

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00702 vom 4. September 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00702

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00702 du 4 septembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00702 del 4 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1967, arbeitete zuletzt seit dem 15. März 2011 als Gipser/Isoleur bei der Y.____ in Z.____ (vgl. Urk. 7/112), als er sich am 18. Juli 2011 bei einem Sturz von der Leiter beide Fussknöchel brach (vgl. Unfallmeldung vom 21. Juli 2011, Urk. 7/10/132) und

sich daher am 22. August 2012 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/7 S. 4 f. Ziff.

E. 1.1

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

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

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 ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender 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 Erwerbseinkommen 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, 128 V 29 E. 1).

E. 1.4

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2;

Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a).

E. 1.5

Für die Festsetzung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbliebene Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn (BGE 139 V 592 E. 2.3; 135 V 297 E. 5.2; 129 V 472 E. 4.2.1; 126 V 75 E. 3b/ aa).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Bezug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth, a.a.O., Rn

55 und 89 zu Art. 28a).

E. 1.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunktes führen dürfen (Urteil e

des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

E. 1.7

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

E. 1.8

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich

auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethoden können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.5).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht – gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweisen).

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

2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin verneinte einen Rentenanspruch mit der Begründung, der Beschwerdeführer habe zwar die bisherige Tätigkeit als Gipser infolge der unfallbedingten Schädigung der Sprunggelenke nicht mehr aufnehmen können. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm jedoch bereits nach Ablauf der Wartezeit im Juli 2012 wieder vollumfänglich zumutbar gewesen. In den Jahren 2013 bis 2017 sei er mit Wiedereingliederungsmassnahmen unterstützt worden. Der Einkommensvergleich ergebe keinen Rentenanspruch. Ein leidensbedingter Abzug sei nicht gerechtfertigt. Der Beschwerdeführer sei in der Arbeitssuche nicht eingeschränkt, weshalb auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen bestehe. Zudem sei dies bereits geprüft worden (Urk. 2 S. 1 f.).

2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer im Wesentlichen auf den Standpunkt (Urk. 1), die RAD-Beurteilung sei ohne persönliche Untersuchung sowie ohne Abwarten des medizinischen Endzustandes erfolgt. Auch widerspreche sie dem neuesten Zumutbarkeitsprofil des Suva-Kreisarztes. Beide Zumutbarkeitsprofile würden zudem keine realistische Abbildung seines tatsächlichen Leistungsvermögens darstellen. Er könne weiterhin keine 100%ige Leistung erbringen. Übereinstimmend mit dem Abschlussbericht des Arbeitstrainings im A.____

sei deshalb weiterhin von einer Leistung von maximal 50 bis 80 % auszugehen (S. 3 f.). Die Erstellung eines verbindlichen Zumutbarkeitsprofils sei bis vor kurzem aufgrund seines instabilen Gesundheitszustandes nicht möglich gewesen. Eine aktuelle Einschätzung nach Erreichen des medizinischen Endzustandes habe der RAD nicht vorgenommen. Der massgebliche Sachverhalt sei ungenügend abgeklärt worden. Die Beschwerdegegnerin habe

daher die erforderlichen Abklärungen zum Zumutbarkeitsprofil einzuholen und hernach über die Leistungsansprüche neu zu verfügen. Die Voraussetzungen für berufliche Eingliederungsmassnahmen seien erfüllt (S. 5 f.). 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Was das Vorbringen betreffend berufliche Massnahmen anbelangt, ist anzumerken, dass die angefochtene Verfügung – trotz kurzem Hinweis in der Begründung auf die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen - allein den Rentenanspruch beschlägt, weshalb diese Frage nicht Anfechtungsgegenstand bildet und insoweit auf die Beschwerde nicht einzutreten ist, da im Beschwerdeverfahren grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu beurteilen sind, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich Stellung genommen hat (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a). 3. 3.1

In medizinischer Hinsicht liegen die folgenden, wesentlichen Berichte vor: 3.2

Am 24. September 2012 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie (Urk. 7/44/254-265). Dieser hielt fest, dass der Beschwerdeführer am 18. Juli 2011 von einer Leiter auf beide Füsse gestürzt sei und dabei eine mehrfragmentäre Kalkaneusfraktur mit undislozierter Fraktur des Processus

tali rechts sowie eine dislozierte Fraktur des Processus posterior

tali links erlitten habe. Auf der rechten Seite sei eine konservative Therapie erfolgt, wogegen links

eine Schraubenosteosynthese durchgeführt worden sei (S. 8 Ziff. 5). Die bisherige Tätigkeit werde aufgrund der Belastungsfähigkeit beider Sprunggelenke kaum möglich sein. Eine angepasste wechselbelastende, leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeit mit Zusatzbelastungen statisch vereinzelt bis 25 kg, kurzstreckig gehend 10 bis 15 kg, Stehen mit Belastung reduziert, Gehen mehrere Male pro Arbeitszeit 200 Meter, Sitzen mit der Möglichkeit aufzustehen und herumzugehen sowie voraussichtlich ein Teil der Arbeitszeit nur sitzend möglich im Rahmen von einem Drittel sei dem Beschwerdeführer dagegen voll zeitlich zumutbar. Nicht zumutbar seien kraftvolle Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, kraftvolles Abstützen, längerdauerndes Stehen, Zwangshaltungen, Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund, repetitives Treppensteigen, Gerüstarbeit, andauernde kniende, kauende und bodennahe Tätigkeiten sowie Vibrationen und Schläge (S. 10 f.). 3.3

Mit Austrittsbericht vom 19. Dezember 2012 (Urk. 7/17) informierten die Ärzte der C.____ über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 5. November bis 18. Dezember 2012 und nannten folgende Diagnosen hinsichtlich des am 18. Juli 2011 erlittenen Leitersturzes aus zirka drei Metern Höhe (S. 1): - mehrfragmentäre Kalkaneusfraktur rechts vom joint

depression type mit/bei: - Impressionsfraktur Grenzlamelle laterale Talusrolle rechts - Ruhigstellung in Vacuped - Skelettszintigraphie (9. Juli 2012): Arthrose nach konsolidierter Kalkaneusfraktur im unteren Sprunggelenk (USG), degenerative aktive Veränderungen talonavikular, calcaneocuboidal und im lateralen Chopart-Gelenk - Talusfraktur mit Beteiligung der Talusrolle links mit/bei: - Ruhigstellung in Vacuped - Schraubenosteosynthese Talus links (26. Juli 2011) - Skelettszintigraphie (9. Juli 2012): Osteopenie des Kalkaneus, linkes oberes Sprunggelenk (OSG)/USG konsolidiert -

Distorsion Handgelenk rechts

Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar. Eine angepasste leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei ihm dagegen ganztags zumutbar. Der Beschwerdeführer habe sich jedoch nicht auf eine berufliche Umstellung eingelassen und auf seiner Arbeit als Gipser beharrt, weshalb keine berufliche Massnahme empfohlen werde. Trotz medizinisch fraglicher Voraussetzung werde daher auf Wunsch des Beschwerdeführers ein Arbeitsversuch als Gipser im Frühling 2013 empfohlen. Im Falle eines Scheiterns dürfte eine berufliche Neuausrichtung endgültig nicht mehr zu vermeiden sein (S. 2 f.). 3.4

Dem Bericht vom 22. Februar 2013 (Urk. 7/23) von Dr. med. D.____, Fachärztin für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, E.____, sind folgende

Diagnosen zu entnehmen (S. 1): - mehrfragmentäre Kalkaneusfraktur rechts vom joint depression type mit/bei: - Impressionsfraktur der Grenzlamelle laterale Talusrolle rechts - konservativer Therapie - progredienter Sinterung - leichter posttraumatischer Arthrose des USG der hinteren Facette - degenerativer aktiver Veränderung talonavikular und calcaneocuboidal - dislozierte mehrfragmentäre Fraktur des Processus posterior

talus links mit/bei: - Schraubenosteosynthese Talus links (26. Juli 2011) - arthrotischen Veränderungen im hinteren OSG, Differentialdiagnose (DD) : posteriores

Impingement

Der Beschwerdeführer sei eineinhalb Jahre posttraumatisch weiterhin bei bereits geringer Gehstrecke aufgrund der Schmerzen eingeschränkt. Die bisherige Tätigkeit als Gipser könne er nicht wiederaufnehmen. Gemäss der Einschätzung der Ärzte in C.____ sei eine Umschulung ebenfalls nicht möglich (S. 2). 3.5

Mit Austrittsbericht vom 26. November 2014 (Urk. 7/43) informierten die Ärzte der C.____ über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 20. Oktober bis 25. November 2014. Das Ausmass der demonstrierten Einschränkungen lasse sich mit den Befunden mehr als drei Jahre nach der mehr fragmentären Kalkaneusfraktur rechts sowie Talusfraktur links mit Entwicklung einer USG-Arthrose beidseits und sechs Monate nach USG-Arthrodese rechts mit Osteosynthesematerialentfernung

(OSME) rechts vor drei Monaten nur teilweise erklären. Es sei eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Infolge der Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. In einer angepassten leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit ohne häufiges Treppen- und Leitersteigen, ohne Gehen auf unebenem Gelände sowie ohne Vibrationsbelastung und Schläge bezüglich der Füsse sei er ganztags arbeitsfähig (S. 2 f.). 3.6

Am 10. November 2015 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung durch Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie (Urk. 7/44/8-13). Als Diagnose nannte dieser – hier gekürzt aufgeführt – einen Status nach am 18. Juli 2011 erlittenem Leitersturz mit wenig dislozierter mehrfragmentärer Kalkaneusfraktur rechts vom joint

depression type mit undislozierter Fraktur des Processus

tali rechts und dislozierter mehrfragmentäre r Fraktur des Processus

posterior

tali links. Das in der C. ___ erstellte Zumutbarkeitsprofil gelte weiterhin. Zu ergänzen sei, dass regelmässig sitzende Anteile in einem Ausmass von mindestens einem Drittel erforderlich seien (S. 5 f.). 3.7

Ein erneuter Aufenthalt in der C. ___ erfolgte vom 23. August bis 27. September 2018. Mit Austrittsbericht vom 28. September 2018 (Urk. 7/118) führten die Ärzte die folgenden Diagnosen auf (S. 1 f.): - mehrfragmentäre Kalkaneusfraktur rechts vom joint

depression

type mit Impressionsfraktur Grenzlamelle laterale Talusrolle rechts, im Verlauf

USG-Arthrose mit/bei: - primär konservativer Behandlung - Skelettszintigraphie (9. Juli 2012): Arthrose nach konsolidierter Kalkaneusfraktur im USG, degenerative aktive Veränderungen talonavikular, kalkaneokuboidal und im lateralen Chopart-Gelenk - Subtalar-Arthrodese rechts (4. Juni 2014) - vollständige OSME bei störend empfundenem Osteosynthese (OS)-Material (26. August 2014) - Röntgen OSG rechts lateral belastet (16. Oktober 2014): im Vergleich mit den Voraufnahmen weiterhin konsolidierte Verhältnisse - SPECT-CT Fuss rechts (9. November 2016): aktivierte Calcaneocuboidal-Arthrose, beginnende OSG-Arthrose im medialen posterior betonen Drittel bei kompletter knöcherner Konsolidation des Subtalar-Gelenks - Calcaneocuboidal-Arthrodese mit Spongiosa-Plastik vom Calcaneus Fuss rechts (13. März 2017) - Röntgen Fuss rechts (25. April 2017): unverändert korrekte Lage des Arthrodese-Materials ohne Dislokation im Vergleich mit den intraoperativen Voraufnahmen - Röntgen Fuss rechts (20. September 2017): konsolidierte Arthrodese sowie nachvollziehbar mit ungelockerten Schrauben in situ - Talusfraktur mit Beteiligung der Talusrolle links, im Verlauf USG-Arthrose mit/bei: - Schraubenosteosynthese Talus links (26. Juli 2011) - Skelettszintigraphie (9. Juli 2012): Osteopenie des Kalkaneus, linkes OSG/USG konsolidiert - SPECT-CT Fuss links (9. November 2016): mit aktiv vermehrtem Knochenumbau im Malleolus

medialis allerdings ventral sowie leichter degenerativer Veränderung im USG teils auch OSG - Arthrodese

Subtalar-Gelenk links (9. April 2018) - Röntgen Fuss links (24. Mai 2018): Zeichen der Konsolidation bei Subtalar-Arthrodese mit in situ liegendem OS-Material - Röntgen OSG links (19. Juli 2018): im Vergleich zu den Voraufnahmen zunehmende Konsolidation des USG bei in situ liegendem OS-Material, keine Lockerungszeichen - Wespenstich-Allergie - Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21)

Die psychische Störung begründe aktuell keine arbeitsrelevante Leistungsminde rung. Es sei zirkum sieben Jahre nach dem Leitersturz mit erlittener Kalkaneusfraktur rechts und Talusfraktur links im Jahr 2017 bei aktivierten Arthrosen eine Arthrodese des Calcaneocuboidalgelenks rechts und im April 2018 eine Subtalar-Arthrodese links durchgeführt worden, weshalb die Beweglichkeit beider Fussgelenke noch immer deutlich eingeschränkt sei. Auf der rechten Seite träten kaum noch Beschwerden auf, wogegen links aktuell noch eine schmerzhafte Funktionseinschränkung bestehe, welche sich im Verlauf bereits gebessert habe. Aufgrund der zwischenzeitlich weitgehend konsolidierten Arthrodesen sei mit einer dauerhaften Bewegungseinschränkung beidseits zu rechnen. Die

Schmerzsymptomatik sollte jedoch in den nächsten Monaten weiter regredient sein. Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Eine angepasste mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten länger dauernd in der Hocke und/oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und Leiter steigen sowie längeres Gehen über unebene Böden sei ihm ganztags zumutbar. Ein stabiler Zustand sei erreicht. Von der Fortsetzung der Behandlung könne keine nachhaltige Besserung mehr erwartet werden (S. 2 f.). 3.8

Mit RAD- Stellungnahme vom 22. November 2018 erwähnte Dr. med.

G.____, Facharzt für Chirurgie, mit Verweis auf den Bericht der Ärzte der C.____ vom September 2018 (vorstehend E. 3.7) als – hier gekürzt aufgeführte - Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine mehr fragmentäre Kalkaneusfraktur rechts vom joint

depression type mit Impressionsfraktur Grenzlamelle laterale Talusrolle rechts und im Verlauf USG-Arthrose sowie eine Talusfraktur mit Beteiligung der Talusrolle links und im Verlauf USG-Arthrose. Es handle sich um reine Unfallfolgen, weshalb mit der Suva koordiniert werden könne. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Wespenstich-Allergie sowie eine Anpassungsstörung, längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21). Die bisherige Tätigkeit als Gipser sei dem Beschwerdeführer seit dem 21. Juli 2011 nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit in Wechselbelastung, teils sitzend, teils ebenerdig gehend, auch mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg körpernah, ohne längeres Gehen über unebene Böden, ohne Tätigkeiten länger dauernd in der Hocke oder auf den Knien oder auf Leitern, Stehen und Gehen am Stück maximal bis 1.5 Stunden könne

ihm weiterhin zugemutet werden. Vom 21. Juli 2011 bis 18. Dezember 2012 sei er auch in einer angepassten Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig gewesen. Seither bestehe – abgesehen von zeitweisen 100%igen Arbeitsunfähigkeiten – eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, dies zuletzt seit dem 28. September 2018 (Arztbericht C.____). Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten. Im Rahmen der Wiedereingliederungsmassnahmen seien immer wieder motivationsbedingte Verhaltensweisen wie auch schlechte Deutschkenntnisse aufgefallen, welche versicherungsmedizinisch nicht relevant seien (vgl. Urk. 7/124 S. 5 ff.). 4. 4.1

Anhand der vorliegenden Akten steht in medizinischer Hinsicht unbestrittenermassen fest, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Gipser / Isoleur aufgrund der unfallbedingten Beschwerden an beiden Sprunggelenken – der Beschwerdeführer erlitt bei einem Leitersturz im Wesentlichen eine mehrfragmentäre Kalkaneusfraktur rechts vom joint

depression type sowie eine Talusfraktur mit Beteiligung der Talusrolle links - nicht mehr zumutbar ist (vorstehend E. 3.2-3.8). Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer jedoch bereits eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit; dies abgesehen von kurzzeitigen operationsbedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeiten (vorstehend E. 3.3,

E. 3.5-3.8). Das durch RAD-Arzt Dr. G.____ erstellte Belastbarkeitsprofil, wonach der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit in Wechselbelastung, teils sitzend, teils ebenerdig gehend, auch mit gelegentlichem Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg kör

pernah, ohne längeres Gehen über unebene Böden, ohne Tätigkeiten längerer Dauer in der Hocke oder auf den Knien oder auf Leitern, Stehen und Gehen am Stück maximal bis 1.5 Stunden, ganztags arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 7/124 S. 5 ff.), erweist sich dabei als plausibel und

nachvollziehbar. Darauf kann abgestellt werden. 4.2

Dass, wie vom Beschwerdeführer geltend gemacht, die RAD-Beurteilung ohne persönliche Untersuchung sowie ohne Abwarten des medizinischen Endzustandes erfolgt

sei und zudem der neuesten kreisärztlichen Einschätzung sowie den Erkenntnissen aus dem Arbeitstraining im A.____

widerspreche (Urk. 1 S. 3 f.), schmälert deren Beweiswert nicht. So handelt es sich bei der RAD-Stellungnahme zwar um eine reine Aktenbeurteilung. Einer solchen kann trotz dem voller Beweiswert zukommen, sofern es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_281/2018 vom 25. Juni 2018 E. 3.2.2, 9C_73/2014 vom 9. April 2014 E. 4.2 und 9C_904/2009 vom 7. Juni 2010 E. 2.2). Vorliegend konnte sich RAD-Arzt Dr. G.____ anhand der ihm zur Verfügung gestellten Vorakten ein vollständiges Bild über die Anamnese, den Krankheitsverlauf sowie den gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand des Beschwerdeführers verschaffen. Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers verzichtet wurde. Gemäss der Einschätzung der behandelnden Ärzte der C.____ war bei Austritt im September 2018 ein stabiler Zustand erreicht und von der Fortsetzung der Behandlung konnte keine namhafte Besserung mehr erwartet werden (vgl. Urk. 7/118 S. 3).

Obwohl der Suva-Kreisarzt davon ausging, dass ein stabiler Zustand frühestens zirka zwölf Monate nach der im April 2018 erfolgten Operation – und damit erst im April 2019 – erreicht sei (vgl. Urk. 7/119/694-695 S. 2), kann gestützt darauf entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/127 S. 2) nicht gesagt werden, dass das Zumutbarkeitsprofil der C.____ verfrüht erstellt wurde. So handelt es sich bei der kreisärztlichen Aussage einzig um eine Prognosestellung gestützt auf die Vorakten, wogegen die Einschätzung der C.____ nach eigener ausführlicher Befundaufnahme erfolgte. Schliesslich ist ein offensichtlicher Widerspruch des RAD-Belastungsprofils zum neusten kreisärztlichen Zumutbarkeitsprofil (vgl. den Auszug in Urk. 3) nicht ersichtlich und vermag dies nicht in Zweifel zu ziehen. Auch aus dem Abschlussbericht des Arbeitstrainings im A.____ im Jahr 2016 kann der Beschwerdeführer nichts zu seinen Gunsten – auch nicht eine maximale Leistungsfähigkeit von 50 bis 80 % – ableiten. Es handelt sich dabei nicht um eine ärztliche Beurteilung und die Empfehlung zur Präsenzzeit erfolgte nicht anhand objektiv ausgewiesener Befunde, sondern aufgrund der vom Beschwerdeführer subjektiv beklagten Beschwerden. Zudem fielen motivationsbedingte Verhaltensweisen und schlechte Deutschkenntnisse auf, welche die Arbeitssuche behinderten (vgl. Abschlussbericht Arbeitstraining vom 11. Oktober 2016 in Urk. 7/78 S. 1 ff.). 4.3

Nach dem Gesagten ist somit festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aufgrund seines somatischen Leidens in der bisherigen Tätigkeit als Gipser / Isoleur seit dem im Juli 2011 erlittenen Unfall nachweislich nicht mehr arbeitsfähig ist. In einer angepassten Tätigkeit in Beachtung des RAD-Belastungsprofils ist dagegen von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit auszugehen. 5. 5.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen vorzunehmen, wobei der Beschwerdeführer als zu 100 % Erwerbstätiger zu qualifizieren ist. Somit ist ein Einkommensvergleich nach Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG vorzunehmen (vorstehend E. 1.3) .

Anhand der medizinischen Akten ist seit dem 21. Juli 2011 ununterbrochen eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, womit das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (vorstehend E. 1.2) am 21. Juli 2012 erfüllt war. Angesichts der am 4. September 2012 bei der Beschwerdegegnerin eingegangenen Anmeldung (vgl. Urk. 7/7; Aktenverzeichnis zu Urk. 7 S. 1) ist die sechsmonatige Frist gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG im März 2013 abgelaufen. Ein Rentenanspruch würde somit frühestens ab März 2013 bestehen. Für die Vorname des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2013, abzustellen (BGE 129 V 222). 5.2

Die Beschwerdegegnerin ermittelte das hypothetische Valideneinkommen (vorstehend E. 1.4) gestützt auf das gemäss Auszug aus dem Individuellen Konto (IK-Auszug) durch den Beschwerdeführer bei der Y.____ im Jahr 2010 erzielte Einkommen in der Höhe von Fr. 80'400.-- (vgl. IK-Auszug in Urk. 7/13) und berechnete – angepasst an die Nominallohnentwicklung – ein hypothetisches Valideneinkommen im Jahr 2013 von rund Fr. 82'508.-- (vgl. Urk. 7/120 S. 1). Dies ist nicht zu beanstanden und darauf ist abzustellen.

Soweit der Beschwerdeführer mit Verweis auf die Unfallmeldung (Urk. 7/10/132) ein AHV-pflichtiges Jahreseinkommen im Jahr 2011 von mindestens Fr. 81'144.-- erwähnt (vgl. Urk. 7/127 S. 3), vermag dies nichts daran zu ändern. 5.3

Da der Beschwerdeführer nach Lage der Akten seit dem Unfallereignis keine Tätigkeit mehr ausgeübt hat, ist für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens (vorstehend E. 1.5) auf die Tabellenlöhne der LSE und dabei mit der Beschwerdegegnerin auf den Zentralwert bei den Männern für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art im Sektor «Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren» abzustellen (vgl. Urk. 7/120 S. 1).

1) . Dies er betrug im Jahr 2012

Fr. 5'361.-- (LSE 2012, TA1_tirage_skill_level, Ziff. 10-33, Kompetenzniveau 1). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung bei den Männern im Jahr 2013 von 0.8 % angepasst, ergibt dies ein hypothetisches Invalideneinkommen von rund Fr. 67'603.-- (Fr. 5'361.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.008).

Ein zusätzlicher leistungsbedingter Abzug (vorstehend E. 1.6) wurde von der Beschwerdegegnerin nicht gewährt und ist vorliegend – entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 7/127 S. 3) - auch nicht gerechtfertigt. So sind die gesundheitlichen Einschränkungen bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthalten und dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen. Zu erwähnen ist ausserdem, dass s

Hilfsarbeiten auf dem ausgeglichenen Stellenmarkt altersunabhängig nachgefragt werden und der Umstand, dass die Stellensuche altersbedingt erschwert sein mag, als invaliditätsfremder Faktor ausser Betracht fällt

(vgl. Urteil e des Bundesgerichts

8C_ 219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.3, 8C_312/2017 vom 22. November 2017 E. 3.3.2

und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3).

Auch die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt rechtfertigt bei Hilfstätigkeiten im untersten Kompetenzniveau keinen Abzug (Urteil des Bundesgerichts 8C_219/2019 vom 30. September 2019 E. 5.2).

Weitere Gründe, welche einen Abzug rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich und wurden auch nicht explizit geltend gemacht. 5.4

Wird das Valideneinkommen von Fr. 82'508.-- dem Invalideneinkommen von Fr.

67'603.-- gegenübergestellt, resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 14'905.-- und somit ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von gerundet 18 % .

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt , soweit darauf einzutreten ist. 6.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen , soweit darauf einzutreten ist . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Wenger - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Mosimann Meierhans

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 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).

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