

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00418 vom 4. April 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-04-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00418](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00418)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00418 du 4 avril 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00418 del 4 aprile 2025

## 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 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 kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähig keit 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.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditäts grad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):  
Invaliditätsgrad prozentualer Anteil  
49 Prozent 47.5 Prozent  
48 Prozent 45 Prozent  
47 Prozent 42.5 Prozent  
46 Prozent 40 Prozent  
45 Prozent 37.5 Prozent  
44 Prozent 35 Prozent  
43 Prozent 32.5 Prozent  
42 Prozent 30 Prozent  
41 Prozent 27.5 Prozent  
40 Prozent 25 Prozent

### E. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung 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). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang viel mehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

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 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C\_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

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; vorbehalten bleibt die Rechtssprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_431/2024 vom 16. Dezember 2024 E. 4.4).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts

9C\_587/2023 vom 8. April 2024 E. 4.2).

### **E. 1.5**

Gemäss Art. 54a IVG stehen die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis ). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht gewissermassen 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 namentlich 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).

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). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 2**

S. 1 f.).

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Wesentlichen mit der Begründung, dass dieser seit August 2020 aus gesundheitlichen Gründen in der Ausübung seiner bisherigen Tätigkeit als Physiotherapeut eingeschränkt sei. In einer angepassten Tätigkeit besteh e allerdings eine 90%ige Arbeitsfähigkeit. Nach Vornahme des Einkommensvergleichs resultiere ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 29 % . Auch bei

Berücksichtigung des ab Januar 2024 geltenden zusätzlichen Abzuges von 10 % entstehe kein Anspruch auf Rentenleistungen. Die eingereichten Berichte würden keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen enthalten. Weitere Abklärungen seien daher nicht angezeigt (vgl. Urk.

### **E. 2.2**

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt, das Gutachten sei – aus näher genannten Gründen – nicht beweiskräftig. Die Nervenreizungen beziehungsweise -schäden seien aus ärztlicher Sicht bestätigt worden. Dennoch würden die Gutachter das Vorliegen von Radikulopathien verneinen. Er sei seit zirka zwei Jahren auf Gehstöcke beziehungsweise seit eineinhalb Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen. Das Gutachten sei weder schlüssig noch nachvollziehbar und gebe den medizinischen Sachverhalt unvollständig wieder. Die Widersprüche seien den Gutachtern nicht zur Stellungnahme vorgelegt, sondern einzig vom versicherungsmedizinischen Dienst geprüft worden. Da somit die Widersprüche nicht geklärt worden seien, bestünden Zweifel an der versicherungsmedizinischen Einschätzung. Die Sache sei folglich für weitere Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen (vgl. Urk. 1 S. 3 ff.).

### **E. 2.3**

Die Beschwerdegegnerin ist auf die erneute Anmeldung des Beschwerdeführers vom 18. Januar 2023 (Urk. 8/90) eingetreten, weshalb es zu prüfen gilt, ob sich die tatsächlichen Verhältnisse seit der rentenabweisenden Verfügung vom 3. Juni 2022 (Urk. 8/86) insofern verändert haben, dass nunmehr ein Leistungsanspruch besteht (vorstehend E. 1).

### **E. 3**

). Umstritten ist dabei insbesondere, ob der medizinische Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt wurde.

#### **E. 3.1**

Die erstmalige rentenverneinende Verfügung vom 3. Juni 2022 (Urk. 8/86) basierte in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der Ärzte der Y. GmbH – Z. – vom 7. Dezember 2021 (Urk. 8/68). Dabei konnten die Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S.

#### **E. 3.2**

Mit RAD-Stellungnahme vom 18. Dezember 2021 empfahl Dr. med. A., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, für die Beurteilung auf das Gutachten abzustellen. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen – hier gekürzt aufgeführt – ein belastungsabhängig verstärktes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom sowie eine chronische Lumboischialgie mit Schmerzen und wechselnden Fühlstörungen vor. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei die orthopädische Einschätzung massgebend. Aus internistischer, neurologischer sowie psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in jeglicher Tätigkeit vollständig arbeitsfähig. In der bisherigen Tätigkeit als Physiotherapeut bestehe aus orthopädischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung ergebe sich infolge der reduzierten Belastbarkeit und Durchhaltefähigkeit, der Notwendigkeit vermehrter Pausen sowie der reduzierten Arbeitsschnelligkeit. In einer angepassten Tätigkeit liege keine Arbeitsunfähigkeit vor. Dabei sollte es sich um eine rückenadaptierte, körperlich leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben und Tragen von Lasten ohne technische

Hilfsmittel körperfern mehr als 10 kg und körpernah mehr als 15 kg, ohne stereotype repetitive Bewegungsabläufe, ohne mehr als gelegentliches Heben von Lasten über die Horizontale, ohne repetitive Tätigkeiten mit Rotation des Rumpfes im Sitzen oder Stehen bei gleichzeitiger Gewichtsbelastung von mehr als 10 kg, keine Tätigkeiten unter Zeitdruck oder Akkordarbeit und keine Tätigkeiten im Freien ohne Schutz vor Kälte, Nässe und Zugluft sowie auf regen- oder eisglattem Untergrund handeln (vgl. Urk. 8/85 S. 5 f.).

### E. 3.3

Gestützt hierauf verneinte die Beschwerdeführerin bei einer Qualifikation des Beschwerdeführers als zu 80 % Erwerbstätigen und zu 20 % im Haushalt Tätigen sowie einer aus medizinischer Sicht verbliebenen 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Physiotherapeut und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einen Rentenanspruch bei einem Gesamtinvaliditätsgrad von 18 % (vgl. Einkommensvergleich in Urk. 8/84; Feststellungsblatt für den Beschluss in Urk. 8/85 S. 5 ff.; Verfügung vom 3. Juni 2022, Urk. 8/86). 4. 4.1

Seit der letztmaligen materiellen Prüfung sind die folgenden, wesentlichen medizinischen Berichte zu den Akten genommen worden: 4.2

Am 21. September 2022 erfolgte im Spital B.\_\_\_\_ bei diagnostizierter subakuter Lumboischialgie links und Claudicatio spinalis bei hochgradiger osteoligamentärer Spinalkanalstenose L5/S1 bei Status nach epiduraler Infiltration L5/ S 1 eine mikrochirurgische Nervenwurzel- und Spinalkanaldekompensation L4-S1 mit dekompensiver Laminektomie L 5. Der intraoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Der Beschwerdeführer habe postoperativ einen Sensibilitätsausfall im Bereich der sakralen Dermatome rechts S 4-5 gemeldet. Der Sphinktertonus sei stets erhalten gewesen. Im Laufe des Aufenthaltes habe sich die Sensibilität markant verbessert. Die Taubheit im Bereich S4-5 sei trotzdem noch präsent gewesen. Der Beschwerdeführer sei vom 21. bis 27. September 2022 hospitalisiert gewesen. Bis am 24. Oktober 2022 bestehe eine vollständige

Arbeitsunfähigkeit (vgl. Bericht vom 20. Dezember 2022, Urk. 8/103/1-3 S. 1 f.). 4.3

Mit Bericht vom 13. Oktober 2022 (Urk. 8/96/8-10) informierte Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, D.\_\_\_\_, über die konsiliarische klinisch-neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers und nannte folgende Diagnose (S. 1): - Status nach mikrochirurgischer Nervenwurzel- und Spinalkanal dekompensation L4-S1 mit dekompensiver Laminektomie L5 am 21. September 2022 mit/bei: - subakuter Lumboischialgie links und Claudicatio spinalis bei hochgradiger osteoligamentärer Spinalkanalstenose L5/S1 - Status nach epiduraler Infiltration L5/S1 am 21. Juli 2022 und Anfang August 2022

In der klinisch-neurologischen Untersuchung finde sich ein sensibles Defizit im Analbereich rechts (am ehesten im Bereich S4/5) bei erhaltenem Sphinktertonus sowie Analreflex und anamnestisch aktuell ohne Hinweis auf eine Blasen- oder Mastdarmstörung sowie eine Hypästhesie im Bereich des rechten Fusrückens bei insgesamt schwachem aber symmetrischem Reflexniveau der Muskeleigenreflexe und vollen Kraftgraden in der Einzelkraftprüfung. Elektrophysiologisch würden sich unauffällige Neurografien der Beinnerven sowie regelrechte Befunde in den Myographien der Kennmuskulatur L3/4 rechts, L4/5 beidseits sowie S1 links zeigen. Auch ergäben sich regelrechte Tibialis

somatosensorisch evozierte Potentiale ( SSEP ) ohne Hinweis e auf eine afferente Impulsleitungsstörung. Insgesamt sei die Beschwerdesymptomatik im Rahmen eines deutlichen Rehabilitationsdefizits zu interpretieren und benötige intensive Physiotherapie. Bezüglich der Hypästhesie im Analsbereich sei bei bereits eingetretener Besserung und fehlenden Hinweisen auf eine Blasen- oder Mastdarmstörung bei erhaltener Sexualfunktion eine weiterführende Diagnostik nicht notwendig (S. 3). 4. 4

Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, gab mit Bericht vom 7. Januar 2023 ( Urk. 8/96/1-6) an, dass er den Beschwerdeführer seit März 2021 behandle (S. 2 Ziff. 1.1) und folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen könne (S. 3 Ziff. 2.5): - lumbospondylogenes bis -radikuläres Syndrom L6/S1 (6-gliedrige LWS) seit Februar 2018 mit/bei: - rezessaler Spinalkanalstenose L6/S1 bei Diskusprotrusion mit möglicher Nervenwurzelirritation S1 beidseits - Status nach epiduraler Infiltration L5/S1 am 10. Januar 2020 mit nur kurzzeitiger Besserung - persistierenden Dysästhesien und Parästhesien S4/5 rechts bei Status nach mikrochirurgischer Nervenwurzel- und Spinalkanal dekompression L4-S1 mit dekompressiver Laminektomie L5 am 21. September 2022 - thorakolumbalem Flachrücken, Tendenz zu Hyperlaxizität

Beighton 5/9 - rezessale distale Dysästhesien in allen Extremitäten seit 2018 bei links-mediolateraler

Diskusprotrusion mit ausgeprägter foraminaler Stenose links mehr als rechts, mittelgradiger Spinalkanalstenose, Irritation C7 links wahrscheinlich (MRI der HWS, Mai 2018) - depressive Verstimmung

Der Beschwerdeführer sei von Februar 2018 bis 7. August 2022 zu 60 % arbeits unfähig gewesen. In der Zeit vom 8. August 2022 bis Anfang Januar 2023 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen. Seither liege eine 80%ige Arbeitsunfähigkeit vor (S. 2 Ziff. 1.3). Der Beschwerdeführer sei körperlich noch nicht belastbar (S. 4 Ziff. 3.4). Eine psychiatrische Beurteilung sei unbedingt notwendig (S. 4 f. Ziff. 2.8, Ziff. 4.4). 4. 5

Prof. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, D.\_\_\_\_, diagnostizierte mit Bericht vom 13. Januar 2023 ( Urk. 8/96/7) persistierende Dysästhesien und Parästhesien S4/5 rechts bei Status nach mikrochirurgischer Nervenwurzel- und Spinalkanaldekompensation L4-S1 mit dekompressiver Laminektomie L5 am 21. September 2022. Aufgrund der durchgeführten bildgebenden und neurologischen sowie neurophysiologischen Abklärungen finde sich kein nachweisbares morphologisches Korrelat für die beklagten Beschwerden. Der Beschwerdeführer bleibe bis am 31. Januar 2023 zu 50 % arbeitsfähig. 4.6

Mit Bericht vom 3. März 2023 ( Urk. 8/103/13-14) informierten die Ärzte der Universitätsklinik G.\_\_\_\_ über die neurologische und neurophysiologische Untersuchung des Beschwerdeführers und nannten folgende, hier gekürzt aufgeführte Diagnosen (S. 1): - Störung der unteren Harntrakt- und Darmfunktion ( Differentialdiagnose [ DD ] : neurogen) bei Harnblasenentleerung durch willkürliche Spontanmiktion - persistierende Dysästhesien und Parästhesien S4/5 rechts bei Status nach mikrochirurgischer Nervenwurzel- und Spinalkanaldekompensation L4-S1 mit dekompressiver Laminektomie L5 am 21. September 2022 - Neurophysiologie ( Februar 2023 ) : keine Hinweise auf eine afferente Leitungsstörung

Es zeige sich klinisch-neurologisch eine Sensibilitätsminderung im Segment S4-5 rechts bei ansonsten keine n sensomotorischen Defizite n in den Beinen und ohne klinische Hinweise auf eine Caudasympptomatik . In der neurophysiologischen Zusatzdiagnostik ergäben sich keine Hinweise auf eine Schädigung der langen Bahnen und insbesondere auf eine Schädigung des Nervus

pudendus . Eine unauffällige S S EP - Untersuchung schliesse jedoch eine Pudendus -Neuralgie nicht aus. Es bestehe w eiterhin eine unauffällige perineale

sudomotorische Reflex antwort ohne Hinweise auf eine autonome Funktionsstörung. Die regelmässige Durchführung einer Beckenbodentherapie werde empfohlen (S. 2). 4.

#### **E. 7**

Ziff. 7.1-7.2). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. In einer rüchenschonenden, vorwiegend administrativen Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit wesentlich höher , wobei eine Steigerung auf eine volle Arbeitsfähigkeit bezogen auf das angestammte Pensum möglich sei (S. 10). 4.

#### **E. 8**

Mit Bericht vom 1 9. April 2023 ( Urk. 8/110) informierten die Ärzte des I.\_\_\_\_

über das am 2 3. März 2023 einmalig erfolgte psychiatrische Gespräch (S. 2 Ziff. 1.2).

Dabei diagnostizierten sie eine chronische Schmerz störung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) sowie eine mittelgradige depressive Episode, aktuell in geringem Umfang regredient (ICD-10 F32.1; S. 3 Ziff. 2.5). Ein weiteres Vorgehen sei nicht geplant. Der Beschwerde führer sei unschlüssig, ob er eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung möchte , und stehe eine r

schmerzmodulatorische n Pharmakotherapie skeptisch gegenüber (S. 4 Ziff. 2.8). Sie könnten nicht beurteilen, wie viele Stunden pro Tag dem Beschwerdeführer die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar seien (S. 6 Ziff. 4.1-4.2). 4.

#### **E. 9**

Eine weitere vertrauensärztliche Untersuchung durch Dr. H.\_\_\_\_ erfolgte am 2 1. Juni 2023 ( Urk. 8/116). Dabei bestätigte d ieser die bisher von ihm genannte Diagnose und gab an, dass sich kein morphologisches Korrelat für die beklagten Beschwerden finde und aus psychiatrischer Sicht eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychi schen Faktoren verbunden mit einer mittelgradig depressiven Episode diagnostiziert w orden sei .

Er habe Mühe, die beklagten Limitierungen und das Ausmass der attestierten Arbeitsunfähigkeit nach zu voll ziehen (S. 2 lit. A Ziff. 1). Insgesamt seien die Beschwerden ohne Besserung unter fortgesetzter Physiotherapie schwierig einzuordnen (S. 4 lit. A Ziff. 3.1). Die klinischen Untersuchungsergebnisse entsprächen denjenigen anlässlich der ersten am 7. März 2023 erfolgten Untersuchung (S. 4 lit. A Ziff. 3.3).

Aufgrund der Befunde sei zu erwarten, dass der Beschwerdeführer das 40%ige Pensum in der Administration vollumfänglich bewältigen könne, was dieser verneine. Eine bidisziplinäre Begutachtung sei unumgänglich (S. 5 lit. A Ziff. 7.1). In der ange stammten Tätigkeit bestehe eine dauernde Arbeitsunfähigkeit von 75 % ( Urk. 8/116/9 lit. B1). Bezogen auf jede Tätigkeit betrage die Arbeitsunfähigkeit dauernd 90 % ( Urk. 8/116/10).

Mit Schreiben vom 1 2. Juli 2023 ( Urk. 8/121) präzisierete

Dr. H.\_\_\_\_ seine Angaben dahingehend, dass in der bisherigen Tätigkeit eine andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit vorliege. Eine administrative Tätigkeit sei ideal. 4.

#### **E. 10**

f. Ziff. 4. 4 -4. 7 ). Insgesamt fänden sich orthopädisch, neurologisch und psychiatrisch Inkonsistenzen, die bei der Einschätzung zu berücksichtigen seien ( Urk. 8/141/ 8 f. Ziff. 4.2). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit der im November 2021 erfolgten Vorbegutachtung aufgrund des Status nach erfolgter LWS-Dekompressionsoperation wesentlich und anhaltend verändert ( Urk. 8/141/

#### **E. 12**

f. Ziff. 4.9, Ziff. 6). 4. 1 2

Mit RAD-Stellungnahme vom 11. Januar 2024 empfahl Dr. A.\_\_\_\_ für die Beurteilung auf das J.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine verminderte Belastbarkeit bei Status nach Nervenwurzel- und Spinalkanaldekompensation L4-S1 mit Laminektomie L5 sowie eine somatische Belastungsstörung (DSM-5 300.82). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit lägen beginnende degenerative HWS- und LWS-Veränderungen ohne Beschwerdevortrag und ohne Funktionseinschränkung sowie sensible Restbeschwerden nach Spinalkanaldekompensation mit dekompressiver Laminektomie vor. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit der im November 2021 erfolgten Vorbegutachtung zu 80 % arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seither eine 90% ige

Arbeitsfähigkeit. Dabei sollte es sich um eine körperlich nicht überfordernde, eher einfache, wechselbelastende Tätigkeit mit der Möglichkeit zu flexiblen Pausen, Heben und Tragen von Lasten bis 10 kg, seltenen Arbeiten in Vorneige, Zwangshaltungen oder Überkopftätigkeiten sowie seltenem Ersteigen von Leitern und Gerüsten handeln. In der Zeit vom 21. September bis 21. Dezember 2022 habe infolge der LWS-Dekompressionsoperation eine vorübergehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vorgelegen (vgl. Urk. 8/145 S. 8 f.). 4.1 3

Mit Schreiben vom 13. März 2024 ( Urk. 8/187) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers gab Dr. E.\_\_\_\_ an, dass der Beschwerdeführer aufgrund der zunehmenden Schmerzen im Lendenwirbel- und Gesässbereich seit zwei Jahren auf die Hilfe von Gehstöcken beziehungsweise seit eineinhalb Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen sei. Er könne ohne Hilfsmittel kaum mehr ausser Haus aktiv sein. Aufgrund der glaubhaft beschriebenen und auslösbaren Beschwerden sei eine Tätigkeit als Physiotherapeut nicht mehr zumutbar. In einer Bürotätigkeit beziehungsweise im Homeoffice sei eventuell eine Teilzeit-Tätigkeit möglich, weshalb eine Umschulung sinnvoll sei. Ein Arbeitsweg mit den öffentlichen Verkehrsmitteln ( ÖV ) sei aufgrund der Blasen- und Darmbeschwerden nicht zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit als Physiotherapeut sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. In einer Bürotätigkeit bestehe möglicherweise eine 40-50%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der Chronifizierung und des Therapieversagens habe sich eine deutliche depressive Verstimmung entwickelt, welche sich ebenfalls auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Eine psychiatrische Beurteilung sei wichtig. 4.1 4

PD Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, informierte mit Bericht vom 9. April 2024 ( Urk. 5/6 = Urk. 8/188) über die neurologische Untersuchung des Beschwerdeführers und

nannte dabei folgende Diagnosen (S. 1): - Status post Dekompression L4 - S1 (2022) - Radikulopathie S1 beidseits, akute und chronische Denervationszeichen - Verdacht auf Radikulopathie S2-5 / Neuropathie Nervus

pudendus bei/mit: - rechtsseitig stechende Schmerzen / Hyperästhesie rechts im Bereich des Genitale/Rektum - defizitäre Blasen-Mastdarm-Funktion mit leichter Harninkontinenz post Wasserlassen, Stuhlinkontinenz

Die neurophysiologische Untersuchung zeige elektromyografisch bei akuten und chronischen Denervationszeichen

Anhaltspunkte für eine Radikulopathie S1 beidseits

sowie L5 beidseits . Es würden sich zudem klinische Anhaltspunkte für eine Radikulopathie S2 -5 zeigen . Zum Ausschluss einer erneuten Kompromittierung S1 beidseits, DD: Radikulopathie S1 residuell , sei ein MRI der LWS zu veranlassen (S. 2). 4.1 5

Mit Schreiben vom 11. April 2024 ( Urk. 8/189) beantwortete PD Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurochirurgie, dem Beschwerdeführer die von ihm gestellten Fragen. Dabei gab er an, dass kleinere Strecken ohne Rollstuhl mit Gehstütze absolviert werden könnten. Für längere Strecken sei der Beschwerdeführer aufgrund der Instabilität im Bereich des Beckens sowie der Beteiligung des rechten Beins auf Gehstöcke respektive einen Rollstuhl angewiesen. Aufgrund der nachgewiesenen Nervenwurzelbeschädigung und der vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerdesymptomatik sowie der Dekonditionierung sei die Arbeit im Stehen sowie das Gehen ohne Gehstöcke respektive Rollstuhl

nicht möglich . Die geltend gemachte Beschwerdesymptomatik zwingt den Beschwerdeführer regelmässig Ruhepausen einzulegen.

Aufgrund der Blasen-/Mastdarmstörung seien längere Arbeitswege mit den ÖV nicht sinnvoll. Der Beschwerdeführer sei in der bisherigen Tätigkeit als Physiotherapeut vollständig arbeitsunfähig. Wechselbelastende Tätigkeiten respektive Tätigkeiten ohne Stehen und Gehen seien mit einem Arbeitspensum von 20 bis 30 %

zumutbar . Das Pensum könne

in Abhängigkeit von der Entwicklung aufgestockt werden (S. 1). Aufgrund der Chronifizierung sowie des bisher frustrierten Verlaufs habe sich eine depressive Stimmungslage entwickelt. Eine psychiatrische Beurteilung sei indiziert (S. 2). 4.1 6

Ein am 29. April 2024 erfolgtes MRI der LWS und des Iliosakralgelenks (ISG) zeigte eine paramedian links ausladende Diskusprotrusion L5/S1 mit Anulus fibrosus Riss mit Dorsalverlagerung der Nervenwurzeln S1 beidseits , links mehr als rechts , und möglicher Kompromittierung dieser, leichte rezessale Einengungen L4/5 links mit Kompromittierung von L5 links, eine mögliche intraforaminale Kompromittierung von L3 und L4 sowie einen anlagebedingt eher engen zentralen Spinalkanal. Frische entzündliche Veränderungen waren nicht ersichtlich und die ISG-Gelenke regelrecht (vgl. Bericht vom 30. April 2024, Urk. 5/5 = Urk. 8/190). 4. 1 7

Mit RAD-Stellungnahme vom 28. Mai 2024 kam Dr. A.\_\_\_\_ zum Schluss, dass die neu eingereichten Berichte gegenüber der Begutachtung keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen enthalten würden . Es lägen keine objektiven klinischen und radiologischen Befunde vor . Im polydisziplinären Gutachten sei ausdrücklich auf bestehende Inkonsistenzen hingewiesen worden, dies vor allem aus orthopädischer und

neurologischer Sicht. Eine Instabilität im Bereich des Beckens sei aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehbar, zumal im orthopädischen Teilgutachten eine konzentrisch frei bewegliche LWS beschrieben werde. Im neurologischen Teilgutachten werde explizit ausgeführt, dass keine Radikulopathien vorlägen und die Gangstörung als wahrscheinlich schmerzbedingt zu interpretieren sei. Bei den von den behandelnden Ärzten attestierten Arbeitsunfähigkeiten handle es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes. An der letzten RAD-Stellungnahme und dem polydisziplinären Gutachten könne festgehalten werden (vgl. Urk. 8/197 S. 3 f.). 5. 5.1

Aufgrund der vorhandenen Akten ist zunächst festzuhalten, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers bei Status nach am 21. September 2022 erfolgter mikrochirurgischer Nervenwurzel- und Spinalkanaldekompensation L4-S1 mit dekompressiver Laminektomie L5 seit der letztmaligen materiellen Beurteilung nachweislich verändert hat, was auch RAD-Arzt Dr. A. \_\_\_ sowie die J. \_\_\_ -Gutachter ausdrücklich anerkannten (vgl. Urk. 8/141 S. 12 f. Ziff. 4.9, Ziff. 6, S. 38 f.; Urk. 8/145 S. 7). In diesem Sinne ist unbestritten von einem Revisionsgrund auszugehen, weshalb der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend neu zu prüfen ist, wobei keine Bindung an die frühere Beurteilung besteht (vorstehend E. 1.3). 5.2

Zur Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers erfolgte eine eingehende Begutachtung durch die Ärzte des J. \_\_\_ (vorstehend E. 4.11). Anhand dieses Gutachtens und in Kenntnis der übrigen Akten lassen sich allerdings die Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers auf die Arbeitsfähigkeit nicht genügend schlüssig beurteilen.

Aus internistischer Sicht ergab sich anlässlich der Begutachtung keine relevante Funktionsstörung (vgl. Urk. 8/141 / 66 ff. Ziff. 6-8). Eine solche lässt sich auch den übrigen Akten nicht entnehmen.

Die durch den psychiatrischen Gutachter aufgrund der körperlich nicht ausreichend erklärbaren Symptome diagnostizierte somatische Belastungsstörung (DSM-5 300.82) ist nachvollziehbar und lässt sich mit der durch die Ärzte des I. \_\_\_ erkannten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) vereinbaren. Die Symptome der von diesen Ärzten zudem festgestellten affektiven Störung interpretierten die Gutachter indessen als emotionale Belastung im Rahmen der somatischen Belastungsstörung (vgl. Urk. 8/110 S. 3 Ziff. 2.5; Urk. 8/141 / 54 Ziff. 6.3).

Die aus psychiatrischer Sicht vorgenommene Arbeitsfähigkeitsbeurteilung, wo nach aufgrund der Notwendigkeit flexibler Pausen bei rascher Erschöpfung in der bisherigen Tätigkeit eine leicht höhere Arbeitsunfähigkeit als in einer angepassten Tätigkeit vorliegt, wurde unter Beachtung der erhobenen Befunde sowie im Kontext mit den Belastungsfaktoren und Ressourcen mit dem Hinweis darauf, dass bei optimaler Therapie innert 12 bis 24 Monaten eine vollständige Arbeitsfähigkeit zu erreichen sei, hinreichend begründet (vgl. Urk. 8/141 / 55 f. Ziff. 7.2, Ziff. 8).

Da sich die beklagten Beschwerden nicht objektivieren liessen, wurde den sensiblen Restbeschwerden nach erfolgter Spinalkanaldekompensation mit dekompressiver Laminektomie sodann von den J. \_\_\_ -Gutachtern aus neurologischer Sicht grundsätzlich nachvollziehbar keine Relevanz bei der Beurteilung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit beigemessen. Die zentralen und peripheren Strukturen des Nervensystems waren intakt, es

konnten keine Radikulopathien festgestellt werden und die Störungen des unteren Harntrakts und der Darmfunktion liessen sich keinem neuralen Substrat zuordnen (vgl. Urk. 8 / 141 / 78 f. Ziff. 6.1-6.3). Diese gutachterliche Beurteilung stimmt mit den bereits vor der Begutachtung erfolgten klinischen und bildgebenden Abklärungen durch die behandelnden Ärzte überein, fanden diese bei ebenfalls unauffälliger elektro-physiologischer Untersuchung kein nachweisbares Korrelat für die beklagten Beschwerden (vgl. Urk. 8/96/7; Urk. 8/96/8-10 S. 3; Urk. 8/103/13-14 S. 2). Eine im Nachgang der J.\_\_\_\_-Begutachtung im April 2024 erfolgte Untersuchung ergab allerdings elektromyografisch bei akuten und chronischen Denervationszeichen Anhaltspunkte für eine jeweils beidseitige Radikulopathie S1 und L5. Die klinische Befunderhebung zeigte zudem Anhaltspunkte für eine Radikulopathie S2-5 (vgl. Urk. 8/188 S. 2). Das im Anschluss veranlasste MRI bestätigte eine Kompromittierung von L5 links und erachtete eine solche von L3, L4 und S1 als möglich (vgl. Urk. 8/190). Bei der J.\_\_\_\_-Begutachtung wurden weder ein MRI noch eine elektromyografische Messung veranlasst. Soweit RAD-Arzt Dr. A.\_\_\_\_

diesbezüglich zum Schluss kam, dass nach der Begutachtung keine neuen objektiven klinischen und radiologischen Befunde vorlägen (vgl. Urk. 8/197 S. 3), kann diese Einschätzung somit nur teilweise nachvollzogen werden.

Als nicht umfassend erweist sich jedoch vorliegend insbesondere die orthopädische Beurteilung, welche bei der Konsensbeurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers - nebst der psychiatrischen Einschätzung – entscheidend war. Zwar erkannte der orthopädische Gutachter, dass der Status nach langstreckiger LWS-Dekompressionsoperation bei Überbelastung ausserhalb des Belastungsprofils überwiegend wahrscheinlich zu einer signifikanten Verschlechterung des klinischen Befundes führe (vgl. Urk. 8/141 / 35 Ziff. 6.3). Auffallend waren zudem die anlässlich der orthopädischen Untersuchung zahlreich festgestellten Inkonsistenzen, wobei etwa die Notwendigkeit einer linksgeführten Unterarmgehstütze sowie das gezeigte Gehbild nicht nachvollzogen werden konnten (vgl. Urk. 8/141 / 34 Ziff. 6.2). Bei seiner Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezog sich der orthopädische Gutachter jedoch auf die Angaben des Fragebogens für Arbeitgebende vom Juli 2023, worin eine oft sitzende, selten im Gehen oder Stehen ausgeführte Tätigkeit mit seltenem Heben und Tragen von leichten Lasten beschrieben wird (vgl. Urk. 8/141 / 36 Ziff. 8). Dieses Belastungsprofil wurde allerdings nicht aufgrund der effektiv angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Physiotherapeut erstellt, sondern entspricht vielmehr der bei der bisherigen Arbeitgeberin zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Administration, in welche der Beschwerdeführer aufgrund seiner

gesundheitlichen Beschwerden

intern umplatziert wurde. Der Beschwerdeführer wurde dabei fast ausschliesslich für die Administration, Einträge im Dokumentationssystem und für die Terminplanung eingesetzt (vgl. Urk. 8/108 S. 5 ff.; Urk. 8/123 S. 3 Ziff. 3). Eine verlässliche gutachterliche Einschätzung der verbliebenen Arbeitsfähigkeit in der tatsächlich vor Eintritt des Gesundheitsschadens angestammten Tätigkeit des Beschwerdeführers als Physiotherapeut fehlt demnach. 5.3

Die effektiven Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers bleiben zuletzt auch aufgrund des widersprüchlichen Verhaltens der

Beschwerdegegnerin unklar. So stellt e

diese einerseits für die Beurteilung des Rentenanspruchs auf das J.\_\_\_\_ -Gutachten ab ,  
worin die Notwendigkeit einer

Gehilfe verneint wird (vgl. Urk. 8/141 / 8 Ziff. 4.2) ,

erteilt e dem Beschwerdeführer jedoch andererseits kurz nach der rentenverneinenden  
Verfügung vom 4. Juni 2024 ( Urk. 2) Kostengutsprache für einen Rollstuhl (vgl.  
Mitteilung vom 1 1. Juli 2024, Urk. 8/205). Ob der Beschwerdeführer demnach

tatsächlich auf die Benützung von Gehstöcken respektive eines Rollstuhls ange wiesen ist,  
lässt sich anhand der vorhandenen Akten folglich nicht zweifelsfrei feststellen. Soweit PD  
Dr. M.\_\_\_\_ einen Rollstuhl für längere Strecken aufgrund einer Instabilität im Bereich des  
Beckens sowie einer Beteiligung des rechten Beins als notwendig erachtet (vgl. Urk. 8/189  
S. 1), lässt sich diese Einschätzung mangels eigener ausführlicher Befunderhebung nicht  
genügend schlüssig nachvollziehen. Dasselbe gilt für die ebenfalls ohne eigene Befund  
erhebung vorgenommene Beurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. E.\_\_\_\_ , wonach der  
Beschwerdeführer aufgrund der zunehmenden Schmerzen im Lendenwirbel- und  
Gesässbereich seit zwei Jahren auf die Hilfe von Gehstöcken beziehungsweise seit  
eineinhalb Jahren auf einen Rollstuhl angewiesen sei (vgl. Urk. 8/187). Angesichts dieser  
Beurteilungen ist jedoch auch nicht ohne Weiteres auszuschliessen, dass der  
Beschwerdeführer auf die genannten Hilfsmittel ange wiesen ist , was bejahendenfalls in  
der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen wäre. 5. 4

Zusammenfassend

erweist sich die vorliegende Aktenlage für eine abschliessende Beurteilung des  
Leistungsanspruchs in Bezug auf den medizinischen Sachverhalt als unzulänglich . Mithin  
können die Auswirkungen der seit Erlass der Verfügung vom 3. Juni 2022 eingetretenen  
gesundheitlichen Veränderung nicht geprüft werden.

Die angefochtene Verfügung ist deshalb aufzuheben und die Sache an die  
Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach erneuter Abklärung der  
medizinischen Situation eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch  
des Beschwerdeführers neu verfüge. Dies führt zur Gutheissung der Beschwerde. 6 . 6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von  
IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem  
Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG)  
und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie de r  
unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur  
weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der  
Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V  
57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene  
Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteient schädigung hat.

Diese ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das  
Sozialversicherungsgericht (GSVGer) – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der  
Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des  
Obsiegens zu bemessen.

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungskriterien ist die P artei entschädigung vorliegend beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 280.-- (zuzüglich MWST) auf Fr. 3'000.-- (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen. Das Gericht erkennt:  
1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 4. Juni 2024 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, 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 Parteient schädigung von Fr. 3'000 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Matthias Fricker - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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  
Grieder-MartensMeierhans

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