzeit nicht verwenden. Die Miktionsfrequenz werde mit etwa stündlich tagsüber und drei bis viermal Nykturie, bei einer Trinkmenge von

zwei bis drei Liter am Tag angegeben. Beim Wasserlösen würden gute Urinportionen bestehen und der Urin würde sich mit gutem Strahl lösen. Das Wasserlösen selber sei im Vergleich zu vor der Operation wesentlich besser. Am Ende des Wasserlösen bestehe ein Brennen im Bereich der Harnröhre. Sie führte weiter aus, die TUR Pro stata sei mittlerweile drei Monate her. Weshalb weiterhin diese ausgeprägte Drangsymptomatik mit Harndranginkontinenz bestehe, sei ihr unklar. 3.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Urologie,

B.____,

berichtete am 30.

Oktober 2015 (Urk. 7/50/6-7) über eine videourodynamische Untersuchung und nannte als Diagnosen eine hyperaktive Harnblase ohne Detrusorhyperaktivität (sensorische Urge) sowie eine benigne Prostatahyperplasie mit Status nach TUR-Prostata. Dazu führte sie aus, beim Beschwerdeführer liege allenfalls eine hyperaktive Harnblase ohne Detrusorhyperaktivität vor. Es hätte keine echte Detrusorhyperaktivität nachgewiesen werden können. Die Blasenkapazität sei völlig normal gewesen. Es liege keine persistierende infravesikale Obstruktion durch die benigne Prostatavergrößerung vor. Nachdem keine organische Ursache für die Überaktivität der Harnblase vorliege, habe sie dem Beschwerdeführer Betmiga verordnet, dessen Wirkung werde man frühestens in sechs bis acht Wochen beurteilen können. 3.4

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 10. November 2015 (Urk.

7/50/1-4) aus, sie behandle den Beschwerdeführer seit Mai 2014 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen eine hyperaktive Harnblase, eine rezidivierende Nephrolithiasis sowie eine Prostatahyperplasie (Ziff. 1.1). Dazu führte sie aus, die Nephrolithiasis könne immer wieder auftreten, die Prostata sei abschliessend behandelt und die hyperaktive Harnblase werde medikamentös therapiert (Ziff.

1.4). Die Frage der Arbeitsunfähigkeit könne sie als behandelnde Ärztin nicht beantworten, sie denke, dass der Hausarzt Dr. D.____ dafür der richtige Ansprechpartner sei (Ziff. 1.6). 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 18. Dezember 2015 (Urk. 7/51/1-4) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit Mai 2014 (Ziff. 1.2) und nannte als Diagnosen eine Harndrangsymptomatik mit Harndranginkontinenz bei Status nach TUR Pro stata, eine benigne Prostatahyperplasie, eine Prostatolithiasis sowie rezidivierende Steinbilder (Ziff. 1.1). Eine Prognose sei zurzeit unbestimmt (Ziff.

1.4). Weitere Informationen inklusive Arbeitsfähigkeit sollen bei den behandelnden urologischen Fachärzten von B.____ verlangt werden (Ziff. 1.11). 3.6

Dr. A.____ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 12. Februar 2016 (Urk.

7/62/6-8) aus, warum es zu dieser Harndrangsymptomatik mit Harninkontinenz nach der von ihr durchgeführten TUR-Prostata gekommen sei, könne sie nicht eruieren. Auch die Kollegin Frau Dr. C.____ habe bei der urodynamischen Untersuchung keine groben Auffälligkeiten ausser der sensorischen Urge feststellen können. In einer diagnostischen Urethrozystoskopie Ende letzten Jahres hätte sich die Sphinkterregion intakt gezeigt, der Beschwerdeführer habe auf Aufforderung den Sphinkter zu 100% schliessen können. Da sämtliche Anticholinergika und auch Betmiga zu keiner Besserung der Beschwerden

geführt hätten, soll nun ein Therapieversuch mit Beckenboden-gymnastik und Elektrostimulation durchgeführt werden (S. 2 unten f.) . 3.7

Im Überweisungsbericht ans E.____ vom 10. Mai 2016 (Urk. 7/62/2-4)

führte Dr. A.____ unter anderem aus, sie bitte die Harndrang-symptomatik und Harndranginkontinenz-Situation nochmals zu evaluieren. Nach der von ihr durchgeführten TUR-Prostata könne der Beschwerdeführer wieder sehr gut Wasser lösen mit einem guten maximalen Flow. Leider habe postoperativ eine Harndrangsymptomatik kombiniert mit Harndranginkontinenz begonnen, für die sie keine Ursache finden könne. Zystoskopisch habe sich der Spinkter zu 100 % schliessend gezeigt. Auch die Urodynamik habe keine Pathologie ausser der sensorischen Urge ergeben. Sämtliche ausprobierten Anticholinergika sowie auch Betmiga hätten zu keiner Besserung der Beschwerden geführt. 3.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

Dr. med. Y.____, Facharzt für Urologie, berichtete am 6. Juli 2016 (Urk.

7/62/37-40) von einer am 5. Juli 2016 durchgeführten Untersuchung und nannte

als Diagnosen eine Prostatahyperplasie mit irritativen Beschwerden, eine persistierende Drangsymptomatik sowie eine rezidivierende Urolithiasis links (S.

1). Dazu führte er aus, der Untersuchungszeitpunkt sei ungünstig gewesen, da der Beschwerdeführer vor knapp zehn Tagen einen Eingriff am linken Harnleiter gehabt habe. Die Harnleiterschleife sei erst am 4. Juli 2017 entfernt worden, so dass Restbeschwerden von dieser Behandlung bestanden hätten. Er habe die Untersuchung wegen dieser Beschwerden nicht vollständig durchführen können. Gewisse Befunde seien, wegen der kaum 24-Stunden zurück liegenden Blasen Spiegelung nicht eindeutig zu verwerfen.

Wahrscheinlich liege eine chronische, nicht behandelte Prostatitis vor, gleichzeitig habe sich am Blasen Ausgang nach der transurethralen Prostataresektion eine narbige Veränderung entwickelt (S. 2 Ziff. 1).

Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass er beim kleinsten Harndrang die Toilette aufsuchen müsse und diesen Drang kaum je unterdrücken könne. Dem entsprechend stehe er des Nachts drei bis vier Mal zum Wasserlösen auf, allerdings komme es des Nachts nie zum Einnässen. Tagsüber suche der Beschwerdeführer im häuslichen Umfeld die Toilette in halb bis stündlichen Abständen auf, ausser Haus könne er den Urin bis zu maximal zwei Stunden knapp zurückhalten. Der heftige Harndrang verstärke sich beim Gang zur Toilette, so dass der Urin nicht immer ganz zurückgehalten werden könne. Obwohl immer wieder Urinverlust auftrete, trage der Beschwerdeführer keine Einlagen, vielmehr wechsle er seine Unterhosen drei bis viermal täglich. Zum Schluss der Miktion könne es etwas brennen, blutigen Urin habe der Beschwerdeführer nie beobachtet, der Harnstrahl sei gut, es

bestehe auch kein Restharngefühl und nur mässiges Nachträufeln nach dem Wasserlösen.

Der Beschwerdeführer berichte, dass beim Husten gelegentlich Harndrang auftrete und dann ein Urinverlust erfolgen könne, beim Treppensteigen, sowohl aufwärts wie abwärts, verliere er keinen Urin, beim Aussteigen aus dem Auto könne der Harndrang heftig werden und ein Verlust auftreten, bei Spaziergängen soll es gelegentlich ebenfalls zu imperativem Harndrang und Einnässen kommen (S. 2 Ziff. 1a).

Die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden hätten in der Untersuchungssituation nur teilweise nachvollzogen werden können. Der Beschwerdeführer habe beim Betasten der Blase Harndrang geäußert, ein erheblicher Urinverlust sei in der Untersuchungssituation bei einem Füllungsvolumen von 180 Milliliter nicht zu beobachten gewesen (S. 3 oben).

Im Gespräch sei der Beschwerdeführer, der als Automechaniker tätig gewesen sei, nicht in der Lage seinem Beruf nachzugehen, solange die Drangsymptomatik bestehe. Der Beschwerdeführer könne sich auch nicht vorstellen, seine Arbeit wenigstens teilweise wiederaufzunehmen (S. 3 Ziff. 3). Aufgrund dieser Angaben sei nicht zu erwarten, dass der Beschwerdeführer bei einem anderen Arbeitgeber seine Tätigkeit als Automechaniker aufnehmen würde (S. 3 Ziff. 4). Weiter

sei es fraglich, dass der Beschwerdeführer zu einer, auch leichten beruflichen Tätigkeit zu motivieren sei, solange die Drangsymptomatik bestehe. Allenfalls komme die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit infrage, wenn die Blasenentleerungs-Störung behoben sei und die allfällige chronische Prostatentzündung zur Ausheilung komme (S. 3 Ziff. 5). Aufgrund der zur Verfügung stehenden Unterlagen habe der Beschwerdeführer bereits vor dem Prostataeingriff über eine Drangsymptomatik geklagt, im Aufklärungsgespräch bei der behandelnden Urologin sei er darauf hingewiesen worden, dass diese Beschwerden allenfalls andauern können und unter Umständen auch fort bestehen werden (S. 3 unten). Die behandelnde Urologin habe auch erwähnt, dass sie nicht sicher sei, dass die vom Beschwerdeführer damals geklagten Beschwerden auf die Prostatavergrößerung zurückzuführen seien (S. 4 oben). 3.

E. 9

Nach Durchführung einer Ureterorenoskopie, Laserlithotripsie, Steinentfernung und DJ-Kathetereinlage links am E.____, Klinik für Urologie, am 26. Juni 2016 (Operations- und Austrittsbericht; Urk. 7/62/41-44) nannten die Ärzte nach sonographischer Nachkontrolle im Bericht vom 27. Juli 2016 (Urk. 7/62/45-47) als Diagnosen irritative Miktionsbeschwerden seit der Ureterorenoskopie, eine Steinfreiheit links, einen Status nach TUR-Prostata bei Prostataobstruktionsyndrom, eine Blasenhalssklerose, eine erektile Dysfunktion, einen Status nach offener Cholezystektomie sowie einen Status nach gastric banding (S. 1). Dazu führten sie aus, die vom Beschwerdeführer aktuell beschriebenen linksseitigen Flankenschmerzen seien am ehesten als muskuloskelettal zu bewerten. Des Weiteren werde die erhöhte Miktionsfrequenz am ehesten durch die bekannte Blasenhalssklerose verursacht, wobei differentialdiagnostisch auch eine Reizung der Prostata im Rahmen des letzten Eingriffs zu diskutieren sei. 3.

E. 10

Dr. med. F.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Vertrauensärztlicher Dienst, Helsana Versicherungen AG, führte in seiner Stellungnahme vom 8. September 2016 (Urk. 7/62/48-49) aus, dass der Beschwerdeführer sei aufgrund von unklaren Miktionsbeschwerden

seit dem 19. März 2015 durchgehend 100

% arbeitsunfähig. Eine Vielzahl von Untersuchungen hätten keine objektiv vierbaren Befunde aufzeigen können. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen, konservativ-medikamentös und operativ, hätten die subjektiv beklagten Miktionsbeschwerden nicht beeinflussen können. Die behandelnden Urologen der B.____-Praxis hätten keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt, auch auf gezielte Anfrage nicht. Stattdessen hätte der Hausarzt Dr.

D.____ entsprechende Zeugnisse ausgestellt.

Dr. D.____ sei nach telefonischer Rücksprache am 5. April 2016 auch nicht überzeugt, dass der Beschwerdeführer arbeitsunfähig sei und seine Angaben plausibel seien. Er sei mit der Beurteilung einverstanden, dass ab dem 22. April 2016 eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, mit der Einschränkung, dass der Beschwerdeführer in nützlicher Frist eine Toilette am Arbeitsplatz aufsuchen könne.

Trotz dieses Konsenses habe Dr. D.____ weiterhin Zeugnisse für eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt. Deshalb sei eine weitere urologische Meinung bei Dr. Y.____ eingeholt worden. Diese sei nicht schlüssig ausgefallen, einerseits wegen ungünstiger Umstände (am Vortag sei eine Ureterschiebe wegen eines Nierensteinleidens entfernt worden, weshalb noch Restbeschwerden vorhanden gewesen seien) und andererseits, weil die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung nur auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers erfolgt seien, ohne diese mit den objektiven Befunden zu korrelieren. Aufgrund der geklagten Beschwerden (starker Harndrang, drei bis viermal nachts Wasserlösen, tags, ausser Haus alle zwei Stunden Miktionsfrequenz, keine Einlagen) sei eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Werkstattmitarbeiter medizinisch nicht nachvollziehbar (S. 1). Trotz weiterhin attestierter 100%iger Arbeitsunfähigkeit, habe Dr. D.____ am 1. September 2016 erneut telefonisch bestätigt, dass er von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit nicht überzeugt sei und der Beschwerdeführer sicherlich zumindest teilweise arbeiten könnte.

Zusammenfassend sei festzuhalten, dass aufgrund eines gesteigerten Harndranges ohne objektivierbare Ursache mit einer Miktionsfrequenz von ein- bis viermal stündlich eine seit nun eineinhalb Jahren bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit medizinisch nicht nachvollziehbar sei (S. 2). 3. 1 1

Dipl.- m ed.

G.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Prävention und Gesundheitswesen, RAD, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. Oktober 2016 (Urk. 7/67/3-4) aus, eine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit liege nicht vor. Eine Einschränkung in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Werkstattmitarbeiter bestehe dahingehend, dass eine erhöhte Miktionsfrequenz und Harndranginkontinenz bestehe und eine Toilette in nützlicher Frist erreichbar sein müsse. Die bisherige Tätigkeit könne weiterhin verrichtet werden, sofern eine Toilette kurzfristig erreichbar sei. Aus versicherungsmedizinisch-theoretischer Sicht, bestehe seit jeher eine vollständige Arbeitsfähigkeit, welche jeweils aufgrund der operativen/invasiven Eingriffe kurzzeitig unterbrochen gewesen sei.

Ein Gesundheitsschaden, welcher sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auswirke, habe vorliegend nicht festgestellt werden können. Aus

urologischer Sicht liege keine längerfristige arbeitsunfähigkeits begründende Erkrankung vor. Die Operation der Prostata und die Entfernung von Harnsteinen bewirke jeweils für einen kürzeren Zeitraum eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Vertrauensarzt der Helsana habe berichtet, dass der Hausarzt weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiere, obwohl er im Telefonat nicht davon überzeugt sei, dass der Beschwerdeführer tatsächlich krank sei. Sämtliche Feststellungen würden auf subjektiv geäußerten Beschwerden basieren, trotz wiederholter urologischer Abklärungen seien keine objektivierbaren Befunde feststellbar gewesen. Eine diskrete Harninkontinenz sei nach Prostataresektion nicht ungewöhnlich. Diesem Symptom könne mit der Verwendung von Einlagen begegnet werden. Die Verwendung von Einlagen sei dem Beschwerdeführer zumutbar. 4. 4.1

Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosse Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Der Richter und die Richterin haben vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die sie von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigen (BGE

126 V 353 E. 5b S. 360; BGE 125 V 193 E. 2 S. 195; je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; SVR 2011 UV Nr. 11 S. 39, 8C_693/2010 E. 10). 4.2

Grundsätzlich setzt der Nachweis einer Invalidität im Rechtssinn eine gesundheitlich bedingte, erhebliche und evidente, dauerhafte sowie objektivierbare Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dieser Massstab gilt für sämtliche Leiden gleichermaßen (BGE 139 V 547 E. 9.4).

Zur Annahme einer Invalidität braucht es in jedem Fall ein medizinisches Substrat, das fachärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Eine Anspruchsberechtigung setzt dabei stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus, wobei für die Eignung eines Gesundheitsschadens, die Leistungsfähigkeit rechtserheblich einzuschränken, nicht bereits die Befunde und Diagnosen, sondern erst deren Folgeabschätzung entscheidend ist.

Weiter ist zu bemerken, dass die Beurteilung, ob ein invalidisierender Gesundheitsschaden vorliegt, eine Rechtsfrage ist und damit nicht den Ärztinnen und Ärzten, sondern den rechtsanwendenden Behörden obliegt (BGE 140 V 193 E.

3.1 f., Urteil des Bundesgerichts 9C_636/2007 vom 28. Juli 2008 E. 3.3.1). Dabei gilt es zu beachten, dass ärztliche Gutachten und Berichte zwar zur Arbeitsfähigkeit Stellung zu nehmen haben und diese Ausführungen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen bilden, es jedoch letztlich der rechtsanwendenden Behörde – der Verwaltung, oder im Streitfall, dem Gericht – obliegt, zu beurteilen, ob eine Invalidität im Rechtssinne, bejahendenfalls eine solche rentenbegründende Art eingetreten ist. 4. 3

Den Bericht von Dr. A. ___ vom 16. Juni und 22. September 2015 lässt sich entnehmen, dass beim Beschwerdeführer bei Vorliegen einer benignen Prostatahyperplasie und erfolgloser medikamentöser Therapie (vgl. vorstehend E. 3.1) eine transurethrale Resektion der Prostata durchgeführt wurde, wobei auch nach dem Eingriff eine Harndrangsymptomatik mit Harninkontinenz persistierte (vorstehend E. 3.2). Danach erfolgte n

zahlreiche fachärztliche Untersuchungen. Dr. C.____ stellte im Bericht vom 30. Oktober 2015 fest, dass beim Beschwerdeführer allenfalls eine hyperaktive Harnblase ohne Detrusor hyperaktivität vorliege. Eine echte Detrusorhyperaktivität hätte nicht nachgewiesen werden können. Die Blasenkapazität sei völlig normal gewesen. Eine persistierende infravesikale Obstruktion (Verengung der Harnröhre) durch die benigne Prostatavergrösserung liege nicht vor. Nachdem keine organische Ursache für die Überaktivität der Harnblase vorliege, sei eine medikamentöse Therapie mit Betmiga verordnet worden (vgl. vorstehend E. 3.3). Dr. A.____ führte in weiteren Berichten vom 12. Februar sowie 10. Mai 2016 aus, es könne nicht eruiert werden, warum es zu dieser Harndrangsymptomatik mit Harninkontinenz gekommen sei. Auch bei der urodynamischen Untersuchung von Dr. C.____ hätten keine groben Auffälligkeiten respektive Pathologie ausser der sensorischen Urge festgestellt werden können. Die Sphinkterregion habe sich intakt gezeigt. Sämtliche Anticholinergika und auch Betmiga hätten zu keiner Besserung der Beschwerden geführt (vgl. vorstehend E. 3.6).

Der Beschwerdeführer wurde in der Folge von Dr. A.____ ans E.____ zur nochmaligen Evaluation der Harndrangsymptomatik und Harndranginkontinenzsituation überwiesen (vgl. vorstehend E. 3.7).

Schliesslich holte die Helsana Versicherungen AG eine urologische Zweitmeinung bei Dr. Y.____ ein. Dieser hielt in seinem Bericht vom 6. Juli 2016 fest, die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden hätten nur teilweise nachvollzogen werden können. Zur Arbeitsfähigkeit führte er schliesslich aus, im Gespräch sei der Beschwerdeführer nicht in der Lage seinem Beruf nachzugehen, solange die Drangsymptomatik bestehe. Der Beschwerdeführer könne sich auch nicht vorstellen, seine Arbeit wenigstens teilweise wieder aufzunehmen, weshalb es fraglich sei, dass der Beschwerdeführer zu einer leichten beruflichen Tätigkeit zu motivieren sei (vgl. vorstehend E. 3.8). Dr. F.____ des Vertrauensärztlichen Dienstes der Helsana Versicherungen AG führte in seiner Stellungnahme im Wesentlichen aus, eine Vielzahl von Untersuchungen hätten keine objektivierbaren Befunde aufzeigen und alle bisherigen therapeutischen Bemühungen hätten die subjektiv beklagten Miktionsbeschwerden nicht beeinflussen können. Eine seit eineinhalb Jahren bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit sei medizinisch nicht nachvollziehbar (vgl. vorstehend E.

3.10). 4. 4

Angesichts dieser medizinischen Sachlage ging die Beschwerdegegnerin entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3 ff.) zu Recht davon aus, dass vorliegend kein invalidisierender Gesundheitsschaden ausgewiesen ist. Weder die behandelnden Urologinnen der B.____-Praxis (vgl. vorstehend E.

3.1-4, E. 3.6) noch die Ärzte des E.____ (vgl. vorstehend E. 3.7 und E. 3.9) attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit. Etwas anderes ergibt sich entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 4 Ziff. 10) auch aus dem Bericht des E.____ vom 17. Januar 2017 (Urk. 3) nicht. Einzig aus dem Wortlaut, dass eine «deutliche Einschränkung der Lebensqualität aufgrund der Blasenfunktionsstörung» bestehe, kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten ableiten, nachdem auch in diesem Bericht keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit gemacht wurden.

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit selbst gemäss Dr. Y.____ erst in Frage komme, wenn die Blasenentleerungsstörung behoben

sei (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 4 und S. 4 Ziff. 10), kann ihm nicht gefolgt werden. Geht doch aus der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung und der Formulierung von Dr. Y.____ deutlich hervor, dass diese nur auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers basiert, eine vollständige Untersuchung nicht möglich war und die angegebenen Beschwerden nur teilweise nachvollzogen werden konnten (vgl. vorstehend E. 3.8). Die rein subjektive Einschätzung der versicherten Person betreffend ihre Arbeitsfähigkeit ist nicht relevant. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 4.1.2 und 4.2.2). Objektivierbare Befunde liessen sich vorliegend trotz wiederholter urologischer Abklärungen jedoch keine feststellen. Sodann erachtet offenbar selbst der behandelnde Hausarzt Dr. D.____ - dies entgegen seinen anderslautend ausgestellten Arbeitsunfähigkeitszeugnissen zuhanden des Krankentaggeldversicherers - den Beschwerdeführer mit der Einschränkung, dass der Beschwerdeführer in nützlicher Frist eine Toilette am Arbeitsplatz aufsuchen könne, als arbeitsfähig (vgl. vorstehend E. 3.10).

In gleichem Sinne führte die RAD-Ärztin Dipl.-Med. G.____ aus, dass in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Werkstattmitarbeiter eine Einschränkung lediglich dahingehend bestehe, dass eine erhöhte Miktionsfrequenz und Harndranginkontinenz bestehe und entsprechend eine Toilette in nützlicher Frist erreichbar sein müsse (vgl.

vorstehend E. 3.11). 4. 5

Nach der allgemeinen Beweisregel obliegt es bei erstmaliger Rentenprüfung der versicherten Person, die invalidisierenden Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachzuweisen. Gelingt dieser Nachweis nicht, verfügt sie über keinen Leistungsanspruch (BGE 139 V 547 E. 8.1).

Vor dem Hintergrund fehlender Arbeitsunfähigkeitsbeurteilungen und fehlender objektivierbarer Befunde, welche auf eine längerfristige arbeitsunfähigkeitsbegründende Erkrankung respektive auf eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen liessen, bleibt kein Raum für die Annahme eines invalidisierenden Gesundheitsschadens. Anderslautende

Berichte wurden durch den Beschwerdeführer trotz Inaussichtstellung nicht nachgereicht. Die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers hinsichtlich seiner Arbeitsunfähigkeit reicht für einen rechtsgenügenden Nachweis einer Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nicht aus.

Bei objektiver Betrachtung ist vom Beschwerdeführer

forderbar, dass er seine Arbeitsfähigkeit vollumfänglich verwertet und dabei im Sinne der Schadenminderungspflicht nötigenfalls auf Einlagen zurückgreift. Da für das Vorhandensein eines invalidisierenden Leidens keine Anhaltspunkte bestehen, wurde der Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S.

5) genügend abgeklärt.

Die Beschwerdegegnerin hat nach dem Gesagten zu Recht einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung verneint, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 7 00.-- anzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 7 00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Christos Antoniadis - 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 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 Der Gerichtsschreiber Mosimann P. Sager

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