

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01251 vom 5. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01251

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01251 du 5 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01251 del 5 marzo 2018

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihrer zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbsein kommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neu-anmeldung ein – oder wird eine entsprechende Nichteintretensverfügung gerichtlich aufgehoben –, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches 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 Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 1.6

Den

Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b/ bb / ee). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner

medizinischer Fachpersonen praxis gemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. 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, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2; BGE 135 V 465 E. 4.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). Hinsichtlich Beweiswert und Aufgabe von RAD-Berichten gilt nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung Folgendes: Interne RAD-Berichte haben die Funktion, 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 sowie bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung durchzuführen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht. Gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG haben die RAD die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten festzusetzen, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2011 vom 21. März 2012 E. 4.1).

Nach der Rechtsprechung ist es dem Sozialversicherungsgericht nicht verwehrt, einzig oder im Wesentlichen gestützt auf die (versicherungsinterne) Beurteilung des RAD zu entscheiden. In solchen Fällen sind an die Beweiswürdigung jedoch strenge Anforderungen in dem Sinne zu stellen, dass bei auch nur geringen Zweifeln an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2011 vom 21. Februar 2011 E. 4.1.3 mit Hinweisen). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter zu 100 % arbeitsunfähig sei. Eine behinderungs-angepasste Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und kniegelenksbelastende Arbeiten) sei ihm weiterhin zu 80 % zumutbar. Da der Invaliditätsgrad – unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % - lediglich 25 % betrage, bestehe kein Rentenanspruch (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, auf die Einschätzung von RAD-Ärztin Z.____ könne nicht abgestellt werden. Es sei vielmehr von einer mindestens 50%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, womit ein Rentenanspruch ausgewiesen sei. Zudem sei eine allfällige Restarbeitsfähigkeit infolge seines fortgeschrittenen Alters auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar. Beim Valideneinkommen müsse vom höheren Durchschnittswert der von 2009-2011 erzielten Löhne ausgegangen werden. Ausserdem sei ein leidensbedingter Abzug von 20 % gerechtfertigt. Eventuell seien weitere Abklärungen des medizinischen Sachverhaltes vorzunehmen (Urk. 1). 3.

3.1

Der rentenabweisenden Verfügung vom 14. Februar 2014 (Urk. 6/28) lag in medizinischer Hinsicht ausschliesslich der S uva -Bericht der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 8. Oktober 2013 (Urk. 6/21) zugrunde (vgl. Feststellungsbogen für den Beschluss vom 20. Dezember 2013, Urk. 6/25), worin folgende Diagnosen genannt wurden:

-

Stolpersturz am 4. September 2012 mit:

-

Anterosuperiorer

Rotatorenmanschettenläsion bei AC-

Gelenksarthrose links,

-

Status nach offener Rekonstruktion der

Rotatorenmanschettenläsion

(Supraspinatus/ Subskapularis) und

Tenotomie der langen Bizepssehne am 15. Januar 2013,

-

Rippenfraktur rechts basal,

-

Eingeschränkter Beweglichkeit und Belastbarkeit im linken

Schultergelenk.

Ab dem Untersuchungstag (8. Oktober 2013) besteht beim Beschwerdeführer wieder eine volle Arbeitsfähigkeit mit folgendem Zumutbarkeitsprofil: wechselbelastende, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung von 10 Kilogramm bis in Hüfthöhe, 5 Kilogramm bis in Brusthöhe und ohne Überkopfarbeiten, ohne das Besteigen von Leitern und Gerüsten wegen der erhöhten Absturzgefahr, ohne repetitive Rotationsbewegungen im linken Schultergelenk. Die bisherige Tätigkeit als Gebäudereiniger sei ihm dagegen nicht mehr zumutbar. Die aktuell noch vorhandenen Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks seien unfallkausal. 3.2

Dr. med. A. ____, Fachärztin Innere Medizin, vom RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 22. November 2013 fest, dass keine sicheren Hinweise auf unfallfremde, für die Arbeitsfähigkeit relevante Faktoren ersichtlich seien (Urk.

6/25/4). Mit Verfügung vom 14. Februar 2014 (Urk. 6/28) lehnte die Beschwerdeführerin eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 0 % ab mit der Begründung, dass 1) nach Ablauf der Wartezeit eine angepasste Tätigkeit wieder zu einem vollen Pensum möglich sei und 2) der Beschwerdeführer - gemäss Auskunft der Arbeitgeberin (vgl. Urk. 6/22 und Urk. 6/23/8) - seiner bisherigen Tätigkeit als Gebäudereiniger bei der Y. __ AG weiterhin zu 100 % bei gleichgebliebenem Einkommen nachgehe. 4. 4.1

Mit Urteil IV.2015.00342 vom 29. Mai 2015 (Urk. 6/49) entschied das hiesige Gericht, dass die B eschwerdegegnerin auf die Neuanmeldung des Beschwerde führers vom 7. Oktober 2014 einzutreten und darüber materiell zu befinden habe, da eine Veränderung des Gesundheitszustandes aufgrund der Verschlech terung der bestehenden Schulterproblematik und des allfälligen Hinzutretens neuer Beschwerden (Knie sowie Nacken beziehungsweise Rücken) glaubhaft ge macht worden sei.

Die damalige medizinische Aktenlage zeigte sich wie folgt : 4 .2

Das im Einwandverfahren eingereichte Arztzeugnis von Dr. med. B.____ , Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, vom 9. Mai

2014 (Urk. 6/41 /1) zuhanden der Krankentaggeldversicherung innova Versicherungen AG führt als Diagnose Schwindel und Nackenschmerzen bei akutem cerviko vertebralem Syndrom an. Das Leiden habe nicht schon früher bestanden. Seit dem 2 8. Februar 2014 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei zurzeit noch unklar und abhängig vom Verlauf. 4 .3

Der Bericht des C.____ vom 2 3. Juni 2014 (Urk. 6/33/1-2) führt als Diagnose eine zunehmende symptomatische AC-Ge lenksarthrose Schulter links sowie persistierende leichte Zervikobrachialgien bei Status nach offener Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion (SSP/SCP) und Bizeps tenotomie am 1 5. Januar 2013 auf. Als Nebendiagnosen werden eine arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II, eine Adipositas per magna und eine Varusgonarthrose links genannt.

Hauptschmerzlokalisierung scheine in erster Linie eine zunehmend sympto ma - tische AC-Gelenksarthrose zu sein. Begleitend gebe der Beschwerdeführer zum Teil auch Dysästhesien im zerviko -brachialen Bereich an. Aufgrund einer aller gischen Reaktion habe aber keine weitere Infiltration ins Schultergelenk vorge nommen werden können. 4 .4

Dem Überweisungsschreiben von Dr. B.____ vom 2 6. September 2014 (Urk. 4/41/2) an Dr. D.____ , Rheumatologie und Innere Medizin FMH, sind folgende Diagnosen zu entnehmen:

-

Chronische Schulterschmerzen links bei Status nach offener

Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion am 1 5. Januar

2013 und

zunehmend symptomatischer AC-Gelenksarthrose links

-

Chronische Schulterschmerzen rechts ohne Einschränkung der

Beweglichkeit

-

Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

-

Gonarthrose beidseits und Verdacht auf Coxarthrose beidseits

-

Metabolisches Syndrom (Diabetes mellitus Typ II, Arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie und maligne Adipositas)

Seit einem Unfall mit Sturz auf einem Gerüst auf die linke Hand sei der Beschwerdeführer deutlich weniger beweglich und nicht mehr fähig, seiner Arbeit als Reinigungsangestellter nachzugehen. Grossen Einfluss auf die miss - lungene Schulterheilung habe auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer zwei adipöse Söhne mit fortschreitender Friedreich-Ataxie daheim pflege, die beide auf intensive Pflege angewiesen seien und knapp selbständig mobil seien. Aus kulturellen und sicher auch finanziellen Gründen möchte die Familie die beiden Söhne nicht im Pflegeheim platzieren. Das ständige Heben des Rollstuhls und der pflegebedürftigen Kinder habe am ehesten zur Re-Ruptur der bereits angeschlagenen Schulter geführt. 4 .5

Im Bericht von Dr. D.____ vom 6. Oktober 2014 (Urk. 6/33/5-6 entspricht Urk. 6/34/2-3) werden folgende Diagnosen angeführt: -

Zunehmend invalidisierende meniskoprive Gonarthrose links ausgeprägter als rechts

-

Leicht aktivierte AC-Gelenksarthrose links bei Status nach offener Rekonstruktion der Rotatorenmanschettenläsion und Tenotomie der langen Bizepssehne am 15. Januar 2013 im C.____

-

Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Hyperlipidämie , Adipositas (eigene Angabe: 114 Kilogramm bei 165 Zentimetern)

Seit der Schulteroperation links im Januar 2013 würden Schulterschmerzen links beim Schürzengriff sowie bei Tätigkeiten auf und über Schulterhöhe persistieren. Damit verbunden seien ziehende Schmerzen im Nackenbereich links. Nach der arthroskopischen Teilmeniskektomie beidseits vor circa 6 Jahren sei die Belastungstoleranz während ein bis zwei Jahren deutlich besser gewesen, danach sei eine zunehmend und aktuell invalidisierende Einschränkung mit medial betonten Knieschmerzen beidseits erfolgt und diese bereits nach 10 Minuten Gehen. Eine Gehdauer von über 20 Minuten werde schmerzbedingt nicht mehr realisiert. 5. 5.1

Aufgrund des Urteils IV.2015.00342 vom 29. Mai 2015 (Urk. 6/49) hatte eine materielle Beurteilung des Rentenanspruchs zu erfolgen . Die Verfügung vom 13. Oktober 2016, mit welcher das Rentenbegehren - gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 25

% - erneut abgewiesen wurde (Urk. 2), beruhte auf folgenden medizinischen Beurteilungen: 5.2

Die behandelnde Hausärztin Dr. B.____ stellte in ihrem Verlaufsbericht (undatiert, Eingangsdatum: 2. Dezember 2015, Urk. 6/63) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Chronische Schulterschmerzen links und rechts

-

AC-Gelenksarthrose links

-

Status nach OP am 15. Januar 2013

-

Chronische Ruptur des Musculus subscapularis (MRI vom 11. März 2015)

-

Panarthrose, OSG-A rthrose rechts, Gonarthrose und Coxarthrose beidseits

-

Metabolisches Syndrom

-

Verdacht auf Hypophyseninsuffizienz (in Abklärung)

Die bisherige Tätigkeit als Reinigungs-Hilfsperson sei dem Beschwerdeführer eventuell während 1-2 Stunden pro Tag im Arbeitsversuch und ohne Leistungsaufgaben zumutbar, wobei die Leistungsfähigkeit um 20 % vermindert sei. Die Wiedereingliederung sollte in geschütztem Rahmen stattfinden. Zurzeit sei die Situation stabil, wobei weitere Abklärungen liefen. Die Prognose sei unklar. Der Beschwerdeführer sei durch die Betreuung zweier an fortschreiten der Friedreich-Ataxie erkrankter Kinder (aktuell junge Männer) massiv belastet. 5.3

In der Beurteilung der Radiologie am Graben vom 5. Januar 2016 (Urk. 6/65) über das tags zuvor vorgenommene MRI der HWS und der LWS wurde festgehalten, dass eine mittelgrosse paramedian rechts gelegene Diskushernie C 5/6 mit möglicher Reizung der Nervenwurzel C6 rechts mehr als links sowie eine kleine rezessal links gelegene Diskushernie C6/7 und eine kleine mediane Diskushernie C5/6 vorlägen. Ausserdem zeigten sich geringe bis höchstens mässige Spondylarthrosen L4 bis S1 - Punktum maximum L4/5 -, welche nicht aktiviert seien. Es lägen auch geringgradige Bandscheibendegenerationen und Spondylosen lumbal vor. Eine Spinalkanalstenose sei nicht festgestellt worden. Auch gäbe es keinen Nachweis einer Myelopathie. 5.4

RAD-Ärztin med. pract. Z. ___ führte in ihrem orthopädischen Untersuchungsbericht vom 1. März 2016 (Urk. 6/67) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

-

Schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der linken

Schulter

-

Status nach Rotatorenmanschetten -Rekonstruktion

-

AC-Gelenks-Arthrose

-

Varus-Gonarthrose beidseits

-

Zervikobrachialgie bei radiologisch nachgewiesener Diskushernie C5/6

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Beginnende Bandscheibendegeneration und Spondylosen lumbal

-

Adipositas

-

Diabetes mellitus Typ II

-

Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom

Beim 62-jährigen Gebäudereiniger sei anhand der vorliegenden medizinischen Aktenlage und der körperlichen Untersuchung vom 16. Februar 2016 ein somatischer Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgeklagt worden. In seiner bisherigen Tätigkeit als Gebäudereiniger bestehe seit September 2013 eine 0%ige Arbeitsfähigkeit. In angepasster Tätigkeit (körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und kniegelenksbelastende Arbeiten) sei eine 80%ige Arbeitsfähigkeit seit jeher gegeben. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus einem erhöhten Pausen- und Erholungsbedarf bei Polyarthrose.

5.5

Am 23. Mai 2016 nahm die Klinik für Orthopädie und Traumatologie des C.____ Stellung zur Beurteilung von RAD-Ärztin Z.____ (Urk. 6/78 S. 1 f.) und hielt fest, dass deren Einschätzung nicht geteilt werde. Es sei vor allem zu bemängeln, dass bezüglich der als diagnostisch relevant eingestuften schmerzhaften Bewegungs- und Belastungseinschränkung der linken Schulter in der klinischen Untersuchung überhaupt nicht auf die Funktion der Rotatorenmanschette eingegangen worden sei. Die Hauptdiagnose im Bereich der Schulter bestehe jedoch im Status nach offener Rotatorenmanschetten-Rekonstruktion in Folge einer Rotatorenmanschetten-Läsion vom 15. Januar 2013 mit aktuell noch persistierenden Restbeschwerden beziehungsweise einer persistierenden Schwäche im Seitenvergleich im Bereich der rekonstruierten Manschettenanteile. Auch sei MR-tomografisch zwar erfreulicherweise eine partielle Einheilung der rekonstruierten Manschettenanteile nachgewiesen worden, es sei aber auch eine persistierende Partialläsion in diesem Bereich dokumentiert. Auch diesen Aspekt berücksichtige RAD-Ärztin Z.____ nicht. Ebenfalls als unterbewertet seien die aktuell sogar im Vordergrund stehenden Zervikobrachialgien mit offensichtlich radiologisch nachgewiesener Diskushernie C5/6 mit ausstrahlenden Schmerzen und vor allem auch Dysästhesien sowie subjektiver Kraftlosigkeit zu sehen. Entsprechend werde auch eine neurologische respektive neurochirurgische Beurteilung empfohlen. Einigkeit bestehe darin,

dass der Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit sei jedoch auch eine 80%ige Arbeitsfähigkeit nicht umsetzbar. Wenn überhaupt, bestehe eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit: leichte, wechselbelastende Tätigkeiten mit einer Gewichtsbelastung bei maximal 2-3 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne wirbelsäulenbelastende und kniegelenksbelastende Arbeiten. Die zumutbare Arbeitstätigkeit liege eher bei 2-3 Stunden täglich, maximal jedoch bei 50 % mit regelmässigen Pausen. 5.6

Dr. B. ___ führte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2016 (Urk. 6/83) aus, dass der Beschwerdeführer als Gebäudereiniger und überhaupt als Reinigungsan gestellter nicht mehr arbeiten könne. Limitierend seien der Schwindel und der deutliche Kraftverlust der Arme, der in der letzten Untersuchung vermehrt aufgefallen sei. Es dränge sich eine ENG-Untersuchung auf. Der Beschwerdeführer sei aus hausärztlicher Sicht höchstens zu 20 % arbeitsfähig. Solange er nicht in der Lage sei, Tätigkeiten ohne Schwindel, Schwitzen und Tremor auszuüben, könne ihm keine 100%ige Leistung in der Arbeitswelt zugemutet werden. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass er kaum Ressourcen habe, die dies zulassen würden. 5.7

Dr. med. E. ___ , Spezialarzt FMH für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 28. Juni 2016 (Urk. 6/88) folgende Diagnosen: -

Multiformes Beschwerdebild mit multimodalem Schwindel, fuss-/bein betonten Schmerzen und brennenden Sensationen der Extremitäten , Restless- legs -ähnlichen Beschwerden, verminderter Belastbarkeit/motorischen Insuffizienzphänomenen, Gangunsicherheit, Nackenschmerzen, wahrscheinlich multifaktorieller Ätiologie

-

überwiegende Komponente einer links betonten chronifizierten Fehlbelastung des Weichteil- und osteoartikulären Apparates mit im Vordergrund stehenden, zum Teil neuropathischen Fuss schmerzen

-

teils im Rahmen einer systematischen Schonung der linken Körperseite nach Anterior-Superior- Rotatorenmanschetten -Läsion links nach Sturz von einem Gerüst im September 2012, Rippenfraktur rechts basal, Status nach offener Rekonstruktion der Rotatorenmanschette und Tenotomie der langen Biceps -Sehne links im Januar 2013

-

teils im Rahmen einer schmerzhaften, wahrscheinlich Diabetes-assoziierten Polyneuropathie

-
überlagerte, fixierte funktionell-somatoforme Komponente

-
keine Anhaltspunkte für eine überwiegende vestibulo-cerebelläre Funktionsstörung vom peripheren oder zentralen Typ, keine für eine abortive Friedreich-Ataxie

-
Diabetes mellitus Typ II mit erschwerter Einstellung (HbA1c 9.9 %)

Es handle sich um eine komplexe, mittlerweile chronifizierte Konstellation, bei welcher multiple Faktoren mitwirkten. Für den Beschwerdeführer vordergründig seien die linksbetonten, sowohl axialen als auch akralen Schmerzen, welche einerseits durch eine fixierte/chronifizierte Fehllagerung/Fehlbelastung nach dem Unfall im September 2012, andererseits durch eine schmerzhaft, sehr wahrscheinlich Diabetes-assoziierte Polyneuropathie zustande kämen. Die weichteilrheumatisch-osteospondylogene beziehungsweise vertebro-spondylogene Komponente dürfte im axialen und proximalen Extremitätenbereich links betont überwiegen, wobei die polyneuropathische Komponente mehrheitlich für die rechtsbetonten Fußbeschwerden / -schmerzen verantwortlich

sei. Dadurch käme es zu einer zusätzlichen Aggravierung und Fixierung des Beschwerdebildes mit Aufrechterhaltung der multifokalen Schmerzen und damit assoziierten funktionell-motorischen Einschränkungen. Diese

seien mehrheitlich schmerz-assoziiert, die Polyneuropathie spiele in motorischer Hinsicht kaum eine Rolle. Die höhergradige Funktionseinschränkung im Alltag werde auch durch eine funktionell-somatoforme Überlagerung und durch die erwähnten Schwindelsymptome mitbestimmt. Letztere dürften primär ebenso als funktionelle Epiphänomene der multifokalen Schmerzen und der polyneuropathischen Symptome/Ausfälle betrachtet werden, wobei eine primäre, im engeren Sinne ataktische Polyneuropathie-assoziierte Komponente nicht eruiert werden könne. Das Gleiche gelte auch für eine sonstige ZNS-Erkrankung oder für ein peripheres oder zentrales vestibulo-cerebelläres Ausfallssyndrom. Auch Stigmata in Richtung einer abortiven Form der Friedreich-Ataxie fänden sich nicht. Eine primär hämodynamische Ursache des Schwindels im Sinne einer stenosierenden

Makroangiopathie der hirnversorgenden Arterien liege mit besonderem Bezug auf eine vertebro-basiläre Insuffizienz nicht vor. Folgende therapeutische Optionen würden vorgeschlagen: rheumatologische Abklärung der Beschwerden, strenge Blutzuckereinstellung, Medikamenten-Anpassung, Gewichtsabnahme, Physiotherapie, Abklärung der Schlaf-Apnoe und eventuell psychologische Hilfe. 6.

E. 6

/88). Dazu nahm RAD-Ärztin Z.____ am 30. September 2016 Stellung (Urk. 6/

E. 6.1

Vorliegend ist unbestritten und ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner körperlichen

Beschwerden in seiner angestammten Tätigkeit als Gebäudereiniger nicht mehr arbeitsfähig ist. Ebenfalls ist unbestritten, dass aufgrund der seit der rentenverneinenden Verfügung vom 14. Februar 2014 zusätzlich festgestellten Polyarthrose sowie der Zervikobrachialgie bei Diskushernie C5/6 (vgl. E. 3.1 und E. 5.4) dem Beschwerdeführer auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit nicht mehr uneingeschränkt zumutbar ist. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf den orthopädischen RAD-Untersuchungsbericht vom 1. März 2016 (Urk. 6/67) von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit aus, während der Beschwerdeführer eine niedrigere – höchstens 50%ige – Arbeitsfähigkeit geltend macht (Urk. 1 S. 6).

Den Ausführungen des Beschwerdeführers folgend (vgl. Urk. 1 S. 6), wäre vorab das von RAD-Ärztin med. pract .

Z. ___ formulierte Belastbarkeitsprofil mit den bereits im Suva-Bericht vom 8. Oktober 2013 (vgl. E. 3.1) aufgeführten Einschränkungen zu ergänzen, da sich die gesundheitliche Situation seither verschlechtert hat. Entsprechend wäre dem Beschwerdeführer nur noch folgende behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar: körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm bis Hüfthöhe und 5 Kilogramm bis in Brusthöhe, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und kniegelenksbelastende Arbeiten, ohne Überkopfarbeiten und ohne repetitive Rotationsbewegungen im linken Schultergelenk.

Von einer abschliessenden Würdigung der aus den offenkundigen somatischen Beschwerden resultierenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer Verdienstätigkeit kann indes angesichts der nachfolgenden Erwägungen abgesehen werden .

E. 6.2

Das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen ist bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln, wo bei an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaustausch keine übermässigen Anforderungen zu stellen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 62 S. 203, 9C_830/2007 E. 5.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restvermögensfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch gesehen nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (Urteil

des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 2 mit Hinweisen, insbesondere auf BGE 107 V 17 E. 2c).

Massgebend können die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten,

Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich sein (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.1 mit Hinweisen).

Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem auch für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Gemäss BGE 138 V 457 E. 3.4 steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen).

E. 6.3

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Rest-Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit abzustellen. Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung steht die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit fest, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 457 E.

3.4; Urteil des Bundesgerichts 9C_734/2013 vom 13. März 2014 E.

2.2 mit weiteren Hinweisen). Dies war vorliegend frühestens mit Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Oktober 2016 (Urk. 2) der Fall, da im Vorbescheidverfahren auch die weiteren Berichte des C.____, von Dr. B.____ und von Dr. E.____ (vorstehend E. 5.5-7) von der Beschwerdegegnerin für die Entscheidungsfindung berücksichtigt wurden. Der am 14. August 1953 geborene Beschwerdeführer war in dem für die gerichtliche Beurteilung massgebenden Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung 63 Jahre und 2 Monate alt (vgl. 6/6 Ziff. 1.3).

E. 6.4

Der Beschwerdeführer verfügt über keine Berufsausbildung und besuchte in Kroatien nur während 8 Jahren die Grundschule (Urk. 6/6). Seit 1987 war er beim selben Arbeitgeber Y.____ AG als Gebäudereiniger tätig und besitzt keine anderen Berufskennnisse, insbesondere auch keine Vorkennnisse bezüglich feinmotorischer Tätigkeiten. Nachdem der Beschwerdeführer im Jahr 2013 noch versucht hatte, beim bisherigen Arbeitgeber in einer angepassten Tätigkeit weiterzuarbeiten (vgl. Urk. 6/22), wurde ihm diese Stelle zwischenzeitlich aus gesundheitlichen Gründen gekündigt. Er verfügt zudem nur über mangelnde Deutschkenntnisse.

Dem Beschwerdeführer ist die angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Gebäudereiniger aufgrund seiner körperlichen Beeinträchtigungen nicht mehr möglich. Aus somatischer Hinsicht sind ihm höchstens noch körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 Kilogramm bis Hüfthöhe und 5 Kilogramm bis in Brusthöhe, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende und kniegelenksbelastende Arbeiten, ohne Überkopf arbeiten und ohne repetitive Rotationsbewegungen im linken

Schultergelenk

in einem Umfang von maximal 80 % möglich (vorstehend E. 6.1). Dem Beschwerdeführer ist demnach nur noch eine teilzeitliche Erwerbsfähigkeit zumutbar.

Ausserdem vertrat auch RAD-Ärztin Z. ___ die Ansicht, dass eine zukünftige Besserung des Gesundheitszustandes aufgrund dessen degenerativen Charakters nicht wahrscheinlich sei (Urk. 6/69 S. 4). Auch aufgrund der multiplen Beschwerden – im Zusammenwirken mit der diabetischen Polyneuropathie (vgl. E. 5.7) - ist die Prognose bezüglich der Realisierung einer Erwerbstätigkeit äusserst schlecht.

Fraglich ist weiter, ob der Beschwerdeführer über die für einen Berufswechsel erforderliche Anpassungsfähigkeit verfügt, da es ihm angesichts der schwierigen familiären Betreuungssituation der beiden an Friedreich-Ataxie leidenden Söhnen auch an Ressourcen mangelt (vgl. E. 5.2).

Insgesamt ist dem Beschwerdeführer somit insofern beizupflichten, als seiner verbliebenen Restarbeitsfähigkeit namentlich unter Berücksichtigung seines fortgeschrittenen Alters (nur noch 1 Jahr und 10 Monate bis zur Pensionierung), seiner multiplen gesundheitlichen Probleme, der zahlreichen Einschränkungen auch bei angepassten Tätigkeiten,

der fehlenden beruflichen Ausbildung sowie der Sprachbarriere auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird. Es fehlt damit an einer wirtschaftlichen Verwertbarkeit derselben, weshalb eine vollständige Erwerbsunfähigkeit im Sinne von Art. 8 ATSG mit Anspruch auf eine entsprechende Rente der Invalidenversicherung vorliegt (vgl. zum Ganzen E. 6.2 und Urteile des Bundesgerichts 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2.2 ff. sowie 9C_416/2016 vom 14. Oktober 2016 E.

5.1). 7. 7.1

Zu prüfen bleibt der Beginn des Rentenanspruchs. 7.2

Ein Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG unter anderem erst bei einer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % (vgl. vorstehend E. 1.2). Da der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Gebäude - reiniger seit September 2012

(vgl. Feststellungsblatt vom 20. Dezember 2013 S. 5) beeinträchtigt ist, begann die einjährige Wartefrist ab dann zu laufen.

Da ein Rentenanspruch gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruches

eintritt und sich der Beschwerdeführer am 7. Oktober 2014 neu angemeldet hatte (Urk. 6/29), hat der Beschwerdeführer ab dem 1. April 2015 Anspruch auf eine ganze Rente. 7.3

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und dem Beschwerdeführer ab dem 1. April 2015 eine ganze Rente auszurichten. 8. 8.1

Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Gestützt auf § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zuzusprechen, wobei ein Betrag von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 13. Oktober 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. April 2015 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 9

0 S. 3 f.). Am 13. Oktober 2016 verfügte die IV-Stelle die vorbeschriebene Abweisung des Rentengesuchs (Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob X.____ am 10. November 2016 Beschwerde und beantragte, es sei ihm eine (Teil-)Invalidenrente zuzusprechen, eventuell sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen zurückzuweisen, unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 28. Dezember 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5 , unter Beilage ihrer Akten, Urk. 6 /1- 94), was dem Beschwerdeführer am 18. Januar 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird - soweit erforderlich - im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

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