

BL_GERICHTE 720 21 419/164 vom 17. September 2018

BL Gerichte, 2018-09-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_419_164

FR: BL_GERICHTE 720 21 419/164 du 17 septembre 2018

IT: BL_GERICHTE 720 21 419/164 del 17 settembre 2018

Regeste

IV-Rente

Erwägungen

E. 2

Streitig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Massgebend ist dabei der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c). 3.2 Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter 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 allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 4.1 Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und insbesondere auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person ist die rechtsanwendende Behörde - die Verwaltung und im Streitfall das Gericht - auf Unterlagen angewiesen, die vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind. Deren Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 115 V 133 E. 2, 114 V 310 E. 3c, 105 V 156 E. 1). Darüber hinaus bilden die ärztlichen Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Zumutbarkeit, also der Frage, welche

anderen Erwerbstätigkeiten als die zuletzt ausgeübte Berufsarbeit von der versicherten Person auf dem allgemeinen, ausgeglichenen und nach ihren persönlichen Verhältnissen in Frage kommenden Arbeitsmarkt zumutbarerweise noch verrichtet werden können (vgl. Ulrich Mayer-Blaser, Zur Prozentgenauigkeit in der Invaliditätsschätzung, in: René Schaffhauser/Franz Schlauri [Hrsg.], Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 20 f. mit Hinweisen).

4.2 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle relevanten Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob der Bericht 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 Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; AHI-Praxis 2001 S. 113 E. 3a).

4.3 Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführlichen Zusammenstellungen dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b und in AHI-Praxis 2001 S. 114 E. 3b, jeweils mit weiteren Hinweisen). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.4 In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten oder Ärztinnen darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des oder der therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes oder (Fach-)Ärztin einerseits und von Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten oder Expertinnen andererseits (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; heute: Bundesgericht, sozialrechtliche Abteilungen] vom 13. Juni 2001, 1 506/00, E. 2b) lässt nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets ins Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte oder Ärztinnen wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen

der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Mai 2007, I 514/06, E. 2.2.1, mit Hinweisen). 4.5.1 Der RAD steht den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Er setzt die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Er ist in seinem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Der RAD kann bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von versicherten Personen durchführen. Er hält die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Art. 49 Abs. 2 IVV). RAD-Berichte sind versicherungsinterne Dokumente, die von Art. 44 ATSG betreffend Gutachten nicht erfasst werden; die in dieser Norm vorgesehenen Verfahrensregeln entfalten daher bei Einholung von RAD-Berichten keine Wirkung (BGE 135 V 254 E. 3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 16. September 2014, 8C_385/2014, E. 4.2.1). 4.5.2 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 ist hinsichtlich des Beweiswerts zu differenzieren: Stützt sich der angefochtene Entscheid ausschliesslich auf versicherungsinterne medizinische Unterlagen - zu denen die RAD-Berichte gehören -, sind an die Beweismündigung strenge Anforderungen zu stellen. In solchen Fällen sind bereits bei geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 und 135 V 465 E. 4.4 sowie E. 4.7; zum Ganzen auch: Urteil des Bundesgerichts vom 30. November 2015, 9C_627/2015, E. 2 mit weiteren Hinweisen).

E. 5

Das Administrativverfahren wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht von Amtes wegen für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2008, 8C_163/2007, E. 3.2). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 7. März 2019, 9C_57/2019, E. 3.2). 6.1 Für die Beurteilung des vorliegenden Falls sind im Wesentlichen nachfolgende Berichte von zentraler Bedeutung: 6.2 Der Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, diagnostizierte in seinem Bericht vom 5. Juli 2018 einen Status nach Sturz mit Meniskusläsion am 13. November 1998, eine arthroskopisch ausgedehnte partielle laterale Menisektomie des linken Kniegelenks am 29. Dezember 1998 und eine Implantation einer Teilprothese lateral am linken Knie am 9. März 2018 bei lateralbetonter Gonarthrose. Als Nebendiagnosen nannte Dr. B.____ belastungsinduzierte Beschwerden des linken Kniegelenks, ein geringes Muskeldefizit am linken Bein und zunehmende Beschwerden am rechten Kniegelenk mit MRT-gesicherter Gonarthrose, sehr wahrscheinlich natürlich kausal zum Unfallereignis von 2009 (recte: 2008). In seiner Beurteilung gab der Kreisarzt an, dass der postoperative Verlauf nach der Implantation der

Teilprothese am linken Knie im März 2018 eventuell etwas zögerlich, insgesamt aber noch angemessen verlaufen sei und sich keine zusätzlichen Massnahmen aufdrängen würden. Die Tätigkeit als Maurer sei dem Beschwerdeführer inskünftig nicht mehr möglich. Selbst wenn das linke Kniegelenk sich im weiteren Verlauf noch etwas verbessern würde, komme das Problem am rechten Kniegelenk hinzu. Zumutbar sei aber eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ganztags. Diese Arbeit sollte mindestens 50% sitzend, nicht kniend, nicht in der Hocke, ohne Klettern auf Leitern und Gerüsten, nicht auf unebenem Gelände und ohne häufiges Treppensteigen ausgeübt werden können.

6.3 Im Sprechstundenbericht von Dr. med. C.____, FMH Chirurgie sowie Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Spital D.____, vom 19. Juli 2018 wurden in Bezug auf das rechte Knie eine lateralbetonte und eine Femoropatellararthrose mit/bei Status nach Teilmenispektomie im Jahr 2009 diagnostiziert. Betreffend das linke Knie wurden ein Status nach lateraler Teilprothese am 9. März 2018 und ein Status nach einer Teilmenispektomie 1998 sowie ein Arbeitsunfall im Jahr 1998 genannt. Als Nebendiagnosen wurden ein Diabetes mellitus, eine arterielle Hypertonie und eine chronische Lumbago aufgeführt. Von Seiten des linken Knies sei von einem zufriedenstellenden Verlauf mit Restbeschwerden auszugehen. In Bezug auf das rechte Knie sei mit dem Versicherten ein zuwartendes Procedere beschlossen worden. Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler und Tapezierer betrage 100%. Prinzipiell sei von Seiten der Knie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei sitzender Tätigkeit zu attestieren.

6.4 Am 17. August 2018 bestätigte Dr. B.____ die Zumutbarkeitsbeurteilung, die er im Bericht vom 5. Juli 2018 festgehalten hatte. In Kenntnis des klinischen Befunds des Spitals D.____ vom 19. Juli 2018 sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Versicherte nur zu 50% für eine sitzende Tätigkeit einsetzbar sein solle. Arthrosen seien häufig abnutzungsbedingte Erkrankungen. Der Erfahrung nach sei es trotzdem zumutbar, das im Bericht vom 5. Juli 2018 definierte Tätigkeitsprofil auszuüben.

6.5 Am 30. Januar 2019 diagnostizierte Dr. C.____ einen Status nach lateraler Gonarthrose links, eine beginnende Pangoarthrose rechts, eine fortgeschrittene Osteochondrose L4/5 und L5/S1 sowie eine degenerative Lumbalskoliose sowie einen Diabetes mellitus. Dr. C.____ hielt fest, dass der Versicherte knapp ein Jahr postoperativ nach lateraler Hemiprothese am linken Kniegelenk eine deutlich verbesserte Schmerzsymptomatik zeige. Rechtsseitig bestünden teilweise beginnende Beschwerden, welche den Versicherten im Alltag aber nicht stark einschränken würden. Problematisch sei die Wirbelsäulenpathologie. Diesbezüglich berichte der Versicherte über massive Beschwerden.

6.6 Dr. B.____ hielt zu den Ausführungen von Dr. C.____ am 7. Februar 2019 fest, dass beim linken Knie aktuell keine Behandlung angezeigt sei. Betreffend das rechte Knie fände sich eine beginnende Arthrose. Diesbezüglich seien aus medizinischer Sicht ein bis zwei Serien Physiotherapie, Eigenübungen und Schmerzmittel zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit angezeigt. Damit sei auch eine nur sehr geringe Symptomatik des linken Knies abgedeckt.

6.7 RAD-Ärztin Dr. med. E.____, Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin, führte am 29. März 2019 aus, dass der Beschwerdeführer wegen der diagnostizierten Gonarthrose beidseits und der degenerativen Veränderungen lumbal nicht mehr in der Lage sei, in den angestammten Tätigkeiten als Maurer, Maler oder Tapezierer zu arbeiten. Anhand der objektivierbaren Befunde bestehe aber medizinisch nachvollziehbar eine Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit. Da in die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. B.____ vom 5. Juli 2018 nur die Knieproblematik miteinbezogen worden sei, sei zusätzlich aufgrund der Belastungseinschränkungen an der Lendenwirbelsäule (LWS) ein erhöhter Pausenbedarf zu berücksichtigen.

6.8 Am 18. April

2019 diagnostizierte Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Spital D., ein chronisches Lumbovertebralsyndrom und berichtete, dass sich der Beschwerdeführer am 5. März 2019 einer CT-gesteuerten epidurale Infiltration unterzogen habe. Diese habe während 3 Wochen zu einer Besserung der Schmerzen geführt. Zwischenzeitlich komme es wieder zu einer Schmerzzunahme und auch die Ausstrahlung ins linke Bein sei wieder verstärkt vorhanden. Da der Versicherte eine operative Therapie ablehne, sei er der Klinik G.____ zur interdisziplinären Schmerztherapie überwiesen worden. 6.9 In seinem ambulanten Bericht vom 21. November 2020 wiederholte Dr. C.____ die bekannten Diagnosen und hielt fest, dass der Beschwerdeführer über keine Beschwerden am linken Knie berichte. Das rechte Knie würde jedoch vor allem bei längerer Belastung intermittierend schmerzen. In der Beurteilung wurde ausgeführt, dass sich die MRT-gesicherte laterale Gonarthrose rechts aktuell in der konventionell radiologischen Aufnahme nicht abgrenzen liesse und kein chirurgischer Handlungsbedarf bestünde. Weiterhin wurde dem Beschwerdeführer in Bezug auf die Knie eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit vermehrt sitzender Tätigkeit attestiert. 6.10 Der Beschwerdeführer befand sich vom 13. April 2020 bis 12. Juli 2020 im Rahmen von beruflichen Eingliederungsmassnahmen in einem Belastbarkeitstraining bei der Firma H.____, welches sodann durch ein Aufbaustraining bis zum 31. Oktober 2020 bzw. 31. Januar 2021 verlängert wurde. Dem Abschlussbericht der Eingliederungsstätte vom 27. Januar 2021 ist zu entnehmen, das Ziel der beruflichen Massnahme habe darin bestanden, dass der Versicherte ein stabiles 50% Pensum im Zumutbarkeitsprofil erreiche. Diese Vorgabe sei umgesetzt worden. Er habe gute Arbeit geleistet, sei in seinem Arbeitstempo aber verlangsamt gewesen. 6.11 In den Akten findet sich ein weiterer RAD-Bericht von Dr. E.____ vom 29. Juli 2021. Sie diagnostizierte mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Belastungseinschränkung beider Kniegelenke und ein chronisches lumbovertebrales bzw. lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Facettengelenksarthrose L4/5 rechtsbetont. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestätigte sie anamnestisch einen Tennisellbogen rechts, eine muskuläre Dysbalance thorakalbetont, einen Diabetes mellitus und eine Hypertonie. Die RAD-Ärztin hielt fest, dass aus medizinischer Sicht seit ihrer Stellungnahme vom 29. März 2019 (vgl. oben E. 6.7) therapeutisch einzig gelegentliche Infiltrationen durchgeführt worden seien. Diese Massnahmen hätten jedoch keinen Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit und würden bestenfalls das Schmerzempfinden sowie die Lebensqualität des Versicherten verbessern. Im Rahmen der Konsultation bei Dr. C.____ vom 16. November 2020 (vgl. Bericht vom 21. November 2020, vorstehend E. 6.9) seien klinisch ein schmerzfreies linkes Knie mit voller Beweglichkeit beschrieben worden und seitens des rechten Knies radiologisch keine relevante Arthrose sichtbar gewesen. Lediglich klinisch bestehe beim rechten Knie ein rein lateraler Druckschmerz über dem Gelenkspalt bei ansonsten freier Beweglichkeit. Unter diesen Umständen könne die von Dr. C.____ attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit seitens der Kniegelenke in Bezug auf eine vorwiegend sitzende Tätigkeit nicht nachvollzogen werden. Dr. E.____ kam daher zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand des Versicherten seit ihrer Beurteilung medizinisch nicht relevant verändert habe. Folglich gelte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit vom 29. März 2019 weiterhin, wonach dem Versicherten die angestammte Tätigkeit als Maurer, Tapezierer oder Maler nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensangepassten rücken- und knieschonenden Tätigkeit bestünde eine ganztägige Arbeitsfähigkeit mit einer 20%igen Leistungsminderung. Das Belastungsprofil einer solchen Tätigkeit umfasse eine Arbeit, bei welcher der Beschwerdeführer nicht knien, nicht

kauern oder in der Hocke arbeiten müsse, nicht auf Leitern und Gerüsten klettern und nicht in unebenem Gelände tätig sein müsse. Ausgeschlossen seien auch ein häufiges Treppensteigen, ein Heben und/oder Tragen schwerer und mittelschwerer Lasten, ein Bücken, Rumpfrotationen, arbeiten mit erhobenen Armen über Kopf und Zwangshaltungen der Wirbelsäule, z.B. in In- bzw. Reklination oder Seitneigung. 6.12 Dr. E.____ nahm am 7. Oktober 2021 zu den vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren erhobenen Einwänden Stellung. Betreffend die Kritik, dass sich der Vorbescheid nur auf die Unfallfolgen stütze, führte sie aus, dass sie sich zu den Knie- und Rückenbeschwerden bereits aus RAD-Sicht geäußert habe (vgl. vorstehend E. 6.11). Zu den neu vorgebrachten Beschwerden im Ellenbogen hielt sie fest, dass in der gesamten Aktenlage mit unzähligen orthopädisch-fachärztlich durchgeführten Untersuchungen in den letzten vier Jahren zu keinem Zeitpunkt eine Ellenbogenproblematik vom Versicherten beklagt und infolgedessen auch nicht orthopädisch untersucht bzw. behandelt worden sei. Sie habe diese Problematik deshalb in der Beurteilung als anamnestische Diagnose aufgezählt. Sie sei aber aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht relevant, da derartige Beschwerden vorübergehend (wenn auch manchmal hartnäckig) und zudem sehr gut behandelbar seien sowie keine dauerhaften Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Zur Behauptung, die Arbeitsunfähigkeit sei höchstens 50%, wie auch dem Bericht der Eingliederungsstätte H.____ zu entnehmen sei, führte Dr. E.____ aus, dass deren Bericht vom 27. Januar 2021 keine ärztliche Beurteilung beinhalte. Der erwähnten Leistungsminderung in Form eines verlangsamten Tempos habe der RAD in seiner abschliessenden Stellungnahme bereits Rechnung getragen (20% Leistungsminderung bei ganztägiger Arbeitsfähigkeit). Aus orthopädischer Sicht könne anhand der objektiven Befunde an den Knien und am Rücken keine zeitliche Limitierung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Verweistätigkeit schlüssig begründet werden. Auch der Hinweis auf den Diabetes mellitus und die Schmerztherapie würden daran nichts ändern. Der Diabetes mellitus bestehe seit 2017 und sei gut eingestellt. Er bewirke daher keine prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Einzig qualitativ sei bei einem Diabetes mellitus Schicht- und Nachtarbeit zu vermeiden, um so allzu grosse Blutzuckerschwankungen sowie eine weitere Gewichtszunahme durch Störungen in der zirkadianen Rhythmik zu vermeiden. Dass der Versicherte weiterhin in Schmerztherapie sei, stelle keinen neuen medizinischen Aspekt dar, da er sich bereits seit mindestens vier Jahren einer Schmerzbehandlung unterziehe. 6.13.1 Im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens gingen folgende Berichte ein: Am 23. Dezember 2021 diagnostizierte Prof. Dr. med. I.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Spital J.____, einen Verdacht auf eine Supraspinatus(teil)ruptur der rechten Schulter mit einer Bizepstendinopathie, differentialdiagnostisch eine myofasziale Symptomatik, eine laterale Meniskusläsion, differentialdiagnostisch eine Insertionstendopathie des Bizepsfemoris rechts, einen Status nach lateraler Schlittenprothese im März 2018 bei lateraler Gonarthrose, eine fortgeschrittene Osteochondrose L4/5 und L5/S1 mit degenerativer Lumbalskoliose, einen Status nach mehrfachen Facettengelenksinfiltrationen, einen Diabetes mellitus und eine Plantarfasziitis beidseits. 6.13.2 Dr. med. K.____, FMH Radiologie, Spital L.____, berichtete am 30. Dezember 2021, dass beim Versicherten gleichentags eine Arthrographie der rechten Schulter stattgefunden habe. Dabei sei eine schwere aktivierte AC-Gelenksarthrose mit ausgeprägtem Knochenmarködem der Gelenkskomponenten und Kapselverdickung festgestellt worden. Zudem bestände eine ausgedehnte gelenkseitige Partialruptur der Supraspinatussehne im mittleren Drittel unmittelbar im Bereich des Footprints. Die Sehnen

des Musculus subscapularis, des Musculus teres minor und des Musculus infraspinatus seien hingegen intakt. Das Labrum sei degenerativ verändert, betont im anterosuperioren Umfang, mit einer Rissbildung und angrenzenden differentialdiagnostischen paralabralen Zysten. Die lange Bizepssehne sei intakt und reizlos mit regelrechter Lage im Sulcus intertubercularis. Unauffällig seien auch die glenohumeralen Bänder und die kartilaginären Strukturen, die umgebenden Weichteile und die Muskulatur. Eine Atrophie der Rotatorenmanschetten-Muskulatur könne nicht nachgewiesen werden.

6.13.3 Im Bericht von Dr. med. M.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Spital L.____, vom 17. Januar 2022 wurden ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und klinisch ein Verdacht auf ein radikuläres Reizsyndrom L5 links sowie ein Status nach Medial Branche L4/5 beidseits und Facettengelenksinfiltration L5/S1 beidseits am 1. Dezember 2021 genannt. Die Infiltration habe lediglich 2-3 Wochen eine deutliche Schmerzreduktion ergeben. Zwischenzeitlich seien die Schmerzen wieder gleich exazerbiert. Momentan beschwerdeführend seien aber rechtsseitige Schulter- und Knieschmerzen. Betreffend das Kniegelenk rechts sei zeitnah ein operativer Eingriff geplant.

6.13.4 Die RAD-Ärztin Dr. E.____ hielt am 12. Januar 2022 fest, dass die medizinischen Abklärungen betreffend die rechte Schulter erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens veranlasst worden seien. Sie hätten ergeben, dass neben den bekannten degenerativen Problemen (Rücken und Knie beidseits) seit Dezember 2021 auch Schulterbeschwerden bestünden, welche eventuell operativ behandelt werden müssten. Aus ihrer Sicht dürften auch diese Beschwerden letztlich keine Veränderung der Zumutbarkeitsbeurteilung herbeiführen, da die definierten Belastungseinschränkungen seitens des Rückens und der Knie nur noch leichte Tätigkeiten ohne Arbeiten über Kopf zulassen würden, wodurch Schulterbelastungen ausgeschlossen seien. Die ebenfalls neu diagnostizierte Plantarfasziitis sei gut behandelbar und stelle daher in der Regel kein IV-relevantes Leiden dar.

6.13.5 Am 18. Januar 2022 unterzog sich der Beschwerdeführer einer Kniearthroskopie rechts mit lateraler Teilmenishektomie (vgl. Austrittsbericht von Dr. C.____ vom 18. Januar 2022).

7.1 Die IV-Stelle stützte sich im angefochtenen Entscheid vom 16. November 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustands und der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erster Linie auf den Bericht des Suva-Kreisarztes Dr. B.____ vom 5. Juli 2018 sowie auf die Beurteilungen der RAD-Ärztin Dr. E.____ vom 29. März 2019, 29. Juli 2021 und 7. Oktober 2021. Sie ging demgemäss davon aus, dass der Versicherte die angestammte Tätigkeit als Maurer, Maler und Tapezierer nicht mehr ausüben könne. Hingegen seien ihm angepasste Verweistätigkeiten ganztags mit einer Leistungsminderung von 20% zumutbar. Wie oben ausgeführt ist grundsätzlich nicht zu beanstanden, dass ein Versicherungsträger seinen Entscheid auf medizinische Unterlagen stützt, die versicherungsintern eingeholt wurden. In solchen Fällen sind jedoch strenge Anforderungen an die Beweiswürdigung zu stellen und zwar in dem Sinne, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (vgl. E. 4.5.2 hiervor und die dortigen Hinweise auf die entsprechende bundesgerichtliche Rechtsprechung). Vorliegend sind die versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen zuverlässig und schlüssig. Die Beurteilungen der RAD-Ärztin weisen weder formale noch inhaltliche Mängel auf und sind für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere berücksichtigten sie die geklagten Beschwerden an den Knien und am Rücken. Ihre Einschätzungen sind in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, leuchten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen

medizinischen Situation ein und sind insgesamt auch in Bezug auf die Schlussfolgerungen plausibel. Es besteht daher kein Anlass, von der vorgenommenen Zumutbarkeitsbeurteilung abzuweichen. Demnach ist mit der Beschwerdegegnerin davon auszugehen, dass dem Versicherten trotz der dokumentierten Beschwerden an beiden Knien und am Rücken eine adaptierte Verweistätigkeit ganztags mit einer Leistungsminderung von 20% zumutbar ist.

7.2.1 Daran ändern die Vorbringen des Beschwerdeführers nichts. Er macht im Wesentlichen geltend, der medizinische Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin habe ihre Beurteilung im Wesentlichen auf die medizinischen Berichte der Suva abgestellt, ohne eigene (externe) Untersuchungen vorgenommen zu haben. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden. Wie vorstehend bereits ausgeführt, berücksichtigte die Vorinstanz bei ihrer Beurteilung nicht nur die Berichte der Suva, sondern auch jene der behandelnden Ärzte und Ärztinnen sowie die gestützt darauf ergangenen überzeugenden Einschätzungen der RAD-Ärztin. Dabei wog Dr. E.____ die Feststellungen der behandelnden Ärzteschaft gegen jene des Suva-Kreisarztes sehr sorgfältig ab. Die Gegenüberstellung dieser Beurteilungen ergab einleuchtend, dass dem Beschwerdeführer auch unter Beachtung der objektivierbaren Befunde eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit, die knie- und rüchenschonend ausgeübt werden kann, zu attestieren ist. Dabei ist auch zu beachten, dass das Kantonsgericht in Bezug auf die Kniebeschwerden bereits im Urteil vom 6. August 2020, KGSV 725 20 57, E. 6.1 ausführte, dass auf die Beurteilung des Suva-Kreisarzt Dr. B.____ vom 5. Juli 2018 abgestellt werden könne. Entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte sei von keiner Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Beschäftigung auszugehen. Diese Einschätzung, auf welche die RAD-Ärztin in ihren Berichten vom 29. März 2019, 21. Juli 2021 und 7. Oktober 2021 hinwies, hat auch nach dem 5. Juli 2018 weiterhin Bestand. So berichtete Dr. C.____ am 30. Januar 2019 von einer deutlich verbesserten Situation am linken Knie. Rechtsseitig bestünden teilweise beginnende Beschwerden. Am 21. November 2020 führte Dr. C.____ aus, dass das linke Knie beschwerdefrei sei, hingegen bestünden rechtsseitig aufgrund der Gonarthrose intermittierend Schmerzen. Diesen Angaben kann entgegen der Überzeugung des Beschwerdeführers im Vergleich zur Untersuchung von Dr. B.____ im Juli 2018 keine wesentliche Verschlechterung der gesundheitlichen Situation an den Knien entnommen werden. Insbesondere kann - wie das Kantonsgericht bereits in seinem Urteil vom 6. August 2020, KGSV 725 20 57, ausgeführt hat - nicht nachvollzogen werden, warum der Beschwerdeführer in einer leichten, mehrheitlich sitzenden Tätigkeit lediglich zu 50% arbeitsfähig sein soll. Diese Einschätzung ist weder plausibel noch wird sie von den behandelnden Ärzten substantiiert begründet. Unter diesen Umständen ist mit der RAD-Ärztin, welche sich auf die Angaben im Bericht von Dr. B.____ vom 5. Juli 2018 stützt, davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte Arbeit ganztags aufweist, sofern er diese nicht kniend, nicht in der Hocke und nicht auf unebenem Gelände sowie ohne Klettern auf Leitern und Gerüsten und ohne häufiges Treppensteigen ausüben kann. Dieses knieschonende Zumutbarkeitsprofil für eine behinderungsangepasste Tätigkeit überzeugt und dürfte - wie Dr. E.____ in ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2022 ausführt - letztlich auch unter Berücksichtigung der Rekonvaleszenz nach der am 18. Januar 2022 erfolgten Arthroskopie am rechten Knie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weiterhin Gültigkeit haben.

7.2.2 Nicht anders sind die Rückenbeschwerden zu beurteilen. Der Beschwerdeführer macht geltend, dass er seit mehreren Jahren an Rückenproblemen leide. Seit dem Jahr 2019 hätten die Behandlungsintervalle intensiviert werden müssen und es sei im Jahr 2020 eine Kortison-

infiltration durchgeführt worden, welche aber nur während wenigen Wochen Wirkung gezeigt habe. Er sei deshalb aktuell auch im Spital L.____ in Behandlung, wo am 1. Dezember 2021 erneut eine Infiltration durchgeführt worden sei. Auch diese habe keinen anhaltenden Erfolg gezeigt, denn die Schmerzen seien bereits nach einer Woche wieder aufgetreten. Unter diesen Umständen sei eine Operation unumgänglich. Die RAD-Ärztin wies bereits in ihrem Bericht vom 29. März 2019 darauf hin, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Beschwerden in der LWS in der Belastung eingeschränkt sei. Aus diesem Grund berücksichtigte sie im Vergleich zur Beurteilung des Suva-Kreisarztes, der aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht nur die Kniebeschwerden bei seiner Zumutbarkeitsbeurteilung zu beachten hatte, einen erhöhten Pausenbedarf von 20%. Nachdem am 5. März 2019 eine epidurale Infiltration durchgeführt worden war und der Beschwerdeführer eine Operation an der LWS sowie weitere Infiltrationen abgelehnt hatte, wurde er der Klinik G.____ überwiesen. Dort wurde gemäss Bericht vom 4. August 2020 am 29. Juli 2020 eine Neuraltherapie durchgeführt, welche für 3 Tage im Bereich der oberen Brustwirbelsäule (BWS) zu einer Schmerzreduktion geführt habe. Die Medikation mit Arcoxia habe aber eine gute schmerzlindernde Wirkung. Es wurde sodann vereinbart, dass die Neuraltherapie im wöchentlichen Rhythmus weitergeführt werde (vgl. act. 115 Seite 3/6). Diese Berichte machen deutlich, dass die Einschätzung der RAD-Ärztin plausibel und es dem Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit möglich ist, im angegebenen Umfang einer leidensangepassten Tätigkeit nachzugehen. Zu beachten ist ferner, dass die Berichte der behandelnden Ärzte die Feststellungen von Dr. E.____ nicht in Frage stellen können, sind ihnen doch keine Gesichtspunkte zu entnehmen, welche von ihr nicht berücksichtigt worden wären oder ihre Zumutbarkeitsbeurteilung als offensichtlich unzutreffend erscheinen liessen. Vielmehr differenzierte Dr. E.____ in ihren Berichten zwischen den subjektiv empfundenen Beschwerden und den geltend gemachten Einschränkungen einerseits und den objektiv feststellbaren Befunden andererseits. Sie stellte daher zu Recht fest, dass die Rückenbeschwerden seit Jahren mit gelegentlichen Infiltrationen und einer Neuraltherapie behandelt wurden, welche die Beschwerden positiv beeinflusst hätten. Dass die RAD-Ärztin unter diesen Umständen der Auffassung der behandelnden Ärzteschaft nicht folgen konnte und keine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte, leuchtet ein und ist nicht zu beanstanden. Daran ändert entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers auch der im Rahmen des vorliegenden Verfahrens eingereichte ambulante Bericht des Spitals J.____ vom 4. Oktober 2021 nichts, wurde darin doch nicht begründet, warum der Beschwerdeführer in einer vermehrt sitzenden und stehenden Tätigkeit nur zu 50% arbeitsfähig sein soll. 7.2.3 Auch die weiteren Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen die nachvollziehbaren Schlussfolgerungen von Dr. E.____ nicht in Frage zu stellen. Soweit er moniert, er leide auch an einem Diabetes mellitus, ist ihm entgegen zu halten, dass dieser gut eingestellt ist und deshalb keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. Immerhin erwähnte die RAD-Ärztin, dass der Beschwerdeführer wegen dieser Diagnose Nacht- und Schichtarbeiten vermeiden sollte, um keine allzu grossen Blutzuckerschwankungen zu verursachen. Betreffend die geltend gemachten Ellbogenbeschwerden wurden von Dr. E.____ mit Blick auf die umfassende orthopädische Berichterstattung zu Recht festgestellt, dass diesbezüglich keinerlei objektive Dokumentation vorliege, welche eine namhafte und dauernde Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit bewirke. Unter diesen Umständen leuchtet es ein, dass sie diese Beschwerden in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2021 nur anamnestisch aufführte. 7.2.4 Betreffend die im Rahmen des vorliegenden Verfahrens geltend gemachten

Schulterbeschwerden mit einer Ruptur der Supraspinatussehne (vgl. oben E. 6.13.1 und 6.13.2) ist festzustellen, dass diese bis zum Verfügungserlass am 16. November 2021 - als dem gerichtlichen Prüfungszeitraum (vgl. oben E. 2) - keinen Eingang in die medizinischen Unterlagen gefunden haben, weshalb sie im Rahmen der durch den Beschwerdeführer im Februar 2022 getätigten Neuanmeldung/Revisionsgesuch zu berücksichtigen sein werden.

7.3.1 Der Beschwerdeführer wendet schliesslich ein, die Beurteilung von RAD-Ärztin Dr. E.____ widerspreche den Ergebnissen im Abschlussbericht der Eingliederungsstätte H.____ vom 27. Januar 2021. Diesem sei zu entnehmen, dass er während seiner beruflichen Abklärung (Belastbarkeitstraining vom 13. April 2020 bis 12. Juli 2020 und Aufbaustraining vom 13. Juli 2020 bis 31. Januar 2021) auch in einer angepassten Tätigkeit nur zu 50% arbeitsfähig gewesen sei.

7.3.2 Zwar obliegt die abschliessende Beurteilung der sich aus einem Gesundheitsschaden ergebenden funktionellen Leistungsfähigkeit in der Hauptsache dem Arzt oder der Ärztin, nicht den Fachleuten der Berufsberatung/beruflichen Eingliederung. Mit Blick auf die rechtsprechungsgemäss enge, sich gegenseitig ergänzende Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und der Berufsberatung ist jedoch einer konkret leistungsorientierten beruflichen Abklärung nicht jegliche Aussagekraft für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit abzusprechen. Steht eine medizinische Einschätzung der Leistungsfähigkeit in offensichtlicher und erheblicher Diskrepanz zu einer Leistung, wie sie während einer ausführlichen beruflichen Abklärung bei einwandfreiem Arbeitsverhalten/-einsatz der versicherten Person effektiv realisiert wurde und gemäss Einschätzung der Berufsfachleute objektiv realisierbar ist, vermag dies ernsthafte Zweifel an den ärztlichen Annahmen zu begründen und ist das Einholen einer klärenden medizinischen Stellungnahme grundsätzlich unabdingbar (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Oktober 2021, 8C_329/2021, E. 6.2.1).

7.3.3 Dr. E.____ waren die Ergebnisse der beruflichen Abklärung bekannt und sie hat sie auch in ihrem Bericht vom 7. Oktober 2021 hinreichend berücksichtigt. Dabei wies sie zu Recht darauf, dass das Ziel der beruflichen Massnahmen darin bestanden habe, ein stabiles 50% Pensum zu erreichen, was aufgrund der Ausführungen im Abschlussbericht vom 27. Januar 2021 umgesetzt worden sei. Zudem berücksichtigte sie das im Abschlussbericht erwähnte verlangsamte Arbeitspensum, indem sie in ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung von einer Leistungsminderung von 20% bei einer ganztägigen Tätigkeit ausging. Die Einschätzung im Abklärungsbericht der Eingliederungsstätte H.____ vom 27. Januar 2021 ist daher nicht geeignet, die Beweiskraft des RAD-Berichts von Dr. E.____ vom 7. Oktober 2021 in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit und die von der Vorinstanz daraus gezogenen Schlüsse betreffend deren Verwertbarkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ernsthaft in Frage zu stellen.

7.4 Zusammenfassend steht fest, dass die IV-Stelle zu Recht auf die Ausführungen der RAD-Ärztin Dr. E.____ abstellte. Diese erlauben eine zuverlässige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 16. November 2021. Es ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der gestellten Diagnosen die angestammten Tätigkeiten als Maurer, Tapezierer und Maler nicht mehr ausüben kann. Hingegen ist er in sämtlichen leichten, adaptierten rücken- und knieschonenden Tätigkeit ganztags mit einer Leistungsminderung von 20% arbeitsfähig. Es besteht bei diesem Sachverhalt in antizipierter Beweiswürdigung kein Grund, weitere (fach-)ärztliche Abklärungen vorzunehmen (Urteil des Bundesgerichts vom 11. März 2008, 9C_561/2007, E. 5.2.1 und BGE 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c am Ende mit Hinweisen).

Somit ist festzustellen, dass die angefochtene Verfügung vom 16. November 2021, mit welcher ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde, im Ergebnis nicht zu beanstanden und die dagegen gerichtete Beschwerde deshalb abzuweisen ist.

E. 9

Gemäss Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist der Beschwerdeführer unterliegende Partei, weshalb ihm die Verfahrenskosten zu überbinden sind. Diese werden mit dem von ihm bezahlten Vorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. Ein Anspruch auf Parteienschädigung besteht bei diesem Verfahrensausgang nicht (Art. 61 lit. g ATSG e contrario). Demgemäss wird erkannt: //: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in Höhe von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet. 3. Es wird keine Parteienschädigung ausgerichtet. Vermerk eines allfälligen Weiterzugs

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