

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00060 vom 8. April 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-04-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00060

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00060 du 8 avril 2022

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00060 del 8 aprile 2022

Erwägungen

E. 1

8. Mai 2017 bei der B.____ AG [Urk. 13/49 , 55, 60])

sowie Auflösung de s Arbeitsverhältnis ses mit der Z.____

per Ende Oktober 2017 (Urk. 13/11

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invaliden versicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Rege lungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nach folgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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 Beurtei lung 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. 1.3

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betä tigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern

können; b.

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

E. 1.4

Ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

Eine solche Änderung kann insbesondere in einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes mit entsprechend vermindelter Arbeitsfähigkeit oder, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, in veränderten Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich liegen. Demgegenüber stellt die bloss abweichende Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes keine relevante Änderung dar (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Arbeitstätigkeit als Reinigungskraft zu 100

% arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit

(überwiegend sitzend und ohne Belastung des rechten Fusses) demgegenüber zu 100

% arbeitsfähig sei. Mit der gesundheitlichen Einschränkung könne ein gleichwertiges Einkommen wie vor der gesundheitlichen Beeinträchtigung erzielt werden, weshalb kein Anspruch auf eine IV-Rente bestehe (Urk. 2). Der vom Beschwerdeführer eingereichte Bericht der E. ___ AG ändere daran nichts, zumal die Behandler von einer Arbeitsunfähigkeit im Umfang von 0 % ausgehen und ebenfalls eine Tätigkeit mit wechselnder sitzender oder stehender Position empfehlen würden (Urk. 5). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, seine Arbeitsunfähigkeit betrage 100 %. Er habe seit der Operation ständig Schmerzen, wobei sich diese immer mehr verstärken würden. Zudem sei er seit zwei Jahren auch in psychiatrischer Behandlung (Urk. 1) . 2.3

Die Beschwerdegegnerin ist am 15. Juni 2020 materiell auf die Neuanmeldung des Beschwerdeführers eingetreten (Urk. 13/159/2), womit eine gerichtliche Überprüfung der Eintretensfrage unterbleibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_351/2020 vom 21. September 2020 E. 3.1 mit Hinweisen). 3.

3.1

Die Frage, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich durch Gegenüberstellung des Sachverhaltes im Zeitpunkt der strittigen Verfügung mit demjenigen, wie er im Zeitpunkt der letzten rechtskräftigen Verfügung bestanden hatte (BGE 130 V 71 E. 3.1). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung bildet folglich die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und

Durchführung eines Einkommensvergleiches beruht (BGE 134 V 131 E. 3; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_735/2019 vom 25. Februar 2020 E. 3.2).

Vorliegend wurde der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers letztmals mit Urteil des hiesigen Sozialversicherungsgerichts vom 6. November 2019 materiell beurteilt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass das Sozialversicherungsgericht bei seiner Beurteilung auf den bis zum Zeitpunkt der damals streitigen Verfügung vom 29. Oktober 2018 eingetretenen Sachverhalt abgestellt hat. Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob sich der massgebliche Sachverhalt zwischen dem 29. Oktober 2018 und der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 19. November 2020 (Urk. 2) in für den Rentenanspruch erheblicher Weise geändert hat (E. 1. 4). 3.2

Das Urteil des hiesigen Sozialversicherungsgerichts vom 6. November 2019 respektive die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 29. Oktober 2018 basierte im Wesentlichen auf dem Gutachten der G. ___ AG vom 1. Juni 2018 (Urk. 13/115). Darin stellten die Gutachter folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/115/4): - Funktionsstörung des rechten Beines nach operativ versorgtem Mehrstückbruch von Schienbein und Wadenbein mit verbliebener Einschränkung der Fusshebung und Reduktion der Beweglichkeit im unteren Sprunggelenk rechts Zudem wurden folgende Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 13/115/4): - Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F 43.23) - Möglicherweise leicht- bis mittelgradig ausgeprägte posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.1) Auf orthopädischem Fachgebiet wurden folgende relevanten objektiven Befunde erhoben: Beim Barfussgang falle ein erheblich variables Schonhinken auf. Bei der ersten Schrittfolge sei der Gang noch raumgreifend und hinkfrei. Bei der zweiten geprüften Schrittfolge werde der rechte Fuss, der vormals ein regelrechtes Abrollverhalten gezeigt habe, nur noch plan aufgesetzt und ohne Bewegung im oberen Sprunggelenk angehoben und wieder nach vorne gesetzt. Bei Betrachtung von hinten bestehe Beckengeradstand und Schultergeradstand. Zehenspitzen- und Fersenstand seien dem Beschwerdeführer möglich. Hierbei würden Beschwerden im rechten Unterschenkel und im rechten oberen Sprunggelenk angegeben. Im Weiteren gebe der Beschwerdeführer an, er könne rechts doch nicht auf den Zehenspitzen gehen. Er könne schon gar nicht auf dem rechten Fuss wippen oder hüpfen. Bei der erneuten Gegenprüfung des Zehenspitzenstandes werde dieser als nicht mehr durchführbar angegeben. Das tiefe Abhocken und Hochkommen aus der tiefen Hocke sei problemlos vorführbar. Inspektorisch bestehe keine sichtbare Muskelminderung am rechten Bein. Knapp oberhalb des Sprunggelenks am rechten Bein bestünde eine keloidartige Verdickung und eine schlechte Verheilbarkeit der Narbe. An dieser Stelle sei die Wunde schlecht geheilt. Im Übrigen sei die Wunde reizlos und ohne fortgeleitete Entzündungszeichen und abgesehen vom Narbenkeloid im unteren Anteil nicht druckschmerzhaft. Das obere Sprunggelenk sei für die Fusshebung bewegungseingeschränkt (Fusshebung bis 10°) bei frei möglicher Fussenkung. Das untere Sprunggelenk sei für die Inversion, also für die Fussbewegung nach innen, gering gemindert. Das Anheben des äusseren Fussrandes sei im Seitenvergleich nicht reduziert. Das aktive Fussheben und Fussensenken sei gegen Widerstandsgabe kräftig möglich, ohne fühlbare Kraftminderung im Seitenvergleich zu links. Es bestünden keine Überwärmung und keine tastbare Schwellung von oberem und unterem Sprunggelenk. Knapp oberhalb des Innenknöchels zeige sich eine etwa 5x5 cm bräunliche Hautinduration nach dort stattgehabter Hautdurchspießung im Rahmen des offenen Unterschenkelbruches. Es sei

keine Achsfehlstellung erkennbar gewesen. Es bestehe eine beidseits seitengleiche Fusssohlenbeschwielung. Die Fussmuskulatur sei beidseits gleich entwickelt (Urk. 13/115/43-44). Auf psychiatrischem Fachgebiet wurden im Wesentlichen folgende Untersuchungsbefunde nach AMDP festgehalten: Der Beschwerdeführer sei wach und bewusstseinsklar sowie zeitlich, örtlich, situativ und zur Person orientiert. Er könne Lebensdaten sicher rekonstruieren und im Zeitgitter einordnen. Das Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt. Die Konzentration und Aufmerksamkeit seien nicht eingeschränkt. Der Subtraktionstest werde zunächst fehlerfrei durch geführt. Dann setze eine Verlangsamung ein, der Beschwerdeführer verrechne sich um eine Zahl, bei der nächsten Rechenoperation um zehn Zahlen, und bestätige auf Nachfrage, dass dies Ausdruck verminderter Konzentration sei, was diskrepant zu seinem sonst gut konzentrierten Antwortverhalten sei. Der formale Gedankenlauf sei geordnet, auf das Wesentliche beschränkt bei angemessener Denkgeschwindigkeit. Eine Grübelneigung werde nicht berichtet. Der Beschwerdeführer deute an, Angst wegen des Herzstolperns zu haben. Darüberhinaus gehende Ängste oder Phobien und ein Vermeidungsverhalten seien nicht zu eruieren. Es bestünden keine Zwangsgedanken, -impulse oder Handlungen. Hinweise für inhaltliche Denkstörungen würden nicht vorliegen und es würden sich keine Hinweise für das Vorliegen von akustischen, optischen, gustatorischen, olfaktorischen, taktilen oder zönesthetischen Halluzinationen ergeben. Ich-Störungen seien nicht eruierbar. Der Beschwerdeführer sei zunächst, als er das Thema Krieg erwähne, gereizt, wirke weitstreckig unterschwellig gereizt bei einem Bemühen um eine adäquate Interaktionsgestaltung. Er sei moduliert und auslenkbar. Es würden keine Schuld- und Insuffizienzgefühle bestehen. Einmalig, während der Beschwerdeführer das zweite Mal über Kriegserlebnisse spreche, sei er neben der gereizten Haltung auch affektinkontinent und breche in Tränen aus. Der gerichtete motorische Handlungsantrieb sei adäquat. Psychomotorische Auffälligkeiten würden sich nicht zeigen. Es bestünde kein Anhalt für Suizidgedanken oder -pläne (Urk. 13/115/71-73). Aus orthopädischer Sicht sei die Fraktur mit der Funktionseinschränkung der verminderten Belastbarkeit des Sprunggelenks stabil und belastbar verheilt. Es habe gutachterlich anhand objektiver Befunde nachgewiesen werden können, dass der Beschwerdeführer, entgegen seinen Behauptungen, das verunfallte Bein praktisch voll belaste, Zeichen einer Minderbelastung lägen nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht sei ausgeführt worden, dass unter Berücksichtigung der Aktenlage und der

Befunde trotz der Möglichkeit einer leicht- bis mittelgradig ausgeprägten posttraumatischen Belastungsstörung ein – entsprechend der Einschätzung in H.____ – bewusst dysfunktionales Verhalten mit einer auch hier beobachteten demonstrativen Symptompräsentation ohne psychische Einschränkungen vorliege. Es könne eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (ICD-10 F 43.23) diagnostiziert werden (Urk. 13/115/3-4). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 13/115/5). Es falle im Aktenverlauf auf, dass der Beschwerdeführer zwar durchaus Initiative und Bereitschaft zur Wiederaufnahme einer Arbeit markiert habe, eine solche dann aber trotz weitgehenden Entlastungen umgehend – jeweils zum Erstaunen der Betreuer – habe scheitern lassen. Das von ihm selber vermittelte und teilweise von den behandelnden Chirurgen laut Angaben des Beschwerdeführers übernommene Leistungsprofil sei aufgrund des Lokalbefundes in seiner funktionellen Enge an sich nicht plausibel und stehe im krassen Gegensatz zu den objektiven Befunden. Das geklagte Missverstanden-Sein und die hier teilweise deutlich gezeigte Ungehaltenheit seien

demonstrativ. Der Beschwerdeführer wäre auch durchaus in der Lage, die vorsichtige und das Vorgehen lange offenlassende Haltung der Ärzte bezüglich Metallentfernung zu verstehen. Er mache aber lieber Schuldzuweisungen, halte systematisch alle hin und sei der Auffassung, dass zunächst eine Entschädigung fällig sei (Urk. 13/115/4-5). Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, es bestehe eine behandlungsbedingte Arbeitsfähigkeit von 0 % vom 29. August 2015 bis am 25. September 2016. Anschliessend liege vom 26. September 2016 bis am 16. Oktober 2016 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und vom 17. Oktober 2016 bis am 6. November 2016 eine solche von 75 % vor. In der bisherigen Tätigkeit liege eine uneingeschränkte Leistungsfähigkeit in einem reduzierten Pensum von 6 Stunden täglich, entsprechend gesamthaft einer Arbeitsfähigkeit von 70 % seit dem 7. November 2016 vor. In einer angepassten Tätigkeit bestehe seit dem 7. November 2016 eine volle

Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten bei Wechsel zwischen Gehen, Stehen und teilweise, nicht überwiegend, im Sitzen und ohne häufiges Treppen- oder Leiternsteigen. Die zeitliche Einschränkung des Tagespensums in der bisherigen Tätigkeit bestehe wegen verminderter Belastbarkeit des rechten Sprunggelenks (Urk. 13/115/5). 3.3

Im Zusammenhang mit der Neuanmeldung vom 2. April 2020 liegen insbesondere folgende Berichte bei den Akten : 3.3 .1

Dem Bericht von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, vom 10. Januar 2019 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer vor allem über Beschwerden am distalen Unterschenkel ventral betont und ansonsten unverändert etwas diffuse Beschwerden berichtet. Im SPECT-CT des Unterschenkels respektive Fusses rechts vom 21. Dezember 2018 zeigten sich ossäre Aktivitäten an der Tibia ventral im Bereich des Osteosynthesematerials sowie teilweise auch entlang der Schrauben sowie proximal innerhalb von zwei alten fixateurexternen Kanälen. An der Fibula zeige sich noch eine Aktivität im ehemaligen Frakturbereich. Es seien keine klaren Hinweise auf einen Low-Grade-Infekt oder eine Osteomyelitis zu finden. Sowohl am oberen als auch am unteren Sprunggelenk zeige sich nur eine minimale Anreicherung. Eine Arthrolyse oder Intervention werde deshalb nicht empfohlen, insbesondere auch deshalb nicht, da im klinischen Untersuchung diese Gelenke eigentlich schmerzfrei und praktisch regelrecht beweglich seien. Auch klage der Patient hier nicht über klare Beschwerden im Alltag (Urk. 13/154/18). 3.3.2

Dr. C.____

führte in seinem Bericht vom 13. Februar 2019 folgende Hauptdiagnose an: - Störendes Osteosynthesematerial rechts und beginnende OSG-Arthrose rechts bei - Status nach ORIF distale Tibia und Fibula 14.09.2015 - Status nach Unfallereignis am 29. August 2015 mit 3° Weichteilschaden, multifragmentäre, distale Tibiafraktur links infolge Motorradunfall

Als Nebendiagnosen nannte er eine arterielle Hypertonie sowie eine posttraumatische Belastungsstörung seit 2015. Der Beschwerdeführer sei aktuell gehfähig mit morgendlichen Anlaufbeschwerden und belastungsabhängigen Schmerzen im Rückfuß rechts. Zu den Befunden führte Dr. C.____ aus, die Narben seien inspektorisch reizlos und dunkel verfärbt aber ohne Schmerzen. Im oberen Sprunggelenk (OSG) sei die Dorsalflexion 10° und die Plantarflexion 30° möglich. Es sei keine Krepitation hörbar. Die Sensibilität im Fussrücken sei vermindert, ansonsten sei die Sensomotorik aber normal. Es gebe keine Krafteinbussen und keine Instabilität. Die Arteria

dorsalis

pedis und tibialis

posterior seien frei. Subtalare Bewegung, Chopart - und Lisfrancbewegung seien frei möglich. Über dem anteromedialen OSG bestehe eine Druckdolenz. Die Frakturen seien abgeheilt, die Platte stehe anterolateral etwas ab. Medial bestehe eine Defektzone im OSG, ventral ein beginnender Osteophyt (Urk. 13/141). 3.3.3

Die Ärzte des Universitätsklinikums J.____, Klinik für Traumatologie, hielten in ihrem Bericht vom 29. November 2019 fest, der Beschwerdeführer berichtete von einem unveränderten Befinden. Er habe weiterhin bei längerer Belastung Schmerzen im Unterschenkel. Zum Befund führten sie an, es bestünden reizlose Narbenverhältnisse, keine Rötung, keine Schwellung und keine Überwärmung. Es seien keine Druckdolenz auslösbar. Die Dorsalextension und die Plantarflexion seien 50/0/40° möglich. Gemäss Computertomographie (CT) des Unterschenkels rechts vom 18. November 2019 bestünden stationäre Stellungenverhältnisse mit abgeschlossener ossärer Konsolidierung der distalen Fibula- und Tibiafraktur sowie der Fraktur des Talus, des Os cudoideum und des Os cuneiforme laterale. Zudem bestehe eine stationäre Stufenbildung medialseits an der tibialen Gelenkfläche mit diskreter Progredienz der subchondralen

Mehrsklerosierung im OSG, am ehesten im Rahmen degenerativer Veränderungen. Das Osteosynthesematerial sei intakt, in situ und ohne Lockerungszeichen. Insgesamt zeige sich ein prolongierter Heilungsverlauf nach einem schweren Unterschenkeltrauma rechts. Aus traumatologischer Sicht zeige sich ein erfreuliches Ergebnis in Anbetracht der Schwere des Traumas des Unterschenkels. Es bestehe keine Arbeitsunfähigkeit und werde dringend empfohlen, weiterhin eine passende Arbeitsstelle für den Patienten mit wechselnd sitzender und stehender Tätigkeit zu finden (Urk. 13/154/52). 3.3.4

Am 17. Januar 2020 berichtete Dr. C.____, der Beschwerdeführer habe weiterhin Beschwerden im oberen Sprunggelenk. Neue Befunde gäbe es nicht. Zur Abklärung einer Arthrose im oberen Sprunggelenk rechts werde ein SPECT-CT in der Klinik K.____ durchgeführt (Urk. 13/154/15). 3.3.5

Aus dem Bericht der Klinik K.____, Nuklearmedizin, vom 21. Januar 2020 über ein SPECT-CT vom 20. Januar 2020 ergibt sich, dass eine ossäre Stressreaktion mit Zeichen eines unvollständigen ossären Durchbaus 12 cm proximal des Malleolus

lateralis in der Diaphyse der Fibula nachzuweisen sei. Eine vermehrte Nuklid Aufnahme zeige auch der anteriore, distale, tibiale Frakturbereich 4 cm proximal der distalen tibialen Gelenkfläche mit ebenfalls nur partiellem ossärem

Durchbau. Zudem zeige sich ein Aktivierungszeichen an der Spitze des Processus anterior des Talus mit hier liegenden separiert liegenden Ossikeln /Fragmenten (Urk. 13/154/26). 3.3.6

Am 23. Januar 2020 hielten die Ärzte des J.____, Klinik für Traumatologie, zur gleichentags erfolgten Konsultation

fest, dass der Beschwerdeführer immer noch über intermittierende Schmerzen im rechten Sprunggelenk und daraus folgende Einschränkungen berichtete. Zum Befund führten sie aus, dass das Integument intakt sei. Die Operationsnarben seien reizlos und es zeige sich keine wesentliche Schwellung, Überwärmung oder Rötung. Zudem sei keine Druckdolenz bei

Palpation feststellbar. Dorsalextension und Plantarflexion seien 20/0/50° möglich. Es zeige sich ein flüssiges, leicht hinkendes Gangbild sowie eine symmetrische Ober- und Unterschenkelmuskulatur. Zudem sei eine regelrechte Vorfussbeschwellung beidseits sichtbar. Dem Beschwerdeführer wurde eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert und weiterhin empfohlen, eine Arbeitsstelle mit wechselnd sitzend und stehender Tätigkeit zu suchen (Urk. 13/154/50). 3. 3 .7

Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte in seinem Bericht vom 19. Mai 2020 folgende Diagnosen an (Urk. 13/145/1) : - Verdacht auf beginnende posttraumatische Arthrose oberes Sprunggelenk bei - Status nach Weichteiltrauma Unterschenkel 29.08.2015 mit - Mehrfragmentärer distaler Fibuladiaphysenfraktur (Status nach offener Reposition und Orif) - Mehrfragmentäre Intraartikuläre Mehrfragmentfraktur distale Tibia (Orif 15.09.2015) - Abscherfraktur

Tuberculum medial und laterale Processus

posterior

tali - Mehrfragmentäre intraartikuläre Abscherfraktur des dorsalen Os cuboideum - Mehrfragmentäre Abscherfraktur des Os cuneiforme laterale - Subkapitale, gering dislozierte Fraktur Metatarsale II und III - Lappenbildende Riss-Quetsch-Wunde plantar MTP I - Posttraumatische USG-Arthrose im Rahmen der Diagnose 1 Dr. L.____ führte aus, der Beschwerdeführer berichte über eine Belastungsintoleranz und nach 1-2 Stunden auftretende Schmerzen, wobei er diese am ehesten in der Tiefe des oberen Sprunggelenkes aber auch anterior und lateral lokalisiere. Zudem hielt Dr. L.____

folgende Befunde fest : Es bestehe ein leicht hinkendes Gangbild. Die Operationszugänge seien trocken und reizlos verheilt mit unauffälligem Alignment. Es sei ein unauffälliges Längsgewölbe und ein physiologischer Rückfuss mit Nachvarisierung der Ferse im Zehenstand beobachtbar. Der Fersenstand sei vorführbar. Das obere Sprunggelenk sei passiv sehr gut beweglich mit Plantarflexion und Dorsalextension 30/0/20°. Subtalar bestehe eine leichte Bewegungseinschränkung, dies aber ohne Schmerzauslösung. Beim Durchbewegen des oberen Sprunggelenkes sei keine Krepitation hörbar. Chopart und Lisfranc seien frei. Dorsalis

pedis und Tibialis

posterior Pulse seien tastbar. Das Gelenk sei ligamentär stabil. Über dem anterioren Gelenkspalt des oberen Sprunggelenkes zeige sich eine deutliche Druckdolenz. Schliesslich berichtete Dr. L.____ über eine erfolgte diagnostisch-therapeutische Infiltration des Sprunggelenkes durch den antero-medialen Softspot mit Triamcort und Ropivacain unter sterilen Kautele. Im Anschluss habe sich eine deutliche Rückläufigkeit der Beschwerden auf der Höhe des oberen Sprunggelenkes gezeigt (Urk. 13/145/2). 3.3 .

E. 5

/68 und Urk. 13/148), stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 29. November 2017 die Zusprache einer befristeten Viertelsrente von Mai 2017 bis Januar 2018 in Aussicht (Urk. 13/88). Nach durch den Versicherten dagegen erhobenem Einwand (Urk. 7/93, 104), gab die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie und Psychiatrie in Auftrag (Urk. 13/106-107), welches am 1. Juni 2018 erstattet wurde (Urk. 13/115). Mit Verfügung vom 29. Oktober

2018 verneinte die IV-Stelle einen

Anspruch des Versicherten auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 13/122). Mit Urteil IV.2018.01034 vom 6. November 2019 hiess das hiesige Sozialversicherungsgericht die dagegen erhobene Beschwerde des Versicherten (Urk. 13/123) teilweise gut und hob die angefochtene Verfügung insoweit auf, als

festgestellt wurde, dass der Versicherte vom 1. August 2016 bis am 30. November 2016 Anspruch auf eine ganze Rente und vom 1. bis 31. Dezember 2016 Anspruch auf eine halbe befristete Rente der Invalidenversicherung hat (Urk. 13/ 127/13-14).

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

Mit Bericht vom 3. Juli 2020 verwies Dr. F.____ auf seinen Bericht vom 20. November 2017, welcher immer noch gültig sei. Das unfallbedingte postoperative Schmerzsyndrom des rechten Sprunggelenks sowie das konsekutive fehlbelastungsbedingte Rückenleiden hätten sich vertieft und seien auf intensiverer Stufe chronifiziert . Die ärztliche Irrfahrt, Verleugnung und Abschiebung in Bezug auf die Heilung des Unterschenkels bei trotz alltäglicher Selbstdisziplin mit quälender körperlicher Alltagsbelastung im Haushalt sich verschlimmerndem Schmerz syndrom bedinge beim Beschwerdeführer eine sich stetig vertiefende posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F 43.23), welche sich bei der letzten Untersuchung am 2. Juli 2020 in höchster Erregung durch Verzweiflung, Suizid impulse, unerträgliches Demütigungserleben, blinde Wut, Scham vor allem vor seinen Kindern, Ohnmacht und Verstrickung in Komp l ottphantasien geäussert habe und angesichts der unterdessen eingetretenen objektiven Verarmung der jetzt noch sechsköpfigen Familie bedrohliche Züge angenommen habe, wobei der Beschwerdeführer kaum zu besänftigen gewesen sei . Der Beschwerdeführer brauche institutionelle Hilfe durch die IV und die Anerkennung seiner seit fünf Jahren andauernden und derzeitigen 100%igen Arbeitsunfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Urk. 13/149/1-2). 3.3 .9

Gemäss Bericht von Dr. med. M.____ , Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin sowie Nephrologie, vom 31. Juli 2020 besteht beim Beschwerdeführer ein unfallbedingtes chronisches Schmerzsyndrom seit dem 28. August 2015. Bis heute klagt er über selbst belastungsunabhängige Schmerzen im rechten Fuss. Die Wiederaufnahme der Arbeit sei zurzeit undenkbar. Es seien viel fach Infiltrationstherapien durchgeführt worden, jeweils ohne klinische Verbesserung. Die letzte Infiltration habe Mitte Juli 2019 stattgefunden. Mittlerweile sei der Beschwerdeführer auch psychisch erkrankt mit depressivem Zustandsbild und Aggressivität. Der Beschwerdeführer klagt nach zwei Stunden körperlicher Betätigung über ganztägige Schmerzen, weshalb ihm die zuletzt ausgeführte Tätigkeit als Reinigungskraft nicht zumutbar sei. Auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit sei er nicht arbeitsfähig (Urk. 13/154/3-5). 3.3 .

E. 10

Dr. med. N.____ , Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, führte in seinem Bericht vom 12. August 2020 die Diagnose eines chronisch unbeeinflussbaren Schmerzes im Fuss rechts bei ursprünglichem Status nach Weichteiltrauma des Unterschenkels vom 29.08.2015 mit mehr fragmentärer distaler Fibula diaphysenfraktur

sowie Status nach chirurgischen Versorgungen (ICD-10 R 52.1) an. Er habe den Beschwerdeführer am 16. Juni 2020 erstmals gesehen und kurzzeitig bis am 6. Juli 2020 betreut (Urk. 13/155/7). Am 16. Juni 2020 hielt er folgende Befunde fest : Das Gangbild imponiere teils fließend und dynamisch, teils leicht rechtsentlastend mit frühem toe off, dabei teils auch noch

mit schläfrigem, entspanntem Gangbild. Es bestehe keine Überwärmung des Gewebes am Unterschenkel und Fuss des rechten Beines. Die Dorsalextension des oberen Sprunggelenks sei gegenüber links um 10° reduziert, die Plantarflexion um 15° gegenüber links limitiert. Bei endgradiger

Plantarflexion und Dorsal extension gebe der Beschwerdeführer Schmerzen an. Demgegenüber erfolge keine Schmerzangabe bei der Prüfung der groben Supinationsbewegung und die durch geführte Plantarflexion in der Supination sowie die durchgeführte Dorsalextension bei der Pronation würden ohne wesentliche Schmerzangabe toleriert. Die Prüfung der Nervenbahnen proximal und distal würden nicht schmerzauslösend und in der orientierenden neurologischen Untersuchung auch nicht relevant gestört im Sinne einer peripheren Schädigung mit Dermatomausfall erscheinen. In der Sonografie des Unterschenkels und des Fusses rechts zeige sich in der Durchsicht des Weichteilgewebes des Unterschenkels und in der Region kein Gelenkserguss. Die Knochenleitlinien der Fibula würden distal eine kleinere Usur zeigen , jedoch ohne Anzeichen einer Vaskularisation. Die Narbenstrukturen seien entsprechend dem äusseren Erscheinungsbild im Bereich der distalen breitflächigen Narbenanteile deutlich eingezogen und hier auch imponierend mit Anhaftung an das Periost. Es bestehe eine komplexe Gewebeschädigung des Unterschenkels insbesondere prätibial . Anzeichen einer aktiven Entzündungsreaktion oder trophischen Störung fänden sich aber nicht. Es bestünden Residuen der Fibulafraktur ohne dynamische Hinweise für eine Pseudarthrosenbildung (Urk. 13/155/15 f.). Am 22. Juni 2020 sei zur Behandlung der neuropathischen Schmerzkomponente eine Glucose-Infiltration durchgeführt worden , wobei sich initial deutlich weniger Druckschmerz am Fuss gezeigt und sich die Abrollbewegung gebessert habe, demgegenüber aber ein vermehrtes Ziehen in der Wade sowie an den Hamstrings aufgetreten sei. Nach 20 Minuten sei sodann ein massiver ziehender Schmerz in der rechten Ferse aufgetreten (Urk. 13/155/13 f.) . Am 29. Juni 2020 habe der Beschwerdeführer über eine Verbesserung berichtet. So sei das Spannungsgefühl um das Sprunggelenk am Morgen verschwunden und die Wade habe sich insbesondere im äusseren Wadenbereich etwas leichter angefühlt. Unter Belastung und auch bei kühlerem Wetter habe er aber weiterhin eine Schmerzsymptomatik (Urk. 13/155/11). Im Rahmen der erneuten Verlaufskontrolle vom 6. Juli 2020 habe der Beschwerdeführer die Wartezone mit beschwerdefreiem und symmetrischem Gangbild betreten. Beim Betreten des Untersuchungsraumes sei dann eine leichte Entlastung des rechten Beines erfolgt, wobei zeitweise auch ein symmetrisches Gangbild bestanden habe . Der Beschwerdeführer berichte, dass er keinerlei Verbesserung erlebe. Die Symptome seien unbeeinflusst. Auf Nachfrage zur am 29. Juni 2020 berichteten Verbesserung gebe er an, dass es ihm zwischenzeitlich bessergegangen sei. Die Schmerzen seien durcheinander, er verstehe es nicht. Er wolle sich nun in eine naturheil-medizinische Betreuung begeben (Urk. 13/155/9 f.) . Insgesamt attestierte Dr. N.____ dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit und erachtete die Prognose zur Arbeitsfähigkeit als gut (Urk. 13/155/2-3). 4.

Im Folgenden ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im entscheidungsrelevanten Referenzzeitraum seit der Verfügung vom 29. Oktober 2018 in anspruchsbegründender Weise verschlechtert hat. 4.2

4.2.1

In Bezug auf die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Verschlechterung der Fussbeschwerden ist aus den Akten ersichtlich, dass Dr. C._____

im Februar 2019 erstmals eine beginnende OSG-Arthrose rechts diagnostizierte (E. 3.3.2). Auch Dr. L._____ führte im Mai 2020 in seiner Diagnoseliste den Verdacht auf eine beginnende Arthrose im oberen Sprunggelenk auf (E. 3.3.7).

Diesbezüglich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht in erster Linie die Diagnosen, sondern die daraus resultierenden funktionellen Einschränkungen entscheidend

sind (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2017 vom 13. Februar 2018 E. 3.3 mit Hinweis). Hinweise auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung der funktionalen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht im massgeblichen Zeitraum (E. 4.1)

lassen sich den vorliegenden medizinischen Akten allerdings nicht entnehmen. So waren sowohl das obere als auch das untere Sprunggelenk rechts im Januar 2019 schmerzfrei und regelrecht beweglich und der Beschwerdeführer beklagte keine klaren Beschwerden im Alltag (E. 3.3.1). Wenngleich sich der Heilungsverlauf in der Folge prolongiert zeigte, erachteten die Ärzte des J._____ im November 2019 das Ergebnis als erfreulich, verneinten das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und hielten die Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle für vordringlich (E. 3.3.3). Im Januar 2020 berichteten sie über ein flüssiges, leicht hinkendes Gangbild, eine symmetrische Ober- und Unterschenkelmuskulatur sowie eine regelrechte Vorfussbeschwellung beidseits, attestierten dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit

und empfahlen unverändert die Suche einer wechselbelastenden Tätigkeit (E. 3.3.6). Alsdann ergeben sich auch aus dem Bericht von Dr. L._____

keine Anhaltspunkte, welche auf eine massgebliche Verschlechterung schliessen lassen würden (E. 3.3.7). Über eine gute und weitgehend schmerzfreie Beweglichkeit des oberen Sprunggelenkes berichtete sodann auch Dr. N._____ und

wies darauf hin, dass der Beschwerdeführer am 6. Juli 2020 die Wartezone mit beschwerdefreiem und symmetrischem Gangbild betreten hat. Insgesamt attestierte er dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit und erachtete die Prognose zur Arbeitsfähigkeit als gut (E. 3.3.10). Schliesslich ergibt sich auch aus dem vom Beschwerdeführer mit der Beschwerde eingereichten Bericht der E._____ AG vom 7. Dezember 2020, dass deren Ärzte das Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit ausdrücklich verneinten und ihm eine wechselbelastende Tätigkeit empfahlen

(Urk. 3/2). Soweit Dr. F._____ sowie Dr. M._____ demgegenüber auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustands mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in jeglicher Tätigkeit schliessen wollen, vermag der Beschwerdeführer hieraus nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. So nannten weder Dr. F._____ noch Dr. M._____ neue oder andere objektive Befunde, welche auf eine Verschlechterung der funktionalen Leistungsfähigkeit

des Beschwerdeführers hinweisen würden. Vielmehr verwies Dr. F.____ ausdrücklich auf seine bisherige Einschätzung vom 20. November 2017 (E. 3.3.8) und Dr. M.____ nahm Bezug auf vom Beschwerdeführer seit August 2015 geklagte Beschwerden (E. 3.3.9).

Hieraus auf eine Verschlechterung zu schliessen verbietet sich bereits aus diesem Grund. Im Übrigen erfolgten sowohl die Ausführungen des behandelnden Psychiaters (E. 3.3.8) als auch diejenigen des Hausarztes (E. 3.3.9) weitgehend fachfremd, weshalb sie ohnehin nicht geeignet sind, eine relevante Verschlechterung zu belegen. 4.2.2

Soweit der Beschwerdeführer alsdann geltend macht, bereits seit zwei Jahren in psychiatrischer Behandlung zu stehen (E. 2.2), ist darin noch keine Verschlechterung seines psychischen Gesundheitszustands zu erblicken. Wie erwähnt, verwies sein behandelnder Psychiater, Dr. F.____, in seinem Bericht vom 3. Juli 2020 ausdrücklich auf seinen Bericht vom 20. November 2017 und mass diesem diagnostisch nach wie vor Gültigkeit zu. Neue objektive Befunde, welche seine Diagnose einer sich stetig vertiefenden posttraumatischen Belastungsstörung zu begründen vermögen, führt er hingegen nicht an. Vielmehr verwies er auf eine unterdessen eingetretene objektive Verarmung der sechsköpfigen Familie des Beschwerdeführers (E. 3.3.5). Auch in seinem Bericht vom 15. Mai 2021 führt er Dr. F.____ zur Begründung des sich verschlechternden psychischen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers insbesondere ablehnende Entscheide des Sozialamtes nach Sozialhilfe für die Familie und dadurch erfahrene soziale Kränkungen an (Urk. 18). Diesbezüglich ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat braucht, das fachärztlicherseits schlüssig festgestellt wird. Psychosoziale und soziokulturelle Faktoren sind nur mittelbar invaliditätsbegründend, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Wo im Wesentlichen nur Befunde erhoben werden, die in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2018 vom 22. März 2019 E. 3).

Im Übrigen ist mit Blick auf die von Dr. F.____ geforderte Anerkennung der seit fünf Jahren andauernden 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers

daran zu erinnern, dass im Rahmen des Gutachtens vom 1. Juni 2018 auf

ein bewusst dysfunktionales Verhalten des Beschwerdeführers sowie ein demonstrativ geklagtes Missverstanden-Sein geschlossen wurde und diese Umstände auch bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Berücksichtigung fanden (E. 3.2). 4.3

Nach dem Gesagten sind weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht Hinweise aktenkundig, welche auf eine Unzumutbarkeit einer – wie der Verfügung vom 29. Oktober 2018 zugrunde gelegt – vollständigen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (Anforderungsprofil: E. 3.2) schliessen lassen würden. An einer für einen Rentenanspruch relevanten Änderung des Invaliditätsgrades (E.

1.4) fehlt es demzufolge. Hieran vermag auch der vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 3. März 2021 eingereichte Bericht von Dr. M.____ vom 24. Februar 2021 nichts zu ändern, enthält dieser doch lediglich eine Auflistung von Diagnosen, welche keinen Rückschluss auf eine Verschlechterung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zulassen (Urk. 11/3). Dasselbe gilt für den Bericht des J.____ vom 9. Dezember 2020;

gegenteils wurde erneut bekräftigt, es bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit .

Ferner wurde von den Ärzten abermals festgehalten , dass sie klinisch-radiologisch in Anbetracht der schweren Verletzung mit dem Operationsergebnis sehr zufrieden seien und aktuell keine akute Indikation zur Entfernung des Osteosynthesematerials bestehe (Urk. 11/18).

Von weiteren Abklärungen – insbesondere der beantragten spezial ärztlichen Begutachtung (vgl. Sachverhalt E. 2) – ist in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157) abzusehen, zumal sich anhand der aufgelegten Berichte keine Anhaltspunkte für eine seit der letzten Begutachtung stattgehabte erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben.

5.

Zusammenfassend hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht in anspruchsbegründender Weise verschlechtert. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung mit der angefochtenen Verfügung vom 19. November 2020 (Urk. 2) folglich zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 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: - IG Treuhand & Beratungen GmbH - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage von Urk. 11/1-18 - 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 Vogel R. Müller

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