

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00652 vom 1. Februar 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-02-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00652

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00652 du 1 février 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00652 del 1 febbraio 2021

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1974, war von 1989 bis 1999 bei der Y.____ als Bäcker eimitarbeiter und von 2000 bis 2016 bei der Z.____ als Allrounder im A.____ tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 27. Mai 2016 war (Urk. 8/13 Ziff. 2.1 ; Urk. 8/26). Unter Hinweis auf Knie beschwerden meldete er sich am 9. September 2016 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Unfallversicherung bei (Urk. 8/9; Urk. 8/27) und holte bei der B.____, MEDAS C.____, ein polydiszip linäres Gutachten ein, das am 5. Juli 2019 erstattet wurde (Urk. 8/88).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/93-105) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 24. August 2020 bei einem Invaliditätsgrad von 10 % einen Rentenanspruch (Urk. 8/107 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der ge sundheitlichen 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 betä ti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.4

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 25. September 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. August 2020 (Urk. 2) und beantragte sinngemäss, diese sei aufzuheben und es sei ein Akt zwecks Einholung einer psychiatrisch beziehungsweise neuropsychiatrischen Begutachtung oder zur Ergänzung des bestehenden Gutachtens an die Vorinstanz zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 3. November 2020 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, es bestehe aufgrund der vorliegenden Akten eine Arbeitsfähigkeit von 90 % in der bisherigen Tätigkeit als Portier und Haustechniker. Eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % habe nach den erfolgten operativen Eingriffen für einen Zeitraum von jeweils maximal 6 Wochen bestanden. Eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit habe nicht festgestellt werden können. Somit könne der Beschwerdeführer ein rentenausschliessendes Einkommen von 90 % erreichen. Die Arbeitsunfähigkeit von 10 % entspreche dem Invaliditätsgrad, womit kein Rentenanspruch bestehe (S. 1). Durch die im Einwandverfahren eingeholten Berichte der aktuellen Behandler seien keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht worden. Es fänden keine weiteren medizinischen Untersuchungen und auch keine psychiatrische Behandlung statt (S. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei im Sinne einer neuen Tatsache von der Hausärztin via Rettungsdienst der Klinik D.____ zu einer ambulanten psychotherapeutischen und psychiatriischen Behandlung angemeldet worden. Dort sei er vom 31. August bis zum 8. September 2020 hospitalisiert gewesen, wobei eine mittelschwere depressive Episode (F32.1) diagnostiziert worden sei (S. 4 Ziff. 12 f.). Um ein vollständiges Bild seines Gesundheitszustands zu erhalten, sei eine psychiatrische Begutachtung vonnöten (S. 6 Ziff. 17). Zu prüfen sei aus näher genannten Gründen auch eine potentiell reaktivierte posttraumatische Belastungsstörung (S. 6 f. Ziff. 20).

Der Befund gemäss dem Bericht der E.____ vom 9. Oktober 2019 gehe völlig unter und werde von der Beschwerdegegnerin nicht gewürdigt. Bei weiterhin persistierenden Schmerzen habe er dort vom 25. September bis 9. Oktober 2019 eine multimodale Schmerztherapie absolviert. Die Ärzte hätten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte und wechselbelastende Tätigkeiten, welche allenfalls noch gesteigert werden könne, bestätigt. Angesichts dieser medizinischen Einschätzung erscheine eine Ergänzung des Gutachtens als notwendig (S. 9 Ziff. 9).

Das Feststellungsblatt für den Beschluss halte

E. 2.3

In der Beschwerdeantwort (Urk. 7) führte die Beschwerdegegnerin aus, sofern Ende August 2020 eine neue langandauernde und invalidenversicherungsrechtlich relevante Verschlechterung eingetreten sei, könne der Beschwerdeführer

diese im Verwaltungsverfahren geltend machen. Sie werde dies dann nach Abschluss des vorliegenden Verfahrens prüfen.

E. 2.4

In seiner Eingabe vom 3. Dezember 2020 (Urk. 11) wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei Leiden trotz Schwierigkeiten der Diagnose die Einschränkungen der Funktionalität zu prüfen seien, was eine detaillierte Analyse der medizinischen Gebrechlichkeiten des Ansprechers erfordere.

Mit Eingabe vom 4. Januar 2021 (Urk. 13) machte der Beschwerdeführer geltend, im Falle einer Abweisung der Beschwerde sei die auch von der Beschwerdegegnerin erwogene Gesundheitsverschlechterung als Neuanmeldung per 1. September 2020 zu verstehen (S. 2).

E. 2.5

Strittig und zu prüfen ist der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers und dabei insbesondere die Frage, ob der medizinische Sachverhalt seitens der Beschwerdegegnerin genügend abgeklärt wurde. 3. 3.1

Gemäss Unfallmeldung vom 12. April 2016 (Urk. 8/9/81) habe sich der Beschwerdeführer am 1. April 2016 beim normalen Gang in das Housekeeping Office das rechte Knie an einer Minibar angeschlagen. Zwei Tage später sei es stark angeschwollen (Ziff. 4-6). 3.2

Dr. med. F.____, Facharzt für Radiologie, führte im Bericht zur Magnetresonanztomographie (MRI) des rechten Knies vom 23. April 2016 (Urk. 8/9/61) aus, es

hätten sich leichte degenerative Veränderungen des medialen Meniskus, eine oberflächliche Chondropathie des medialen kondylären Gelenkknorpels sowie ein kleiner flacher freier Gelenkkörper medial gezeigt. 3.3

Die Ärzte der Chirurgischen Klinik des G.____ führten im Bericht vom 9. Juni 2016 (Urk. 8/9/63 [nur 1. Seite] = Urk. 8/11 / 6-7) aus, der Patient habe sich am 1. April 2016 eine Kontusion seines rechten Kniegelenks zugezogen. Seit her klage er über eine Schwellungsproblematik, über eine Schmerzproblematik sowie über gewisse Einklemmungsphänomene. Die MRI-Untersuchung habe an und für sich keine grösseren pathologischen Befunde gezeigt. Wegen der Beschwerden persistenz habe man sich zu einer Art diagnostischen Arthroskopie entschlossen (S. 1 Mitte) . Dabei sei retropatellär reichlich seröser Erguss abgelassen worden. Die Synovia im oberen Rezessus sei massiv gerötet und verdickt. Auffällig seien kleine knorpelähnliche Stückchen, welche im oberen und vor allem im lateralen Rezessus herumlagen. Diese seien mit dem Shaver abgesaugt und anschliessend zur histologischen Untersuchung eingesandt worden. Im femoralen Gleitlager finde sich zentral eine drittgradige Furche und am Tibiaplateau eine zweitgradige , am Femurkondylus eine erst- bis zweitgradige Knorpelläsion (S. 1 unten) .

Das Gelenk sei ausgespült und zusätzlich sei suprapatellär im Bereich des Rezessus eine Biopsie entnommen worden. Wahrscheinlich müsse der Patient bei Persistenz der Beschwerden einem Rheumatologen vorgestellt werden (S. 2). 3.4

Dr. med.

H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte im Bericht vom 11. Juli 2016 (Urk. 8/9/5 7 = Urk. 8/10/10) aus, der Patient habe sich immer noch humpelnd in der Sprech stunde gemeldet und über persistierende Schwellungen geklagt. Zum Status hielt Dr. H.____ fest, das rechte Kniegelenk sei mässig geschwollen. Er habe 15 ml seröse , visköse Flüssigkeit abpunktiert . Es sei immer noch fraglich, wieso der Patient diese Art Chondromatose ausgebildet habe. Er sei weiterhin und mindestens bis Ende Juli zu 100 % arbeitsunfähig. 3.5

Dr. med. I.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte im Bericht vom 14. September

2016 (Urk. 8/9/19-20) als Diagnose eine unklare Arthritis des linken (richtig wohl: rechten) Knies. Der Patient habe seit April dieses Jahres Schmerzen am rechten Kniegelenk. Es komme immer wieder zu Schwellungen, insbesondere am Abend sei das Knie sehr stark angeschwollen (S. 1 Mitte). Inspektorisch zeige sich ein leicht geschwollenes Kniegelenk, wenig Erguss und eine gute Beweglichkeit (S. 1 unten). In erster Linie sei an eine rheumatologische, eventuell auch System-Erkrankung zu denken, welche diese Monarthritis verursache (S. 2 Mitte). 3.6

Dr. med. J.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, führte im Bericht vom 12. Oktober 2016 (Urk. 8/10/7-9) aus, bei der letzten Kontrolle am 16. August 2016 sei das Knie immer noch schmerzhaft und geschwollen gewesen (S. 2 Ziff. 1.4). Bei seiner bisherigen Arbeit habe d er Beschwerdeführer oft auf den Knien arbeiten müssen, was bei einem geschwollenen Knie natürlich nicht gehe. Sicherlich sei aber jede Arbeit, welche nicht kniebelastend sei, möglich (S. 2 Ziff. 1.7). 3.7

Die Ärzte der Abteilung Kniechirurgie der E.____ führten im Bericht vom 8. März 2017 (Urk. 8/30/6-10) aus, der Patient scheine unter einer Chondromatose zu leiden. Man sei

zuversichtlich, diese mit der am 12. April 2017 vorgesehenen Operation zuverlässig angehen zu können (S. 2 unten Ziff. 1.4-5). Aufgrund der Schmerzsymptomatik sei der Patient in seiner bisherigen Tätigkeit aktuell bis zum Operationstermin zu 100 % eingeschränkt. Medizinisch-theoretisch seien ihm aktuell administrative Arbeiten möglich (S. 3 Ziff. 1.7). 3.8

Die Ärzte des K.____ der E.____ führten im Bericht zur neurologischen und neurophysischen Untersuchung vom 27. März 2017 (Urk. 8/36/12-14) aus, der Patient berichte über teils vom Nacken kommende Missempfindungen, allerdings keine Schmerzen, sondern eher ein Gefühl des Einschlafens «wie Ameisenlaufen», ausstrahlend bis in den Daumen und Zeigefinger (Dig. I und II), teilweise auch in den kleinen Finger (Dig. V). Die Beschwerden träten sowohl nächtlich als auch täglich auf und schränkten ihn stark in den Aktivitäten des täglichen Lebens ein (S. 1 unten). In der klinisch-neurologischen Untersuchung sei eine einschränkende Feinmotorikstörung der Hände aufgefunden, so dass bei bereits vorbeschriebener leichter zervikaler Stenose eine erneute MRI-Bildgebung der Halswirbelsäule (HWS) durchgeführt worden sei. Neurophysiologisch habe sich rechtsseitig eine grenzwertig verlängerte distal-motorische Latenz des Nervus medianus sowie linksseitig in den sensiblen Neurographien eine Reduktion der Nervenleitgeschwindigkeit gefunden. Somit bestehe beidseits eine Nervus medianus Neuropathie (S. 2 f.). 3.9

Die Ärzte der Abteilung Kniechirurgie der E.____ nannten im Bericht mit Datum vom 8. Juni 2017 (Urk. 8/32/4-6) folgende Diagnosen (S. 1): - Kniearthroskopie (vordere und hintere) rechts, Debridement

retropatellär und medialer Femurkondylus, partielle Synovektomie, Histologie, Resektion Plica

mediopatellaris vom 12. April 2017 mit/bei: - Verdacht auf Chondromatose Knie rechts - Histologie (Synovialis mit chondroider Metaplasie und chronischer Entzündung) - beginnende Medial- und Retropatellararthrose rechts bei 5° Varus rechts und 3° Varus links - Status nach Kniearthroskopie (KAS) mit Debridement und Entfernung freier Gelenkkörper rechts am 8. Juni 2016 (G.____) - Verdacht auf zervikale Myelopathie - Differentialdiagnose (DD) zusätzlich atypisches Karpaltunnelsyndrom - kernspintomographische Abklärung Halswirbelsäule (HWS) eingeleitet - neurophysiologisch rechtsseitig grenzwertig verlängerte distale motorische Latenz (DML) des Nervus

medianus, linksseitig etwas verlangsamte Nervenleitgeschwindigkeit (NLG)

Der Patient sei bis zum 30. April 2017 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Über die aktuelle Arbeitsunfähigkeit lägen keine Informationen vor. Für eine genaue Beurteilung bedürfe es einer arbeitsmedizinischen Begutachtung (S. 2 Ziff. 2.1). 3.

E. 7

) die Abweisung der Beschwerde. Mit Gerichtsverfügung vom 19. November 2020 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zu gestellt (Urk.

E. 9

). Mit Eingabe vom 3. Dezember 2020 (Urk. 11) reichte die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers ihre Honorarnote (Urk. 12) ein. Mit Eingabe vom 4. Januar 2021 (Urk. 13) reichte sie sodann einen aktuellen Arztbericht (Urk. 14) nach. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

Die Ärzte des K.____ der E.____ nannten im Bericht zur neurologischen und neurophysischen Untersuchung vom 29. Mai 2017 (Urk. 8/35/4-6 = Urk. 8/36/9-10) folgende, hier verkürzt wiedergegebenen Diagnosen (S. 1): - Zervikobrachialgien unklarer Genese - sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom beidseitig - Verdacht auf Chondromatose Knie rechts

Es habe sich kein Anhalt für eine spinothalamische Impulsleitungsstörung im zervikalen Myelon gefunden. In Zusammenschau der bisherigen Befunde seien die vom Patienten beschriebenen Missempfindungen eher vereinbar mit dem leichten beidseitigen Karpaltunnelsyndrom beziehungsweise einer radikulären Reizung. Passend zu letzterer habe sich kernspintomographisch eine rechtsseitige hochgradige foraminale Stenose am 5. und 6. Halswirbel (C5/C6) mit Kompression der C6-Wurzel rechts gefunden. Entsprechend werde ergänzend eine nadel elektromyographische Untersuchung empfohlen (S. 2 unten). 3.11

Die Ärzte der Abteilung Kniechirurgie der E.____ führten im Sprechstundenbericht vom 30. Mai 2017 (Urk. 8/37/7-9) aus, es finde sich ein ausgeprägter Kniegelenkserguss, welcher allein durch die degenerative Veränderung nicht vollständig erklärt werden könne. Deshalb sollte auch bei negativem Nachweis einer Chondromatose beziehungsweise keinen Residuen einer Chondromatose im Rahmen der Kniegelenksarthroskopie vor 3 Monaten eine Polyarthritits rheumatoider Genese ausgeschlossen werden. Aus diesem Grunde werde eine rheumatologische Abklärung empfohlen (S. 2 Mitte) . 3.12

Dr. med. J.____ (vorstehend E. 3.6) führte im Bericht vom 13. Juli 2017 (Urk. 8/36/6-8) aus, es scheine sich um ein chronisches Geschehen zu handeln, die Prognose sei bei unklarer Diagnose sehr schwer zu stellen (S. 2 Ziff. 1.4). Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 4. April 2016 (S. 3 Ziff. 1.6). 3.13

Die Ärzte der Abteilung Kniechirurgie der E.____ führten im Bericht vom 21. Juli 2017 (Urk. 8/37/4-6) aus, es bestehe aktuell eine Polyarthritits unklarer Genese beider Kniegelenke und beider Sprunggelenke. Insgesamt habe sich das Krankheitsbild in den letzten Monaten verschlechtert, wobei ausgeprägte objektivierbare Schwellungen in mehreren Gelenken aufgetreten seien, und dies bereits bei kleinerer Belastung. Zum jetzigen Zeitpunkt werde keine Arbeitsfähigkeit in einer stehenden Tätigkeit als Portier oder Haustechniker gesehen (S. 2 Ziff. 2.1) . 3.14

Die Ärzte der Abteilung Rheumatologie der E.____ führten im Bericht vom 12. September 2017 (Urk. 8/40/6-9) aus, laborchemisch sei keine Zuordnung der Gelenksbeschwerden zu einer spezifischen entzündlich-rheumatologischen Grunderkrankung im Sinne einer rheumatoiden Arthritis, Spondylarthropathie oder Kollagenose möglich gewesen (S. 3 unten Ziff. 1.4). Körperlich stark belastende Tätigkeiten sowie schweres Heben sollten aktuell nicht erfolgen. Die aktuelle Tätigkeit als Portier und Haustechniker sei noch zumutbar, der Umfang der Arbeitstätigkeit und Belastung müsse ja nach Verlauf der Beschwerden festgelegt werden (S. 4 Ziff. 1.7).

In den Berichten a b dem 20. November 2017 (Urk. 9/42/20-22) wurde als Haupt diagnose genannt: Polyarthralgien unklarer Genese (Kniegelenke beidseitig, obe res Sprunggelenk [OSG] beidseitig), DD: mechanisch /entzündlich.

Im Bericht vom 15. Dezember 2017 (Urk. 8/41/4-6) wurde festgehalten, es hätten sich klinisch im Bereich der Knie und des Sprunggelenks keine Synovitiden nach weisen lassen. Die Beweglichkeit sei schmerzfrei und uneingeschränkt, es bestehe jedoch eine Druckdolenz der Knie suprap a tellär beidseits (S. 2 Ziff. 1.3).

Am 8. Januar 2018 wurde berichtet (Urk. 8/42/27-29), es hätten sich MR-tomo graphisch (vgl. Urk. 8/42/31-32) im Bereich des rechten Fusses, insbesondere ausgehend vom Sinus tarsi , deutliche Ganglien gezeigt, welche einen Teil der Beschwerden des Patiente n erklären könnten (S. 3). 3.15

Die Ärzte der Abteilung für Handchirurgie der E.____ doku mentierten im Operationsbericht vom 2. März 2018 (Urk. 8/42/44-45) die erfolgte Karpaltunnelspaltung links. Die Indikation zur operativen Versorgung sei auf grund nächtlich auftretender Schmerzen und subjektiv hohen Leidensdruck s gegeben gewesen (S. 1 Mitte). 3.16

Dr. med. J.____ (vorstehend E. 3.6) führte im Bericht vom 13. März

2018 (Urk. 8/42/4-6) aus, bezüglich Knie und Sprunggelenk habe sich eigentlich nichts verändert. Die Diagnose sei unklar, die Schwellungen fänden immer wieder statt (S. 1 Ziff. 1.3). 3.17

Die Ärzte der Abteilung Rheumatologie der E.____ berichteten am 17. Juli 2018 (Urk. 8/52/13-17), es seien in der Zwischenzeit diverse weitere Abklärungen und therapeutische Massnahmen durch die Kollegen der Hand-, Knie- und Fussorthopädie erfolgt. Die Infiltration des Sinus tarsi rechts sowie die Knieinfiltration links hätten jeweils für 4 bis 5 Wochen eine deutliche Schmerz reduktion gebracht, dann seien die belastungsabhängigen Schmerzen wieder auf geflammt. Vor allem im Bereich der Knie bestünden abendliche Schwellungen. Es werde ein anhaltender Schmerz im Bereich des Hypothenar links nach Karpal tunneloperation beklagt sowie eine leichte schmerzhaftes Schwellung des Inter pha langealgelenks

Dig . I Hand links und radialseitige Schmerzen im Bereich des rechten Ellenbogens bei Belastung (S. 3 unten). Es werde weiterhin von einer mechanischen Genese der Schmerzen ausgegangen (S. 4 unten). 3.18

Dr. med. L.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumato logie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 14. August 2018 (Urk. 8/ 92 S. 11 f.) aus, die medizi nische Situation sei weiterhin unklar. Es stelle sich die Frage, ob alles unabhängig voneinander bestehende , auf degenerativen Veränderungen beruhende Probleme seien, oder ob doch eine Grundursache des entzündlich-rheumatologischen Formen kreises vorliege. Derzeit sei keine abschliessende Beurteilung der Rest leis tungsfähigkeit möglich, eventuell sei eine polydisziplinäre Begutachtung erfor der lich (S. 12 Mitte). 3.1 9

Dr. J.____ (vorstehend E. 3.6) berichtete a m 3. September 2018 (Urk. 8/52/5-7) , am meisten eingeschränkt sei der Patient durch die immer wiederkehrenden Knieschwellungen. Leider schwellen auch die OSG immer wieder an (S. 1 Ziff. 1. 3). Die Stelle als Allrounder in einem Hotel sei vor zwei Jahren aufgehoben worden, da das Hotel renoviert worden sei. Sie könne die Arbeitsfähigkeit nicht richtig beurteilen. Der Patient sei überall in

Behandlung, überall werde er operiert, infil triert, punktiert, ohne dass je eine Besserung stattfinde. Lange stehen und gehen könne er auf jeden Fall nicht, da sonst die Beine grotesk anschwellen (S. 2 Ziff. 2). 3. 20

Die Ärzte des G.____ führten im Bericht vom 7. November 2018 (Urk. 8/59 = Urk. 8/61) aus, der Patient sei im Frühling 2017 zur Abklärung bei möglicher Schlafapnoe zugewiesen worden. Gemäss Zuweisungsschreiben habe er eine arte rielle Hypertonie. Es sei mittels ambulanter respiratorischer Polygraphie ein mittelschweres Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert u nd eine Auto-CPA P-Thera pie eingeleitet worden. Wegen Nasenatmungsbehinderung sei im August 2018 eine Nasenoperation erfolgt, seither bekunde der Patient einen erholsamen Nacht schlaf, toleriere aber die CPAP-Therapie nicht mehr (S. 3 Ziff. 2.1). Im Rahmen der Schlafapnoe sollte eine Arbeitstätigkeit vorzugsweise mit geregelte n Arbeits zeiten ohne Spät - und Nachtschichten und wenn möglich ohne Führen von selbst- oder fremdgefährdenden Maschinen beziehungsweise Kraftfahrzeugen ausgestaltet sein (S. 4 Ziff. 2.7). 3.21

Dr. L.____ (vorstehend E. 3.18) führte in seiner Stellungnahme vom 11. Januar 2019 (Urk. 8/92 S. 13 f.) aus, es bedürfe zwingend einer polydisziplinären Begut achtung zur Beantwortung speziell folgender Frage: «Wie ist der Verlauf der Arbeitsfähigkeit zu beurteilen für behinderungsangepasste Tätigkeiten des allge meinen Arbeitsmarktes?» (S. 14 unten). 3.22

Die Ärzte der Abteilung für Handchirurgie der E.____ doku mentierten im Operationsbericht vom 12. Februar 2019 (Urk. 8/88/311-312) die erfolgte Karpaltunnelspaltung rechts. 4. 4.1
Mit Datum vom 5. Jul i 2019 erstatten Dr. med.

M.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med.

N.____ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psyc hotherapie, und Dr. med.

O.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates,

B.____ , MEDAS C.____ , ihr polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/88). Der Eingang des Gutachtens bei der Beschwerdegegnerin erfolgte nach deren wiederholten Nach fragen (vgl. Urk. 8/77) indes erst am 4. November 2019. 4.2

Dr. M.____ nannte im Teilgutachten I nnere Medizin (Urk. 8/88/108-131) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie folgende, hier verkürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 16 Ziff. 6.2): - arterielle Hypertonie (ICD-10 I10.00), Erstdiagnose (ED) 2015 - Diabetes mellitus ED 2017 (E11.90) - mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom ED März 2017 (G47.31) - asymptomatische Creatinkinase (CK)-Erhöhung unklarer Ätiologie (R79) - Hepatopathie und Bilirubinämie ED März 2017 (K76.9) - allergische Rhinitis (J30.4) - latente Hypothyreose ED im Rahmen der Begutachtung (E03.9)

Der langjährige und persistierende Alkoholkonsum sei mit überwiegender Wahr scheinlichkeit für die sonographisch nachgewies e ne Hepatopathie mit Erhöhung der Transaminasen und des Bilirubins verantwortlich (S. 17 Ziff. 6.4.2). Die auf allgemein-internistischem Fachgebiet derzeit eingeleiteten medikamentösen The rapien seien lege artis . Die arterielle Hypertonie und auch der Diabetes mellitus seien leitliniengerecht und suffizient therapiert. Neu sei eine latente Hypo thyreose, die sich in der aktuellen Untersuchung habe diagnostizieren lassen. Ein klinisches Korrelat finde sich allerdings nicht. Hier sei eine Kontrolle im haus ärztlichen Setting ausreichend. Hinsichtlich

der Heilungschancen der allgemein-internistischen Diagnosen könne gesagt werden, dass diese durch geeignete medikamentöse Massnahmen, regelmässiges Tragen der CPAP-Maske, Verzicht auf Alkohol- und Nikotinkonsum sowie eine Gewichtsabnahme beherrschbar sein würden (S. 18 f. Ziff. 7.2). Hinweise auf Aggravation oder Simulation hätten sich keine gefunden (S. 19 Ziff. 7.3.1).

Es ergäben sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine invalidenver si cherungsrechtlich relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionsbeein trächtigungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätig keit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit nicht eingeschränkt. Im Rahmen der Schlafapnoe sollte eine Tätigkeit vorzugsweise mit geregelten Arbeitszeiten ohne Spät - und Nachtschichten erfolgen. F erner sollte das Führen von selbst- oder fremdgefährdenden Maschinen beziehungsweise Kraftfahrzeugen vermieden wer den (S. 20 Ziff. 7.4). Eine retrospektive Beurteilung einer potenziellen Entwick lung einer Verweistätigkeit werde vorliegend als spekulativ erachtet, weshalb davon abgesehen werde (S. 22 Ziff. 8.2.5). 4.3

Dr. N.____ nannte im neurologischen Teilgutachten (Urk. 8/88/132-150) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.1): - Status nach Karpaltunnelsyndrom beidseits (Operation links am 2. März 2018) - Parese des Musculus flexor

digitorum

profundus IV und V rechts - sensible und motorische Neuropathien d es

Nervus

ulnaris rechts

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16 Ziff. 6.2) nannte er eine sensible Neuropathie des Nervus

medianus rechts.

Von neurologischer Seite bestünden bis auf eine geringe Greifschwäche rechts keine Auffälligkeiten, wobei der Beschwerdeführer Linkshänder sei. Trotz der nachgewiesenen hochgradigen Formenstenose C5/C6 rechts mit Kompression der Wurzel C6 und der leichten zentralen Spinalkanalstenose C5/C6 habe kein neuro logisches Korrelat gefunden werden können (S. 16 Ziff. 6.3). Die Diagnostik und Therapie sei aus neurologischer Sicht lege artis durchgeführt worden (S. 17 Ziff. 7.2). Hinweise für Aggravation oder Simulation ergäben sich nicht (S. 17 Ziff. 7.3.1). Die geschilderten Schmerzen erschienen aushaltbar, Analgetika würden bis auf Dafalgan bei Bedarf keine eingenommen (S. 18 Ziff. 7.4).

In der bisherigen Tätigkeit könne der Versicherte 8.5 Stunden anwesend sein. Es bestehe dabei eine Einschränkung der Leistung im Umfang von 10 % wegen der Restsymptomatik nach Karpaltunnelsyndrom, vor allem rechts (S. 18 Ziff. 8.1.2). Die Arbeitsunfähigkeit betrage somit 10 %. Der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit sei von neurologischer Seite nicht beurteilbar (S. 18 Ziff. 8.1.4). Bei einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit sollten Halten und Greifen mit der rechten Hand vermieden werden (S. 19 Ziff. 8.2.1). Auch hier bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % und sei der zeitliche Verlauf ihrer Entwicklung nicht beurteilbar (S. 19 Ziff. 8.2.3-5). 4.4

Dr. O.____ nannte im rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 8/88/152-186) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 6.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 26 Ziff. 6.2): - Zustand nach zweimaliger Arthroskopie rechtes Knie mit Verdachtsdiagnose Chondromatose, heute bland - Zustand nach Karpaltunnelsyndrom (CTS)-Operationen links am 2. März 2018 und rechts am 12. Februar 2019 mit reizlosen Narben, welche kaum zu sehen sind. Hier klinisch keine Auffälligkeiten - durch Bildgebung bekannte Foramenstenose C5/6 rechts, heute ohne radiokuläre Symptomatik, insbesondere kein C6-Syndrom

Es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den multiplen Behandlungsmassnahmen/Deutungen und den aktuellen Befunden. Bei der Untersuchung hätten im Bereich des gesamten Bewegungsapparates keine Auffälligkeiten gefunden werden können. Es sei lediglich ein leichtes retropatellares Reibegeräusch im rechten Knie verblieben. Spontan seien bei der gesamten Untersuchung keine Schmerzen geäußert worden, lediglich ein vereinzelt Stechen werde in den Händen verspürt. Sowohl medikamentös wie auch physikalisch würden keine Behandlungen durch den Hausarzt veranlasst und der Explorand meine, dass dies auch gar nicht notwendig sei, es würde ohnehin nichts nützen. Auch die detaillierte Untersuchung der Hände habe keine Schwellungen einzelner Gelenke und auch keine rheumatischen Residuen ergeben. Die Halswirbelsäule sei in allen Ebenen sehr gut bewegbar, so dass die Foramenstenose C5/6 rechts zurzeit keine Symptome auslöse. Auf rheumatologischem Gebiet könne somit keine Erkrankung im rentenrelevanten Sinne festgestellt werden (S. 26 f. Ziff. 6.3). Eine Aggravation oder Simulation liege nicht vor. Es bestehe jedoch eine eklatante Diskrepanz zwischen den vorgetragenen Schmerzen im Bereich des gesamten Körpers und der quasi schmerzfreien Untersuchung (S. 28 Ziff. 7.3.1). Aus rheumatologischer Sicht bestünden weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 30 f. Ziff. 8.1-2). Eine retrospektive Beurteilung einer potenziellen Entwicklung einer Verweistätigkeit werde vorliegend als spekulativ erachtet, weshalb davon abgesehen werde (S. 30 Ziff. 8.2.5). 4.5

In der polydisziplinären Konsensbeurteilung (Urk. 8/88/1-17) führten die Gutachter aus, beim Exploranden wirke sich die Gesamtheit der Diagnosen funktionell stark beeinträchtigend aus. Für die bisher im Vordergrund stehenden Gelenkschmerzen habe die orthopädisch-rheumatologische Untersuchung keine objektifizierbaren pathologischen Befunde gezeigt (S. 12 Ziff. 4.3). Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in einer Verweistätigkeit von 10 % (S. 14 Mitte Ziff. 4.7). Dabei gelte das seitens des neurologischen Teilgutachtens geäußerte Fähigkeitsprofil (Meiden von repetitiven Bewegungen mit dem Arm beziehungsweise mit der Hand).

Eine retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, ohne die begutachtete Person auch früher selber untersucht zu haben, sei nicht unproblematisch, da man sich dabei auf die von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde und daraus abgeleitete Diagnose verlassen müsse. Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung derselben sowie die gestützt darauf vorgenommenen Arbeitsunfähigkeits einschätzungen nicht möglich. Möglich sei hingegen eine Würdigung aus heutiger Sicht. Auf Grundlage der zum heutigen Zeitpunkt durch die Gutachter erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, als wesentlich erachteten Beurteilungen als nicht nachvollziehbar. Die Gutachter sähen in der Gesamtschau nur eine

geringfügige Beeinträchtigung der Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit), womit die früher attestierten höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten nicht nachvollziehbar seien. Selbstverständlich habe eine volle Arbeitsunfähigkeit während der stattgehabten Handgelenks-Operationen und während der Tage um die Arthroskopie bestanden, eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit könne jedoch nicht festgestellt werden (S. 14 unten Ziff. 4.7).

4.6

Die Ärzte der Abteilung Rheumatologie der E.____ berichteten am 9. Oktober 2019 (Urk. 8/99) über die Hospitalisierung des Beschwerdeführers vom 25. September bis 9. Oktober 2019 im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie. Sie führten aus, es werde ein begleiteter Berufswiedereinstieg empfohlen. Für eine leichte wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, welche allenfalls noch gesteigert werden könne. Allenfalls sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) zur genauen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in Erwägung zu ziehen (S. 5 unten). 4.7

RAD -Arzt Dr. L.____ (vorstehend E. 3.18) führte in seiner Stellungnahme vom 14. November 2019 (Urk. 8/92/S. 15-17) aus, es könne auf das polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden. Konkret bedeute dies für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, dass in der bisherigen und in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2019, sprich dem letzten Tag der gutachterlichen Untersuchung, bestehe. Retrospektiv betrage die Arbeitsunfähigkeit prinzipiell 10

%, mit Ausnahme einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % nach den erfolgten operativen Eingriffen für einen Zeitraum von jeweils maximal 6 Wochen (S. 16 Mitte). Der Bericht der E.____ vom 9. Oktober 2019 (vorstehend E. 4.6) enthalte keine neuen oder bislang unbekanntem medizinischen Tatsachen (S. 17 oben). 4.8

Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verfügungsverfügung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis). Sie können indessen, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs, berücksichtigt werden, wenn sie kurze Zeit nach dem Erlass des angefochtenen Entscheids eingetreten sind, sich ihre Beachtung aus prozessökonomischen Gründen unbedingt aufdrängt und sie hinreichend klar feststehen (BGE 105 V 156 E. 2d; ZAK 1984 S. 349 E.

1b). Dies ist der Fall, wenn sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 99 V 98 E. 4 mit Hinweisen).

Diese Voraussetzungen sind für die im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichte des G.____ vom 31. August 2020 (Urk. 3/3) und der D.____ vom 8. September 2020 (Urk. 3/4) erfüllt, weshalb sie vorliegend Berücksichtigung finden.

Die Ärzte des G.____

nannten im Bericht zur ambulanten Behandlung/

Abklärung vom 31. August 2020 (Urk. 3/3) als psychiatrische Diagnose (S. 1) eine psychosoziale Belastungssituation auf dem Boden einer bekannten Depression,

Erstdiagnose 31. August 2020. Der Patient sei durch die Hausärztin via Rettungsdienst zugewiesen worden bei seit 2 Tagen vorhandener Schlaflosigkeit, Lethargie und Antriebslosigkeit sowie reduzierter Trinknahrung. Es sei über eine bekannte Depression berichtet worden, ein Medikament dagegen habe der Patient nicht. Vor 2 Tagen habe er die Information bekommen, dass er keine Leistungen der Invalidenversicherung erhalte. Der aktuelle Zustand des Patienten werde als dekompenzierte Depression beurteilt. Er habe offen gesagt, dass er bereits Suizidgedanken habe. Es sei eine zügige Verlegung in die Klinik D.____ veranbart worden (S. 3 Mitte). 4.9

Die Ärzte der D.____ nannten im Bericht vom 8. September 2020 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 31. August bis 8. September 2020 (Urk. 3/4) als psychiatrische Diagnose (S. 1 oben) eine mittelgradige depressive Episode (F32.1). Im Aufnahmegespräch hätten sich vordergründig depressive Symptome wie Anhedonie, Antriebsverlust, Interesselosigkeit, Gedächtnis- und Merkfähigkeitsstörungen sowie Ein- und Durchschlafstörungen und verminderter Appetit gezeigt. Es seien Psychopharmaka verordnet worden und der Beschwerdeführer habe regelmässig am multimodalen Stationsprogramm teilgenommen. Nach einem erfolgreich verlaufenen Belastungsurlaub zuhause habe er den Austrittswunsch geäussert und sei in teilremittiertem Zustand entlassen worden (S. 3 Mitte). 5. 5.1

Die Frage an die B.____-Gutachter lautete, wie der Verlauf der Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu beurteilen sei (vorstehend E. 3.21; vgl. Urk. 8/88 S. 8 Ziff. 3.3). Beim Versuch ihrer Beantwortung scheiterten die Gutachter bereits dabei, eine behinderungsangepasste Tätigkeit sorgfältig und schlüssig zu umschreiben. Anlässlich der polydisziplinären Konsensbeurteilung (vorstehend E. 4.5) wurde festgehalten, bei einer Verweistätigkeit gelte das seitens des neurologischen Teilgutachten geäusserte Fähigkeitsprofil, wonach repetitive Bewegungen mit dem Arm beziehungsweise mit der Hand zu meiden seien. Dem verwiesenen neurologischen Teilgutachten lässt sich dieses Fähigkeitsprofil jedoch so nicht entnehmen. Vielmehr wurde dort festgehalten, es sollten bei einer der Behinderung optimal angepassten Tätigkeit Halten und Greifen mit der rechten Hand vermieden werden (vorstehend E. 4.3). Ohne jegliche Begründung wurde sodann das von der allgemein-internistischen Teilgutachterin formulierte Belastungsprofil, wonach eine Verweistätigkeit vorzugsweise mit geregelten Arbeitszeiten ohne Spät- und Nachtschichten und unter Vermeidung des Führens von selbst- oder fremdgefährdenden Maschinen beziehungsweise Kraftfahrzeugen erfolgen sollte (vorstehend E. 4.2), nicht ins Belastungsprofil gemäss Konsensbeurteilung übernommen. 5.2

Da die Gutachter ohnehin sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % attestierten, wiegt die unterlassene schlüssige Umschreibung einer Verweistätigkeit für sich gesehen zunächst noch nicht allzu schwer. Ein um einiges bedeutenderer Mangel besteht darin, dass sich die Gutachter auch zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht äussern wollten und somit die an sie gestellte Frage unbeantwortet liessen (vgl. vorstehend E. 5.1). Sie begründeten dies damit, eine retrospektive Überprüfung der von anderen Personen erhobenen Anamnesen, Befunde, daraus abgeleiteten Diagnosen und gestützt darauf vorgenommenen Arbeitsunfähigkeitseinschätzungen sei nicht möglich. Unmittelbar darauf hielten sie fest, diese echtzeitlichen Beurteilungen seien aufgrund der heute nur geringfügigen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar (vorstehend

E. 4.5). Obwohl sie die echtzeitlichen Beurteilungen also als einer Überprüfung unzugänglich erachteten, nahmen sie eine solche dennoch vor. Das Resultat dieser Prüfung, dass diese Beurteilungen nicht nachvollziehbar seien, begründeten die Gutachter nicht. Ein grober, ungelöster Widerspruch besteht denn auch zwischen der attestierten Arbeitsunfähigkeit von lediglich 10 % und der von den Gutachtern getroffenen Feststellung, die Gesamtheit der Diagnosen wirke sich beim Beschwerdeführer funktionell stark beeinträchtigend aus (vorstehend E. 4.5).

Es erstaunt angesichts dieser offenkundigen Widersprüche und der unbeantworteten – notabene einzigen und von ihm selbst vorgängig formulierten – Gutachterfrage, dass RAD-Arzt Dr. L.____

im November 2019 befand, es könne auf das Gutachten abgestellt werden (vorstehend E. 4.7). Unzulässig ist zudem der von ihm gezogene Schluss, dass die Arbeitsunfähigkeit nicht nur aktuell, sondern auch retrospektiv prinzipiell 10 % betragen habe, nachdem die Gutachter explizit festgehalten hatten, der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei retrospektiv nicht beurteilbar. 5.3

Erkannt hatte Dr. L.____

im Vorfeld des Gutachtens zu Recht auch die Problematik, ob die gesundheitlichen Probleme des Beschwerdeführers voneinander unabhängig seien, oder ob vielleicht doch eine Grundursache des entzündlich-rheumatologischen Formenkreises vorliege.

Der rheumatologische Teilgutachter verliess sich bei seiner Beurteilung einzig auf die von ihm durchgeführte Untersuchung, anlässlich welcher sich im Bereich des gesamten Bewegungsapparates keine Auffälligkeiten ergeben hätten und der Beschwerdeführer bis auf ein vereinzelt Stechen in den Händen keine Schmerzen geäußert habe. Es bestehe daher eine eklatante Diskrepanz zwischen den vorgetragenen Schmerzen im Bereich des ganzen Körpers und der quasi schmerzfreien Untersuchung (vorstehend E. 4.4). Eine Aggravation oder Simulation schloss er indes ebenso wie seine mitbegutachtenden Kollegen aus (vorstehend E. 4. 2-3) und es ist zu beachten, dass seine Exploration mittags um 12 Uhr stattfand (Urk. 8/88/154), jedoch die Schwellungen an Knie und Sprunggelenk offenbar jeweils vor allem gegen Abend auftraten (vgl. etwa E. 3.5 und E. 3.17). Nicht nur simuliert oder aggraviert der Beschwerdeführer offenbar nicht, sondern es wurden beispielsweise die Schwellungen - insbesondere des Kniegelenks -

auch von diversen Behandlern selber gesehen (vgl. vorstehend E. 3.4, E. 3.5, E. 3.6, E. 3.11, E. 3.13). So hielten etwa die Ärzte der Abteilung Kniechirurgie der E.____ im Juli 2017 explizit fest, es seien ausgeprägte objektivierbare Schwellungen in mehreren Gelenken aufgetreten, und dies bereits bei kleinerer Belastung (vorstehend E. 3.13).

Die rheumatologische Teilbeurteilung berücksichtigte somit weder die Vorakten noch die geklagten Beschwerden in ausreichender Weise und leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation nicht ein. Mangels Beweiswert kann deshalb auf sie nicht abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 1.3). 5.4

Als zu oberflächlich erscheint weiter die Einschätzung durch den neurologischen Teilgutachter, die geschilderten Schmerzen würden aushaltbar erscheinen, da kaum Analgetika eingenommen würden (vorstehend E. 4.3). Diesbezüglich erscheint die Erklärung des Beschwerdeführers als plausibel, dass die Medikation ihm eben weder Linderung noch Heilung bringe (vorstehend E. 2.2).

Mit der betreffenden Teilgutachterin mag es sodann zutreffen, dass die allgemein-internistischen Diagnosen durch geeignete medikamentöse Massnahmen, regelmässiges Tragen der CPAP-Maske, Verzicht auf Alkohol- und Nikotinkonsum sowie eine Gewichtsabnahme zukünftig beherrschbar sind (vorstehend E. 4. 2). Diese Feststellung eröffnet indes den Raum für die Schlussfolgerung, dass sie aktuell nicht beherrscht werden, und die entsprechende – unbeantwortete - Frage, inwiefern sie derzeit die Arbeitsfähigkeit eben doch beeinträchtigen könnten. Immerhin handelt es sich bei den vorgeschlagenen Massnahmen zudem um eine ganze Hand voll relativ einschneidender und nicht einfach umzusetzender Massnahmen. Insbesondere erscheint als fraglich, ob eine CPAP-Therapie aufrecht erhalten werden könnte, nachdem ärztlicherseits im November 2018 festgestellt worden war, nach der Nasenoperation vom August 2018 toleriere der Beschwerdeführer diese nicht mehr (vorstehend E. 3.20). Mit dem Beschwerdeführer (vorstehend E. 2.2) ist sodann darauf hinzuweisen, dass vorzunehmende medizinische Massnahmen grundsätzlich als Auflagen zu formulieren sind und eine erstmalige Rentenzusprache nicht verhindern.

Beizupflichten ist dem Beschwerdeführer auch darin, dass im Gutachten eine Gesamtbeurteilung der verschiedenen gesundheitlichen Probleme beziehungsweise der von diesen ausgehenden funktionellen Einschränkungen fehlt. Bei derart zahlreich vorhandenen Diagnosen erschiene solcherlei anlässlich einer polydisziplinären Begutachtung als angezeigt, wobei mit den Rheumatologen der E. ___ (vorstehend E. 4.6) auch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) in Erwägung zu ziehen wäre. 5.5

Das Gutachten vermag also an den entscheidenden Stellen und auch insgesamt nicht zu überzeugen. Indem die Beschwerdegegnerin dennoch auf es abgestellt

hat, hat sie den medizinischen Sachverhalt zu wenig abgeklärt.

Nachdem der medizinische Sachverhalt nicht erstellt werden kann, fehlt es an der Grundlage für eine Entscheidung. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzender medizinischer Abklärung eine neue Beurteilung vornehme und über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

Dabei hat sie eine neue polydisziplinäre Begutachtung in Auftrag zu geben mit der weiterhin unveränderten Frage, wie der Verlauf der Arbeitsfähigkeit für behinderungsangepasste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes zu beurteilen sei. Nachdem Ende August 2020 nach Verfügungserlass gesundheitliche Probleme auch in psychiatrischer Sicht zu Tage getreten sind (vgl. vorstehend E. 4.8-9), sind aus Gründen der Prozessökonomie (vgl. BGE 122 V 34 E. 2a) auch diese gutachterlich zu klären.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6. 2

Nach § 34 Abs. 1 GSVGer hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung

hat. 6.3

Gemäss § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der von Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald mit Eingabe vom 3. Dezember 2020 geltend gemachte Aufwand von 27.75 Stunden und Fr. 71.45 Barauslagen (Urk. 12) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Insbesondere erscheint ein Aufwand von 20.75 Stunden für das Verfassen und den Versand der Beschwerde

als weit überhöht, zumal von der lediglich 16-seitigen Beschwerdeschrift je 1 Seite durch eine reine Wiedergabe eines Wikipedia-Eintrags (S. 9 f. Ziff. 33), durch die Unterschrift (S. 15) und das relativ kurze Beilagenverzeichnis

(S. 16) konsumiert werden. Für das Abfassen und den Versand der Beschwerdeschrift erscheint deshalb ein Aufwand von 6

Stunden als angemessen, womit sich eine Kürzung um 14.75 Stunden ergibt und dementsprechend ein Aufwand von 13 Stunden zu entschädigen ist.

Bei Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist die Entschädigung somit auf Fr. 3'157.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 24. August 2020 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der unentgeltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 3'157.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Claudia Zumtaugwald - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 12 sowie von Urk. 14 - 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
Der Gerichtsschreiber
Mosimann
Boller

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