

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00932 vom 4. November 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-11-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00932

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00932 du 4 novembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00932 del 4 novembre 2020

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen 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 kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 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 Vier telsrente, 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). 2.

E. 2

X.____ erhob am

E. 2.1

In der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2018 erwog die Be schwer degegnerin, der Beschwerdeführer sei seit September 2016 in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei ihm

von September 2016 bis Oktober 2017 zu 50 % und seit her zu 100 % zumutbar. Der Einkommensvergleich unter Erhebung seines Einkommens als Bauarbeiter sowie eines

statistischen Wertes als Invalideneinkommen ergebe einen Invaliditätsgrad von 17 % (Urk. 2).

E. 2.2

Dagegen brachte der Beschwerdeführer – unter Beilage von Arztberichten (Urk. 3/3-5) - in seiner Beschwerdeschrift vom 23. Oktober 2018 vor, dass er auch an psychischen Beschwerden leide und das interdisziplinäre Gutachten den Anforderungen somit nicht genüge. Obwohl er anlässlich der Begutachtung angeben habe, in psychiatrischer Behandlung zu stehen, sei kein Bericht eingeholt worden. Die Beschwerdegegnerin habe demzufolge den Untersuchungsgrundsatz verletzt. Aus somatischer Sicht bestehe überdies kein definitiver Zustand, so dass die Verfügung zu früh erlassen worden sei (Urk. 1 S. 2 und S. 5) .

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort vom 29. November 2018 führte die Beschwerdegegnerin ergänzend aus, dass im Gutachten lediglich eine beginnende psychische Überlagerung und Gefahr der zukünftigen Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung erwähnt worden sei . Eine depressive Stimmungslage habe nicht erkannt werden können und es sei eine medikamentöse Non-Compliance festgestellt worden, so dass kein Hinweis auf eine in langandauerndes psychisches Leiden von erheblicher Schwere im invalidenversicherungsrechtlichen Sinn bestehe, welches weiter abgeklärt werden müsste (Urk. 6). 2. 4

Strittig und zu prüfen ist damit die rechtsgenügende Abklärung des Sachverhaltes durch die Beschwerdegegnerin sowie der Rentenanspruch des Beschwerdeführers . 3.

E. 3

Oktober 2018 Beschwerde gegen die rentenabweisende Verfügung und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die vorliegende Streitsache zu weiteren Abklärungen (insbesondere einer polydisziplinären Begutachtung) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2018 um Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 3.1

Beim Beschwerdeführer sind seit 2011 bestehende Rückenbeschwerden dokumentiert (vgl. Bericht seines Hausarztes Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin, vom 4. Januar 2012 und 26. Juni 2017, Urk.

7/21 /1 sowie Urk. 7/21/11) .

Am 9. Februar 2017 berichtete Dr. med. C.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, über eine am 2. Februar 2017 beim Beschwerdeführer durchgeführte epidurale Infiltration L4/5 links . Gestützt auf die neurologische Abklärung durch Dr. med. D.____ vom 3. Februar 2017 (Urk. 7/8/24-25) und den bildgebenden Befund im MRI vom August 2016 (Urk. 7/8/26-27) , das

eine Spondylarthrose der unteren LWS mit rezessaler Enge sowie Einengung der Neuroforamina LWK

4/5 beidseits und Irritation L4 beidseits sowie L5 rechts und Kompression L5 links, sowie einer osteodiskalen Enge Neuroforamina L5/S1 und Irritation L5 beidseits, rechts betont ,

zeigte, diagnostizierte er ein lumboradikuläres Syndrom mit sensomotorischem Ausfall . Gemäss Dr. C.____

sei eine rein sitzende Tätigkeit mit wiederholten Möglichkeiten für kurzes Aufstehen und Durchbewegen in einem Pensum von maximal 50 % durchführbar (Urk. 7/8/18-19).

Weitere Infiltrationen hatte Dr. C.____ bereits im September 2016, im Oktober 2016 sowie im November 2016 durchgeführt, wodurch jedoch keine Besserung eingetreten war , so dass er den Beschwerdeführer im Februar 2017 an die Wirbelsäulen chirurgie der Universitätsklinik E.____ überwies (Urk. 7/8/23).

E. 3.2

Am 24. Februar 2017 stellte sich der Beschwerdeführer in der Wirbelsäulen chirurgie der Universitätsklinik E.____ vor . Dem Bericht des Oberarztes Dr. med. F.____ ist zu entnehmen, dass gemäss dem MRI vom 14. Februar 2017 eine breit basige Diskusprotrusion L4/5 und eine recessale Neurokompression L5 links bestehe und der Beschwerdeführer zunächst einen Nervenwurzelblock L5 links erhalte (Urk. 7/8/28-29).

Gemäss Operationsbericht vom 27. Februar 2017 wurde n

in der Universitätsklinik E.____

eine mikrochirurgische Dekompression L4/5 links, eine Sequestrektomie und Neurolyse L5 links durchgeführt

(Urk. 7/27/13). Am 3. Mai 2017 berichtete n

die Orthopäden der Universitätsklinik E.____

über eine deutliche Besserung

der Beschwerden . Es sei vom 25. Februar bis 30. April 2017 eine 100%ige und vom 1. bis 31. Mai 2017 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Eisenleger ausgestellt worden. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar

(Urk. 7/16/7).

Für zwei Monate postoperativ sei keine Belastung möglich. Eine angepasste Arbeit könne ab Februar 2017 zu 50 % aufgenommen werden (Urk. 7/16/8).

Einen anschliessenden Arbeitsversuch an seinem Arbeitsplatz musste der Beschwerdeführer wegen der Schmerzen sogleich abbrechen (Urk. 7/12 - 13). Ein weiteres MRI am 12. Mai 2017 zeigte eine Diskushernie L4/L5 mit Wurzelkompression

und es wurde eine Infiltration der Nervenwurzel L5 links geplant . Der Facharzt der Wirbelsäulen chirurgie der Universitätsklinik E.____ attestierte am 17. Mai 2017 eine dreimonatige Arbeitsunfähigkeit im belastenden Beruf auf der Baustelle

(Urk. 7/21/6 -7). Am 21. Juni 2017 bescheinigte er eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Februar bis 31. Juli 2017 und von 50 % ab 1. August 2017 (Urk. 7/27/3).

E. 3.3

Am 25. September 2017 berichtete der Wirbelsäulen chirurg de r Universi täts klinik

E.____ über den postoperativen Verlauf nach erneuter mikrochirurgischer De k ompression und Sequestronukleotomie

am 21. August 2017. Trotz zweimaliger Dekompression würden die Beschwerden gemäss den Schilderungen des Beschwerdeführers persistieren. Dieser werde an das Schmerzambulatorium des Universitätsspitals G.____ überwiesen (Urk. 7/24/7-8, vgl. auch Urk. 7/27/19).

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin betreffend die Arbeitsfähigkeit ergänzten die Fachärzte am 27. Oktober 2017, dass eine angepasste Tätigkeit ohne manuelle Belastung der unteren Extremität in einem Pensum von 25-50 % gegebenenfalls möglich sei (Urk. 7/24/5).

Einem weiteren MRI-Befund vom 1. November 2017 waren nahezu unveränderte vorbestehende degenerative Veränderungen zu entnehmen sowie umfangreiche postoperative Residuen mit ödematös narbigen Weichteilalterationen und eher progredienter Einengung des linksseitigen Recusses unter fortbestehender Kompression der Wurzel L5 links (Urk. 7/27/42-43).

E. 3.4

Am 31. Oktober und 27. November 2017 berichtete das Schmerzambulatorium des Universitätsspitals G.____ über die Konsultation des Beschwerdeführers. Oberarzt Dr. med. H.____

diagnostizierte tieflumbale Rückenschmerzen mit L5-Radikulopathie. Er stufte die Beschwerden als multifaktoriell ein (nozizeptiv-neuropathisch, bei degenerativen Veränderungen und myofaszialen Fehlbelastungen), optimierte die medikamentöse Versorgung und initiierte eine transkutane Nervenstimulationsbehandlung

(Urk. 7/27/37-38 sowie 7/27/44-4)

E. 3.5

Am 20. Dezember 2017 erstattete Dr. med. I.____, Fachärztin für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, ihr vertrauensärztliches Gutachten zu Händen der Helsana (Urk. 7/27/25). Sie kam zum Schluss, dass die Untersuchung nur bedingt reproduzierbare Schmerzen ergeben habe und bei den Funktionsüberprüfungen ohne Bezug zur Wirbelsäule keine Beschwerden der Wirbelsäule angegeben worden seien (Urk. 7/27/32). Für eine leidensangepasste Tätigkeit ergebe sich ab sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, sofern es sich um körperlich leichte Tätigkeiten handle, die vorwiegend im Sitzen verrichtet werden könnten. Eine Steigerung auf 100 % sei per 1. Februar oder März 2018 zu erwarten. Dringend notwendig sei der Übergang in aktive Massnahmen wie Physiotherapie und Medizinische Trainingstherapie (MTT). Ab April 2018 bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Eisenleger (Urk. 7/27/33-34).

E. 3.6

), weshalb der von den Gutachtern gezogene Schluss, es liege lediglich ein alter Wurzelschaden vor, nicht zu beanstanden ist.

Nichts anderes gilt für die durch Prof. Dr. A.____ verneinte neuropathische Schmerzsymptomatik, der eine Läsion oder eine Dysfunktion des Nervensystems zu Grunde liegen müsste. Prof. Dr. A.____ führte unter Hinweis auf die «Budapester-Kriterien» einleuchtend aus, dass die Sensibilitätsstörung im linken Bein anatomisch nicht begrenzt und neurophysiologisch nicht zu objektivieren ist (Urk. 7/41/89-90), wovon im Wesentlichen auch die Neurologin Dr. I.____ ausging. Insoweit die Ärzte der

Universitätsklinik E.____ zu abweichenden Einschätzungen gelangten, vermögen diese das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, da es sich nicht um neurologische Fachärzte handelte.
4.5

Der Beschwerdeführer brachte vor, dass sein Gesundheitszustand nicht stabil und entsprechend zu früh über seinen Rentenanspruch verfügt worden sei. Grundsätzlich wird der Rentenanspruch im Zeitpunkt nach Ablauf des Wartjahres und sechs Monate nach erfolgter Anmeldung geprüft (vorstehend E. 1.2). In Anbetracht des Eintritts der Arbeitsunfähigkeit im September 2016 und der Anmeldung zum Leistungsbezug im März 2017 (Urk. 7/4) ist die Beurteilung des Rentenanspruches durch die Beschwerdegegnerin - unabhängig vom Verlauf des Gesundheitszustandes - per Ende September 2017

nicht zu beanstanden (Urk. 7/43/11). Vor dem Hintergrund stabiler Befunde und operativ ausgeschöpfter Therapieoptionen – was sich etwa aus den diversen MRI-Erhebungen und den Berichten der Universitätsklinik E.____ (vgl. etwa Urk. 7/27/42-43 und E. 3.6) ergibt – bestand für die Beschwerdegegnerin nach Erstattung des Gutachtens kein Anlass, mit ihrer Anspruchsprüfung zuzuwarten. 4.6

Die Beurteilung der Experten zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit ist nicht ganz deckungsgleich. Prof. Dr. A.____

sah eine abgestufte Arbeitsfähigkeit in dem Sinne, dass seit September 2016 in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestehe, die sich mit dem Nachweis der fehlenden Wurzelkompression, mithin seit mindestens Februar 2018 auf 100 % erhöht habe. Allerdings erscheint nicht plausibel, dass eine bloss Bildgebung eine höhere Arbeitsfähigkeit nach sich ziehen sollte.

Laut Dr. Z.____

war die 100%ige Arbeitsfähigkeit bereits mit Ablauf der zweimonatigen Rekonvaleszenz nach dem Eingriff vom 21. August 2017, das heisst seit November 2017 möglich (vorstehend E. 3.7.3), welche Einschätzung der RAD-Arzt bestätigte. Es ist nachvollziehbar, dass die Genesung vom Eingriff zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führte und die Verbesserung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit per November 2017 eingetreten ist.

Es ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer Verweistätigkeit bei Ablauf des Wartjahres im September 2017 zu 50 % arbeitsfähig war. Die für den Zeitraum nach der Operation am 21. August 2017 bis Ende Oktober 2017 ausgewiesene gänzliche Arbeitsunfähigkeit hat ausser Acht zu bleiben, da sie bloss vorübergehend war (Art. 88a Abs. 1 IVV). Nach Beendigung der Rekonvaleszenz, die im Oktober 2017 abgeschlossen war, erhöhte sich die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit ab November 2017 auf 100 %, wovon die Beschwerdegegnerin zutreffend ausging. Diese gesundheitliche Verbesserung mit Erhöhung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ist spätestens

nach Ablauf von drei Monaten zu berücksichtigen

(Art. 88a Abs. 1 IVV). Der Rentenanspruch ist daher nach Ablauf von drei Monaten seit November 2017, also ab Februar 2018 neu zu prüfen. 4.7

In erwerblicher Hinsicht ist zu bemerken, dass die Beschwerdegegnerin das Valideneinkommen anhand des zuletzt im Jahr 2014 erzielten Einkommens von Fr.

74'789.-- ermittelte. Zur Bestimmung des Invalideneinkommens zog sie recht sprechungsgemäss die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heran (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1), und zwar LSE 201 4, Dienstleistungssektor und Kompetenzniveau 1 (Urk. 7/42), was dem vom RAD-Arzt zu sammengefassten Belastungsprofil Rechnung trägt (Urk. 7/43/9). Der vorgenommene, vom Beschwerdeführer nicht bestrittene

Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden. Es ist davon auszugehen, dass nach dem Wiedererlangen der 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ein rentenaus schliessender Invaliditätsgrad resultiert.

Im Zeitpunkt des Ablaufs des Wartejahres im September 2017 betrug das Invalideneinkommen indes in Anbetracht der bloss 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit Fr. 31'500.-- (Fr. 62'999.-- / 2). Die Einkommens einbusse beläuft sich demnach auf Fr. 44'265.-- (Fr. 75'765. 30 ./ Fr. 31'500.--), was einen Invaliditätsgrad von 58 % ergibt und den Anspruch auf eine halbe Invalidenrente begründet. 4.8

Zusammenfassend hat der Beschwerdeführer befristet für die Zeit vom 1. September 2017 bis 31. Januar 2018 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde. 5 . 5.1

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und angesichts des bloss geringen Obsiegens des Beschwerdeführers diesem zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen. 5.2

Dem anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht gestützt auf Art. 61 lit. g ATSG und § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht eine im selben Umfang reduzierte Prozessentschädigung zu, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen und auf Fr. 450.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 26. September 2018 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. September 2017 bis zum 31. Januar 2018 Anspruch auf eine befristete halbe Rente der Invalidenversicherung hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln (Fr. 600.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel (Fr. 200.--) auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 450.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Mark A. Glavas - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Y.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Fehr Spycher

E. 3.7

.5

Gegenüber Dr. Z.____

beklagte der Beschwerdeführer einen permanent anhaltenden lumbospondylogenen Schmerz ohne Schmerzfortleitung in die unteren Extremitäten und Schmerzen im Bereich des linken Beckens (Urk. 7/41/138-139). Weiter gab er an, dass er etliche Schmerzmedikamente ausprobiert habe, seine Schmerzen sich aber allenfalls nur gering bessern würden und dies auch nur für kurze Zeit. Insbesondere in einer länger währenden, stehenden oder gehenden Körperposition würde er am meisten Schmerzen verspüren. In einer sitzenden Position könne er für 30 bis 60 Minuten verharren (Urk. 7/41/140). Psychisch sei er beschwerdefrei (Urk. 7/41/145).

Anlässlich der orthopädischen Untersuchung stellte Dr. Z.____

eine durchgehende Konsistenz der Befunde fest. Im Hinblick auf die LWS-Schmerzen sei eine endgradige Bewegungseinschränkung mit einem Finger-Boden-Abstand von 28 cm und einer Verkürzung der ischiocruralen Muskulatur feststellbar gewesen, dies ohne paravertebralen Hartspann oder segmentale Mikroinstabilität. Im Übrigen waren die Befunde unauffällig bzw. regelrecht (Urk. 7/41/176). Gemäss Dr. Z.____ sei

der Beschwerdeführer in der biomechanischen Funktion seiner Lendenwirbelsäule limitiert, mit einer hieraus unweigerlich erwachsenden Einschränkung der Geh- und Stehfähigkeit (Urk. 7/41/11). Für eine rückenadaptierte Tätigkeit mit intermittierend stehender, gehender und sitzender Körperposition sei aus orthopädischer Sicht eine quantitativ unlimitierte Arbeitsfähigkeit von 100 % gegeben (Urk. 7/41/12). Diese Einschätzung gelte spätestens seit November 2017, da nach einer monosegmentalen lumbalen Sequenektomie eine postoperative Rekonvaleszenz von längstens zwei Monaten bestehe (Urk. 7/41/15). Der Beschwerdeführer sei hinsichtlich seiner analgetischen Therapie nicht adäquat versorgt, dies aufgrund der Blutanalyse, welche keine Spuren der angegebenen Analgetika aufzeigt

habe. Auch sollte ein regelmässig durchgeführtes physiotherapeutisches Training zur Kräftigung und Stärkung der Rückenmuskulatur etabliert werden (Urk. 7/41/16 und 7/41/178).

In der angestammten schweren körperlichen Tätigkeit bescheinigte Dr. Z.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Eine rückenadaptierte Tätigkeit mit inter mittierend stehender, gehender und sitzender Körperposition erachtete er aus orthopädisch-versicherungsmedizinischer Sicht bezogen auf ein volles Pensum zu 100 % für zumutbar (Urk. 7/41/182).

E. 3.8

Dr. med. J.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stuft das Gutachten in seiner Stellungnahme vom 31. Juli 2018 als beweiswertig ein und gab in dessen Zusammenfassung wie der, dass der Beschwerdeführer seit September 2016 in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % aufweise und seit November 2017 eine solche von 100 %. Die bisherige Tätigkeit sei dauerhaft nicht mehr möglich (Urk. 7/43/10).

E. 3.9

Dem im Verfahren aufgelegten Bericht des behandelnden Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Oktober 2018 (Urk. 3/3) ist als Diagnose aus seinem Fachbereich eine rezidivierende Depression, derzeit mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), zu entnehmen. Gemäss Dr. K.____ gestaltete sich der Behandlungsverlauf schwierig, da der Beschwerdeführer aus schliesslich somatisch auf seine Erkrankung eingehen könne. Zur Verbesserung der Schmerzsymptomatik werde derzeit weiter versucht, die neuropathischen Schmerzen mit Medikamenten und einem Reha-Aufenthalt zu verbessern. Erst anschliessend sollte eine Verbesserung der psychopharmakologischen Medikation erfolgen. Im Befund sei der Beschwerdeführer antriebsarm, im Affekt ratlos, affektarm, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, dysphorisch, gereizt, innerlich unruhig und klagsam. Es bestünde eine Störung im Sinne einer Einengung auf die gesundheitliche und rechtliche Situation sowie Grübelneigung und Gedankenkreisen.

E. 3.10

Zwei weitere, der Beschwerde beigelegte Berichte geben über den Verlauf der somatischen Beschwerden Auskunft. Gemäss dem Bericht des Neurologen der Universitätsklinik E.____ vom 10. August 2018 sei der neurophysiologische Befund vereinbar mit einer chronischen radikulären Schädigung L4/5 links mit EMG-Zeichen einer zusätzlichen frischeren Schädigung (Urk. 3/5). Dr. H.____

berichtete am 28. August 2018, dass bei bekannter Diagnose die Medikation angepasst werde. Eine erneute Wurzelinfiltration als mögliches Prozedere sei derzeit nicht prioritär (Urk. 3/4). 4. 4.1

Einigkeit herrscht zwischen den Parteien – was im Einklang mit der gutachterlichen Konsensbeurteilung

wie auch den Einschätzungen des RAD-Arzt und der behandelnden Ärzte steht - über den Umstand, dass dem Beschwerdeführer aufgrund der somatischen Befunde die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Eisenleger seit September 2016 und auf Dauer nicht mehr zumutbar ist. 4.2

Zur Klärung der Frage, in welchem Ausmass Verweistätigkeiten dem Beschwerdeführer zumutbar sind, holte die Beschwerdegegnerin ein interdisziplinäres Gutachten ein. Die

beiden Sachverständigen setzten sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Rahmen einer vertieften Befragung

(Urk.

7/41/66-74 und 7/41/138-147) ausführlich auseinander und nahmen diverse

fachspezifische Untersuchungen und Erhebungen (wie etwa eine laborchemische Untersuchung und eine nativradiologische Bildgebung) vor (Urk. 7/41/76-82 und 7/41/148-170). Die durch die orthopädische Untersuchung erhobenen Befunde sind von Dr. Z.____ ausführlich dargestellt und nachvollziehbar dargelegt worden (Urk. 7/41/176). Prof. Dr. A.____ führte neurophysiologische Testungen durch, welche er im Gutachten dokumentierte (Urk. 7/41/78 und 7/41/103-115). Die Gutachter setzten sich auch differenziert mit den Vorakten auseinander und insbesondere Prof. Dr. A.____ umschrieb und begründete seine abweichende Einschätzung aufgrund der bildgebenden Befunde ausführlich und nachvollziehbar (Urk. 7/41/83-89). 4.3

Prof. Dr. A.____ (welcher auch Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist) ging zusätzlich auf die vom Beschwerdeführer aufgenommene psychiatrische Behandlung ein und hielt dazu fest, dass er die wichtigsten Merkmale einer Depression nicht habe feststellen können. Er erkannte die drohende Problematik der persistierenden Schmerzen bei kontinuierlicher Minderung der Selbstwirksamkeitserwartung und wies deswegen auf die Gefahr einer depressiven Überlagerung und der Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung hin, was vor dem Hintergrund der erkennbaren beruflichen Perspektivenlosigkeit sowie der ausgeschöpften und bisher erfolglosen, operativen Therapieoptionen nachvollziehbar ist (Urk. 7/41/95).

In Anbetracht dessen, dass insbesondere Prof. Dr. A.____ (mit der entsprechen den Facharztausbildung, wenngleich es sich formell nicht um ein psychiatrisches Fachgutachten handelt) keine Befunde erheben konnte, die auf eine depressive Krankheitsbild hinwiesen, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdeführerin im Anschluss an die Begutachtung keinen Bericht beim Behandler eingeholt hat. Bis zu diesem Zeitpunkt waren den umfangreichen medizinischen Vorakten auch keine Anhaltspunkte für ein psychiatrisches Leiden zu entnehmen. Ein solches wurde zudem weder in den jüngsten Schreiben des Hausarztes Dr. B.____ vom 25./26. Januar 2018 (Urk. 7/28/1, Urk. 7/29) noch in den Berichten der Ärzte der behandelnden Kliniken aus dem Zeitraum von Anfang 2018 erwähnt (Urk. 7/30/6, Urk. 7/33-34). Ferner steht es einem Gutachter frei, sich mit anderen Ärzten in Verbindung setzen, liegt doch das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte in seinem Ermessensspielraum (Urteil des Bundesgerichts 9C_65/2012 vom 28.

Februar 2012 E. 4.3).

Der RAD-Arzt hat – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers – den Hinweis der Gutachter auf eine potentielle psychische Überlagerung zur Kenntnis genommen (vgl. Urk. 7/43/9). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer in der Begutachtung angab, seit drei Wochen auf Veranlassung seines Hausarztes einen Psychiater aufzusuchen, verpflichtete die Beschwerdeführerin

– angesichts der vom begutachten den Facharzt erhobenen unauffälligen psychischen Befunde - nicht, einen Bericht einzufordern. Überdies wäre es auch dem Beschwerdeführer zumutbar gewesen, entsprechende Vorbringen nach Erhalt des Vorbescheids vom 15. August 2018 einzuwenden; ein solcher Einwand blieb jedoch aus.

Der behandelnde Dr. K. ___ diagnostizierte am 16. Oktober 2018 zwar eine rezidivierende depressive Episode (Urk. 3/3) . Doch ist s einen Ausführungen nicht zu entnehmen , dass die Episode bereits im Begutachtungszeitpunkt oder bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 26. September 2018 vorgelegen hätte . Sodann legte er nicht dar, dass oder inwiefern die abweichende gutachterliche Beurteilung unzutreffend wäre .

Rechtsprechungsgemäss lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten ander seits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen oder Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen .

Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil diese wichtige - und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind, wofür hier keine Anhaltspunkte ersichtlich oder dargetan sind (Urteil des Bundes gerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen). Schliesslich geht aus dem Bericht von Dr. K. ___

auch nicht hervor , dass das depressive Bild die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. 4.4

Die Einschätzung der Gutachter in somatischer Hinsicht , wonach dem Beschwer deführer eine wechselbelastende Tätigkeit in einem Vollzeitpensum zumutbar sein soll, ist unter dem Gesichtspunkt der erhobenen Befunde sowie der Beur teilung durch Dr. I. ___ (vgl. E. 3.5)

plausibel . Hinsichtlich der Angaben der behandelnde n Ärzte, wonach eine adaptierte Tätigkeit nur in einem Teilzeit pensum möglich sei, ist auf den Umstand hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte tendenziell zu Gunsten ihrer Patienten aussagen und ihre Einschätzung deswegen als ni cht im

gleichen Umfang objektiv einzustufen ist, wie dies bei einem unab hängigen Gutachter der Fall ist (Divergenz von medizinischem Beha ndlungs- und Abklärungsauftrag, vgl. etwa BGE 124 I 170 E. 4 und Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in f ine, mit zahlreichen Hinweisen) . Gründe, wieso eine wechselbelastende, den Beschwerden des Beschwerdeführers optimal angepasste Tätigkeit nicht in einem Vollzeitpensum möglich sein sollte, gehen aus den Berichten de r

Universitätsklinik E. ___ und des L. ___ nicht hervor. Die Gutachter betonten auch den Umstand, dass der Leidensdruck des Beschwerdeführers b eziehungsweise dessen Ausmass vor dem Hintergrund der im Blut nicht nachweisbaren Medikamente – trotz der Behauptung , diese am Morgen eingenommen zu haben - zumindest in Frage zu stellen sei . Diesen Um stand haben die behandelnden Fachleute gänzlich ausser Acht gelassen, was insbesondere den Beweiswert der Einschätzung durch

die Fachleute des L. ___ , das primär eine medikamentöse Therapie beim Beschwerdeführer vornimmt (Urk. 7/33/5) , erheblich schmälert . Es ist auch nicht ersichtlich, dass die behandelnd en Ärzte im Rahmen ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung der von Prof. Dr. A. ___ beschriebene n Schmerzverdeutlichung Rechnung getragen hätten.

Diskrepanzen bestehen in medizinischer Hinsicht betreffend das Vorliegen einer Radikulopathie. Prof. Dr. A. ___

stellte eine aktuelle Wurzelbeteiligung in Abrede , während Dr. C. ___

wie auch die Ärzte des L.____

und der Universitätsklinik E.____ eine solche postulierten und noch anlässlich der Bildgebung vom 1.

November 2017 eine Wurzelkompression L5 beschrieben wurde . Dagegen vermochte

Dr. F.____

aufgrund der jüngsten Bildgebung keine klare Nervenkompression mehr auszumachen (vorstehend E.

E. 6

), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 30. November 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8) . Mit Verfügung vom 20. August 2020 wurde die Pensionskasse Y.____ zum Prozess bei geladen und ihr Gelegenheit eingeräumt , um zur Beschwerdeschrift und zur Beschwerdeantwort Stellung zu nehmen und allfällige Beweismittel einzureichen (Urk. 9). Die Pensionskasse liess sich innert Frist nicht vernehmen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

; weitere Verlaufsberichte vom 9. und 31 Januar 2018 in Urk. 7/28/6-7 sowie Urk. 7/30/6-8 mit Hinweis auf weiterhin unveränderte Beschwerden bei Abgabe von Tramadol).

E. 10

M54.97) bei - Osteochondrosen und begleitende n

Spondylarthrosen der unteren thorakalen und insbesondere lumbalen Bewegungssegmente mit Nachweis anterior aktivierter Osteochondrosen BWK12/LWK1 sowie LWK 3/2 - linksbetonter rezessaler Enge und Einengung der Neuroforamina LWK 4/5 beidseits - ossär diskaler Einengung der Neuroforamina LWK5/SWK1 mit Betonung der rechten Seite - postoperativen Vernarbungen im Bereich L4/5 links ohne klare Nervenkompression - Status nach im Februar und August 2017 erfolgter mikrochirurgischer Dekompression L4/5 mit Sequesterektomie und Neurolyse L5 links

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