

**Dr. med. Christoph Holenstein**  
FMH orthopädische Chirurgie  
ocbasel AG / Bethesda-Campus  
Gellertstrasse 140  
4052 Basel



Tel: 061 315 30 70  
[info@ocbasel.ch](mailto:info@ocbasel.ch)

Basel, den 23. April 2019/yh

BEGAZ  
Herrn Dr. med. Beat Zaslowski  
FMH Allgemeine Innere Medizin  
Hauptstr. 1  
4102 Binningen

## Teilgutachten

(Untersuchung vom 23.04.2019)

**Betrifft:** Herr Pascal Schmid, \*01.04.1969  
Oberlandstrasse 68 8610 Uster  
Versicherten-Nr.: 756.4369.6607.92

## 1. Ausgangslage und Formelles

### 1.1 Abwicklung des Gutachtensauftrages / Formelles

#### a) Angaben zum Auftraggeber

SVA Zürich, Röntgenstrasse 17, Postfach, 8087 Zürich

#### b) Angaben zur versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsnummer, Angaben zur Überprüfung der Identität)

Herr Pascal Schmid, \*01.04.1969  
Oberlandstrasse 68 8610 Uster  
Versicherten-Nr.: 756.4369.6607.92

#### c) Angaben zum Gutachter

Dr. med. Christoph Holenstein  
FMH Orthopädische Chirurgie



ocbasel AG / Bethesda-Campus  
Gellertstrasse 148, 4052 Basel

- d) *Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten mit Uhrzeit (von-bis) und Datum der Gutachtenfertigstellung*

Die Begutachtung findet statt am 23.04.2019 von 13.10 bis 13.50 Uhr.

- e) *Angaben bzgl. Beteiligung eines Dolmetschers, ggf. in welche Sprache*  
Schweizerdeutsch

## 1.2 Übersicht der verwendeten Quellen

- a) *Vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Akten (IV-Dossier, ggf. Observationsmaterial, evtl. UV-Akten, ggf. Akten von Strafverfolgungsbehörden etc.)*

Siehe Hauptgutachten

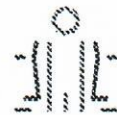
- b) *Summarische Auflistung der vom Gutachter zusätzlich beigebrachten (oder bei ihm eingegangenen) Aktenstücke (auch telefonische Nachfragen)*

Siehe Hauptgutachten

- c) *Eigene Untersuchungen und Befunde*

Siehe unten

- d) *Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, Zusatzgutachten, Berichterstattung*



Keine

e) *Angaben von Drittpersonen*

Keine

### 1.3 Anlass und Umstände der Begutachtung

a) *Kontext des Auftrages*

b) *Medizinischer Sachverhalt*

c) *Fragestellung*

d) *Anforderungsprofil bisherige Tätigkeit*

Siehe Hauptgutachten

## 2. Aktenauszug

Siehe Hauptgutachten

### 2.1. Fachspezifische anamnestische Ergänzungen:

Vom 23.03.2015 liegt ein interdisziplinäres Gutachten vor von der MEDAS Bern, nachdem der Versicherte im September 2014 orthopädisch, psychiatrisch, internistisch und neurologisch beurteilt wurde. Diesem Gutachten kann entnommen werden, dass der Versicherte gebürtiger Schweizer ist, eine Ausbildung zum Bäcker und Konditor absolvierte, den Beruf wegen Mehlstauballergie aufgeben musste und entsprechend eine Ausbildung zum PC-Supporter abschloss mit zuletzt Tätigkeit als SAP-Basis-Administrator. Am 06.02.2003 erlitt er einen Unfall im Rahmen eines Ausrutschers auf dem Eis mit Schmerzen, Krampfsymptomen lumbal und in beiden Beinen, dann zunehmend auch im BWS- und HWS-Bereich mit schwer eingeschränkter HWS-Beweglichkeit. In der Folge starke Kopfschmerzen, eingeschränkte Konzentrations- und Merkfähigkeit, eingeschränkte



Hörfähigkeit, intermittierender Tinnitus. Ab dem 01.05.2004 war der Versicherte mit einem 20%-Arbeitspensum beruflich tätig. Im September 2004 stellte er einen Antrag auf IV-Leistungen und erhielt per 06.02.2004 eine ganze Rente bei einem IV-Grad von 78%. Weiter kann den Akten entnommen werden, dass im August 2011 eine Spondylodese L5/S1 erfolgte. Gemäss IV-Mitteilung vom Juli 2012 war eine 100%-ige AUF für körperlich schwer belastende berufliche Tätigkeiten vorliegend, für eine angepasste Tätigkeit bestand eine volle Arbeitsfähigkeit mit Verminderung der Erwerbsfähigkeit von 57% ab 01.11.2012. Am 09.08.2013 wird dies nochmals bestätigt und die bisher bezahlte ganze Rente durch eine halbe Rente ersetzt. Hierauf wurde Beschwerde eingelegt, das BVG hiess diese gut und wies die angefochtene Verfügung an die IV zurück. Entsprechend erfolgte das bereits genannte polydisziplinäre Gutachten. Ab Seite 4 sind diverse Berichte und auch Bildgebungen aufgeführt (vgl. radiologische Befunde unten).

Ebenso wird ein ABI-Gutachten vom 07.06.2011 aufgeführt. Orthopädischerseits lag ein chronisches cervico-vertebrales und ein chronisches lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom vor, jeweils ohne radikuläre Symptomatik. Trotz leichtgradiger struktureller Veränderungen an Hals- und Lendenwirbelsäule war auf orthopädischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegend, da es sich bei der Tätigkeit im Informatikbereich üblicherweise um eine körperlich leichte, vorwiegend intellektuelle Arbeit handelte.

Zum Zeitpunkt des Gutachtens von September 2014 litt der Versicherte an chronischen Beschwerden im HWS- und LWS-Bereich nach zweimaliger LWS-Operation L5/S1. Als neurologische Diagnosen aufgeführt wurde ein chronisches cervicales Schmerzsyndrom bei vorbeschriebenen degenerativen HWS-Veränderungen, dann ein chronisches lumbo-vertebrales Schmerzsyndrom nach genannten LWS-Eingriffen sowie ein Kombinationskopfschmerz. In der angestammten Tätigkeit als PC-Supporter bestand aus rein neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80% Leistung bei einem Zeitpensum von 8,5 Std., in einer optimalen leidensadaptierten Tätigkeit bestand aus rein neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht bestand eine Fehlhaltung der Wirbelsäule mit muskulärer Dysbalance und Funktionseinschränkung der HWS



und LWS nach Bandscheiben-Eingriff Juli 2000 und Spondylodese L5/S1 vom August 2011. Es wurde weiter festgehalten, dass bei entsprechendem Willen des Versicherten es durchaus möglich erschien, durch ein regelmässiges Fitnessprogramm das muskuläre Korsett wieder aufzubauen, durch eine Ernährungsumstellung das Gewicht zu reduzieren und den Arbeitsplatz rücken- und augengerecht zu gestalten. Dies durfte vom Versicherten erwartet werden und war ihm auch zumutbar.

Zusammenfassend war der Versicherte aus interdisziplinärer Sicht als Informatiker/PC-Supporter 80% arbeitsfähig, in einer noch besser leidensadaptierten Tätigkeit bestand eine volle Arbeitsfähigkeit ohne relevante Leistungsminderung, wobei sich diese Bewertung deckte mit der Einschätzung des ABI-Gutachtens vom Mai 2011.

Vom 29.10.2015 liegt ein Bericht vor von der Rheumatologie Schulthessklinik Zürich. Unter Diagnosen aufgeführt werden eine chronische Cervicobrachialgie bds., DD: C6-Reiz- und Ausfallssyndrom rechts, weiter eine chronische Lumboischialgie bds. bei Zustand nach zwei Eingriffen auf Höhe L5/S1 und schliesslich langsam progrediente generalisierte Gelenk- und Muskelschmerzen. Anamnestisch wurde eine sehr lange Krankengeschichte festgehalten, bis ins Jahre 2000 zurückreichend mit damals notwendiger Dekompression L5/S1 im August 2000. Anschliessend deutliche Beschwerderegradienz bis zu einem Sturz auf Eis mit anschliessend ausgeprägten Schmerzen in der HWS-Region und hiesigen Blockaden. Diverse Therapiemassnahmen, teils auch stationär, wurden in die Wege geleitet ohne positiven Effekt, insgesamt eher mit einer Beschwerdezunahme. Entsprechend war die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Im Rahmen einer Rentenrevision wurde die Rente gekürzt, der Versicherte erhob darauf zusammen mit einem Anwalt Einspruch, worauf die IV ein neues Gutachten veranlasste. Anschliessend erhielt er einen Vorbescheid für eine vollständige Rentenstreichung. Wiederum juristisches Vorgehen mit seinem Anwalt, der Versicherte musste jedoch mit der gesamten Familie aus Brasilien in die Schweiz zurückkehren. Zum Zeitpunkt der Untersuchung ging es ihm deutlich schlechter aufgrund der gesamten belastenden Situation. Es bestanden wieder deutlich verstärkte cervico-



brachiale und lumbale Schmerzen mit Ausstrahlungen. Als weiteres Vorgehen wurde eine neurologische Beurteilung in die Wege geleitet, ebenso eine ausführliche Laboruntersuchung. Aufgrund der langen Anamneseerhebung wurde auf eine klinische Untersuchung vorerst verzichtet. In einem Verlaufsbericht vom 07.12.2015 werden dieselben Diagnosen nochmals aufgeführt. laborchemisch konnte zwischenzeitlich eine relevante rheumatologische Erkrankung ausgeschlossen werden, ebenso eine Hämatochromatose. Aufgrund fehlender Therapieoptionen wurde die Behandlung abgeschlossen.

Vom 21.12.2017 liegt ein erneuter MRI-Bericht der LWS vor, Klinik Balgrist. Es fand sich eine unauffällige Darstellung der Spondylodese L5/S1 und lediglich geringe degenerative Veränderungen der übrigen Segmente. Hinweise für eine Neurokompression fanden sich nicht, nebenbefundlich fortgeschrittene Facetten-degeneration L4/5 bds.

Als letztes liegt ein Bericht vor vom 04.12.2018, Schweizer Paraplegikerzentrum. Unter aktuellen Diagnosen aufgeführt sind unter anderem Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern und den Kopf, Armschmerz links, Lumboischialgie bds. bei St. n. zwei LWS-Eingriffen. Er trat am 13.11.2018 ein zu einer stationären multimodal interdisziplinären Behandlung, welche bis am 04.12.2018 dauerte. Abschliessend wurde festgehalten, dass im Vordergrund psychotherapeutische Massnahmen standen, unterstützend allenfalls eine Wassertherapie zum Erhalt der derzeitigen Situation auf körperlicher Ebene.

### 3. Befragung

Bezüglich systematischer Anamnese vgl. das fallführende und/oder das psychiatrische Gutachten.

#### 3.1 Spontane Angaben der versicherten Person im Rahmen eines offenen Interviews



Die eben genannten Eckdaten werden mit dem Versicherten durchgegangen. Keine relevanten Korrekturen und/oder Ergänzungen. Während der stationären Behandlung in Nottwil wurde erfolglos versucht, das Opiat abzusetzen, immerhin nehme er seither kein Oxynorm und kein Oxycontin mehr, hingegen Palexia. Dieses sei nötig, einerseits wegen der Rückenschmerzen, andererseits wegen eines Restless legs-Syndroms, welches nach Absetzen der Opiate stark verstärkt war. In und nach Nottwil wurde zudem eine psychiatrische Behandlung begonnen. Er berichtet spontan, dass er eine schwierige Kindheit hatte. Die Mutter und auch ihr Lebenspartner haben ihn oft geschlagen. Er berichtete schliesslich seiner damaligen Lehrerin über die Umstände zuhause, welche ihn für zwei Monate zu sich aufnahm. Anschliessend war er ab zirka elf- bis sechzehnjährig in einem Heim der Heilsarmee, wo er ebenfalls «schwierige Zeiten» verbringen musste. Weiter berichtet er, dass er eigentlich nie eine Rente wollte, sondern die IV bat um berufliche Massnahmen im Rahmen einer Arbeitsplatzanpassung. Diese wurden ihm mehrfach verwehrt und schliesslich erhielt er eine 100%-IV-Rente. Aufgrund dieser Tatsache wurde vom Migros-Genossenschaftsbund, wo er als SAP-Spezialist arbeitete, in gegenseitigem Einvernehmen das Vertragsverhältnis aufgelöst. Die 100%-IV-Rente bedeutete für den Versicherten jedoch eine finanziell deutlich erschwerte Situation, so dass er deswegen nach Brasilien auswanderte, wo seine Frau herkommt. Vor rund zwei Jahren habe er die IV nochmals angefragt nach beruflichen Massnahmen, welche ihm jedoch abermals verwehrt wurden.

### 3.2 Vertiefende Befragung

#### *Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage)*

Nachgefragt nach dem Verlauf der HWS- und LWS-Beschwerden gibt er an, dass diese seit Jahren unverändert seien. Die Medikation wurde in und nach Nottwil geändert auf wie bereits genannt neu Palexia, zusätzlich Brufen 2 x tägl., Sirdalud 1 mg tägl. (eine grössere Dosis führe zu einer zu



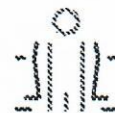


grossen Müdigkeit) und Pregabalin 2 x 100 mg. Auch unter dieser neuen Medikation keine relevante Beschwerdeverbesserung. In Nottwil wurden zudem unter Narkose Infiltrationen der HWS und LWS durchgeführt. Erstere habe zu einer nun permanenten Migräne geführt, die LWS-Infiltration brachte nur eine minime, sehr kurzzeitige Beschwerderegress. Weiter besuche er einmal wöchentlich eine ambulante Physiotherapie, regelmässig gehe er auch zu Dr. Brenner in Zürich, ein Chiropraktiker. Seine Behandlungen helfen ihm gut, führen zu einer gewissen Entspannung, insbesondere das jeweils applizierte Taping habe einen guten Effekt. Eine in Nottwil versuchte Akupunktur hatte keinen Effekt. Bei vermehrten Beschwerden helfe es ihm am meisten, warm duschen zu gehen, gelegentlich würde er sich auch hinlegen oder ein zusätzliches Schmerzmittel einnehmen. Er sei aktuell froh, viele Arzttermine zu haben, so «komme er raus» (Zitat). Hinsichtlich Zukunftsvorstellungen geht er davon aus, dass die Beschwerden nicht relevant bessern werden, er hoffe, dass sie sich nicht verschlimmern.

Nochmals nachgefragt nach den aus orthopädischer Sicht im Vordergrund stehenden Beschwerden nennt er Nackenbeschwerden mit Ausstrahlung in beide Arme, wobei diese insbesondere nachts oft einschlafen und ihn zwingen, aufzustehen, um «die Arme wieder zu lösen» (Zitat). Weiter bestehen anhaltende Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine, unter vermehrter Belastung würden insbesondere die Füsse einschlafen. Die letzte LWS-Operation vom August 2011 in Brasilien würde er nicht mehr durchführen lassen, da sie keinen positiven Effekt hatte auf die Rückenschmerzen, eher zu einer Schmerzzunahme führten, zudem habe er seither eine Blasenfunktionsstörung.

Systematisch nachgefragt nach Nachtschmerzen wiederholt er, dass nachts die Arme einschlafen, er stehe deshalb oft zwei- bis dreimal auf. Nachgefragt nach Anlaufschmerzen werden solche bejaht, insbesondere in den Kniegelenken, «eigentlich tue alles weh während den ersten paar Schritten» (Zitat). Nachgefragt nach der bewältigbaren Gehstrecke wird eine solche von 30 bis 45 Min. angegeben. Sitzen sei maximal 30 Min. möglich,





dann entwickle er Kreuzschmerzen und die Füße schlafen ein. Länger stehen sei ungut wegen Kreuzschmerzen. Treppensteigen sei eingeschränkt wegen beidseitigen Knie- und Hüftbeschwerden.

#### *Systematische somatische Anamnese*

##### *Persönliche Anamnese / frühere Krankheiten*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Familienanamnese / Heredität*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Noxen*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Schulischer und beruflicher Werdegang*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Arbeitsbezogenes Beschwerdebild*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

##### *Soziale Anamnese*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

### *Einschneidende Erlebnisse*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

### *Tagesablauf (detailliert, repräsentativ)*

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

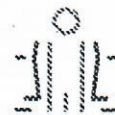
### *Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente*

Der Versicherte gibt an, praktisch alles an medizinischen Massnahmen versucht zu haben gegen die Nacken- und Kreuzschmerzen. Nebst den beiden LWS-Operationen, bei denen insbesondere die zweite Operation zu keinerlei Beschwerdelinderung führte, wurden auch diverse Infiltrationen durchgeführt, ebenso Botox-Injektionen, diverseste physiotherapeutisch/chiropraktische Massnahmen und auch medikamentöse Behandlungen. Die aktuelle Analgesie besteht wie bereits oben aufgeführt aus Brufen, Palexia, Pregabalin und Sirdalud. Eine Physiotherapie wird aktuell einmal wöchentlich besucht. Regelmässiger Besuch bei einem Chiropraktiker in Zürich, Dr. Brenner. Letztmalige Infiltrationen fanden statt in Nottwil, wobei lumbal diese keine Beschwerdelinderung brachten, cervical zu einer seither permanenten Migräne führten.

### *Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung*

Nachgefragt nach der beruflichen Zukunft meint er, dass es sich um eine flexibel/dynamische Tätigkeit handeln müsste ohne langes Sitzen oder Stehen. Grundsätzlich würde er gerne wieder einer Arbeit nachgehen, deshalb bat er die IV vor rund zwei Jahren nochmals um berufliche Massnahmen, welche jedoch nach einer Prüfung durch die IV abgelehnt wurden. Er führt an, dass nach langer Arbeitskarenz es schwierig sein wird, wieder eine Anstellung zu finden.





*Besprechung von sich evtl. ergebenden Inkonsistenzen*

Entfällt

*Besprechung von allfälligem Observationsmaterial*

Entfällt

#### **4. Befund**

##### **4.1 Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung**

Der Versicherte erscheint im Beisein seiner Ehefrau vorzeitig zur Untersuchung, ist freundlich, gepflegt und kooperativ. Keine Hinweise für eine relevante Aggravation.

##### **4.2 Sprachliche Verständigung**

Problemlose Konversation auf Schweizerdeutsch.

##### **4.3 Untersuchungsbefunde**

###### *Klinische Untersuchung*

Klinisch allenfalls leicht verlangsamtes, jedoch gesamthaft hinkfreies Gangbild, sowohl in der expliziten Untersuchung wie auch im spontanen Verhalten über mehrere Dutzende Meter durch den Bethesda-Park. Freies Aus- und Anziehen, flüssiges sich Hinlegen und Erheben von der Untersuchungsliege, nicht en bloc. Schultergeradtand. Symmetrisches Schulterprofil ohne Hinweise für eine relevante Muskelatrophie bei Rechtsdominanz. Beckengeradtand. Wirbelsäule gesamthaft im Lot. Kein Rippenbuckel. Aktive HWS-Beweglichkeit in Seitneigung und -rotation um jeweils 1/3 eingeschränkt mit Angabe von Nackenbeschwerden. KSA 6/14 cm mit Angabe von Nackenbeschwerden. Ordentliche bis regelrechte Beweglichkeit der

BWS, LWS mit Schober 10/12,5 cm, FBA 40 cm ohne Endphasenschmerz, ohne Kletterphänomen beim Wiederaufrichten. Reklination ebenfalls erstaunlich gut durchführbar.

Heute kein segmental zuordenbarer paravertebraler Muskelhartspann, weder cervical, thoracal noch lumbal bei sofern seitens der Adipositas beurteilbar regelrecht erhaltener Rückenmuskulatur. Keine relevante Klopf- oder Druckdolenz des Achsenskeletts, insbesondere auch nicht über der zirka zehn Zentimeter langen, median gelegenen, gut verschieblichen Narbe lumbal, moderate Druckdolenz über dem ISG. Trendelenburg bds. negativ. Zehen-/Fersen-/ Einbeinstand bds. gehalten. Minim varische Beinachsen bds., unauffällige Rückfussachsen bei jedoch deutlicher Knick-Senkfuss-Konfiguration bds. Scheinrotation und Achsenkompression ohne Schmerzangabe tief-lumbal.

Die Schulteruntersuchung zeigt bds. wie erwähnt eine symmetrisch gut erhaltene Muskulatur, keinerlei auslösbare Druckdolenz weder im Bereich der ventralen Kapsel, des AC-Gelenkes oder des Tuberculum majus. Body cross-sign bds. negativ. Impingementzeichen bds. negativ. Keine glenohumerale Instabilität. Freie aktive Schulterbeweglichkeit in allen Ebenen inkl. Schürzen- und Nackengriff. Die Kraftüberprüfung der Rotatorenmanschetten-, Trizeps- und Bizepsmuskulatur ist symmetrisch gut innerviert, keine Hinweise für einen signifikanten und/oder isolierten Kraftverlust. Regelrechte Trophik der Ober- und Unterarmmuskulatur wie auch der Handmuskeln, symmetrisch regelrechte Beschwiellung beider Hände. Cursorisch unauffällige Untersuchung der Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke, ausser einer leichten Dupuytren-Sehnenverkürzung am 4. Strahl links. Aktuell keine Angabe einer Hypästhesie.

Die Untersuchung der unteren Extremitäten zeigt liegend eine gewisse Druckdolenz inguinal bds, Flexion/Extension je 120/5/0°, Innen-/Aussenrotation 20/0/40° mit Endphasenschmerz inguinal, links mehr als rechts, Abduktion je 30°. SLR in Rückenlage bds. mittelkräftig und schmerzfrei. Lasègue rechts bis 60°, links bis 40° möglich, dann Stopp durch eine





erheblich verkürzte ischiocrurale Muskulatur mit schmerzhafter Spannung bis nach gluteal, respektive lumbo-sacral. Langsitz bds. gut möglich.

Die Kniegelenke sind bds. ergussfrei, kein Patellaschiebeschmerz, keine klar auslösbare Druckdolenz. Flexion/Extension bds. je 130/0/0°, keine Meniskuszeichen, regelrechte mediolaterale und sagittale Bandstabilität bds. Muskeltrophik aspektmässig symmetrisch.

Sitzend zeigt sich eine in der kursorischen Untersuchung unauffällige Überprüfung der Rück-, Mittel- und Vorfussgelenke bei allseits regelrechter Stabilität, gut erhaltener Beweglichkeit, es findet sich keine explizite Druckdolenz. Fussbeschwiellung symmetrisch. Keine relevante Weichteilschwellung (13.45 Uhr). St. n. Hammerzehen-Operation II, III rechts sowie II links sowie Zustand nach Exostosen-Entfernung Fussrist rechts (Silverskjöld-Exostose?), jeweils mit regerechter postoperativer Situation.

#### *Zusatzbefunde*

#### Radiologische Untersuchungen

##### MRI LWS vom 27.02.2003, Radiologie Uniklinik Balgrist:

- regelrechter postoperativer Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts
- leichte Degeneration der lumbalen Bandscheiben L3 bis S1
- keine Neurokompression
- St. n. Morbus Scheuermann lumbal

##### MRI HWS vom 05.03.2003, Radiologie Uniklinik Balgrist:

- Normalbefund







- leichte Lumbalspondylose
- kleine diffuse Bandscheibenvorfälle bei L5/S1
- diskrete Auswölbung der hinteren Bandscheiben ohne bedeutende Kompression auf L2/3/4/5

MRI LWS vom 06.02.2014, Dr. E. Melo:

- degenerative Veränderungen lumbo-sacral
- kleine Protrusion L2/4 bis L5/S1, keine Neurokompression

MRI HWS vom 06.02.2014, Dr. E. Melo:

- leichte Cervicalspondylodiskounkarthrose
- kleine Protrusion disko-osteophytär postero-zentral C6/7
- diskrete disko-osteophytäre Reaktion ohne Kompression C3/4 bis 5/6
- minime Signalveränderung Medulla spinalis, DD: Gliose, Ischämie, Ödem

Röntgen HWS funktionell vom 10.09.2014, Röntgeninstitut Brunnhof, Bern:

- erhaltenes Alignment, Streckstellung, keine Instabilität
- deutlich eingeschränkte HWS-Beweglichkeit
- keine wesentliche Spondylosis deformans, keine Wirbelkörperhöhenminderung

Röntgen LWS funktionell vom 10.9.2014, Röntgeninstitut Brunnhof, Bern:

- verminderte LWS-Beweglichkeit nach Spondylodese L5/S1 bds., intaktes Stabilisationsmaterial
- keine Wirbelkörper- oder Zwischenwirbelraumhöhenminderung

- diskrete ventrale Spondylosis deformans, betont in der Deckplatte L4
- erhaltenes Alignement
- in Reklination minimal progredient, sehr diskrete Retrolisthesis L4/5 I°

MRI LWS vom 16.07.2015, Spital Wetzikon:

- St n Spondylodese L5/S1
- keine Hinweise auf aktiven Knochenprozess
- normale Weite des Spinalkanals
- im unteren LWS-Abschnitt keine protrudierende Diskopathie erkennbar

MRI HWS vom 16.07.2015, Spital Wetzikon:

- breitbasige Protrusion im unteren HWS-Abschnitt mit Schwerpunkt C6/7
- kurzstreckige Kontaktzone zur Nervenwurzel C7 und möglicherweise geringgradige neuroforaminal-ossäre Komponente

MRI LWS vom 21.12.2017, Klinik Balgrist:

- unauffällige Darstellung der Spondylodese L5/S1
- geringe degenerative Veränderungen der übrigen LWS-Segmente, keine Neurokompression
- geringe neuroforaminale Einengung L5/S1 bds. sowie fortgeschrittene Facettendegeneration L4/5 bds.

**5. Allfällige Angaben von Dritten**

Entfällt





## 6. Diagnosen

*mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit*

1. Chronisches lumbo-spondylogenes Syndrom bei
  - St. n. Dekompression L5/S1 rechts Juli 2000, Spital Zollikerberg
  - St. n. Spondylodese L5/S1 am 10.08.2011, Brasilien
2. Chronisches cervico-spondylogenes Syndrom

*ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit*

3. M. Dupuytren Strahl IV links
4. St. n. Hammerzehen-OP II, III rechts, II links sowie Exostosenentfernung Fussrist rechts vor Jahrzehnten

## 7. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung

### 7.1. Diagnoseherleitung

Der Versicherte leidet seit zirka 2000 an chronischen LWS-Beschwerden, so dass im Juli 2000 ein erster LWS-Eingriff durchgeführt wurde. Im Verlauf konnte er seine Tätigkeit als PC-Supporter bei der Migros-Genossenschaft wieder aufnehmen. Am 06.02.2003 kam es bei einem Sturz auf Glatteis zu einer Kontusion des Achsenskeletts mit anhaltenden Beschwerden insbesondere im LWS- und HWS-, aber auch Kopfbereich, so dass er im weiteren Verlauf eine 100%-ige IV-Rente erhielt. Diese wurde ihm im Rahmen einer Rentenrevision auf 50% reduziert. Über Jahre fanden diverse Abklärungen und Therapien statt. Aufgrund wieder vermehrter LWS-Beschwerden wurde am 10.08.2011 in Brasilien eine Spondylodese L5/S1 durchgeführt. Dieser Eingriff würde der Versicherte heute nicht mehr durchführen lassen, da keinerlei Beschwerderegress eintrat und er seither an einer Blasen-funktionsstörung leide. Im Rahmen einer stationären multimodal interdisziplinären Behandlung vom November/Dezember 2018 im Schweizer Paraplegi-



kerzentrum Nottwil wurden psychotherapeutische Massnahmen als im Vordergrund stehend gesehen.

## **7.2. Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnosen**

Der Versicherte gibt an, aufgrund der Nacken- und Kreuzbeschwerden mit Einschlafensationen in den Extremitäten nicht über längere Zeit sitzen, stehen oder gehen zu können, ebenso seien Überkopftätigkeiten infolge der Einschlafensationen eingeschränkt.

Bei der heutigen orthopädischen Beurteilung musste festgestellt werden, dass der Versicherte im spontanen Verhalten nicht relevant eingeschränkt war, weder seitens der HWS noch der LWS, der Kopf konnte frei getragen und bewegt werden, das Aus- und Anziehen erfolgte unbehindert. Bildgebend konnte in zigfach durchgeführten Untersuchungen nie eine relevante Pathologie festgestellt werden.

## **7.3. Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte**

Vgl. psychiatrisches Teilgutachten und/oder Gesamtgutachten

## **7.4. Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen**

Vgl. auch psychiatrisches Teilgutachten

Bei der heutigen orthopädischen Beurteilung gab der Explorand an, eine schwere Kindheit erlebt zu haben, er wurde mehrfach von seiner Mutter und auch ihrem Lebenspartner geschlagen und gequält und meint selber, dass man heute von «schwerer Kindsmisshandlung» sprechen würde. Ebenso war auch die Zeit im Heim (der Heilsarmee), wo er bis 16-jährig weilte, «eine ungute Zeit».





## 7.5. Konsistenzprüfung

Während der heutigen Exploration fanden sich keine Hinweise für eine Aggravation oder Inkonsistenzen.

## 8. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und eventuelle fallspezifische Fragebeantwortung

### 8.1. Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

*Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?*

Aus rein orthopädischer Sicht ist dem Versicherten die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als PC-Supporter medizinisch-theoretisch vollschichtig zumutbar, was einhergeht mit den früheren orthopädischen Beurteilungen im Rahmen der interdisziplinären Gutachten vom 07.06.2011 (ABI) und MEDAS Bern (September 2014). Die bildmorphologisch beschriebenen Veränderungen der HWS und LWS repräsentieren häufige Befunde in der allgemeinen Population und sind so ohne eigenständigen Krankheitswert, zumal diese keine Wurzelkompression oder spinale Enge zeigen, respektive zeigten. Entsprechend sind dem Versicherten aus rein orthopädischer Sicht leidensangepasste, also wechselbelastende, teils sitzende, teils stehende, teils gehende Arbeiten ohne Überkopftätigkeiten, ohne häufiges Bücken, ohne Zwangshaltung vollschichtig zumutbar, so auch die zuletzt ausgeübte Arbeit als SAP-Basisadministrator. Ob eine nicht-orthopädische Komorbidität eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und/oder Leistung begründen können, siehe hierzu Gesamtgutachten.

### 8.2. Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

*Belastungsprofil?*

*Leistungsfähigkeit?*

*Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?*

Entfällt

### 8.3. Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

*Kann die Arbeitsfähigkeit noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden?*

Aufgrund der Tatsache, dass orthopädischerseits diverseste Abklärungen keine relevante Pathologie zeigten, verschiedenste therapeutische Massnahmen über Jahre keinerlei positiven Effekt zeigten, ist aus orthopädischer Sicht auch von weiteren medizinischen Massnahmen keine Verbesserung zu erwarten. Grundsätzlich wünschenswert wäre eine regelmässige körperliche Ertüchtigung insbesondere zum Aufbau, respektive Erhalt der rumpf- und rückenstabilisierenden Muskulatur.

### Fallspezifische Fragen

*Fragen als integraler Bestandteil des Begutachtungsauftrages*

1. Bitte beurteilen Sie den Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf seit 2010. Aufgrund vermehrter Kreuzbeschwerden wurde am 10.08.2011 in Brasilien eine Spondylodese L5/S1 durchgeführt, nachdem sich der Explorand bereits im Juli 2000 im Spital Zollikerberg auf demselben Niveau einer Dekompression unterziehen lassen musste. Die Beschwerden konnten durch diesen Zweiteingriff nicht positiv beeinflusst werden. Der Explorand würde sich der Operation nicht mehr unterziehen lassen, da es postoperativ zu einer anhaltenden Blasenfunktionsstörung gekommen ist (vgl. entsprechendes Teilgutachten). Bildgebend konnte postoperativ wiederholt eine regelrechte Situation lumbo-sacral festgestellt werden, insbesondere fanden sich keine Hinweise für eine Materiallockerung, eine Pseudarthrose, eine sekundäre Dislokation oder einen Infekt. Klinisch findet sich im heutigen orthopädischen Status ein regelrechter LWS-Zustand. Rein orthopädischerseits ist also von einem stationären Zustand auszugehen mit einer unmittelbar postoperativen Arbeitsunfähigkeit, welche auf fünf bis sechs Monate zu veranschlagen ist.





2. *Bitte machen Sie detaillierte Angaben zum chronologischen und prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit (Begründung bitte anhand objektiver Befunde)*

*a) In bisheriger Tätigkeit*

Aus rein orthopädischer Sicht muss von einer vorübergehenden, vollschichtigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden ab zweitem LWS-Eingriff vom 10.08.2011 (Spondylodese L5/S1, Brasilien) während maximal sechs Monaten. Anschliessend bestand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, wie dies auch im Gutachten der MEDAS Bern vom September 2014 festgehalten wurde.

*b) In angepasster Tätigkeit*

Genannt

3. *Welche Belastungen können zugemutet werden/funktionelles Leistungsvermögen? Bitte positives und negatives Leistungsbild anhand der Funktionseinschränkungen im zeitlichen Verlauf formulieren.*

Aus orthopädischer Sicht ist die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als PC-Supporter als angepasste Tätigkeit anzusehen, wurde diese doch im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen ausgeübt. Seitens der LWS muss nach zwei Eingriffen von einer gewissen verminderten Belastbarkeit ausgegangen werden, so dass ständig mittelschwere und schwere Arbeiten, solche in Zwangshaltung, mit repetitivem Bücken oder auch repetitiven Überkopftätigkeiten nicht mehr zumutbar erscheinen.

4. *Hat sich der Gesundheitszustand seit 2010 verbessert, verschlechtert oder ist er gleichgeblieben?*

Gemäss heutigen Aussagen des Versicherten habe der LWS-Eingriff vom 10.08.2011 zu keiner relevanten Verbesserung der Beschwerden geführt,

aufgrund der seither anhaltenden Blasenfunktionsstörungen würde er die Operation nicht mehr durchführen lassen.

In der Gesamtschau mit den vorliegenden Berichten und insbesondere den Vorgutachten vom ABI und der MEDAS Bern muss orthopädischerseits festgehalten werden, dass die Situation insgesamt gleichgeblieben ist. Entsprechend kann auch zum heutigen Zeitpunkt aus rein orthopädischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden.

5. *Kann der Gesundheitsschaden durch medizinische Massnahmen verbessert werden?*

Siehe oben, aus orthopädischer Sicht nein.

a) *Hat sich die Arbeitsfähigkeit seit 2010 verbessert, verschlechtert oder ist sie gleichgeblieben?*

Genannt.

b) *Ist die Auferlegung solcher medizinischen Massnahmen im Sinne einer Schadenminderungspflicht (hinsichtlich Verbesserung der Leistungsfähigkeit) zumutbar?*

Entfällt

## 9. Beilagen

Die aktuelle Medikamentenliste vom 23.04.2019 wurde dem BEGAZ übermittelt und dem Gesamtgutachten beigelegt.

Weiter brachte der Versicherte heute noch ein Schreiben der Polymedes vom 06.07.2016. Berichtet wird in diesem Bericht über verschiedene Interventionen im Bereiche der HWS; der Schultergelenke und auch thoraco-lumbal. Insgesamt konnte hierdurch keine relevante Beschwerdelinderung erreicht werden.

Die versicherte Person wurde zu Beginn über den Zweck und Inhalt der Begutachtung informiert. Sie wurde auf Ihr Recht auf Nichteinlassung und die eingeschränkte





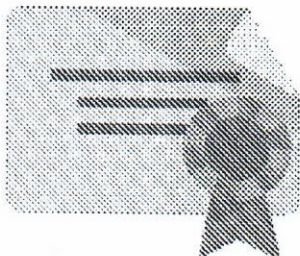
Schweigepflicht des Gutachters hingewiesen. Die neutrale Haltung des Gutachters und seine Verpflichtung, alles Angesprochene auch in das Gutachten einfließen zu lassen sowie ohne Ansicht der Person nach bestem Wissen und Gewissen zur Sachlage Stellung zu nehmen, wurden erläutert. Die versicherte Person erklärte sich mit der Begutachtung einverstanden.

### **Erklärung zur Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität**

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, den Auftrag der IV frei von Interessenbindungen, unparteiisch und in voller Unabhängigkeit ausgeführt und in der Argumentation und bei der Beantwortung der Fragen die allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnisse und die versicherungsmedizinischen Rahmenbedingungen berücksichtigt zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

**Dr. med. Christoph Holenstein**  
FMH Orthopädische Chirurgie  
Elektronisch visiert



Dieses Dokument enthält eine oder mehrere fortgeschrittene elektronische Unterschriften, welche durch **secure2go** erzeugt wurden. Es wird daher nicht von Hand unterschrieben.