

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00619 vom 20. Oktober 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-10-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00619](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00619)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00619 du 20 octobre 2023

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00619 del 20 ottobre 2023

## Erwägungen

### 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 Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen 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 der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens des Bundesamtes für Sozialversicherungen zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems [ K S ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022 ).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend 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 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). 1. 3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts

8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl.

Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). 1. 4

Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz. Danach haben der Versicherungsträger oder das Durchführungsorgan und im Beschwerdefall das kantonale Versicherungsgericht von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Abs. 1 bis sowie Art. 61 lit. c i.V.m. Art. 2 ATSG). 1. 5

Die 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. 2bis IVG). Nach Art. 49 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. 3.3.2).

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).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt (BGE 137 V 210 E. 1.2.1). Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen

ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen) . 2.

## **E. 2**

Am 2

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2 , Verfü gungsteil 2 ) davon aus, dass der Beschwerdeführer seit 26. Februar 2017 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei und ein Rentenanspruch nach bestandenem Wartejahr frühestens im April 2019 (sechs Monate nach Eingang der Anmeldung) habe entstehen können. Zu diesem Zeitpunkt sei der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätig keit noch zu 50 % , in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit hingegen voll arbeitsfähig gewesen (S. 1 Mitte). Bei Gegenüberstellung des bei guter Gesundheit erzielbaren Verdienstes und des noch möglichen Verdienstes in einer angepassten Tätigkeit resultiere kein anspruchsbegründender Invaliditäts grad von mindestens 40 % . Im November 2019 habe sich die gesundheitliche Situation massgeblich verschlechtert und der Beschwerdeführer sei vollumfäng lich erwerbsunfähig gewesen, womit der Invaliditätsgrad bei 100 % gelegen habe (S. 1 unten). Die nach drei Monaten zu berücksichtigende Verschlechterung führe ab 1. Februar 2020 zu einem Anspruch auf eine ganze Rente. Ab Juni 2020 habe wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden. Da der Beschwerdeführer ab September 2020 in einer angepassten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig gewesen sei, werde die ganze Rente durchgehend bis Ende August 2020 bezahlt (S. 2 oben). Für die Ermittlung des Einkommens mit gesundheitlicher Einschränkung sei der durchschnittliche Tabellenlohn für Männer in einer Hilfstätigkeit massgebend. Ein leidensbedingter Abzug sei nicht vorzunehmen (S. 2 Mitte).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber geltend (Urk. 1), aus den von der Beschwerdegegnerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens neu eingeholten medizinischen Unterlagen ergebe sich insgesamt keine Verbesserung, sondern eine Verschlechterung

der gesundheitlichen Gesamtsituation seit August 2020

(S.

4 Ziff. 5) . Der RAD habe bereits in früheren Stellungnahmen die in den Ar ztberichten erwähnten und im Rahmen des rechtlichen Gehörs vorgebrachten Beschwerden nicht gewürdigt u nd die angefochtene Verfügung sei ern e ut ohne wei t ere medizinische Abk l ärungen im Si n ne einer G e samtbeu r teilung ergang en. Es habe auch keine vertiefte respektive verwerth b a r e Auseinanderset u ng mit der Frage stattgefunden, inwiefern die diversen chronischen Besc h werd e n (Schultern, Rücken, Fuss) seine berufliche Wiedereingliederung nachteilig be e influss t e n (S. 5 Ziff. 6) . Indem d ie Beschwerdegegnerin lediglich zusätzliche Berichte bei den behandelnden Ärzten eingeholt und diese erneut dem RAD vorgelegt habe, sei s i e ihrer Abklärungs- beziehungsweise Untersuchungspflicht gemäss Art. 43 ATSG nicht nachgekommen . Die Sache sei daher zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen

(S. 5 Ziff. 7) . In Bezug auf die Zeit von April bis Oktober 2019 , in welcher eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in der ange stammten Tätigkeit anerkannt worden sei, h abe die

Beschwerdegegnerin bei der Bestimmung des Invalideneinkommens überdies unberücksichtigt gelassen, dass er damals noch bei seinem damaligen Arbeitgeber angestellt gewesen sei (S. 5 f. Ziff. 8).

### **E. 2.3**

In der Beschwerdeantwort (Urk. 6) hielt die Beschwerdegegnerin dagegen ,

gestützt auf die in Kenntnis der in der Beschwerde angeführten Arztberichte abgegebene Stellungnahme ihres RAD sei die Einholung eines versicherungs externen Gutachtens als nicht notwendig erachtet worden, da sich der medizinische Sachverhalt als ausreichend abgeklärt erwiesen habe (S. 2 Ziff. 2). Zur Ermittlung des Invalideneinkommens für den Zeitraum von April bis Oktober 2019 könne sodann nicht auf den tatsächlich erzielten Verdienst beziehungsweise die konkrete beruflich-erwerbliche Situation abgestellt werden, da angesichts der in einer körperlich angepassten Tätigkeit zumutbaren vollen Arbeitsfähigkeit nicht davon ausgegangen werden können, dass die verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausgeschöpft werde (S. 2 Ziff. 3).

### **E. 2.4**

Strittig und zu prüfen ist die Arbeitsfähigkeit beziehungsweise der Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Verlauf ab April 2019 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) und in diesem Zusammenhang insbesondere, ob die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt rechtsgenügend abgeklärt hat. 3. 3. 1

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Chefarzt und Leiter Schulter- und Ellbogenchirurgie, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, Kantonsspital A.\_\_\_\_, nannte im Bericht vom 24. Januar 2019 (Urk. 7/19/8-9) als Diagnose ein regredientes Rehabilitationsdefizit der Schulter rechts bei Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supra-, partiell Infraspinatus) rechts vom 30. April 2018. Er führte aus, den Beschwerdeführer bis Ende März 2019 noch zu 50% arbeitsunfähig geschrieben zu haben. Per 1. April 2019 beginne er wieder 75 % zu arbeiten (S. 2 oben). Im Schreiben vom 28. Februar 2019 (Urk. 7/19/7) ergänzte Dr. Z.\_\_\_\_, mittelfristig sei wieder mit einer vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen, sodass aus schulterorthopädischer Sicht keine Invalidität zu erwarten sei. 3. 2

Am 2. Mai 2019 (Urk. 7/24/7-8) berichtete Dr.

Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe anlässlich der Einjahreskontrolle vom 30. April 2019

nach erfolgter Sehnenrekonstruktion angegeben, mit dem Operationsresultat weiterhin nur mässig zufrieden zu sein, und habe über eine persistierende Minderbelastbarkeit insbesondere bei Überkopffunktionen berichtet. Per 1. April 2019 habe er ihn daher wieder zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben, wobei der Beschwerdeführer eigenen Angaben zufolge ganztags im Geschäft sei, jedoch mit eingeschränkter Leistungsfähigkeit. Neu aufgetreten seien nun auch linksseitige Schulterschmerzen und aktuell habe der Beschwerdeführer zudem

etwas mehr Probleme von Seiten der bereits seit Jahren bekannten lumbalen Diskushernie (S.

1 Mitte). Bei klinisch im Vordergrund stehender subacromialer Problematik sei eine subacromiale Infiltration der rechten Schulter durchgeführt worden, nach welcher sich der Beschwerdeführer sofort deutlich beschwerdeärmer gezeigt habe. Er starte nochmals mit

einer Physiotherapie (S. 2). 3. 3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, verwies in seinem Bericht vom 16. Mai 2019 (Urk. 7/24/9-10) betreffend die rechtsseitige Schulterproblematik auf die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_

(Ziff. 2.1). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine koronare Herzkrankheit und ein rezidivierendes lumbovertebrales Syndrom (Ziff. 2.6). Zur beruflichen Situation führte er aus, der Beschwerdeführer sei in einer auf Sonnenschutz vorrichtungen spezialisierten Firma zu 60 % im Büro und etwa zu 40 % im Aussendienst auf Baustellen tätig. Dabei müsse er auf Gerüste klettern und für Ausmessarbeiten immer wieder Überkopf arbeiten, was er aber nicht mehr könne.

Er müsse daher eine Hilfsperson mitnehmen. Bei den «Klick-off» Arbeiten müsse er teilweise auch beim Abladen von Material helfen und vor Ort instruieren. Im Büro erstelle er Offerten, um Aufträge zu generieren. Dabei müsse er die Arbeit aufgrund von Schulterschmerzen immer wieder unterbrechen (Ziff.

3). Aus haus ärztlicher Sicht sei es unrealistisch, dass er eine ander weitige angepasste Tätigkeit zu mehr als 50

% ausführen könne (Ziff. 4.3). 3. 4

Im Bericht vom

## **E. 5**

. November 2022 (Datum Postaufgabe) erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Oktober 2022 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, und ihm seien die gesetzlichen Leistungen zu gewähren. Hierzu sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen und diese habe den rechts erheblichen medizinischen Sachverhalt im Rahmen eines Gutachtens rechtskon form abzuklä ren und hernach über den Leistungsanspruch neu zu entscheiden (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Januar 2023 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 19. Januar 2023 (Urk. 8) zur Kenntnis gebracht und gleichzeitig darauf hingewiesen, dass die Anordnung des beantragten zweiten Schriftenwechsels (vgl. Urk. 1 S. 2 Mitte ) nicht als erforderlich erachtet werde, es den Parteien jedoch unbenommen bleibe, sich nochmals zur Sache zu äussern und weitere sach bezogene Unterlagen einzureichen. Mit Eingabe vom 1. Juni 2023 (Urk. 9) äusserte sich der Beschwerdeführer im Nachgang zu einer telefonischen Nachfrage seitens des hiesigen Gerichts zum Stand betreffend die gemäss Beschwer deschrift geplante Operation der linken Schulter. 3.

Der Unfallversicherer hatte dem Beschwerdeführer i m Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom Februar

2017

(Sturz auf die rechte Schulter beim Skifahren) ab 1. Dezember 2019 eine Rente gestützt auf eine Erwerbsunfähigkeit von 33

% sowie eine Entschädigung gestützt auf eine Integritätseinbusse von 10

% zuge sprochen (Verfügung vom 20. Dezember 2019, Urk. 7/33/2-5 ; aufgrund einer Falschberechnung des versicherten Verdienstes ersetzt durch Verfügung vom 28.

Januar 2020, Urk. 7/41 /2-5 ;

Einspracheentscheid vom 29. Oktober 2020 , Urk.

7/81 ) , was vom hiesigen Gericht mit Ur teil vom 4. November 2021 bestätigt wurde ( Verfahren Nr. UV.2020.00272 ) .

Hinsichtlich der linksseitigen Fussbeschwerden nach am 21. Mai 2019 erlittener Fussdistorsion (Unfallmeldung vom 19. Juni 2019, Urk. 7/72/171-172 ) ging der Unfallversicherer von einem erreichten Status quo sine vel ante spätestens sechs Wochen nach dem Unfallereignis aus und stellte die Versicherungsleistungen per 30. Juni 2019 ein ( Verfügung vom 10. Februar 2020, Urk. 7/72/98-100; Einspracheentscheid vom 29. Juni 2020, Urk. 7/72/7-19 ) .

Hinsichtlich der linksseitigen Schulterschmerzen nach einem Sturz ereignis vom

### **E. 5.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen 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. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 5.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als voll ständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Parteientschädigung hat.

Diese ist ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer ). In Anwendung dieser Kriterien ist die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlende Prozessentschädigung auf Fr. 1'700 . - -

( inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 24. Oktober 2022 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Parteientschädigung von Fr. 1'700 .-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Orion Rechtsschutz-Versicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 9 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach

Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert

### **E. 9**

Februar 2020 (Unfallmeldung vom

### **E. 11**

Februar 2020, Urk. 7/73/113 ) ging der Unfallversicherer von einem spätestens am 22. März 2020 erreichten Status quo sine aus und stellte seine Leistungen auf diesen Zeitpunkt hin ein ( Schreiben vom 3. Juli 2020, Urk. 7/73/24-25). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 12**

Juni 2019 (Urk. 7/25/4-5) nannte Dr. Z.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , als Diagnosen ein residuelles subacromiales Impingement Schulter rechts sowie ein subacromiales Impingement links (S. 1 Mitte) . Er führte aus,

die Arbeitsunfähigkeit nochmals verlängert zu haben, nachdem der Beschwerdeführer bezüglich der rechten Schulter wieder rezidivierende Schmerzen angegeben und von einer nur 50 -

bis 60%igen Leistungsfähigkeit bei ganztägiger Arbeit berichtet habe. Zudem habe er auf Wunsch des Beschwerdeführers bei zunehmenden Beschwerden im Bereich des linken Schultergelenks auch die linke Schulter infiltrierte (S. 1 unten). 3. 5

Dr.

med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Chirurgie, Suva Kreisärztin, berichtete am 25.

Juli 2019 über die kreisärztliche Untersuchung des Beschwerdeführers vom

Vortag (Urk.

7/ 28/69-75 ) und nannte als Diagnose Restbeschwerden bei Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion , subacromiale Dekompression mit Burssektomie im April 2018 bei Status nach SLAP II-Läsion mit Partialläsion der Subscapularissehne und transmurale Ruptur der Supraspinatussehne nach Sturz beim Skifahren im Februar 2017 (S. 6). Sie führte aus, klinisch zeige sich eine Bewegungseinschränkung im Bereich der rechten Schulter oberhalb der Horizontalen sowie eine verminderte Kraftentwicklung oberhalb der Horizontalen. Insgesamt liege ein mässiges postoperatives rehabilitiertes Ergebnis knapp 14 Monate nach Operation vor (S.

6 unten).

Eine optimal angepasste, leichte bis mittelschwere manuelle Tätigkeit, bis zur Horizontalen, ohne kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, ohne einseitiges Abstützen, kraftvolles Zupacken, Schläge, Vibrationen mit rechts, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten mit Gewicht, sei ganztags 100 % zumutbar ( S. 7 oben) 3. 6

Am 14. August 2019 (Urk. 7/26/5-6) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , der Beschwerdeführer zeige weiterhin eine leichte residuelle postoperative Steife der rechten Schulter . Er habe ihm die attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % (vgl. S.

1 unten ) nochmals verlängert (S. 2). Im Schreiben vom 2. September 2019 (Urk.

7/26/4) ergänzte Dr. Z.\_\_\_\_ , das Ziel sei nach wie vor die Wiederaufnahme der Arbeit zu 100 %. Eine Invalidität sei nicht zu erwarten. 3. 7

Im Bericht vom 29. Oktober 2019 (Urk. 7/77/3-4) führte Dr. Z.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , aus, in der Abschlusskontrolle 18 Monate nach erfolgter Sehnenrekonstruktion habe sich der Beschwerdeführer mit dem Operationsresultat nach wie vor nicht vollumfänglich zufrieden gezeigt. Allerdings habe er angegeben, wieder uneingeschränkt zu arbeiten (S. 1 unten). Möglicherweise korrigiere sich die Bewegungseinschränkung noch über die nächsten Monate. Eine vollständige Restitutio ad integrum sei nicht zu erwarten (S. 2 oben). 3. 8

Am 21. Mai 2019 zog sich der Beschwerdeführer ein Supinationstrauma des linken oberen Sprunggelenks (OSG)

zu ( vgl. Beurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_

vom 20. Juni 2019, Urk. 7/72/165 ; Unfallmeldung vom 19. Juni 2019, Urk.

7/72/171-172 ) und stand deswegen ab dem 17. September 2019 in der Fussprechstunde der Klinik für Orthopädie und Traumatologie, A.\_\_\_\_ ,

in Behandlung (vgl. Urk. 7/75/7 Ziff. 1.1).

In der Magnetresonanztomographie (MRI) des linken Sprunggelenks vom 25.

September 2019 (Urk. 7/72/148) wurde ein Split der Peroneus

brevis -Sehne objektiviert, welche r am 14. November 2019 durch Dr. med. D.\_\_\_\_ , Leitender Arzt, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, A.\_\_\_\_ , operativ versorgt wurde (Operationsbericht vom 14. November 2019, Urk. 7/72/155-156 ).

Im Austrittsbericht vom 26. November 2019 über die Hospitalisation im A.\_\_\_\_ vom 14. bis 18. November 2019 ( Urk. 7/72/160-161 ) wurde dem Beschwerdeführer vom 14. November bis 31. Dezember 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (S. 2 unten).

Diese wurde anlässlich der Verlaufskontrolle vom 30. Dezember 2019 bei insgesamt eher zögerlichem Rehabilitationsverlauf bis Mitte Februar 2020 verlängert (Bericht vom 6. Januar 2020, Urk. 7/80/10-11, S.

2 oben und Mitte). 3. 9

Im Bericht vom

11. Februar 2020

( Urk. 11/73/104-105 )

nannte Dr .

D.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , als Diagnosen eine Kontusion des Fusses links, Unfall vom 9.

Februar 2020 (vgl. Unfallmeldung vom 11. Februar 2020, Urk. 7/73/113) , sowie einen dringenden Verdacht auf ein postoperative s CRPS drei Monate nach Exploration und Naht der Peroneus

brevis -Sehne links und minimalinvasiver (MIS) lateral verschiebender Calcaneus Osteotomie (S. 1 Mitte, S. 2 Mitte).

Dr.

D.\_\_\_\_ führte aus, die Röntgenuntersuchung des linken Fusses vom 11.

Februar 2020 (vgl. Urk. 7/73/86)

habe keinen Anhalt für eine Fraktur ergeben und eine in Konsolidierung befindliche Calcaneus-Osteotomie ohne Lockerung des Osteosynthesematerials gezeigt (S. 2 oben). Er empfahl eine zeitnahe Vorstellung bei der Schmerztherapeutin im Hause, verordnete Physiotherapie und attestierte dem Beschwerdeführer bis zur nächsten Verlaufskontrolle in der ersten Maiwoche eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 Mitte, vgl. auch Urk.

7/73/100). 3. 1 0

Im Bericht vom 28. Mai 2020 (7/73/56-57) nannte Dr. Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - residuelles subacromiales Impingement links bei - Status nach Stolpersturz vom 9. Februar 2020 - residuelle funktionelle Einschränkung Schulter rechts bei - Status nach arthroskopischer Rotatorenmanschettenrekonstruktion (Supra-, partiell Infraspinatus) vom 30. April 2018 - Status nach Osteosynthesematerialentfernung (OSME) Ferse links am 14. Mai 2020 (vgl. Operationsbericht vom 15. Mai 2020, Urk. 7/80/6-7) bei - störendem Osteosynthesematerial nach MIS laterale verschiebende Calcaneus-Osteotomie vom 18. (richtig: 14.) November 2019

Er führte aus, die linke Schulter des Beschwerdeführers vor drei Monaten subacromial infiltriert zu haben, wovon dieser jedoch nur vorübergehend profitiert habe (S. 1 unten). Er zeige links ein klares Rezidiv eines subacromialen Impingements (S. 2). 3. 1 1

Am 10. Juni 2020 (Urk. 7/73/55) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, die Arthro-MRI-Untersuchung des linken Schultergelenks vom 4. Juni 2020 (vgl. Urk. 7/73/43-44) habe eine ansatznahe Partialruptur der Supraspinatussehne jedoch ohne eigentliche Dehiscenz gezeigt. Nebenbefundlich habe sich eine aktivierte Acromioclaviculargelenksarthrose gezeigt. Aktuell drängten sich keine chirurgischen Massnahmen auf. Eine Verordnung zur gezielten Physiotherapie-Rehabilitation sei ausgestellt worden.

Am 30. Juli 2020 (Urk. 7/76/4-5) berichtete Dr. Z.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer habe in der Sprechstunde vom Vortag weiterhin ein symptomatisches linkes Schultergelenk bei dokumentierter Partialruptur der Supraspinatussehne gezeigt. Auf seinen Wunsch sei er nochmals subacromial infiltriert worden (S. 2). 3. 1 2

Am 24. Juli 2020 (Urk. 7/75 /7-9) berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzärztin,

Klinik für Orthopädie und Traumatologie, A.\_\_\_\_, im Rahmen der letzten Kontrolle in der Fussprechstunde vom 20. Mai 2020 hätten sich hinsichtlich des linken Fusses reizlose Wundverhältnisse eine Woche nach erfolgter OSME gezeigt (Ziff.

2. 2, Ziff. 2.4). Es bestehe ein regelrechter Heilungsverlauf, sodass dies bezüglich einer Arbeitsaufnahme zu 100% möglich wäre (S. 2 Ziff. 2.7).

Am 25. August 2020 (Urk. 7/80/4-5) berichtete Dr. D.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, nach deutlich protraumiertem postoperativem Verlauf zeige sich ein noch ausgeprägtes Defizit, vor allem der Beweglichkeit des USG und der Propriozeption (S. 2 oben). 3. 1 3

Dr. B.\_\_\_\_

führte im Bericht vom 21. August 2020 (Urk. 7/77 /1-2)

aus, die Schädigung der linken Schulter Anfang dieses Jahres beeinträchtige den Beschwerdeführer zusätzlich. In einer Bürotätigkeit wäre er aktuell sicher zu mindestens 50% bis 60

% einsetzbar. PC-Arbeiten könne er sicher durchführen. Zusätzlich limitierend sei eine koronare Herzkrankheit, die eine gewisse Stressintoleranz und Minderbelastbarkeit verursache (Ziff. 2.1). 3. 14

Im Bericht vom

27. Oktober 2020 (Urk. 7/80/1 -3) nannten Dr. D.\_\_\_\_ und Dr.

E.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, als Diagnose ein persistierendes funktionelles Defizit mit Einschränkung der Beweglichkeit des unteren Sprunggelenks (USG) links neun Monate nach operativem Eingriff vom 14. November 2019 mit aktuell konsolidierter Osteotomie und geheilter Peroneus

brevis-Sehne im MRI vom 3.

August 2020 (Ziff. 1.2). Ihrerseits sei bis und mit 7. Juni 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für die aktuelle Tätigkeit attestiert worden. Einer angepassten, rein sitzenden Tätigkeit könnte der Beschwerdeführer wahrscheinlich zu 100 % nachgehen (Ziff. 2.1). Aufgrund der persistierenden Beschwerden bestehe eine Verminderung der Leistungsfähigkeit, welche sich anamnestisch nicht quantifizieren lasse (Ziff. 2.2). 3. 15

Die RAD-Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin, nahmen am

#### **E. 15**

Februar 2021 Stellung zu den Akten (Urk. 7/84 S. 6-8). Sie führten aus, auf orthopädischem Fachgebiet seien ein persistierendes funktionelles Defizit mit Einschränkung der Beweglichkeit des USG links, ein residuelles subacromiales Impingement der Schulter links sowie residuelle funktionelle Einschränkungen der Schulter rechts ausgewiesen, welche die funktionelle Leistungsfähigkeit für körperlich belastende Tätigkeiten medizintheoretisch zweifellos einschränkten. Diese Gesundheitsschäden seien spätestens seit Oktober 2020 stabil (S. 7 Ziff. 1). Die internistische Diagnose einer koronaren Herzkrankheit sei medizintheoretisch bei guter medikamentöser Therapie ohne wesentliche Auswirkung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit und seit langem stabil (S. 7 Ziff.

2). In der bisherigen Tätigkeit als Projektleiter in einer auf Sonnenschutzvorrichtungen spezialisierten Firma sei für die Zeit vom 1. Januar bis 13.

November 2019 medizintheoretisch

von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, für die Zeit vom 14. November 2019 (Operation des linken Fusses) bis 7. Juni 2020 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab 8. Juni 2020 bis auf weiteres von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %, entsprechend dem Umfang der in der bisherigen Tätigkeit anfallenden administrativen Arbeiten/Bürotätigkeiten, auszugehen (S. 8 Ziff. 4). Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit sei von folgendem Verlauf auszugehen: keine Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar bis 13.

November 2019, 100

% Arbeitsunfähigkeit vom 14. November 2019 (Operation des linken Fusses) bis 7. Juni 2020, 50 % Arbeitsunfähigkeit vom 8. Juni bis etwa 31. August 2020 (letzte Kontrolle im A.\_\_\_\_ am 29. Juli 2020 mit erneuter Infiltration der linken Schulter), keine Arbeits

unfähigkeit seit dem 1. September 2020 und bis auf weiteres (S. 8 Ziff. 5). Die RAD-Ärzte formulierten sodann folgendes Belastungsprofil für eine behinderungsangepasste Tätigkeit: körperlich leichte Arbeiten ausschliesslich unterhalb der Schulterhöhe, ohne Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg körpernah und über 2 kg körperfern, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten oder häufiges Gehen auf unebenem Boden (S. 8 Mitte). 3. 1 6

Im Bericht vom 7. Mai 2021

(Urk. 7/96/3-4) führte Dr. Z.\_\_\_\_, A.\_\_\_\_, aus, im Anschluss an die letzte Konsultation sei bei Verdacht auf eine Tendinitis der langen Bizepssehne links am 31. März 2021 eine selektive Infiltration des Sulcus

bicipitalis durchgeführt worden. Der Beschwerdeführer habe davon insgesamt sehr gut profitiert und berichte über eine deutliche Beschwerderegressionszunahme, wenn gleich er nicht vollumfänglich schmerzfrei sei

(S. 1 unten). Im Moment seien keine weiteren Massnahmen geplant (S. 2 oben). 3. 1 7

Dr. med. H.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, A.\_\_\_\_, berichtete am

## **E. 20**

Mai 2021 (Urk. 7/95/1-6) und nannte als Diagnosen eine Peronealsehnenläsion (17. September 2019) sowie eine Plantarfasziitis (10. März 2021; Ziff. 2. 5). Sie führte aus, am 28. April 2021 sei eine ausgeprägte Druckdolenz

plantar im Bereich der Ferse zu erheben gewesen (Ziff.

2. 2, Ziff. 2.4). Eine neurologische Abklärung und ein SPECT-CT

seien ausstehend (Ziff. 1.2, Ziff. 2.7). Von fussorthopädischer Seite sei dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Ziff. 1.3). Eine leidensangepasste Tätigkeit

beziehungsweise eine Bürotätigkeit sei ihm im Umfang von achteinhalb Stunden pro Tag und damit vollumfänglich zumutbar. Eine stehende Tätigkeit sei eher schwierig (Ziff. 2.7, Ziff. 4.2). 3. 1 8

Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 1. Juni 2021 (Urk. 7/96/1-2), seit seinem letzten Bericht (vorstehend E. 3.1 3) habe sich die Situation leicht verändert. Der Beschwerdeführer gebe an, dass sich die Gesamtsituation eher verschlechtert habe. Die Beschwerden im linken Fuss hätten sich verschlimmert, weshalb vor wenigen Wochen die Ferse infiltriert worden sei. Dies habe leider nicht allzu viel genützt und weitere Untersuchungen seien ausstehend. Diese Beschwerden hinderten den Beschwerdeführer daran, längere Gehstrecken (100 bis 200 Meter) zu absolvieren. Die Situation seitens der linken Schulter habe sich nach der letzten Infiltration vom 31. März 2021 etwas stabilisiert. Der Beschwerdeführer sei aber nach wie vor nicht in der Lage, Überkopfarbeiten auszuführen (S. 1 Mitte). Aktuell sei der Beschwerdeführer arbeitslos und auf dem regionalen Arbeitsvermittlungszentrum gemeldet. In einer Bürotätigkeit wäre er weiterhin zu 50 % bis 60 % einsetzbar (S. 1 unten). 3. 19

Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie, J.\_\_\_\_, führte im Bericht vom 17. Januar 2022 über die kardiologische Verlaufskontrolle vom gleichen Tag (Urk. 7/112/3-6) aus, aktuell lasse sich eine Progression der koronaren Herzkrankheit ergometrisch nicht

sicher ausschliessen. Als kardiovaskuläre Diagnosen nannte er eine echokardiographisch normal linksventrikuläre Funktion, eine ergometrisch verminderte Belastbarkeit, eine arterielle Hypertonie sowie einen Zustand nach Hinterwandinfarkt mit Akuttherapie 1999. Als weitere Diagnose nannte er einen latenten Diabetes mellitus (S. 1 Mitte). 3. 2 0

Im Bericht über das Kardio-MRI vom 25. Februar 2022 ( Urk. 7/112/9 -13 ) führte PD Dr. med. K.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, aus, aus magnetresonanztomographischer Sicht habe eine mögliche myokardiale Ischämie (über das Infarktareal hinausreichende Hypoperfusion) nachgewiesen werden können, womit eine invasive Koronarangiographie durchaus indiziert sei bei Verdacht auf eine Myokardischämie im Bereich der Hinterwand (S. 4 unten). 3. 2 1

Die Nachfolgerin von Dr. D.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 7/106), Dr. med. L.\_\_\_\_ , Leitende Ärztin, Klinik für Orthopädie und Traumatologie, A.\_\_\_\_ , berichtete am 5. Mai 2022 ( Urk. 7/108 /2-8 ) und nannte als Diagnose eine chronische Plantarfasziitis Fuss links mit/bei Status nach MIS lateralisierender Kalkaneus -Osteotomie im November 2019 mit Naht der Peroneus

brevis -Sehne sowie Schraubenentfernung im Mai 2020 , ohne Hinweis auf ein Tarsaltunnel -Syndrom in der neurologischen Beurteilung vom 25. Mai 2021

und mit leichter Tendinopathie der Peroneus

brevis -Sehne distal der Überkreuzung im MRI vom Mai 2021 (S. 3 Ziff. 2.5). Sie führte aus, die Schraubenentfernung im Mai 2020 habe die Beschwerden im Bereich der Ferse plantarseitig nicht verbessert und diverse Physiotherapien und Eigenübungen seien erfolglos geblieben . Eine Infiltration mit Kortison unter dem distalen Ischiadikusblock

am 18. März 2021 habe die Situation eher verschlechtert. Im September 2021 sei mit dem Anlegen einer Nachtlagerungsschiene und einer Stosswellentherapie begonnen worden, worunter es zu einer leichten Verbesserung der Beschwerdesymptomatik gekommen sei. Die stechenden Schmerzen seien verschwunden, persistierend seien Schmerzen nach vermehrter Mobilisation (S. 3 oben). Der Beschwerdeführer werde nur bei einer Arbeit mit vermehrt sitzender Tätigkeit und reduzierter Schrittzahl eine volle, dauerhafte Arbeitsfähigkeit erreichen (S. 4 Ziff. 2.7). 3. 2 2

Im Bericht vom 12. Mai 2022 über die kardiologische Verlaufskontrolle vom gleichen Tag ( Urk. 7/112 /14 -16 ) führte Dr. med. M.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, J.\_\_\_\_ , aus, der Beschwerdeführer klage nach wie vor über Dyspnoe NYHA II und Rückenschmerzen bei körperlicher Belastung, zum Beispiel beim schnellen Gehen. Es werde nun eine Herzkatheteruntersuchung veranlasst (S. 3 oben). 3. 2 3

Am 14. Juli 2022 (Urk. 7/118/ 13-14) berichtete Dr. I.\_\_\_\_ , J.\_\_\_\_ , die invasive Untersuchung vom gleichen Tag habe hämodynamisch relevante Veränderungen ausschliessen können. Somit ergäben sich keine weiteren Konsequenzen. Dr. I.\_\_\_\_ formulierte eine angepasste medikamentöse Therapieempfehlung (S. 2 oben). 3. 2 4

RAD -Arzt Dr. F.\_\_\_\_

führte in seiner Stellungnahme zu den Akten vom

**E. 25**

Mai 2022

( Urk. 7/122 /4-5 )

aus , die seit der letzten RAD-Stellungnahme eingegangenen Berichte enthalten keine neuen , für die Beurteilung der funktionellen Leistungsfähigkeit wesentlichen Diagnosen und auch nichts Neues hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowohl für die bisherige als auch eine angepasste Tätigkeit. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung gemäss der letzten RAD-Stellungnahme bleibe unverändert (S. 5 Mitte) . 3. 2 5

Im Bericht vom

#### **E. 26**

Juli 2022 ( Urk. 7/118/ 3-8 )

führte

Dr. I.\_\_\_\_ , J.\_\_\_\_ , aus, keine Informationen zur beruflichen Situation des Beschwerdeführers zu haben und nicht beurteilen zu können, wie viele Stunden am Tag ihm die bisherige Tätigkeit sowie eine dem Leiden angepasste Tätigkeit zumutbar sei (Ziff. 4.1-2). Als bestehende Funktionseinschränkungen nannte er eine Belastungsdyspnoe NYHA II sowie Rückenschmerzen (Ziff. 3.4). Prognostisch verneinte er eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht (Ziff. 2.1-4, Ziff. 2.7). 3. 2 6

RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom

#### **E. 27**

Juli 2022 (Urk.

7/122/6 Mitte) aus, der kardiologische Bericht vom 12. Mai 2022 (vorstehend E. 3. 2 3 ) ändere nichts an der letzten RAD-Stellungnahme, da keine Diagnose genannt werde, welche eine wesentliche Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit begründen würde . Hemodynamisch relevante Veränderungen seien ausgeschlossen worden. 4. 4.1

Am 30. April 2018

musste sich der Beschwerdeführer an der rechten Schulter einer Rotatorenmanschettenrekonstruktion unterziehen .

Aufgrund einer postoperative persistierenden Minderbelastbarkeit insbesondere bei Überkopffunktionen beziehungsweise eines residuellen subacromialen Impingements

sah sich der behandelnde Chirurg Dr. Z.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , veranlasst, die ursprünglich bis Ende März 2019 attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für die vom Beschwerdeführer damals noch ausgeübte Tätigkeit bei der Y.\_\_\_\_ AG zu verlängern, dies letztmals im Bericht von 14. August 2019, in welchem er weiterhin eine leichte residuelle postoperative Steife der rechten Schulter festhielt (vgl. vorstehend E.

3.1-2, E. 3.4, E. 3.6). Am 21. Mai 2019 hatte sich der Beschwerdeführer zudem ein Distorsionstrauma am rechten Fuss zugezogen und musste sich in der Folge am 14. November 2019 bei diagnostizierter Peronealsehnensläsion einem

fusschirurgischen Eingriff unterziehen . Am 14. Mai 2020 wurde störendes Osteosynthesematerial im Bereich der linken Ferse entfernt . Der postoperative Verlauf zeigte sich deutlich protrahiert ( vgl. vorstehend E. 3.8, E. 3.10, E. 3.12 ).

Im Bericht vom 27. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.1 4 ) hielten der behandelnde Chirurg Dr.

D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , ein persistierendes funktionelles Defizit mit Einschränkung der Beweglichkeit des USG links fest

und äusserten sich zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Für die bisherige Tätigkeit hatten sie dem Beschwerdeführer vom 14. November 2019 bis 7. Juni 2020 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert ( vgl. vorstehend E.

3.8-9, E. 3.1 4 ). Im März 2021 wurde betreffend den linken Fuss überdies eine Plantarfasziitis diagnostiziert ( vgl. vorstehend E. 3.1 7 ). Im Bericht vom 5. Mai 2022 (vorstehend E. 3.2 1 ) beurteilte Dr. L.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , diese

als chronisch

und erachtete eine volle, dauerhafte Arbeitsfähigkeit nur bei einer Arbeit mit vermehrt sitzender Tätigkeit und reduzierter Schrittzahl als erreichbar . Durch die medizinischen Akten aus gewiesen sind ferner linksseitige Schulter beschwerden bei im Juni 2020 bildgebend objektivierter Partialruptur der Supraspinatussehne , aufgrund welcher die linke Schulter mehrfach infiltriert wurde

(vgl. vorstehend E. 3.2, E.

3.4, E. 3.10 11, E. 3.13, E. 3.1 6 ) .

Angesichts der ausgewiesenen orthopädischen Gesundheitsschäden und festgestellten Funktionseinschränkungen ist mit Blick auf das Anforderungsprofil der vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei der Y.\_\_\_\_ AG (vgl. dazu etwa Urk. 7/14/60, 7/14/122-123 , Urk. 7/16/2) davon auszugehen, dass er bei der Ausübung dieser Tätigkeit ab dem vorliegend massgeblichen Zeitpunkt (April 2019) erheblich und anhaltend eingeschränkt war . Dies widerspiegelt sich nicht zuletzt im Umstand , dass der Beschwerdeführer das langjährige Arbeitsverhältnis mit der Y.\_\_\_\_ AG per 28. Februar 2020 auflöste (Urk. 7/73/90 oben).

Für die Beurteilung des Rentenanspruchs entscheidend ist damit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit

in einer leidensangepassten Tätigkeit verhält. 4.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Stellungnahmen ihres RAD (vorstehend E. 3.1 5 , E. 3.2 4 , E. 3.2 6 ) für die Zeit vom 1. Januar bis 13. November 2019 von einer uneingeschränkten, für die Zeit vom 14. November 2019 bis 7.

Juni 2020 von einer vollständig eingeschränkten, für die Zeit vom 8. Juni bis 31. August 2020 von einer um 50 % eingeschränkten und für die Zeit ab 1.

September 2020 und bis auf Weiteres wieder um von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit

aus (vorstehend E. 2.1) . 4.3 4.3.1

In ihrer Aktenbeurteilung vom 15. Februar 2021 (vorstehend E. 3.15) würdigten die RAD-Ärzte die bis zu diesem Zeitpunkt ergangenen medizinischen Berichte und erachteten ein funktionelles Defizit mit Einschränkung der Beweglichkeit des USG links, ein residuelles subacromiales Impingement der Schulter links sowie residuelle funktionelle Einschränkungen der Schulter rechts als ausgewiesen , wobei sie hinsichtlich dieser Gesundheitsschäden von einem spätestens seit Oktober 2020 stabilen Zustand ausgingen.

#### 4.3.2

Hinsichtlich der linksseitigen Fussproblematik ist durch die nach Erstattung der RAD-Stellungnahme vom 15. Februar 2021 ergangenen medizinischen Berichte eine Beschwerdezunahme dokumentiert. Im März 2021 wurde neu eine Plantarfasziitis diagnostiziert, woraufhin eine Infiltration der linken Ferse erfolgte. Der Hausarzt Dr. B.\_\_\_\_ und die behandelnde Chirurgin Dr. L.\_\_\_\_ berichteten übereinstimmend, dass die Infiltration nicht viel genützt beziehungsweise die Situation gar eher verschlechtert habe. Dr. B.\_\_\_\_ wies im Juni 2021 darauf hin, dass die Beschwerden den Beschwerdeführer daran hinderten, Strecken von mehr als 100 bis 200 Meter zu gehen, und Dr. L.\_\_\_\_ erreichte im Mai 2022 eine volle, dauerhafte Arbeitsfähigkeit nur bei einer Arbeit mit vermehrt sitzender Tätigkeit und reduzierter Schrittzahl als erreichbar (vgl. vorstehend E. 3.18, E.

3.21). Das von den RAD-Ärzten in der Beurteilung vom 15.

Februar 2021 formulierte Belastungsprofil (vgl. vorstehend E. 3.15) trägt der von den behandelnden Ärzten im weiteren Verlauf beschriebenen eingeschränkten Gehfähigkeit keine Rechnung. Es enthält lediglich eine Restriktion hinsichtlich häufigem Gehen auf unebenem Boden, obwohl Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ bereits im Bericht vom 27. Oktober 2020 (vorstehend E. 3.14) gar lediglich hinsichtlich einer rein sitzenden Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit it ausgegangen waren und darüber hinaus

eine Verminderung der Leistungsfähigkeit aufgrund von persistierenden Beschwerden bejaht hatten, welche sie jedoch nicht quantifizieren konnten.

RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ setzte sich in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 25. Mai 2022 (vorstehend E. 3.24) nicht näher mit den nach der RAD-Stellungnahme vom 15. Februar 2021 erstatteten Berichten betreffend den linken Fuss und insbesondere nicht mit den gemäss Dr. L.\_\_\_\_

hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit zu berücksichtigenden Einschränkungen auseinander. Seine unbegründete

Feststellung, wonach sich

hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

seit der letzten RAD-Stellungnahme nichts Neues ergebe, kann daher nicht zweifelsfrei nachvollzogen werden. 4. 3.3

Auch betreffend die linksseitige Schulterproblematik präsentiert sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 24. Oktober 2022 (Urk.

2), welcher die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet, ein instabiler

Verlauf. So wurde die linke Schulter nach am

#### **E. 29**

Juli 2020 erfolgte eine Infiltration (vgl. vorstehend E. 3.11), auf welche die RAD-Ärzte in ihrer Stellungnahme vom 15. Februar 2021 (vorstehend E. 3.15) Bezug genommen hatten, bei einem Verdacht auf eine Tendinitis der langen Bizepssehne am 31.

März 2021 ein weiteres Mal infiltriert. Während Dr. Z.\_\_\_\_ im Bericht vom 7.

Mai 2021 (vorstehend E. 3.16) noch festgehalten hatte, dass der Beschwerdeführer davon insgesamt sehr gut profitiert habe, geht aus dem vom Beschwerdeführer zwar erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten, aber einen Zeitraum vor Verfügungserlass beschlagenden und damit im vorliegenden Verfahren zu berücksichtigenden, E-Mailverkehr hervor, dass sich der Beschwerdeführer aufgrund eines Schmerzrezidivs am 23. November 2021 erneut an Dr.

Z.\_\_\_\_

wandte (Urk. 3 S. 5 f.) . In der Folge infiltrierte dieser die linke Schulter soweit ersichtlich am 21. Dezember 2021 erneut, wobei auch diese Infiltration nur temporäre Linderung verschaffte (vgl. Urk. 3 S. 2 unten, S. 4) .

Der E-Mail des Beschwerdeführers an Dr. Z.\_\_\_\_ vom 22. Oktober 2022 ist sodann zu entnehmen, dass Dr. Z.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung offenbar ein operatives Vorgehen vorgeschlagen hatte (Urk. 3 S. 1 f.) . Gemäss Angaben des Beschwerdeführers

musste die ursprünglich für Januar 2023 geplante Operation (vgl. Urk. 1 S. 5 oben) aufgrund der instabilen Situation den linken Fuss betreffend indes verschoben werden (Urk. 9). 4. 3.4

Nach dem Gesagten

ergibt sich, dass

hinsichtlich der linksseitigen Fuss- und Schulterbeschwerden

im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung entgegen der in der RAD-Beurteilung vom 15. Februar 2021 getroffenen Feststellung nicht von einer spätestens seit Oktober 2020 stabilen Situation ausgegangen werden konnte . Aufgrund des sich bis zum Verfügungserlass präsentierenden Verlaufs bestehen Zweifel daran ,

ob die von den RAD-Ärzten im Februar 2021 getroffenen Feststellungen zum Umfang und Verlauf der Arbeitsfähigkeit in einer leidens angepassten Tätigkeit und insbesondere auch das formulierte Belastungsprofil dem beim Beschwerdeführer bestehenden Gesundheitsschaden ausreichend Rechnung tragen.

Dass RAD-Arzt Dr. F.\_\_\_\_ in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 27. Juli 2022 (vorstehend E. 3.26) hinsichtlich der ebenfalls aktenkundigen kardiologischen Problematik an der Beurteilung gemäss RAD-Stellungnahme vom 15. Februar 2021 festhielt, ist mit Blick auf das Ergebnis der invasiven kardiologischen Untersuchung vom 14. Juli 2022

(vorstehend E. 3.23) zwar soweit nachvollziehbar. Dass er insgesamt von keiner hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant veränderten medizinischen Sachlage ausging (vgl. vorstehend E. 3.24) , vermag indes nicht zweifelsfrei zu überzeugen. 4. 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 Gesetz es über das Sozialversicherungsgericht , GSVGer ).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gutachterlichen Ausführungen erforderlich ist (BGE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1).

Gestützt auf die vorliegenden Akten lassen sich der Gesundheitszustand im Verfügungszeitpunkt und die Arbeits- und Leistungsfähigkeit

des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit im Verlauf ab April 2019 nicht abschliessend beurteilen. Aufgrund der vielschichtigen Beschwerdeproblematik mit Betroffenheit beider Schultern sowie des linken Fusses und einer Herzproblematik

ist eine gutachterliche Abklärung angezeigt. Hierzu ist die Sache wie vom Beschwerdeführer beantragt an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, wobei

im Rahmen der

Abklärung im Sinne einer Gesamtbeurteilung auch die vom Beschwerdeführer in der Beschwerde neu vorgebrachten Beschwerden im rechten Fuss und der rechten Hand (vgl. Urk. 1 S.

5 oben) zu berücksichtigen sowie deren funktionelle Auswirkungen zu beurteilen sein werden. 4. 5

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung (Urk. 2) aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Verlauf ab April 2019 gutachterlich abkläre und hernach über den Rentenanspruch neu verfüge.

Da der Beschwerdeführer selbst die Rückweisung zu weiteren Abklärungen und neuer Verfügung beantragte, kann darauf verzichtet werden, ihm -

wie recht sprechungsgemäss mit Blick auf eine mögliche reformatio in peius vorgesehen (vgl. BGE 137 V 314 E. 3.2.3-3.2.4) - vorab Gelegenheit zum Beschwerdefückzug zu geben. 5.

### **E. 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Barblan

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