

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00903 vom 28. April 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-04-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00903

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00903 du 28 avril 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00903 del 28 aprile 2021

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs.

1 IVG). Die Rente wird vom Beginn des Monats ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG).

E. 1.3

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). 1. 4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von

Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Ebenso sind im Rahmen der Neu anmeldung nach einer rückwirkend befristeten Zusp rechung einer Invalidenrente die Voraussetzungen gemäss Art. 87 Abs.

3

IVV zu berücksichtigen (BGE 133 V 263).

1.

E. 4

Ab 1. Juni 2012 war der Versicherte als Versicherungsberater der B._____

AG tätig (Urk. 6/154/4). Am 10. Dezember 2012 unterzog er sich einer operativen Revision an der rechten Achillessehne (Urk. 6/160/13), die sie

musste am 20. März 2013 erneut operiert werden (Urk. 6/160/6). Im Anschluss daran war er zu 100 % arbeitsunfähig und bezog Krankentaggelder (Urk. 6/160/1, Urk. 6/160/18 f.). Am 20. Juni 2013 meldete er sich unter Hinweis auf den Klumpfuss, eine Tendinopathie der Achillessehne rechts nach Achillessehnenverlängerung sowie die besagte Operation erneut bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/154/5). Im April 2014 liess er eine Arthrolyse des unteren Sprunggelenks und im Februar 2015 eine Implantation einer oberen Sprunggelenksprothese vornehmen. Per Ende September 2014 wurde das Arbeitsverhältnis seitens der B._____ aufgelöst (Urk. 6/193/3). Nachdem die IV-Stelle den Versicherten über die Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung informiert hatte, teilte dieser am 2. März 2016 mit, eine solche sei nicht mehr notwendig, und legte ein Schreiben seines behandelnden Chirurgen bei, gemäss welchem er seit dem 1. März 2016 wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 6/215, Urk. 6/217). Die IV-Stelle hielt daraufhin am 23. März 2016 an der Begutachtung fest und forderte den Versicherten auf, die Bereitschaftserklärung zur Mitwirkung zu retournieren (Urk. 6/221/1 f.). Als er dieser Aufforderung innert Frist nicht nachgekommen war, wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 9. Juni 2016 ab (Urk. 6/227). 1.

E. 4.1

hiervor). Dabei wird sie insbesondere die Unterlagen der langjährigen Behandler Dr. E._____ und Dr. F._____ einzuholen haben, welche soweit ersichtlich jeweils auch Adressaten der Berichte der übrigen Behandler und der abklärenden Ärzte waren (vgl. Urk. 6/249/23 ff.). In Nachachtung der soeben dargelegten Rechtsprechung ist der Beschwerdeführer zur Mitwirkung bei der Aktenvervollständigung anzuhalten. Danach hat die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer erneut polydisziplinär begutachten zu lassen, wobei bei mangelnder Kooperation auch hier ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchzuführen wäre.

E. 4.2

Dr. med. H._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie Gastroenterologie, nannte am 12. Juli 2017 ein funktionales

heartburn mit erheblicher Beeinträchtigung, chronische Schmerzen nach diversen Beinoperationen rechts mit Endoprothesen-Versorgung sowie eine psychosoziale Belastungssituation als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

(Urk. 6/239/34). Dazu ergänzte er, der Beschwerdeführer leide schon seit Jahren unter Refluxbeschwerden, diese seien Ende des letzten Jahres exazerbiert. Es bestünden zum Teil stärkste Regurgitationen des Mageninhaltes und vor allem auch nächtliches Aufstossen mit starker Beeinträchtigung des Schlafes, was zu einer erheblichen Erschöpfung geführt habe (Urk. 6/239/33). Momentan sei der Beschwerdeführer aufgrund der starken Symptome nicht arbeitsfähig. Er sei übermüdet, asthenisch und auch wegen der chronischen Schmerzen beeinträchtigt. Es bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem 27. Mai bis 15. August 2017 (Urk. 6/239/34). 4. 3

Die Behandler des Universitätsspitals I.____, Universitäres Herzzentrum, vermerkten mit Bericht vom 23. April 2018 über die gleichentags erfolgte ambulante kardiologische Untersuchung eine arterielle Hypertonie (Erstdiagnose 2016), eine kongenitale Nierenagenese links, ein zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 links bei Diskushernie C6/7 mit Kompression der Nervenwurzel C7 links, einen kongenitalen Pes

equinovarus rechts, chronisch persistierende Beinschmerzen rechts sowie einen Morbus Crohn (Urk. 6/258/1). Der Beschwerdeführer präsentiere sich kardiopulmonal kompensiert mit normotonen Blutdruckwerten und einem normokardialen Sinusrhythmus im EKG ohne Repolarisationsstörungen. In der Ergometrie habe sich eine gute Leistungsfähigkeit ohne subjektive und objektive Hinweise auf eine belastungsinduzierte Ischämie gezeigt (Urk. 6/258/2 f.). 4. 4

Der behandelnde Dr .

E.____

nannte mit Bericht vom 20. Juni 2018 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine teilweise Geh- und Stehunsfähigkeit auf dem rechten Fuss, eine massive Einschränkung durch die Problematik im Bereich der HWS und der rechten Schulter mit deutlicher Bewegungseinschränkung und Schmerzen sowie massive gastrointestinale Probleme. Dazu ergänzte er, aus orthopädischer Sicht sei die Aussicht auf eine Wiederaufnahme der körperlichen Arbeit sicher schlecht, da der Beschwerdeführer durch alle drei Diagnosen massiv eingeschränkt sei und sicherlich eingeschränkt bleiben werde (Urk. 6/246/3). Der Beschwerdeführer habe mehrere Arbeitsversuche unternommen, welche jedoch immer wieder hätten abgebrochen werden müssen, da der Beschwerdeführer einfach physisch nicht in der Lage gewesen sei, nebst seinen Einschränkungen und Schmerzen die vorgesehenen Arbeiten auszuführen. Das Gehen, Sitzen und Schlafen sei alles nur eingeschränkt möglich (Urk. 6/246/4). Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht (Urk. 6/246/6). Momentan sei dem Beschwerdeführer keine Tätigkeit zumutbar (Urk. 6/246/6). 4.

E. 4.3

und E.

E. 4.6

hiervor). Damit liegt eine seit der Renten einstellung wesentliche Änderung vor, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad zu beeinflussen. Der Rentenanspruch ist daher nachfolgend in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3).

6.

E. 5

Dr. F.____ führte in seinem Bericht vom 12. Juli 2018 folgende Diagnosen auf: Pes equinovarus rechts, Implantation einer Prothese des oberen Sprunggelenks (OSG) am 13. Februar 2015 , chronische rechtsseitige Knieschmerzen, zervikoradikuläres Reizsyndrom C7 links, kongenitale Nierenagenesie links sowie eine depressive Verstimmung (Urk. 6/249/21). Der Beschwerdeführer leide seit Jahren an multiplen Problemen des Bewegungsapparates. Im Vordergrund stünden die Probleme mit dem rechten Fuss bei kongenitalem Pes equinovarus rechts mit mehreren operativen Eingriffen. Daneben bestünden auch störende rechtsseitige Knieschmerzen bei Status nach Motorradunfällen und mehrmaligen Eingriffen. In letzter Zeit hätten diese Beschwerden wieder deutlich zugenommen. Der Beschwerdeführer befinde sich deshalb in Behandlung bei Dr. E.____ . Weiter sei seit Jahren ein zervikoradikuläres Reizsyndrom bekannt. Der Befund habe sich in einer erneuten MRI-Untersuchung der HWS bestätigt. Dieser zeige eine Einklemmung der Nervenwurzel C7 . Zudem seien in den letzten Monaten wiederholte Abklärungen aufgrund unklarer Bauchschmerzen getätigt worden. Diese seien allesamt ernüchternd verlaufen, ohne dass ein klinisches Korrelat habe gefunden werden können. Aufgrund der doch multiplen Beschwerden sei es konsekutiv zu einer zunehmend depressiven Verstimmung gekommen. Der Beschwerdeführer befinde sich deshalb regelmässig in fachärztlicher Behandlung und nehme Valdoxan ein (Urk. 6/249/19). Von Seiten des Psychiaters werde weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Aus seiner – Dr. F.____ s – Sicht sei auch längerfristig eine Arbeitsfähigkeit sehr fraglich (Urk. 6/249/20). 4.

E. 6

Aufgrund vermehrter Beschwerden im rechten Knie wurde der Beschwerdeführer am 6. September 2018 im Kantonsspital J.____ abgeklärt. Der behandelnde Arzt nannte mit Bericht vom 7. September 2018 als Diagnosen unter anderem einen kongenitalen Pes equinovarus rechts bei einer Fraktur/Pseudarthrose des medialen Malleolus rechts . Dazu ergänzte er, von Seiten des Kniegelenks zeige sich eine stationäre Situation. In diesem Sinne sei die vermehrte Beschwerdesymptomatik wahrscheinlich begründet durch eine Überlastung aufgrund der Gesamtsituation der rechten unteren Extremität. Aus orthopädisch-chirurgischer Sicht seien keine weiteren Massnahmen betreffend das rechte Kniegelenk indiziert. Hingegen habe sich auf dem Orthoradiogramm ein abgebrochener medialer Malleolus am rechten OSG bei Status nach OSG-Prothese gezeigt. Dieser sei klinisch auch druckdolent und symptomatisch. Ob hier allenfalls eine Revision erfolgen könne und solle, sei äusserst fraglich. Vielmehr sei dann der Schritt zur Arthrodeese zu diskutieren. Da für den Beschwerdeführer die Fussgelenksbeschwerden deutlich im Vordergrund stünden, sei eine Beurteilung durch die Fusschirurgie der Universitätsklinik Y.____ einzuholen (Urk. 3/6 S. 2). 4.

E. 6.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre leistungsabweisende Verfügung auf das Gutachten der D.____ , gemäss welchem der Beschwerdeführer trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen

voll arbeitsfähig sei (Urk. 2 S. 1). Nachfolgend ist daher auf den Beweiswert des Gutachtens einzugehen.

Die Gutachter verneinten das Vorliegen von Diagnosen mit leistungsmindernder Wirkung und befanden, der Beschwerdeführer sei uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 6/292/11 und 13). Dabei massen sie den orthopädischen Gesundheitsstörungen zwar eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit bei, und zwar in dem Sinne, dass körperlich schwere Arbeiten aufgrund des Prothesenersatzes der grossen Gelenke und des Klumpfusses mit konsekutiver Hypotrophie des Unterschenkels ungeeignet seien. Für eine wechselbelastende, leichte körperliche Tätigkeit fanden sie keine Einschränkung (Urk. 6/292/12).

Der Beschwerdeführer klagte vor allem über Schmerzen im rechten Bein und dort hauptsächlich im rechten Fuss. Diese beständen in stärkster Ausprägung und vor allem, wenn er das rechte Bein viel belastet habe. Ausserdem betrage seine Gehstrecke lediglich 500 bis 1000 Meter und es beständen Schwellungen am rechten Bein mit Verstärkung nach körperlicher Belastung (Urk. 6/292/90, Urk. 6/292/96, Urk. 6/292/127, Urk. 6/292/144). Diese Schmerzzustände wurden insbesondere gemäss orthopädischem und neurologischem Gutachten für nicht ausreichend objektivierbar gehalten (Urk. 6/292/96 und 147). Der orthopädische Gutachter erklärte dazu, am rechten Sprunggelenk liege bei reizloser umfangreicher Narbenbildung eine höhergradige funktionelle Restriktion, insbesondere durch eine vollständig aufgehobene aktive und passive Dorsalextension vor, mit dadurch plausibler Gangstörung. Aktuell seien aber keine zusätzlichen entzündlichen Alterationen des Fusses evident (Urk. 6/292/145).

E. 6.3

Mit seiner Beschwerde reichte der Beschwerdeführer insbesondere den Bericht über die MRI-Untersuchung vom 6. September 2018 im J.____ ein (Urk. 3/6). Diesem lässt sich entnehmen, dass das erstellte Orthoradiogramm

eine Fraktur/

Pseudoarthrose am medialen Malleolus des rechten OSG zeigte. Der abgebrochene mediale Malleolus

war klinisch druckdolent und symptomatisch. Der untersuchende Arzt warf deshalb die Frage auf, ob eine Arthrodeese

durchzuführen sei,

und überwies den Beschwerdeführer in die Fusschirurgie der Universitätsklinik Y.____

(Urk. 3/6 S. 2). Dieser Bericht lag dem orthopädischen Gutachter nicht vor (Urk. 6/292/107 ff.), weshalb dieser ihn bei seiner Einschätzung nicht berücksichtigen konnte. Mit dem darin beschriebenen Befund einer nicht verheilten Fraktur am Knöchel handelt es sich bei diesem Bericht um eine relevante Grundlage, deren Fehlen das orthopädische Gutachten in Zweifel zu ziehen vermag, kann doch nicht gesagt werden, dass es unter Berücksichtigung sämtlicher relevanten Akten erstellt wurde. Es ist daher fraglich, ob die Beurteilung des orthopädischen Gutachters, wonach die Schmerzzustände nicht ausreichend objektivierbar seien, korrekt ist. Damit steht auch die daraus abgeleitete Schlussfolgerung einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit gemäss seinem definierten Belastungsprofil in Frage

(Urk. 6/292/147).

Schliesslich wurde am 30. November 2020 eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie des rechten Fusses durchgeführt. Dem gleichentags erstellten Bericht lässt sich der dringende Verdacht auf eine ausgedehnte, stark progrediente Polyethylen-Abrieb-erkrankung entnehmen. Der Bericht wurde zwar nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 18. November 2019 erstellt, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 130 V 445 E. 1.2 mit Hinweisen). Sofern aber nach Abschluss des Verwaltungsverfahrens eingereichte medizinische Unterlagen Rückschlüsse auf die gesundheitliche Situation in diesem massgebenden Zeitraum erlauben, sind sie in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_235/2016 vom 26. Januar 2017 E. 4.2). Dies ist vorliegend der Fall, denn die Skelettszintigraphie erfolgte zur Abklärung der rezidivierenden Schwellungen und Schmerzen des rechten Fusses (Urk. 14/1). Diese Beschwerden beklagte der Beschwerdeführer auch

anlässlich der orthopädischen Untersuchung. So erklärte er, er verspüre Schmerzen und eine Störung in der Gelenksmechanik des Fusses (Urk. 6/292/127). Die er wähte Symptomatik der rezidivierenden Schwellungen und Schmerzen,

mit zum Teil auch livider Verfärbung des rechten Fusses, fanden bereits Eingang in die Beurteilung von Dr. E.____ vom 12. Juni 2018, welcher daraus eine teilweise Geh- und Stehunsfähigkeit auf dem rechten Fuss ableitete und die Ansicht vertrat, dem Beschwerdeführer sei im Moment keine Tätigkeit möglich (Urk. 6/246/3 und 6). Vor dem Hintergrund der durchgeführten Skelettszintigraphie greift es zu kurz, wenn im Gesamtgutachten die Beurteilung

des Chirurgen Dr. E.____

lediglich unter Hinweis auf die im Befund nicht objektivierbaren Einschränkungen ausser Acht gelassen wurde (Urk. 6/292/9).

Auch der neurologische Gutachter verneinte ein radikuläres Defektsyndrom oder eine radikuläre Reizung der zervikalen Nervenwurzeln und schrieb dem Bildbefund kein klinisches Korrelat zu (Urk. 6/292/97). Allerdings führte bereits Dr. F.____ in seinem Bericht vom 12. Juli 2018 aus, beim Beschwerdeführer sei ein zervikoradikuläres Reizsyndrom bekannt. Der Befund habe sich in einer erneuten MRI-Untersuchung der HWS bestätigt, der eine

Einengung der Nervenwurzel C7 beschreibe (Urk. 6/249/19). Dieser Bericht befindet sich soweit ersichtlich nicht in den Akten, weshalb der neurologische Gutachter dazu nicht Stellung beziehen konnte. Im MRI-Bericht vom 30. November 2020 ist jedoch im Gegensatz zur Untersuchung vom 23. April 2018 (Urk. 6/292/79) die Rede von foraminale Stenosen an mehreren Stellen mit vermuteter Irritation beziehungsweise Kompression C4 rechts, C5 beidseits, rechtsbetont, C6 und C7 beidseits, links betont (Urk. 14/2). Auch dieser Bericht lässt allfällige Rückschlüsse auf die Situation vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu, weshalb er im vorliegenden Verfahren zu beachten ist. Damit bestehen Zweifel an der Schlussfolgerung des neurologischen Gutachters, wonach die Beschwerden kein klinisches Korrelat aufweisen.

E. 6.4

Zusammenfassend erweist sich das eingeholte Gutachten der D.____ als unvollständig

und nicht überzeugend. Es erfüllt daher die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige ärztliche Expertise nicht (vgl. E. 1.5), wes halb darauf nicht abgestellt werden kann.

Auch die anderen Berichte lassen keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit über den gesamten Zeitraum seit der Anmeldung vom 11. September 2017 beziehungsweise seit einem allfälligen Rentenbeginn am 1. März 2018 zu. Der behandelnde Gastroenterologe, Dr. H.____, bezog die Beurteilung lediglich auf den Zeitraum vom 27. Mai bis 15. August 2017. Dr. E.____ machte ebenfalls nur wenig differenzierte Aussagen über die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 6/246/6). Zudem steht seine Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer momentan gar keine Tätigkeit ausüben könne, im Widerspruch zur Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers, welcher sich zu 40-50 % arbeitsfähig sieht in seiner aktuellen Tätigkeit als Berater in der Medizintechnikbranche (Urk. 1 S. 3, Urk. 6/292/136). Dr. F.____ stützte sich schliesslich zur Hauptsache auf die Prognose des behandelnden Psychiaters (Urk. 6/249/20). Auf dessen Einschätzung kann aber auch nicht abgestellt werden, da dieser zwar eine mögliche Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in Aussicht stellte, jedoch keine Angaben zum Belastungsprofil machte (Urk. 6/264/4, Urk. 3/3). 7.7.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn 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 entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 7.2

Nach dem Gesagten hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, den medizinischen Sachverhalt vollständig abzuklären. Aus den Akten geht zwar hervor, dass der Beschwerdeführer während des Verwaltungsverfahrens, insbesondere bei der Terminabsprache der Begutachtung (Urk. 6/270, Urk. 6/273) wie auch in der Begutachtung selbst nicht ausreichend mitwirkte. So hielt der orthopädische Gutachter eine eingeschränkte Kooperation während der gutachterlichen Befragung und der klinischen Untersuchung fest (Urk. 6/292/137 und 145). Weiter lehnte der Beschwerdeführer Zusatzuntersuchungen, wie etwa Medikamentencompliance-Bestimmungen im Blut ab und er liess auch die von den orthopädischen und neurologischen Gutachtern vorgeschlagenen zusätzlichen bildgebenden Untersuchungen nicht durchführen (Urk. 6/292/98, Urk. 6/292/99, Urk. 6/292/143).

Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat jedoch der Versicherungsträger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen. Art. 43 Abs. 2 ATSG legt fest, dass die versicherte Person sich ärztlichen Untersuchungen zu unterziehen hat, soweit diese für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind. Dazu gehört auch die Teilnahme an einer vom Versicherungsträger angeordneten Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG (Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Auflage, Zürich 2020, Art. 43 Rz 92 und 96). Ein Entscheid

aufgrund der vorliegenden Akten oder die Einstellung der Erhebungen kommt gemäss Art. 43 Abs. 3 ATSG nur in Frage, wenn die versicherte Person ihrer Auskunftspflicht nicht nachkommt. Der Versicherungsträger muss die Person vor dieser Sanktionierung schriftlich mahnen und auf die Rechtsfolgen hinweisen. Sodann ist eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Kieser, a.a.O., Art. 43 Rz 104 mit Hinweisen).

Vor diesem Hintergrund hätte die Beschwerdegegnerin in Nachachtung der gutachterlichen Empfehlung (Urk. 6/292/98 und 143) die als notwendig erachteten Zusatzuntersuchungen durchführen lassen müssen, um die Aktenlage zu vervollständigen. Dabei hätte sie ein korrektes Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchführen müssen.

Die Beschwerdegegnerin hat daher in Vervollständigung der Akten zunächst die Unterlagen und Bildgebungen seit der Anmeldung vom 11. September 2017 (Urk. 6/229) beizuziehen, wobei – wie bereits erwähnt – der frühest mögliche Rentenbeginn auf den 1. März 2018 fällt (vgl. E).

E. 7

Med. pract. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelte den Beschwerdeführer bereits von August 2016 bis Juni 2018 im Rahmen seiner Tätigkeit im Zentrum

L.____ und hatte ihm dort eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/250/1 f.). Mit Bericht vom 8. Februar 2019 vermerkte er als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.80) auf der Basis eines Erschöpfungssyndroms (ICD-10 Z73.0) sowie differentialdiagnostisch den Verdacht auf eine chronische depressive Störung bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33), und ebenfalls differentialdiagnostisch Anpassungsstörungen (ICD-10 F43.2) bei einem Verdacht auf eine hyperkinetische Störung (ICD-10 F90). Dazu führte er aus, zuletzt, aktuell und bis auf Weiteres bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In prognostischer Hinsicht und auch gemäss Motivation des Beschwerdeführers sei die Aufnahme einer entsprechend adaptierten Tätigkeit in einem kleinen und zudem angepassten Pensum prognostisch denkbar (Urk. 6/264/4). Die bisherige Tätigkeit sowie eine leidensangepasste Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer initial an maximal zwei Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 6/264/6). Der Beschwerdeführer verfüge über umfangreiche berufliche und persönliche Ressourcen aus Führungs- und Leitungspositionen (Urk. 6/264/5).

Am 9. September 2019 bestätigte med. pract. K.____ eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % für die Zeit vom 1. bis 30. September 2019 und erklärte, er gehe prognostisch davon aus, dass ab dem 1. Oktober 2019 bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bestehen werde. Eine geringgradige Erhöhung (5-10 %) der Arbeitsfähigkeit, vermutlich in adaptierter Tätigkeit, könne im Verlauf noch erwartet werden (Urk. 6/296). Am 7. November 2019 bestätigte med. pract.

K.____ sodann eine Arbeitsunfähigkeit von 60 % für die angestammte Tätigkeit vom 1. bis 30. November 2019. Er empfehle weiterhin einen Arbeitsversuch in adaptierter Tätigkeit (Urk. 3/3). 4.

E. 7.3

Die angefochtene Verfügung vom 18. November 2019 ist daher aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie die Abklärungen im Sinne der

Erwägungen nachhole respektive erneut durchführe. 8 .

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG in der hier anwendbaren, bis am 31. Dezember 2020 in Kraft gewesenen Fassung (Art. 83 ATSG) kostenpflichtig.

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr.

E. 8

Am 23. August 2019 erstatteten die Sachverständigen der D.____ ihr Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädie und Psychiatrie (Urk. 6/292). Im Gutachten nannten sie keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, weder in einer angepassten noch in der angestammten Tätigkeit. Ohne leistungsmindernde Wirkung seien demgegenüber die folgenden Diagnosen (Urk. 6/292/11): - Morbus Crohn, Status nach ulzero-erosiver

Ileitis

terminalis, vereinbar mit Morbus Crohn (2009), letzte Koloskopie 2009 - Gastroösophageale

Refluxkrankheit (GERD), Refluxösophagitis Grad II (Gastroskopie 20. November 2017) - Arterielle Hypertonie - Adipositas Grad I - Sprunggelenkendoprothese rechts mit Minderfunktion bei Status nach Klumpfuß mit mehrfacher Voroperation - Hallux

rigidus rechts bei Grosszehengrundgelenkarthrose - Femoropatellar - Prothese rechtes Kniegelenk - Bildgebend degenerative Alterationen der Halswirbelsäule ohne namhaftes radikuläres Befundkorrelat - Leichtgradige Schultergelenkarthrose beidseits ohne funktionelle Restriktion - Mögliche Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Im interdisziplinären Konsens führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe intensive Schmerzen, vor allem im Bereich des rechten Beines sowie spinal und eine resultierende psychische Beeinträchtigung vorgetragen (Urk. 6/292/7). Die objektiven Befunde hätten zumindest hinsichtlich der reklamierten Beschwerden kein ausreichendes Korrelat ergeben. Der Beschwerdeführer habe nicht erheblich schmerzgeplagt gewirkt und sei in seiner spontanen Mobilität nicht erheblich eingeschränkt gewesen. Zweifelsfrei bestünden jedoch objektive Belastungsgrenzen aufgrund der orthopädischen Gesundheitsstörung (Sprunggelenkendoprothese

rechts mit Minderfunktion bei Status nach Klumpfuß mit mehrfacher Voroperation, Hallux rigidus rechts bei Grosszehengrundgelenkarthrose, Femoropatellarprothese rechtes Kniegelenk, bildgebend degenerative Alterationen der Halswirbelsäule ohne namhaftes radikuläres klinisches Befundkorrelat, leichtgradige Schultergelenkarthrose beidseits ohne funktionelle Restriktion). Eine gravierende depressive Störung habe anhand des hiesigen Befundes nicht erkannt werden können. Die aktenkundige Einschätzung lasse sich also nicht (zumindest nicht mehr) bestätigen (Urk. 6/292/8).

Die Indikatoren und die objektiven Befunde deuteten auf eine erhaltene Selbstständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Integration hin. Der Beschwerdeführer fahre Auto

und gehe körperlichen Aktivitäten nach. Die aktenkundige Einschätzung von med. pract. K.____ vom 8. Februar 2019 nenne eine Arbeitsfähigkeit mit reduziertem Pensum in angepassten Tätigkeiten und «umfangreiche» Ressourcen. Eine invalidisierende Gesundheitsstörung mit Auswirkung in jedweder Tätigkeit lasse sich hier also nicht ableiten (Urk. 6/292/8).

Die somatischen Vorbewertungen (Dr. H.____, 12. Juli 2017 und Dr. F.____, 12. Juli 2018) stellten stark auf den subjektiven Beschwerdevortrag und eine «funktionelle» Störungsgenese ab, was versicherungsmedizinisch nicht als leistungsbeeinträchtigend angesehen werden könne. Zudem erschienen die im Rahmen der Begutachtung herausgearbeiteten Indikatoren einer ausreichenden Alltagsaktivität nicht hinreichend berücksichtigt (Urk. 6/292/9).

Die aktenkundige chirurgische Einschätzung (Dr. E.____, 12. Juni 2018) liesse sich nicht (zumindest nicht mehr) teilen, da «massive» zervikale oder die Mobilität beeinträchtigende Einschränkungen weder im gutachterlichen Befund noch in der Anamnese zur Alltagsaktivität erschienen (Urk. 6/292/9). Die Refluxbeschwerden seien mittels einer Gewichtsreduktion besserbar (Urk. 6/292/10).

Die orthopädischen Gesundheitsstörungen bedingten eine qualitative Minderung der Arbeitsfähigkeit. Körperlich schwere Arbeiten seien aufgrund des Prothesenersatzes grosser Gelenke und aufgrund des Klumpfusses mit konsekutiver Hypotrophie des Unterschenkels ungeeignet. In Betracht kämen vor allem wechselbelastende, körperlich leichte Arbeiten, wie bislang ausgeübt. Die Selbstständigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Integration erschienen angesichts der Anamnese und der erhobenen Befunde nicht derart limitiert, dass eine Minderung der Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten hinreichend zu belegen sei. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit betrage jeweils 100 % (Urk. 6/292/12 f.) . 4.

E. 9

00.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - X.____, unter Beilage je eines Doppels von Urk. 12 und Urk. 18 - 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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin FehrReiber

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