

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00186 vom 1. Juli 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-07-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00186

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00186 du 1 juillet 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00186 del 1 luglio 2020

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.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zuspreehung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3,

134 V 131 E. 3). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht.

E. 1.4

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gemäss dem Sachverhalt – als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu naturgemäss auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7).

E. 1.5

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 entscheidungserhebliche 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 13. März 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 11. Februar 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die Rente auf mindestens eine Dreiviertelsrente ab 1. September 2017, eventuell befristet, zu erhöhen. Weiter seien medizinische Abklärungen vorzunehmen

(Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. April 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, dass das Revisionsgesuch mit akuten Rückenschmerzen und einer geplanten Operation begründet worden sei. Aus den eingereichten Berichten gingen jedoch unveränderte Beschwerden sowie eine unveränderte Beweglichkeit hervor. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maschinist/Reiniger sei dem Beschwerdeführer weiterhin nicht zumutbar, für diese sei seit Juni 2012 eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen (S. 1 unten). Für eine angepasste Tätigkeit bestehe ebenfalls seit Juni 2012 ein unverändertes Belastungsprofil. Mit der Operation vom 5. Januar 2018 habe sich zwar die medizinische Situation geändert. Postoperativ lägen jedoch keine wesentlich anderen objektivierbaren Befunde im Vergleich zur letzten Beurteilung durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom November 2015 und somit auch keine veränderte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vor (S. 2 oben).

Erfahrungsgemäss sei nach einer Operation während zirka sechs Wochen bis drei Monaten mit einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit zu rechnen. Spätestens nach drei Monaten sei zu erwarten, dass wieder eine Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit vorliege. Die erhaltenen Arztberichte äusserten sich nicht zum Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Deshalb sei die Beurteilung dazu medizinisch-theoretisch durch den RAD aufgrund der in den Berichten beschriebenen Befunde und Diagnosen erfolgt. Insbesondere hätten die Behandler bei ihren Abklärungen keine neurologischen Defizite und keine behandelbare Ursache der Schmerzen festgestellt (S. 2 oben).

Für eine körperlich sehr leichte adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe weiterhin eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %. Für Einzelheiten werde auf den Vorbescheid vom 17. November 2015 verwiesen. Aus dem unveränderten Belastungsprofil mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 % ergebe sich nach wie vor ein Invaliditätsgrad von 59 %. Der Beschwerdeführer habe somit weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente. Eine andauernde Verschlechterung seines Gesundheitszustandes beziehungsweise eine höhere Einschränkung seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit seien

nicht ausgewiesen (S. 2 Mitte).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Schmerzsituation habe sich durch die im Januar 2018 erfolgte operative Revisionspondylodese nicht verbessert, sondern sei exazerbiert. Zusätzlich seien Probleme mit den Kniegelenken aufgetreten (S. 4 Ziff. III.1). Im Nachgang zur Operation seien ein Failed Back Surgery

Syndrom sowie ausgeprägte Arm- und Handschmerzen mit Koordinationsstörungen und Verminderung der Sensibilität aufgetreten. Auch im lumbosakralen Übergang habe sich die gesundheitliche Situation nicht verbessert und die Gehfähigkeit sei dadurch deutlich eingeschränkt. Im Arztbericht der Klinik Z.____ vom 14. Februar 2019 sei ausgeführt worden, dass eine sehr schlechte Prognose bestehe und er dauernd zu 100 % arbeitsunfähig sei. Sein Gesundheitszustand habe sich also seit der Rentenzusprache im Jahr 2015 massiv verschlechtert (S. 4 f. Ziff. III.2).

Die Ansicht des RAD, dass das Belastungsprofil gleichgeblieben sei und dass nach orthopädischer Erfahrung spätestens drei Monate nach der Operation wieder eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit vorliege, sei nicht nachvollziehbar. Gestützt auf die Berichte der Klinik Z.____ sei davon auszugehen, dass er überhaupt nicht mehr arbeitsfähig sei, er über keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr verfüge und das Belastungsprofil nochmals limitierter sei. Er sei nur noch in der Lage, an einem Arbeitsplatz im geschützten Rahmen zu arbeiten, was er bereits tue (S. 5 Ziff. III.3 f.). Nicht berücksichtigt werde vom RAD auch, dass sich sein Gesundheitszustand bereits spätestens im Juni 2017 und somit vor der Operation vom Januar 2018 verschlechtert habe, deshalb sei diese überhaupt erst notwendig geworden. Die Rente hätte deshalb zumindest befristet ab 1. September 2017 erhöht werden müssen (S. 6 Ziff. III.5).

Selbst wenn weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werde, so müsse ein neuer Einkommensvergleich gemacht werden und aufgrund der vielen massiv einschränkenden Faktoren, die sich seit der Rentenzusprache verschlechtert hätten, ein maximaler Leidensabzug von 25 % auf das Invalideneinkommen gewährt werden (S. 6 Ziff. III.6). Für den Fall, dass nicht auf die Berichte der Klinik Z.____ abgestellt werden könne, müsse er medizinisch neu abgeklärt werden. Der RAD habe ihn nie untersucht, weshalb dessen Akteneinschätzung nicht der gleiche Beweiswert zukommen könne wie den Berichten der Klinik Z.____ (S. 7 Ziff. III.7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob ein Revisionsgrund im Sinne einer relevanten Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente am 15. Februar 2016 vorliegt und ob der medizinische Sachverhalt seitens der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Die rentenzusprechende Verfügung vom 15. Februar 2016 (Urk. 7/108; Urk. 7/128) stütze sich auf das Gutachten des Y.____

vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/97). 3.2

Dr. med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt fest, aus allgemeininternistischer Sicht hätten keine Befunde und Diagnosen mit Einfluss auf die

Arbeitsfähigkeit eruiert werden können (S. 9 Ziff. 3.4). Zum selben Schluss gelangte Dr. med. B.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seiner psychiatrischen Beurteilung (S. 12 f. Ziff. 4.1.4 f.). 3.3

Dr. med. C.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Rheumatologie, nannte im Rahmen seiner rheumatologischen Beurteilung (S. 13-19) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 4.2.3): - chronisches zervikozephal bis zervikobrachiales, rechtsseitig betontes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.0/M53.1) - Differentialdiagnose (DD) cervikoradikuläres Schmerzsyndrom des 7. Halswirbels (C7) rechts - Status nach ventraler Mikrodiskektomie C5/6 beidseitig, Foraminotomie C5/6 beidseitig, ventraler Mikrodiskektomie und Foraminotomie C6/7 beidseitig, Status nach Neurolyse C6 und C7 rechts, Status nach interkorporeller Spondylodese mit Cages auf Höhe C5/C6 und C6/C7 am 25. September 2013 bei Diskushernie C5/6 und C6/7 mit klarer Foramenstenose C6 und C7 rechtsbetont und progrediente r

Diskusprotrusion C3/4 - ausgeprägte reaktive schmerzhaftes Myogelose der Subokzipital-, Trapezius- und der interskapulären Muskelgruppen im Rahmen einer muskulären Dysbalance und Oberkörperfehlhaltung - radiomorphologisch (Magnetresonanztomographie der Halswirbelsäule [MRT HWS] und HWS Funktionsaufnahmen vom 3. September 2015) keine wesentliche Befundänderung zur Voruntersuchung vom 3. Dezember 2014: Keine Spinalkanaleinengung, unauffälliges Myelon, rechts Einengung der Neuroforamen durch Unkovertebralarthrosen auf der Höhe der 5. bis 7. Halswirbelkörper [HWK 5-7], betont 6/7, linksseitig durch Unkovertebralarthrose und geringe Bandscheibenprotrusion Einengung des Neuroforamens HWK 4/5, eine Irritation der Nervenwurzeln C7 ist möglich. In den Funktionsaufnahmen regelrechtes dorsales Alignment der Wirbelkörper, keine Listhesis oder vermehrtes Aufklappen, unveränderte Lage des Cages auf Höhe HWK 5/6 und 6/7. - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont (M54.5) - Status nach Ganglionzystentfernung en bloc, Neurolyse des 4. Lendenwirbels (L4) links und Status nach Mikrodiskektomie L3/4 beidseitig von links am 25. September 2012 bei Ganglionzyste L3/4 epidural links, Diskushernie L3/4 links und absoluter Lumbalkanalstenose

- Status nach Mikrodiskektomie L3/4 und L4/5 sowie Spondylodese L3-L5 am 20. Juni 2014 bei Rezidiv der Lumbalkanalstenose L3/4 rechtsbetont mit zusätzlicher Diskushernie L3/4 mit Wurzelkompression rezessal L4 rechts - radiomorphologisch (MRT der Lendenwirbelsäule [LWS] vom 3. September 2015): Zur Voruntersuchung vom 3. Dezember 2014 geringe Zunahme der Bandscheibenprotrusion zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbelkörper [LWK 2/3]. Dorsale Instrumentierung von LWK 3 bis LWK, minimale ventrale Listhese von LWK 3 über LWK 2 und geringe ventrale Listhese von LWK 2 gegenüber LWK 1. Unverändert Abstützungsreaktionen sowie nach kaudal zunehmende Facettengelenksarthrose, Myelon unauffällig

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine klinisch leicht beginnende Femoropatellararthrose beidseitig (M17.9).

Der Explorand sei seit Jahren stets einer körperlich zum Teil schwer belastenden beruflichen Tätigkeit bei verschiedenen Arbeitgebern nachgegangen. Im Vordergrund stehe eine objektivierte ausgeprägte Lumbalkanalstenose. Durch die bezüglich der Lendenwirbelsäule vorgenommenen Interventionen im September 2012 und im Juni 2014

seien die Intensität der Lumbalgien und vor allem das Ausmass der in die rechte untere Extremität ausstrahlenden Beschwerden durchaus positiv beeinflusst worden. Der Explorand beschreibe aktuell eine Schmerzintensität auf der visuellen Analogskala (VAS) von 1 bis 2, an sehr guten Tagen bis maximal 4, stets unter regelmässiger Analgetikatherapie. Im Vordergrund der Schmerzsymptomatik stünden ganz klar persistierende und in den letzten 6 bis 12 Monaten sich akzentuierende zervikale, zervikozephal bis frontale und zervikobrachiale Schmerzen rechtsbetont mit zum Teil Ausstrahlung, vor allem bis zum Mittelfinger, Ringfinger und kleinem Finger (Dig. III-V) der rechten Hand. Diese Schmerzen führten dazu, dass er sich regelmässig bewegen müsse. Vor allem das fixierte Sitzen und Stehen sei deutlich schmerverstärkender als kurze Spaziergänge, welche jedoch nur für maximal 5 bis 10 Minuten ohne Unterbruch möglich seien. Von Seiten der behandelnden Neurochirurgen sei bereits im November 2014 diskutiert worden, dass eine relative Indikation zur erneuten operativen Intervention zervikal (Mikrodiskektomie C3/4 mit eventueller Prothese oder interkorporeller Spondylodese) bestehe (S. 17 Ziff. 4.2.4).

Im rheumatologischen Status präsentiere sich der Explorand mit einer Haltungsinsuffizienz bei einer Wirbelsäulenfehlform und – fehlhaltung im Rahmen einer muskulären Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Der Weichteilstatus habe eine ganz erhebliche und schmerzhafte Myogelose im gesamten Nacken-Schultergürtel sowie thorakolumbal paravertebral ergeben. Die segmentale Untersuchung der LWS, BWS (Brustwirbelsäule) und HWS habe ausgeprägte Bewegungseinschränkungen gezeigt, welche unter Berücksichtigung der mehrfach klar objektivierten pathoanatomischen Verhältnisse in den Bereichen HWS und LWS sowie bedingt durch die reaktiven Myogelosen somatisch orientiert weitgehend nachvollzogen werden könnten. Zusammenfassend könnten die vom Exploranden beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat vollumfänglich nachvollzogen werden (S. 17 f. Ziff. 4.24).

Die früher während Jahren ausgeübten beruflichen Tätigkeiten auf dem Bau, als Maschinist und Hilfsarbeiter sowie generell jegliche körperlich mittel bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten seien dem Exploranden bleibend nicht mehr möglich. Aus rein rheumatologisch-theoretischer Sicht bestehe für eine körperlich sehr leichte und wegweisend wechselbelastende Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von maximal 50 %, wobei die Arbeitszeit idealerweise auf zwei Mal 2 Stunden über den Tag verteilt werden sollte, um regelmässige Pausen zu gewähren, unter folgenden unabdinglichen Arbeitsplatzbedingungen: Dem Exploranden müsse ermöglicht werden, dass er seine Arbeitsposition regelmässig selbständig wechseln könne. Das fixierte Sitzen und Stehen sei auf maximal 15 bis 20 Minuten zu limitieren. Nicht möglich seien jegliche Tätigkeiten einerseits mit anhaltender Oberkörpervorneigeposition und andererseits verbunden mit stereotypen, fliessbandähnlichen Rotationsbewegungen von HWS und LWS, ebenso wenig repetitive Überkopfarbeiten mit den Armen mit der konsekutiv notwendigen Hyperlordose der LWS. Vorstellbar sei die Durchführung von intermittierend manuellen Tätigkeiten in Schulterneutralstellung, vor allem bezüglich feinmotorischer Tätigkeiten. Das Heben, Tragen und Stossen von Lasten sei bis zur Taille auf maximal 5 bis selten 10 kg und über Taille auf maximal 5 kg zu limitieren. Überwachungsfunktionen in einem umschriebenen Bewegungsradius seien möglich. Spezifische administrative Tätigkeiten seien mangels beruflicher Qualifikation kaum erfolgreich umzusetzen. Dementsprechend verbleibe nur noch eine geringe theoretisch umsetzbare Restarbeitsfähigkeit unter spezifischen

qualitativen Arbeitsbedingungen in der ersten Wirtschaft (S. 18 Ziff. 4.2.5). Diese Angaben gälten seit dem 28. Juni 2012 (S. 18 Ziff. 4.2.6). In Bezug auf eine baldige Reintegration in den Arbeitsprozess der ersten Wirtschaft bestehe eine überaus ungünstige Prognose (S. 19 Ziff. 4.2.8). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, nannte im Rahmen seiner neurologischen Beurteilung (S. 19-23) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 4.3.3): - degeneratives HWS-Syndrom (M53.1) mit Zustand nach ventraler Diskektomie und Dekompression sowie Cage-Spondylodese HWK 5/6 und HWK 6/7 im September 2014 ohne persistierende radikuläre oder medulläre Beteiligung - degeneratives LWS-Syndrom (M54.5) mit kernspintomographisch beschriebener Spinalkanalstenose mit Zustand nach Spondylodese im September 2013

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Verdacht auf Symptomausweitung.

Die Untersuchung sei ganz von Schmerzäußerungen geprägt gewesen, habe aber objektiv nichts geboten. Die Reflexe seien seitengleich, die Extremitätenmuskulatur sei ebenfalls seitengleich ausgeprägt und konsistente Paresen seien gleichfalls nicht nachweisbar. Die Schmerzen könnten per se sicher nicht wegdiskutiert werden, zumal Restbeschwerden nach drei erfolgten Rückenoperationen gut denkbar seien. Bei der Bewertung dieser Schmerzen sei aber das diskrepante Verhalten beim Prüfen des Lasègues zu berücksichtigen, was eindeutig für eine bewusstseinsnahe Symptomausweitung spreche (S. 22 Ziff. 4.3.4).

Arbeiten als Fliesenleger oder andere vergleichbare Arbeiten mit mittlerer und stärkerer Rückenbelastung könnten nicht mehr verrichtet werden. Körperlich leichte Arbeiten vorzugsweise in Wechselbelastung könnten hingegen voll verrichtet werden. Vorstellbar seien zum Beispiel Arbeiten als Parkplatzwächter oder Regaleauffüller (S. 22 Ziff. 4.3.5). 3.5

In der Gesamtbeurteilung (S. 23-26) kamen die Gutachter zum Schluss, es liege aus polydisziplinärer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bis anhin ausgeübten Tätigkeiten sowie für andere körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten vor. Dagegen bestehe für eine körperlich sehr leichte, adaptierte Tätigkeit unter Wechselbelastung eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 50 %, idealerweise auf zweimal 2 Stunden über den Tag verteilt (S. 24 Ziff. 6.2). Von diesem Arbeits- und Leistungsprofil könne seit dem 28. Juni 2012 ausgegangen werden, wobei unmittelbar nach den im September 2012, September 2013 und Juni 2014 durchgeführten Operationen jeweils eine vorübergehende volle Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeit vorgelegen habe (S. 24 f. Ziff. 6.3). 4. 4.1

Dr. med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Schreiben vom 30. November 2016 (Urk. 7/171) aus, die Indikation zur ventralen Mikrodisektomie und interkorporellen Spondylodese C5-7 sei gegeben. Auch lumbal sei die Situation nach der Operation massiv schlechter, das Material halte nur noch wenig. Es sei zu Lyse gekommen, auch hier könnte / müsste bald operiert werden. Der Patient habe enorme Schmerzen und sei auch für eine sehr leichte Tätigkeit nicht arbeitsfähig. Er sei so für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. 4.2

Dr. med. F.____, Fachärztin für Neurochirurgie, führte im Bericht vom 30. Januar 2017 (Urk. 7/180 = Urk. 7/184) aus, die Duralsackkompression im Segment L2/L3 sei

progredient im Vergleich zur Voruntersuchung vom

11. Januar 2016 und auch die dorsale Bandscheibenvorwölbung und die Stenose L1/2 rechts seien grösser geworden. Dies sei ebenso im MRI der LWS vom 1. Dezember 2016 dokumentiert wie das un-arthrotische

Foramen C3/C4 rechts und C4/C5 links mit starker Kompression der Wurzel C4 foraminal beidseits. Der Patient habe progressive Schmerzen im Nackenbereich mit Ausstrahlung in beide Arme und dazu eine Verschlechterung der LWS-Problematik mit Pollakisurie und

und Urgeinkontinenz. Dazu habe er auch progressive Impotenz-Beschwerden (S. 2 Mitte). Wegen der starken Progression der Zervikalkanalstenose - und Lumbalkanalstenose-Beschwerden werde auf eine Erhöhung des Invaliditätsgrades auf 60 % plädiert, da der Patient nur in einer leichten Tätigkeit in einem maximalen Pensum vom 40 % arbeiten könne (S. 3 unten). 4.3

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 3. März 2017 (Urk. 7/186 S. 2) aus, die von Dr. F.____ am 30. Januar 2017 (vgl. vorstehend E. 4.2) dokumentierte Beweglichkeit entspreche in etwa der Beweglichkeit, die schon im Y.____-Gutachten 2015 festgestellt worden sei. Die Ergebnisse der Kraftprüfung seien zwar leicht verschlechtert dargestellt worden, dabei sei jedoch anzumerken, dass die herkömmlichen Kraftmessungen stark von der aktiven Mitarbeit der zu Untersuchenden abhängig seien. Im neurologischen Y.____-Teilgutachten sei die eingeschränkte Beurteilbarkeit schon angesprochen worden. Es würden aktuell keine objektivierbaren Befunde angegeben, die eine wesentliche Funktionsverschlechterung belegten. 4.4

Die Ärzte der Abteilung Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie der Klinik Z.____ berichteten am 16. Juni 2017 über die Konsultation vom 7. Juni 2017 (Urk. 7/188). Dabei nannten sie folgende Diagnosen (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der LWS mit Ausstrahlungen in beide untere Extremitäten und in den Bereich der HWS mit Ausstrahlung in beide oberen Extremitäten, rechtsbetont mit/bei - Status nach Mikrodiskektomie L3/4 beidseitig von links her am 25. September 2012 - Status nach Transformaminal

Lumbar Interbody Fusion (TLIF) L3/4 und L4/5 am 20. Juni 2014 mit aktuell radiographischem Nachweis einer Schraubenlockerung L3

und Pseudoarthrose L3/4 sowie Verdacht auf Pseudoarthrose L4/5 und mit Segmentdegeneration L2/3 und L1/2 mit konsekventer Spinalkanalstenose an diesen zwei Höhen - Status nach Anterior Cervical

Discectomy and Fusion (ACDF) C5/6 und C6/7 am 25. September 2013 mit aktuellem radiographischen Nachweis für Pseudoarthrose C5/6 und C6/7

sowie Segmentdegeneration C4/5 und insbesondere C3/4 mit zirkumferentieller Protrusion und diskoradikulärem Konflikt C4 rechts

Es liege eine invalidisierende Schmerzsymptomatik vor, unverändert mit lumboaxialen Schmerzen mit Ausstrahlungen beidseitig im Vordergrund. Das HWS-Schmerzsyndrom sei aktuell im Hintergrund, auch wenn diese Schmerzen sehr stark seien (S. 1 unten). Es werde eine Revisionschirurgie empfohlen, deren Resultat bezüglich der Schmerzsituation jedoch

nicht vorausgesehen werden könne . Es könne auch sein, dass keine Verbesserung erzielt werde (S. 2). 4.5

Im Austrittsbericht vom 26 . Januar 2018 berichteten die Ärzte der Klinik Z.____

über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 4. bis 23 . Januar 2018 (Urk. 7/224/13- 15). Die Operation vom 5. Januar 2018 habe eine Respondylodese mit TLIF L2/3 und Cage-Explantation L3/4 mit Neupositionierung in L3/4 und Setzen von Schrauben beidseits sowie eine Knochenspanentnahme aus dem rechten Beckenkamm umfasst (S. 1 unten).

Der postoperative Verlauf sei regelrecht und die präoperativ beschriebenen Schmerzen seien regredient gewesen. In der Nacht zum 12. Januar 2018 habe der Patient über neu aufgetretene tief lumbale Schmerzen rechtsseitig mit Ausstrahlung zum rechten Knie berichtet. Es habe sich ein Serom oberhalb der Beckenkamm-Entnahmestelle gezeigt, welches gleichentags punktiert worden sei. Nach Intensivierung der Schmerztherapie seien die Schmerzen erneut regredient gewesen (S. 2 Mitte). Eine nach der Operation rezidierte Knieschmerzsymptomatik sei bis zum Austritt etwas regredient gewesen (S. 3 Mitte). 4.6

Im Bericht zur Konsultation vom 27. Februar 2018 (Urk. 7/200 /1-2 = Urk. 7/206/7-8) nannten die Ärzte der Klinik Z.____ als neue Diagnose eine Innenmeniskusläsion am linken Kniegelenk, DD periartikulär bedingt, DD lumbal bedingt (S. 1 oben). Der Patient beklage Schmerzen posterolateral mit Ausstrahlung bis in den Fuss lateral, wo auch eine Sensibilitätsstörung vorliege. Das Kniegelenk sei intermittierend geschwollen, auch werde eine Instabilität mit Giving-ways

beschrieben (S. 1 Mitte). Das gleichentags durchgeführte MRI des linken Knies habe einen ausgedehnten Riss im medialen Meniskus mit Ausbildung von kleinen Meniskuszysten und Verdacht auf Lappenbildung gezeigt. Es liege eine diskrete, mukoide Degeneration des vorderen Kreuzbandes vor, eine mittelgradige lateralbetonte Femoropatellararthrose mit deutlichen Aktivierungszeichen im lateralen femoropatellären Gleitlager und eine beginnende mediale Gonarthrose mit zudem diskreten Aktivierungszeichen in den medialen Anteilen des lateralen Tibiaplateaus am Übergang zur Area interkondylaris

posterior (S. 2 oben ; vgl. auch Urk. 7/206/6). Geplant sei eine intraartikuläre Mischinfiltration des linken Kniegelenks (S. 2 Mitte). 4.7

Im Bericht zur Konsultation vom 7. Mai 2018 (Urk. 7/206/4-5) führten die Ärzte der Klinik Z.____ aus, sechs Wochen nach der Kniegelenksinfiltration links vom 9. März 2018 berichte der Patient von einer deutlichen Zunahme der linksseitigen Beins chmerzen. Diese würden als teils elektrisierend und teils stechend im gesamten linken Bein beschrieben, speziell in der Knieregion mit begleitender Hypästhesie sowie Kribbelparästhesien. Ebenfalls hätten in den vergangenen sechs Wochen progredient Schmerzen in der rechten unteren Extremität eingesetzt, welche im Charakter der Gegenseite ähnelten, in der Intensität jedoch im Hintergrund stünden (S. 1). Aufgrund der Schmerzen sei die aktuelle Gehstrecke trotz ausgebauter Analgesie auf etwa 10 Meter reduziert. Vor allem nachts sei der Patient durch stärkste Schmerzen geplagt. Das Schuhwerk habe auf Bettelsandalen gewechselt werden müssen, da das Laufen schmerzbedingt nur in diesen möglichen sei. Eine Lebensqualität sei aktuell nicht vorhanden (S. 1 f.). Die starken Schmerzen liessen sich weder klinisch noch radiologisch durch ein Kniegelenksleiden ausreichend erklären, insbesondere bei Ausbleiben jeglicher Wirkung der Kniegelenksinfiltration. Es werde daher um eine

wirbelsäulenchirurgische Beurteilung gebeten (S. 2 unten). 4.8

Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurochirurgie, Klinik Z.____, berichtete am 30. Mai 2018 über die Konsultation vom 28. Mai 2018 (Urk. 7/214/3-5). Als neue – hier verkürzt wiedergegebene Diagnose – nannte sie eine L2-Radikulopathie linksseitig mit/bei Anschlusssegmentsdegeneration L1/2 bei Status nach Respondylodese am 5. Januar 2018 (S. 1 Mitte). Der Patient habe berichtet, von der Operation kaum profitiert zu haben, vor allem seien die Beinschmerzen deutlich stärker geworden (S. 1 unten). In der MRI- und CT (Computertomographie) – Untersuchung vom 28. Mai 2018 habe sich eine deutliche Anschlusssegmentdegeneration im Segment L1/2 mit Osteochondrose und Vakuumphänomen mit minimaler Retrolisthese und breitbasiger

Diskusprotrusion gezeigt (S. 2 Mitte). Die persistierenden L2- und L3-Radikulopathien korrelierten mit der L1- und L2-Anschlusssegmentsdegeneration, welche bildmorphologisch im Verlauf nicht deutlich zunehme, aber für die Symptomatik gut passend sei. Es werde um eine elektrophysiologische Untersuchung und um eine Infiltrationstherapie des Segmentes L1/2 epidural als weitere konservative Massnahme gebeten (S. 2 unten). 4.9

Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie, Klinik Z.____, führte im Bericht zur Konsultation vom 11. Juli 2018 (Urk. 7/217 = Urk. 7/233/8-10) aus, die gleichentags durchgeführte Elektrophysiologie habe in der Kennmuskulatur L3-L5 keine Denervation gezeigt (S. 1 Mitte, S. 2 unten).

Aktuell seien gemäss dem Patienten die linksbetonten Lumbalgien mit Ausstrahlung in das linke Bein so intensiv wie nie zuvor. Die Schmerzlokalisierung beschreibe er prä- und postoperativ anhand eingezeichneten Schema an gleicher Lokalisation, was theoretisch den Dermatomen L2-L4/5 links entsprechen könnte. Rein klinisch könnten keine klaren Paresen bei ausgeprägter Schmerzhaftigkeit und sakkadierter Kraftentwicklung beurteilt werden, jedoch zeige sich beidseitig ein positives Lasègue-Zeichen, was für eine radikuläre Reizung sprechen könne (S. 2 f.). Eine Anschlusssegmentdegeneration L1/2 sei MR-tomographisch vorstellbar, eine Neurokompression sei im aktuellen MRI jedoch nicht klar erkennbar. Eine radikuläre Reizung sei aber möglich. Empfohlen werde eine Infiltration auf Höhe der Anschlusssegmentdegeneration L1/ 2. Der Patient wünsche allerdings keine weiteren Infiltrationen, da diese jeweils nur kurzfristig oder gar nicht geholfen hätten (S. 3 Mitte). Eine klare Indikation zu einer operativen Therapie ergebe sich noch nicht (S. 3 unten). 4.10

Im Verlaufsbericht vom 30. Juli 2018 (Urk. 7/224/1-3 = Urk. 7/228/3-5) führte Dr. H.____ (vorstehend E. 4.8) aus, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verschlechtert (Ziff. 1.1). Er habe nach der Operation über eine deutliche Exazerbation der lumbospondylogenen und lumboradikulären Schmerzen, vor allem im linken Oberschenkel, berichtet. Diese brächten eine erhebliche Einschränkung im Alltag bei deutlicher Einschränkung aller körperlicher Tätigkeiten mit sich (Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer sei aktuell auf die zusätzliche Hilfe von Dritten für die alltäglichen Lebensverrichtungen angewiesen (Ziff. 1.4). Es sei aktuell nicht möglich, die bisherige Tätigkeit durchzuführen (Ziff. 2.1). Es liege eine schwere sagittale Dysbalance

mit möglicher L4- oder L5-Radikulopathie postoperativ vor. Er könne keine schweren körperlichen Arbeiten bewältigen. Es sei aktuell nicht möglich, die Arbeitshaltung einzuschätzen (Ziff. 2.2) . Die Prognose sei aktuell als schlecht zu beurteilen. Ein grosser Eingriff im Sinne einer Korrektur-Osteotomie werde nicht empfohlen (Ziff. 3.3). Eine

Abklärung des linken Knies sei erfolgt, dieses sei aber nicht ursächlich für die ausstrahlenden Beschwerden im linken Oberschenkel (Ziff. 3.4) .

Im Bericht zur gleichentags stattgehabten Konsultation (Urk. 7/224/11-12 = Urk. 7/225/10-11) führte Dr. H.____ aus, der Patient berichte trotz Morphin-Therapie von deutlichen Schmerzen, vor allem in den Oberschenkel auf der linken Seite ausstrahlend mit einer Intensität von 8 von 10 auf der VAS (S. 1 unten). Der Patient sei sozial sehr isoliert, könne im Alltag kaum etwas machen. Auch der Schlaf sei massiv gestört, eine liegende Position sei auch nicht erträglich. Insgesamt liege eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität vor, gemäss Patient stärker als präoperativ (S. 2 oben ; intern). 4.11

Im Zeugnis vom 30. Oktober 2018 (Urk. 7/228/1) führte Dr. H.____ aus, der Beschwerdeführer befinde sich in Abklärungen durch die Klinik Z.____ bei deutlicher Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Status nach multiplen Wirbelsäulenoperationen. Aufgrund dessen könne er keine körperlichen Aktivitäten mehr durchführen. Die Behandlung werde mit regelmässigen Infiltrationen fortgeführt und falls die Beschwerden deutlich zunehmen sollten, werde eventuell eine erneute Operation durchgeführt, die aber keine Verbesserung der Schmerzsituation mit sich bringe, sondern nur einer neurologischen Verschlechterung vorbeuge .

Im Bericht zur gleichentags stattgehabten Konsultation (Urk. 7/228/11-12) führte Dr. H.____ aus, die aktuelle Schmerzexazerbation zeige sich durch eine Zunahme der Anschlusssegmentdegeneration im Segment L1/2 mit einer relativen Spinalkanalstenose und deutlichen ostophytären Abstützungsreaktionen rechtsbetont , dies korreliere klinisch deutlich mit der Symptomatik des Patienten . Es werde eine zeitnahe Facettengelenksinfiltration L1/2 empfohlen, um die Schmerzsituation zu reduzieren. Langfristig werde bei drohenden neurologischen Defiziten eine Verlängerungsspondylodese in diesem Segment notwendig sein, was aber nur zur Verbesserung der Neurologie führen werde. Für eine chronische schmerztherapeutische Behandlung werde eine Stimulator-Implantation empfohlen (S. 2). 4.12

Im Bericht zur Konsultation vom 23. November 2018 (Urk. 7/230 = Urk. 7/231) nannte Dr. H.____ folgende, hier verkürzt wiedergegebene, Diagnosen (S. 1): - Failed Back Surgery Syndrom - ausgeprägte Arm- und Handschmerzen mit Koordinationsstörungen und Verminderung der Sensibilität

Es bestehe eine Entlordosierung der LWS postfusional , welche zu einer deutlichen sagittalen Dysbalance mit Nachvornebeugen des Oberkörpers und muskulärer Insuffizienz beim Aufrichten führe. Zusätzlich berichte der Patient nach der letzten Operation von neuropathischen L4-Schmerzen mit aktuell klaren chronischen Veränderungen bei einer Punktezahl von 27 von 38 Punkten auf der Paindetect -Skala (S. 1 unten). Angegeben würden auch Beschwerden in der oberen Schul t ergürtelmuskulatur, vor allem in den Oberarmen und im Händebereich mit deutlicher Müdigkeit und Feinmotorikstörungen beim Essen. Diese würden neurologisch noch weiter abgeklärt. Aktuell werde keine Verlängerungsspondylodese empfohlen. Der Rückenmarkstimulator würde nur zu einer Besserung der Beschwerden im linken Bein führen. Die Beschwerden in der Rückenmuskulatur seien auf die sagittale Dysbalance bei Status nach multiplen Operationen zurückzuführen. Dass die Rückenschmerzen durch den Rückenmarkstimulator deutlich nachlassen, sei aktuell eher unwahrscheinlich (S. 2 oben). Die Situation könne chirurgisch nicht verbessert werden und konservativ seien alle Massnahmen unternommen

worden . Aktuell sei eine langfristige Arbeitsunfähigkeit von 100 % vorhanden. Der Fall werde nach der Infiltration im Januar 2019 abgeschlossen (S. 2 Mitte). 4.

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 28. April 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

E. 6.2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

E. 6.3

Mit Honorarnote vom 7. Mai 2020 (Urk. 9) machte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von total 6 Stunden und 25 Minuten sowie Barauslagen von Fr. 42.35 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen, weshalb die Entschädigung unter Berücksichtigung des massgebenden Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) wie beantragt auf insgesamt Fr. 1'566.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzulegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 11. Februar 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung 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 zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'566.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten

still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Boller

E. 8

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 13

Dr. I.____ (vorstehend E. 4.9) führte im Bericht zur Konsultation vom 21. Januar 2019 (Urk. 7/233/4-5 = Urk. 7/235/11-12) aus, die gleichentags durchgeführte Elektrophysiologie habe in der Kennmuskulatur C5-C7 links und C6/7 rechts keine akuten oder chronischen Denervationszeichen ergeben (S. 1 Mitte, S. 2 Mitte). 4.

E. 14

Dr. med. J.____ , leitende Oberärztin Neurologie, Klinik Z.____ , führte in ihrem Bericht über die Konsultation vom 6. Februar 2019 (Urk. 7/234) aus, im Bereich der Lendenwirbelsäule bestehe vermutlich eine Failed Back Surgery -Symptomatik. Facettengelenksinfiltrationen L1/L2 seien eine gute therapeutische Massnahme, daneben werde das Fortsetzen der Therapie mit Lyrica empfohlen. Betreffend die Halswirbelsäule zeigten sich aktuell keine behandelbaren Ursachen der Schmerzen, insbesondere keine Nervenengpasssyndrome oder auch keine manifesten Radikulopathien. Aufgrund der klinischen Untersuchung sei auch eine Facettengelenksdegeneration oder Wurzelreizung schwer auszumachen (S. 2 unten).

4.

E. 15

Dr. G.____ (vorstehend E. 4.3), RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 23. /25. April 2019 (Urk. 7/237 S. 7-9) aus, mit der Operation vom 5. Januar 2018 habe sich die medizinische Situation geändert. Postoperativ lägen jedoch keine wesentlich anderen objektivierbaren Befunde im Vergleich zur letzten Stellungnahme des RAD vom 3. November 2015 und demzufolge keine veränderte Arbeitsfähigkeit vor (S. 7 Mitte). Auch das Belastungsprofil gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten (vgl. vorstehend E. 3.3) gelte unverändert (S. 8 Mitte). Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit betrage also weiterhin 50 % (S. 8 unten). In den vorliegenden Arztberichten würden keine Angaben zum Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemacht. Deswegen erfolge eine theoretische Beurteilung. Nach orthopädischer Erfahrung könne davon ausgegangen werden, dass auch für eine angepasste Tätigkeit für 6 Wochen bis 3 Monate vollständige Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der perioperativen Rekonvaleszenz bestanden habe. Es sei zu erwarten, dass nach spätestens 3 Monaten Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit vorliege (S. 9 Mitte). 4.

E. 16

Dr. H.____ (vorstehend E. 4.8) führte im Bericht zur Sprechstunde vom 5. Februar 2020 (Urk. 3 = Urk. 7/257/16-18) aus, der Patient präsentiere aktuell ein desolates klinisches Bild mit deutlicher Einschränkung der Gehfähigkeit im Alltag und mit Exazerbation der Schmerzen nicht nur im thorakolumbalen Übergang, sondern auch im Halswirbelsäulenbereich. Gemäss der aktuellen Einzelphotonen-Emissionscomputertomografie (SPECT-CT) bestehe der Verdacht auf eine Pseudoarthrose im Bereich der stabilisierten Region von C5/C6 und C6/C7 bei vermehrter Anreicherung, allerdings mittelschwerer Spinalkanalstenose ohne deutliche neuronale Kompressionen. Die Gehunfähigkeit sei multifaktorell bedingt, nicht nur aufgrund einer Dysbalance bei iatrogener Hyperlordose im Rahmen multipler Wirbelsäuleneingriffe , sondern auch aufgrund zusätzlicher Arthrosen im Knie- und Hüftbereich auf der linken Seite (S. 2 unten). 5. 5.1

Dr. G.____

ging seitens des RAD davon aus, es lägen auch nach der Operation vom 5. Januar 2018 trotz veränderter medizinischer Situation keine wesentlich anderen objektivierbaren Befunde als im Herbst 2015 vor, als das Y.____ -Gutachten (vorstehend E. 3) erstattet, vom RAD als beweiskräftig befunden und in seinen Schlussfolgerungen betreffend Arbeitsfähigkeit auch von der Beschwerdegegnerin vollständig anerkannt worden war (vgl. Urk. 7/100 S. 7 f. ; Urk. 7/108). Deshalb sei die Arbeitsunfähigkeit einschliesslich Belastungsprofil unverändert (vorstehend E. 4.15) . Auf diese reine Aktenbeurteilung ohne eigene Untersuchung kann mangels Beweiswert nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. vorstehend E. 1.5). Sie ist daher nachfolgend einer näheren Prüfung zu unterziehen. 5.2

Die Krankengeschichte des Beschwerdeführers ist dank den zahlreichen ausführlichen Berichten der behandelnden Ärztinnen, insbesondere der Klinik Z.____ (vorstehend E. 4.4-14 und E. 4.16) , gut dokumentiert. Diese belegen eindrücklich , dass seit der Rentenzusprache im Februar 2016 durchaus eine Vielzahl an neuen objektivierbaren medizinischen Befunden

mit den dazugehörigen Beschwerden aufgetreten sind. So hielt Dr. F.____ bereits im Januar 2017 fest (vorstehend E. 4.2), das MRI der LWS vom Dezember 2016 dokumentiere ein uncarthrotisches

Foramen C3/C4 rechts und C4/C5 links mit starker Kompression der Wurzel C4 foraminal beidseits. Zwar waren auch im Gutachten bereits Unkovertebralarthrosen in der Halswirbelsäule diagnostiziert worden, dies allerdings nur im Bereich C5-C7. Zudem erfolge die Schmerzausstrahlung unterdessen nicht mehr nur in die rechte Hand, sondern in beide Arme, gemäss den Ärzten der Z.____ im Juni 2017 (vorstehend E. 4.4) sodann zusätzlich auch in beide unteren Extremitäten. Daneben wurde zu diesem Zeitpunkt neuerdings eine Pseudoarthrose L3/4 radiographisch nachgewiesen und eine Segmentdegeneration L2/3 und L1/2 mit konsequenter Spinalkanalstenose an diesen zwei Höhen diagnostiziert. Im Nachgang zur Operation vom Januar 2018 traten sodann Knieschmerzen auf (vorstehend E. 4.5), wobei im MRI vom Februar 2018 eine Innenmeniskusläsion am linken Kniegelenk in Form eines ausgedehnten Risses im medialen Meniskus, eine mittelgradige Femoropatellararthrose und eine beginnende mediale Gonarthrose nachgewiesen wurden (vorstehend E. 4.6). Die MRI- und CT-Untersuchungen im Mai 2018 förderten sodann eine deutliche

Anschlusssegmentdegeneration im Segment L1/2 mit Osteochondrose und breitbasiger Diskusprotrusion zu Tage (vorstehend E. 4.8) und im Juli 2018 wurde eine schwere sagittale Dysbalance festgestellt (vorstehend E. 4.10). Im Zeitraum bis Oktober 2018 nahm die Anschlusssegmentsdegeneration weiter zu und es entstand im betroffenen Segment L1/2 eine relative Spinalkanalstenose (vorstehend E. 4.11). 5.3

Diese neuen objektiven Befunde an der Wirbelsäule mögen je einzeln betrachtet noch keine gravierenden Veränderungen darstellen. In der Gesamtheit kommt ihnen jedoch durchaus Bedeutung zu und es ist im Blick zu behalten, dass die neuen Komplikationen auf eine unstrittig erheblich vorgeschädigte sowie schon drei beziehungsweise vier Mal operierte Wirbelsäule des Beschwerdeführers trafen, was die behandelnden Ärzte denn auch zur Diagnose des Failed Back Surgery Syndroms veranlasste (vorstehend E. 4.12+14). Die medizinische Situation hat sich somit entgegen Dr. G. ___ durchaus in einem wesentlichen Umfang verändert. Kaum von Belang ist dabei, dass die anfangs 2019 durchgeführten neurochirurgischen und neurologischen Abklärungen (vorstehend E. 4.13-14) im Wesentlichen ergebnislos blieben, was dies doch auch schon bei der neurologischen Untersuchung anlässlich der Erstellung des Y. ___ -Gutachtens der Fall gewesen (vorstehend E. 3.4).

Gewicht hat hingegen, dass die behandelnden Ärztinnen der Klinik Z. ___ seit der Operation im Januar 2018 wiederholt starke Exazerbationen der Schmerzen und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes beschrieben, wobei diverse Infiltrationen durchgeführt wurden, welche nur teilweise zu einer Besserung führten (vgl. vorstehend E. 4.6 und E. 4.11 sowie Urk. 7/233/6-7 und Urk. 7/235/13-14). Der Beschwerdeführer gab im Mai beziehungsweise Juli 2018 an, dass die neu aufgetretenen Bein- und Knieschmerzen zu einer Reduktion der möglichen Gehstrecke auf 10 Meter führten und die Lebensqualität deutlich und stärker als präoperativ beeinträchtigt seien. Damit stimmig gab er an, die Schmerzen im linken Oberschenkel hätten eine Intensität von 8 auf der VAS (vorstehend E. 4.7+10), nachdem er anlässlich der Begutachtung 2015 noch angegeben hatte, die Schmerzintensität – dazumal die rechte untere Extremität betreffend – betrage maximal 4 auf der VAS (vorstehend E. 3.3). Gemäss plausibler Darstellung durch Dr. H. ___ sei die Gehunfähigkeit sodann

multifaktorell bedingt durch eine Dysbalance bei iatrogenen Hyperlordosen im Rahmen multipler Wirbelsäuleneingriffe und durch die zusätzlichen Arthrosen im Knie- und Hüftbereich der linken Seite (vorstehend E. 4.16). 5.4

Diese Einschränkung in der Gehfähigkeit, die wiederholt berichteten Exazerbationen der Schmerzen und deren Ausweitung auf weitere Körperregionen lässt bei zahlreichen objektivierbaren neuen Befunden auf eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustands und damit einen Revisionsgrund schliessen (vgl. vorstehend E. 1.3). Das zuletzt erstellte Belastungsprofil vom Herbst 2015 kann heute zudem nicht ohne Weiteres

volle Gültigkeit mehr beanspruchen, sondern es ist aufgrund der neuen Befunde zu überprüfen und es sind die zeitliche Arbeitsfähigkeit wie auch die Leistungsfähigkeit aufgrund der aktuellen Gegebenheiten neu zu beurteilen.

Weder das eine noch das andere lässt der derzeitige Aktenstand indes mit der erforderlichen Zuverlässigkeit zu. Zu pauschal erscheint diesbezüglich die nicht weiter begründete oder

differenzierte Aussage der behandelnden Ärztin Dr. H.____ , wonach die Arbeitsunfähigkeit 100 % betrage (vorstehend E. 4.12) . Bei einer derart komplexen medizinischen Ausgangslage vermag es erst recht nicht zu überzeugen, dass Dr. G.____ seitens des RAD betreffend Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit eine rein theoretische Beurteilung abgestützt auf orthopädische Erfahrungswerte vornahm (vorstehend E. 4.15). Seine Aktenbeurteilung ist somit nicht schlüssig und taugt nicht zum Beweis (vgl. vorstehend E. 1.5 und E. 5.1). 5.5

Somit ist zusammenfassend von einer Verschlechterung auszugehen. Der medizinische Sachverhalt kann jedoch nach dem Gesagten nicht erstellt werden. Somit können die Auswirkungen der gesundheitlichen Veränderung auf die Arbeitsfähigkeit und damit der Invaliditätsgrad nicht beurteilt werden.

Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. Die Sache ist daher in Gut heissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese, nach ergänzender medizinischer Abklärung, eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 6.

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