

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00296 vom 29. Juni 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2018.00296](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00296)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00296 du 29 juin 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00296 del 29 giugno 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 herstellen, 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 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).

### **E. 1.5**

Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/bb/ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C\_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4).

### **E. 1.6**

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 22. März 2018 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Februar 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, es seien weitere (medizinische) Abklärungen vorzunehmen und sodann die ihm zustehenden gesetzlichen Leistungen, mindestens eine halbe Invalidenrente, auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 8. Mai 2018 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 29. Mai 2018 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf den Untersuchungsbericht des RAD vom 2. Oktober 2017 (Urk. 7/117) davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Orthopädie-Techniker zu 40 % arbeitsfähig sei. Eine angepasste körperlich leichte Tätigkeit mit Wechselbelastung und ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft sei ihm zu 75 % zumutbar. Aus der Stellungnahme von Prof. Z. \_\_\_ würden keine neuen Diagnosen hervorgehen. Bei einem Invaliditätsgrad von 36 % habe der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf IV-Leistungen (S. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), in der angefochtenen Verfügung begründe die Beschwerdegegnerin nicht, weshalb lediglich auf die Beurteilung des RAD-Arztbeschlusses abgestellt werde. Eine kritische Auseinandersetzung mit den in den Akten liegenden Berichten habe nicht stattgefunden. Lediglich gestützt auf die Beurteilung des RAD könne sein Leistungsanspruch nicht abgelehnt werden (S. 4 Mitte). Prof. Z. \_\_\_ halte im Wesentlichen fest, dass die wesentlichen Unterdiagnosen des progressiven systemischen Bindegewebsleidens in der Beurteilung des RAD fehlen würden. Sein Leiden werde so in seiner Vielfältigkeit und Tragweite nicht korrekt erfasst und deshalb deutlich unterschätzt. Entsprechend werde die angepasste Tätigkeit viel zu optimistisch eingeschätzt (S. 4 unten). Der Ermüdungsfaktor spiele mit systemischen Bindegewebsleidens mit generalisierter Hyperlaxizität und generalisierter Gelenkinstabilität eine Rolle. Prof. Z. \_\_\_ beurteile die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bei 50 %, vorausgesetzt, dass nicht das linke Kniegelenk schlechter werde und ebenfalls operativ durch eine Knie Totalprothese ersetzt werden müssen (S. 5 oben). Weiter gebe die Beschwerdegegnerin nicht an, welche Tätigkeiten effektiv in Frage kämen bzw. welche Tätigkeiten den Leiden angepasst seien und seinen Fähigkeiten entsprächen. Es werde einfach gestützt auf die Beurteilung des RAD von einer 75%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Es seien zwingend weitere Abklärungen diesbezüglich vorzunehmen und es sei insbesondere abzuklären, welche Tätigkeiten - im Hinblick auf das komplexe Beschwerdebild - effektiv zumutbar seien (S. 5 Mitte). Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die medizinischen Akten ungenügend seien bzw. der Sachverhalt insbesondere hinsichtlich der noch bestehenden Restarbeitsfähigkeit nicht rechtsgenügend abgeklärt sei. Es sei unklar, welche Tätigkeiten seinen Leiden angepasst seien, mithin welche Tätigkeiten im Hinblick auf die komplexen Rücken- und Kniebeschwerden zumutbar seien (S. 6 unten).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers verhält und ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Rentenanspruch verneint hat. Soweit der Beschwerdeführer eine Verletzung des rechtlichen Gehörs geltend macht (vgl. Urk. 1 S. 6 Ziff. 6), darf diese - soweit sie überhaupt vorliegen sollte - als geheilt betrachtet werden, handelt es sich beim hiesigen Gericht doch um eine Beschwerdeinstanz, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437).

### 3. 3.1

Prof. Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 22. Dezember 2015 (Urk. 7/61/1-4) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit Mai 2001 und nannte unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 7/61/5-14) als Diagnosen ein lumboradikuläres Reiz- und vorübergehendes motorisches Ausfallsyndrom L4/5 bei nach caudal sequestrierte Diskushernie L4/5, eine erosive Osteochondrose mit Knochenödem LWK 4/5, eine Osteochondrose L5/S1 sowie eine Osteochondrosis dissecans beider Knie mit schwerer sekundärer Kniearthrose rechts, trikompartimental (Ziff. 1.1). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 1.4). Bei längerem Sitzen bestünden Einschränkungen infolge Rücken- und Beinschmerzen links. Die bisherige Tätigkeit sei zu 60 bis 80 % zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit, das heisst eine nicht monotone Tätigkeit, ohne Heben von Lasten über 10 kg, ohne monotones Sitzen und Stehen, ohne Gehen länger als eine Stunde und ohne Rückenrepetitiv, sollte zu 100 % möglich sein (Ziff. 1.7). 3.2

PD Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 4. Februar 2016 (Urk. 7/70) folgende Diagnosen (S. 1): - Knieschmerzen rechts bei sekundärer Gonarthrose rechts mit trikompartimenteller Osteophytose, ausgedehnten zystischen Veränderungen im lateralen Femurkondylus mit osteochondraler Läsion und ausgeprägtem Knochenödem vor allem retropatellär bei chondralen Läsionen retro patellar und trochleär rechts bei Status nach Osteochondrosis dissecans lateraler Femurkondylus mit Spongiosaplastik und Periostlappendeckung vom 11. Februar 2004 B.\_\_\_\_ Klinik, Status nach Refixation des Os-Dissectates 1994 mit Schraubenentfernung vom 31. Mai 1995 - Status nach Osteochondrosis dissecans lateraler Femurkondylus links mit Status nach Mosaikplastik vom 22. Februar 2005

Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer zeige beträchtliche Veränderungen, welche Anhaltspunkte für eine mögliche systemische Komponente mit Affektion des Knochenstoffwechsels liefere. Auch eine Synovialpathologie (DD: pigmentierte villonoduläre Synovitis) sei aufgrund der beträchtlichen synovialen Proliferationen denkbar. 3.3

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 9. Juni 2016 (Urk. 7/79/4-5) unter anderem aus, in der Zusammenschau der Befunde bestehe hier offensichtlich ein genetisches Grundproblem bei der Kollagensynthese, welches zu einer vorzeitigen Ablösung verschiedener Knorpelabschnitte des Kniegelenks geführt habe. Alle Versuche einer Rekonstruktion vorzu nehmen über eine Vielzahl von operativen Eingriffen, habe jetzt zu einem mässigen Behandlungsergebnis geführt. Das Gelenk zeige eine Pangearthrose in der Betonung auf das laterale Kompartiment. Aufgrund der genetischen Grunddisposition und hohen Grad der Arthrose sei hier eine rekonstruktive Therapie auch bei dem jungen Alter des Beschwerdeführers nicht Erfolg versprechend. 3.4

Prof. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 31. August 2016 (Urk. 7/83/1-4) unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 7/83/6-16) aus, es bestünden Schmerzen im rechten Knie und Wirbelsäule lumbal, die sich in reduzierter Stehfähigkeit und Sitzen, in reduziertem repetitiven Bücken und einer reduzierten Fähigkeit Gewichte zu heben, auswirken würden. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer dadurch zu 50 % mit

40%iger Leistungsfähigkeit zumutbar. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei zu 4.1 Stunden pro Tag zumutbar (Ziff. 1.7). 3.5

Prof. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) führte im Bericht vom 6. Juli 2017 (Urk. 7/110/1-4) unter Beilage weiterer Berichte (Urk. 7/110/5-12) aus, die Prog nose sei reserviert. Der Beschwerdeführer habe mit Sicherheit ein vererbtes Leiden mit frühzeitiger Dysfunktion des Bindegewebes in Gelenken (Knie beidseits), Dis kus (Wirbelsäule) und Venen (Ziff. 1.4). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Orthopädie-Techniker bestehe endgültig eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). Es bestünden Rückenschmerzen, Beinschmerzen und Knieschmerzen links, die zu verminderter Konzentration und Ausdauer führen würden (Ziff. 1.7).

Die Arbeitsfähigkeit in angestammter als auch in einer angepassten Tätigkeit be trage 40 %. Diese Angaben seien abschliessend. Als Orthopädie-Techniker könne der Beschwerdeführer seine Arbeit optimal auf die Stärken und Defizite anpassen (S. 4). 3.6

Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, RAD, nannte im orthopä disch-chirurgischen Untersuchungsbericht vom 2. Oktober 2017 (Urk. 7/117) fol gende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 8 Ziff. 8): - Gonarthrose rechts mit/bei - Status nach mehreren Operationen bei Osteochondrosis dissecans - Belastungsschmerz - muskuläres Defizit der rechten unteren Extremität - geringe Ergussbildung mit/bei Status nach Implantation TEP rechtes Knie am 11. Oktober 2016 - Gonarthrose links mit/bei - Belastungsschmerz - Status nach mehreren Operationen bei Osteochondrosis dissecans (letz ter operativer Eingriff mit Mosaikplastik am 22. Februar 2005) - Bewegungs-, Belastungsschmerz der LWS mit/bei - Status nach linksseitigem lumboradikulärem Reiz- und motorischen Ausfallsyndroms L4 - aktuell ohne radikuläre Zeichen und Ausfälle, keine Paresen - radiologisch nachweisbare degenerative Veränderungen, erosiver Oste ochondrose, Bandscheibenprotrusion/Vorfall L4/5 (MRI 2014, Oktober 2015, Rö Juli 2016) - muskuläre Insuffizienz der Rückenmuskulatur - chronsiches lumbovertebrales Syndrom

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 8 unten f.): - beginnende Arthrose des linken Grosszehengrundgelenks im Sinne eine Hallux rigidus - Myogelosen M. trapezius beidseits mit/bei - Cervikobrachialgie - aktuell ohne akute Wurzelbeteiligung - Varikosis beide Beine - Substitutionstherapie mit 320 bis 400 mg Sevre-Long mit/bei - Status nach Kokain-Abusus - Instabilität der linken Handwurzel bei Status nach Bandnaht mit/bei - ohne akute Schmerzsymptomatik - funktionelle Einschränkung bei Beugung und Streckung

In der versicherungsmedizinischen Beurteilung führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, an hand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung sei in Kenntnis sämtlicher Akten und der körperlichen Untersuchung vom 29. September 2017 ein somati scher Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, ausgewiesen. In der bisherigen Tätigkeit als Orthopädietechniker bestehe seit Untersuchungs zeitpunkt eine 40%ige Arbeitsfähigkeit. Für den bisherigen Verlauf werde auf die RAD-Stellungnahme vom 1. Februar 2016 verwiesen, welche ab dem 26. Februar 2015 bis zum 10 Oktober 2016 von einer 40%igen und ab dem 11. Oktober 2016 bis zum 31. Mai 2017 aufgrund der TEP des rechten Knies von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausging.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht bestehe bei Erkrankung der LWS eine ver minderte Belastbarkeit für regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten mit Überstreckbelastung der Wirbelsäule über

Kopf- und Schulterhöhe, für Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende Tätigkeiten, für häufiges Bücken sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen wie Knien, Kriechen, Hocken, für Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die Stand- und Gangsicherheit und für dauerhaftes Gehen und Stehen auf unebenem Grund.

Bei Schädigung der Kniegelenke bestehe aus medizinisch-theoretischer Sicht eine verminderte Belastbarkeit für: regelmässiges mittelschweres und schweres Heben, Tragen und Transportieren von Lasten, für Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, für ausschliesslich stehende Tätigkeiten, für häufiges Bücken sowie für Tätigkeiten in körperlichen Zwangshaltungen wie Knien, Kriechen, Hocken, für Arbeiten mit erhöhten Anforderungen an die Stand- und Gangsicherheit und für dauerhaftes Gehen und Stehen auf unebenem Grund.

Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der linken Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der linken Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der linken Hand weiter hin zu 100 % zumutbar (S. 9 unten).

Mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit überwiegender Belastung der Handgelenke und mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der linken Hand sowie mit Kälte-/Nässe-Exposition sollten vermieden werden (S. 10 oben).

Als angepasste Tätigkeit könne eine überwiegend sitzend ausgeübte Arbeit mit leichter Wechselbelastung, teils sitzend, teils ebenerdig gehend, auch mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis maximal 10 kg körpernah, ohne Verharren in Zwangshaltungen unter Ausschluss von ungünstigen Witterungsbedingungen, medizinisch-theoretisch weiterhin zugemutet werden.

Die bisherige Tätigkeit als Orthopädie-Techniker könne nicht als ideale angepasste Tätigkeit angesehen werden. Es handle sich um eine überwiegend stehende Tätigkeit ohne Sitzmöglichkeit in zeitweiser gebeugter oder kniender Haltung. Somit sei auf die Dauer eine höhere Arbeitsfähigkeit in bisheriger Tätigkeit als 40-50 % mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht zu erwarten (S. 10 oben). In einer ideal angepassten Tätigkeit sei aber eine 70 bis 80%ige Arbeitsfähigkeit ab dem 29. September 2017 möglich bei erhöhtem Pausenbedarf. In angepasster Tätigkeit habe folgender Verlauf der Arbeitsfähigkeit bestanden: 70-80 % vom 26. Februar 2015 bis 10. Oktober 2016, 0 % vom 11. Oktober 2016 bis 31. Mai 2017, ab dem 1. Juni 2017 bis auf weiteres 70-80 %. Eine wesentliche Verbesserung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei auf Dauer nicht zu erwarten, da bei Gonarthrose auch noch eine Zunahme der Schmerzsymptomatik bis zur prothetischen Versorgung im Bereich des linken Kniegelenks zu erwarten sei. Die im Oktober geplante beidseitige Varizen-Operation beider unteren Extremitäten werde mit grosser Wahrscheinlichkeit keine dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit haben (S. 10 Mitte). 3.7

Prof. Z.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) nannte in der Stellungnahme vom 22. Januar 2018 (Urk. 7/127) zum RAD-Untersuchungsbericht folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 3 oben): - systemisches marfanoides Bindegewebsleiden (Störung im

Kollagen Typ 1 Stoffwechsel) mit generalisierter Hyperlaxizität und somit generalisierten Gelenkinstabilitäten und „frühzeitigem ossärem und kartilaginärem Materialschaden“ der Kollagen Typ 1 und 2 enthaltenden Organe mit/bei - c hronischem tendenziell progredientem lumbovertebralem Schmerzsyndrom, bei/mit - Beckentiefstand links - Überlastung der tief-lumbalen Facettengelenke mit frühzeitiger Spondylarthrose - beginnender mehrsegmentaler degenerativer Veränderungen, betont L2/3 und L3/4, mit möglicher Übergangsanomalie im Sinn einer Lumbalisation von S1 - paramedian links gelegener Bandscheiben-Protrusion L2/3 und L3/4 mit foraminaler Einengung und Stn. linksseitigem lumboradikulären Reiz- und Ausfallsyndrom L4, 2014 - erosiver Osteochondrose Modic I L3/4 - leichtem Knochen-Ödem der Deckplatte LWK 5 (MRI 2015) im Vergleich zur Voraufnahme von 2014 - frühzeitiger symptomatischer Patellofemorale Gonarthrose beidseits rechts > links bei/mit: - Status nach frühzeitiger Knie-Totalendoprothese rechts Oktober 2016 - Status nach mehreren komplexen Knie-Operationen beidseits, erstmals 1994, letztmals 2005 bei beidseitiger Osteochondrosis dissecans des distalen Femurkondylus der Kniegelenke beidseits

- Status nach operativer Handgelenksstabilisation bei dynamischer SL Instabilität links 2007 (Klinik Uni-E.\_\_\_\_) - Frühzeitiger signifikant erniedrigter Knochendichte in der LWS gemäss ISCD Def. 2007 mit Z-score von -2.0 - beidseitigen Senk- und Knickfüssen - c hronischem Venenleiden im Stadium C2s rechts und C2a links, bei Magna-Stamm- und -Astvarikosis beidseits

Dazu führte Prof. Z.\_\_\_\_ aus, dass im Untersuchungsbericht des RAD wesentliche Unterdiagnosen des progredienten systemischen Bindegewebsleidens fehlen würden. Das Leiden des Beschwerdeführers werde in seiner Vielfältigkeit und vor allem Tragweite vom RAD-Arzt nicht korrekt erfasst und deshalb deutlich unterschätzt. Als Folge werde die angepasste Arbeitsfähigkeit viel zu optimistisch eingeschätzt (S. 1 unten).

Die beklagten Leiden seien zwar mit Ausnahme des Venen- und Knochenleidens berücksichtigt, würden aber verharmlosend in ihrer Auswirkung und zukünftigen Entwicklung dargestellt, weil diese nicht als ein Teil einer systemischen Bindegewebserkrankung, die progredient sei, erkannt werde. Zum Beispiel habe der Beschwerdeführer auf Grund der Beschwerden von Rücken und Knie sämtliche Hobbies aufgeben müssen. Die Beschwerden würden auch aus oben zitierten Gründen nicht im Rahmen eines progredienten Gesamtbildes interpretiert. Der Beschwerdeführer habe zwar den Handlauf beim Treppensteigen nicht zu Hilfe nehmen müssen, habe aber regelmässig beim Treppengehen Knieschmerzen, die er aller Dinge nicht ständig äussere. Der Beschwerdeführer habe zwar bei der Befragung um 9 Uhr während 40 Minuten ohne Unterbruch sitzen können, dies wäre aber am Nachmittag nach drei bis vier Stunden Arbeiten am Morgen bereits nicht mehr möglich gewesen. Die angegebene deutliche Haltungsinsuffizienz der Rumpfmuskulatur habe der RAD-Arzt mit einem asthenischen Habitus, der typisch bei dieser marfanoiden Bindegewebserkrankung sei, verwechselt und impliziert, dass der Beschwerdeführer die muskelstabilisierenden Übungen des Rumpfes vernachlässigt habe, was beim sehr zuverlässigen Beschwerdeführer nun überhaupt nicht der Fall sei. Dieser habe in den letzten drei bis vier Jahren seine Rumpfmuskulatur sehr zuverlässig und regelmässig so gut es eben bei diesen Patienten mit dieser Systemerkrankung gehe, aufgebaut. Der betreuende Physiotherapeut und er seien mit Ausnahme des Ergebnisses auf die Beckenmuskulatur (Glut. Medius) sehr damit zufrieden gewesen. Die relative Insuffizienz der Beckenmuskulatur sei eine Auswirkung der

schweren invalidisierenden Gonarthrose rechts, bei der 2016 eine Knie-TP durchgeführt worden sei. In diesem Bereich werde das Krafttraining zurzeit weiterhin konsequent durch Physiotherapie und den Beschwerdeführer selber aufgebaut (S. 2 oben) .

Die im Untersuchungsbericht des RAD erwähnten Schlussfolgerungen in Bezug auf eine leidensangepasste Tätigkeit seien nicht nachvollziehbar, da der RAD-Arzt die zeitliche Belastbarkeit im Verlauf eines Arbeitstages beim Beschwerdeführer mit einem progredienten systemischen Leiden viel zu optimistisch beurteile. Der Ermüdungsfaktor spiele bei Patienten mit systemischen Bindegewebsleiden mit generalisierter Hyperlaxizität und generalisierter Gelenkinstabilität

je doch eine Rolle, sodass eine sitzende Tätigkeit von maximal 40 Minuten am Stück am Morgen zwar erreicht werde, am Nachmittag aber für den Beschwerdeführer eine zunehmende Qual darstelle, diese Zeiten immer kürzer würden und das Bedürfnis nach Erholung in liegender Position oder herumgehender Entspannung immer grösser werde (S. 2 unten) .

Er beurteile die Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit

mit 40 % , nach vollständiger Genesung nach Knie TP rechts, möglicherweise Ende 2018 wahrscheinlich 50 % , vorausgesetzt, dass nicht das linke Kniegelenk zunehmend schlechter werde und ebenfalls operativ

durch eine Knie TP ersetzt werden müsse (S. 3 Mitte). Dabei würden nur körperlich leichte Tätigkeit mit

Wechselbelastung in Frage kommen, ohne erhöhte Anforderung an die Kraft und Haltefunktion der linken Hand, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Arbeit mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk, das heisst keine Stiel- Werkzeuge, kein Arbeiten mit ausgestreckten Armen, keine repetitive Beanspruchung der linken Hand, keine erhöhte Anforderung an das feinmotorische Geschick der linken Hand, kein repetitives Bücken, Rotieren des Rumpfes oder In-die-Hocke-Gehen, kein Sitzen länger als 40 Minuten, kein Stehen am Stück länger als 30 Minuten. Mittelschwere und schweren körperlichen Tätigkeiten seien nicht mehr möglich. Bei noch Optimierung der Tätigkeit als Orthopädist, der Beschwerdeführer arbeite seit 2008 bei der gleichen Firma, könne maximal eine Arbeitsfähigkeit von 50 % erreicht werden. Ein Wechsel in eine theoretisch ideal leidensangepasste andere Tätigkeit nach Umschulung sei zur jetzigen Zeit bei dem 40-jährigen Beschwerdeführer eine weniger gute und weniger realistische Lösung, insbesondere deshalb, weil es diese theoretisch ideale Beschäftigung für den Beschwerdeführer mit diesem systemischen Bindegewebsleiden mit frühzeitigem Befall beider Knie und der Bandscheiben nicht gäbe und der Beschwerdeführer aufgrund seiner systemischen Bindegewebeerkrankung (frühzeitiger Knorpelverschleiss, multiple Gelenkinstabilitäten, Venenleiden wegen genereller Hyperlaxizität, verminderte Knochendichte) mit zunehmendem Alter nicht weniger, sondern zunehmende Beschwerden haben werde (S. 3 unten) .

Es sollte unter Berücksichtigung aller für diesen hochkomplexen Krankheitsfall typischen Faktoren pragmatisch und zukunftsorientiert entschieden werden, dass der Beschwerdeführer, dessen systemisches Bindegewebsleiden potentiell durch den Alterungsprozess des Bindegewebes in Zukunft mit Sicherheit schlechter werde, vielmehr an der jetzigen Arbeitsstelle mit Hilfe der Invalidenversicherung optimal reintegriert

worden sei, was mit einer maximalen Arbeitsfähigkeit von 40 ev eventuell 50 % , nach Verbesserung einiger Randbedingungen, möglich sein sollte (S. 4 oben) . 4. 4.1

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen ( vgl. vorstehend E. 1.5 ). 4.2

Aus dem Grundsatz der Waffengleichheit folgt das Recht der versicherten Person, mittels eigener Beweismittel die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen in Zweifel zu ziehen. Diese von der versicherten Person eingereichten Beweismittel stammen regelmässig von behandelnden Ärztinnen und Ärzten oder von anderen medizinischen Fachpersonen, die in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen. Da sich die behandelnden Ärztinnen und Ärzte zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben, verfolgen deren Berichte nicht den Zweck einer abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die materiellen Anforderungen an ein Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 35 2. Aus diesen Gründen und aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen), wird im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte denn auch kaum je in Frage kommen (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5) .

Diese Erfahrungstatsache befreit das Gericht indessen nicht von seiner Pflicht zu einer korrekten Beweiswürdigung, bei der auch die von der versicherten Person aufgelegten Berichte mitzubehalten sind. Diese sind daraufhin zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte wecken. Es würde einen Verstoß gegen die Waffengleichheit und somit eine Verletzung von Art. 6 Ziff. 1 EMRK bedeuten, die Eignung der Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Weckung derartiger Zweifel von letztlich unerfüllbaren Anforderungen abhängig zu machen. Wird die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen, so genügt deshalb der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um solche Zweifel auszuräumen. Ebenfalls kann nicht bloss darauf verwiesen werden, diese Berichte erfüllten die Anforderungen an Gutachten gemäss BGE 125 V 351 E. 3a S. 352 nicht oder nur unvollständig. Damit die versicherte Person eine vernünftige Chance hat, ihre Sache dem Gericht zu unterbreiten, ohne gegenüber dem Versicherungsträger klar benachteiligt zu sein , darf bei Bestand solcher Zweifel nicht aufgrund der von der versicherten Person aufgelegten Berichte einerseits und der versicherungsinternen medizinischen Berichte andererseits eine abschliessende Beweiswürdigung vorgenommen werden. Um solche Zweifel auszuräumen, wird das Gericht viel mehr entweder ein Gerichtsgutachten anzuordnen oder die Sache an den Versicherungsträger zurückzuweisen haben, damit dieser im Verfahren nach Art. 44 AT SG eine Begutachtung veranlasst (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.6). 4.3

Mit Blick auf die medizinische Aktenlage erweist sich der RAD-Untersuchungsbericht (vorstehend E. 3.6) als nicht umfassend. Der RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ hat sich im Untersuchungsbericht weder mit den abweichenden Berichten von Prof. Z.\_\_\_\_ auseinandergesetzt, noch hat er in irgendeiner Weise begründet, weshalb er von dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit insbesondere in angepasster Tätigkeit abweicht. Zwar

attestiert auch Prof. Z.\_\_\_\_ zunächst noch höhere Arbeitsfähigkeiten (vgl. vorstehend E. 3.1). Der von ihm in der Folge dokumentierte Verlauf zeigte hingegen, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, trotz Integrationsbemühungen deutlich tiefer lag. Die kritische Würdigung der Aktenlage erschöpft sich im RAD-Untersuchungsbericht darin, dass auf die bisher erstellten RAD-Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (vgl. Urk. 7/63/3-4) verwiesen wurde und durch Prof. Z.\_\_\_\_ aktuell eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit dokumentiert sei. 4.4

Zum RAD-Untersuchungsbericht reichte der Beschwerdeführer in der Folge eine umfassende Stellungnahme von Prof. Z.\_\_\_\_ ein. Darin führte Prof. Z.\_\_\_\_ im Wesentlichen aus, dass wesentliche Unterdiagnosen des progredienten systemischen Bindegewebsleidens fehlen würden, das Leiden des Beschwerdeführers in seiner Vielfältigkeit und vor allem Tragweite nicht korrekt erfasst, deshalb deutlich unterschätzt und als Folge die angepasste Arbeitsfähigkeit viel zu optimistisch eingeschätzt werde. Die beklagten Leiden seien zwar mit Ausnahme des Venen- und Knochenleidens berücksichtigt, würden aber verharmlosend in ihrer Auswirkung und zukünftigen Entwicklung dargestellt, weil diese nicht als Teil einer systemischen Bindegewebserkrankung, die progredient sei, erkannt werden. Weiter seien die Schlussfolgerungen im RAD-Untersuchungsbericht in Bezug auf eine leidensangepasste Tätigkeit nicht nachvollziehbar, da die zeitliche Belastbarkeit im Verlauf eines Arbeitstages beim Beschwerdeführer mit einem progredienten systemischen Leiden viel zu optimistisch beurteilt werde. Der Ermüdungsfaktor spiele bei Patienten mit systemischen Bindegewebsleidens mit generalisierter Hyperlaxizität und generalisierter Gelenkinstabilität jedoch eine grosse Rolle (vgl. vorstehend E. 3.7).

Trotz dieser ausführlichen (und abweichenden) medizinischen Stellungnahme von Prof. Z.\_\_\_\_ erachtete es die Beschwerdegegnerin als nicht nötig, diese nochmals dem fallführenden RAD-Arzt vorzulegen, sondern begnügte sich mit der (fachfremden) Feststellung, dass daraus keine neuen Diagnosen hervorgehen würden (vgl. Urk. 7/129/8, Urk. 2 S. 2). Dies vermag angesichts der eingehenden Ausführungen von Prof. Z.\_\_\_\_ zum progredienten systemischen Bindegewebsleidens und dessen Auswirkungen auf die Belastbarkeit nicht zu überzeugen. So finden sich dazu im RAD-Untersuchungsbericht keinerlei Ausführungen. 4.5

Nach dem Gesagten ist mit dem Beschwerdeführer davon auszugehen, dass an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit des RAD-Untersuchungsberichts, insbesondere hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten, Zweifel bestehen, womit sich das Abstellen der Beschwerdegegnerin auf die Beurteilung des RAD ohne weitere Abklärungen als unzulässig erweist (vgl. vorstehend E. 1.5 sowie E. 4.2). 5.

Insgesamt fehlt es vorliegend an verlässlichen medizinischen Grundlagen zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation und der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und damit an der Grundlage für einen Entscheid. Zur Beurteilung seiner invalidenversicherungsrechtlichen Ansprüche bedarf es daher zusätzlicher medizinischer Abklärungen in Form eines Gutachtens, welches sich insbesondere zur Frage, wie sich das systemische Bindegewebsleidens mit den damit zusammenhängenden körperlichen Erkrankungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt und was dabei der Ermüdungsfaktor für eine Rolle spielt, äussert. Dabei wird sich der Gutachter auch zur Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten beim Beschwerdeführer aufgrund seines Leidens noch in Frage kommen, zu äussern haben.

Angesichts des Verzichts der Beschwerdegegnerin auf weitere Abklärungen recht fertigt sich eine gerichtliche Begutachtung nicht (vgl. vorstehend E. 1.6). Die an gefochtene Verfügung vom 19. Februar 2018 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheid über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 8 00.-- anzusetzen und, da die Rückweisung an die Verwaltung nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen gilt (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 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. 1 bis IVG).

### **E. 6.2**

Ausgangsgemäss steht dem obsiegenden Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist. In Anwendung dieser Kriterien ist die Parteientschädigung vorliegend auf Fr. 1‘

## **E. 8**

00.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich vom 19. Februar 2018 aufgehoben und die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie, nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG - 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 Bundesge

setzes 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, zuzu stellen.

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.