

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00355 vom 27. März 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-03-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00355

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00355 du 27 mars 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00355 del 27 marzo 2024

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 [KS ÜB WE IV], gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend ebenfalls frühestens ab diesem Datum

– beziehungsweise sechs Monate nach der Anmeldung vom 13. Januar 2022 (Urk.

7/43; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG) - in Betracht fällt, sind die ab 1. Januar 2022 gültigen Rechtsvorschriften anwendbar.

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).

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 betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Eine Rente nach Abs. 1 wird nicht zugesprochen, solange die Möglichkeiten zur Eingliederung im Sinne von Art. 8 Abs. 1 bis und 1 ter nicht ausgeschöpft sind (Art. 28 Abs. 1 bis IVG). Gemäss Art. 28b Abs. 1 IVG wird die Höhe des Rentenanspruchs in prozentualen Anteilen an einer ganzen Rente festgelegt. Bei einem Invaliditätsgrad von 50-69 % entspricht der prozentuale Anteil dem Invaliditätsgrad (Abs. 2). Bei einem Invaliditätsgrad ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente (Abs. 3). Bei einem Invaliditätsgrad unter 50 % gelten die folgenden prozentualen Anteile (Abs. 4):

Invaliditätsgrad	prozentualer Anteil
49 Prozent	47.5 Prozent
48 Prozent	45 Prozent
47 Prozent	42.5 Prozent
46 Prozent	40 Prozent
45 Prozent	37.5 Prozent
44 Prozent	35 Prozent
43 Prozent	32.5 Prozent
42 Prozent	30 Prozent
41 Prozent	27.5 Prozent
40 Prozent	25 Prozent

E. 1.4

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanschuldung 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; Urteil des Bundesgerichts I 659/04 vom 9. Februar 2005 E. 1.1). Bei einer Neuanschuldung der versicherten Person bei der IV-Stelle sind die Revisionsregeln demnach analog anwendbar (BGE 141 V 585 E. 5.3 in fine, 133 V 108 E. 5.2, je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2022 vom 7. September 2022 E. 2.2 mit Hinweisen).

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Invalidenrente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers sich um mindestens fünf Prozentpunkte ändert (lit. a) oder auf 100 Prozent erhöht (lit. b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3, je mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist

in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 144 I 103 E. 2.1, 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_477/2022 vom 18. Januar 2023 E. 2.1, je mit Hinweisen).

Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung ist von Amtes wegen zu prüfen, ob seit der ersten Rentenverfügung zwischenzeitlich eine erneute materielle Prüfung des Rentenanspruchs stattgefunden hat. War dies nicht der Fall, so ist auf die Entwicklung der Verhältnisse seit der ersten Ablehnungsverfügung abzustellen; wie im Revisionsverfahren bleiben allfällige, vorangehende Nichteintretensverfügungen aufgrund des fehlenden Abklärungs- und bloss summarischen Begründungsaufwandes der Verwaltung unbeachtlich. Erfolgte dagegen nach einer ersten Leistungsverweigerung eine erneute materielle Prüfung des geltend gemachten Rentenanspruchs und wurde dieser nach rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) abermals rechtskräftig verneint, muss sich die leistungsansprechende Person dieses Ergebnis – vorbehaltlich der Rechtsprechung zur Wiedererwägung oder prozessualen Revision (vgl. BGE 127 V 466 E. 2c mit Hinweisen) – bei einer weiteren Neuanmeldung entgegenhalten lassen (BGE 130 V 71 E. 3.2.3; vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.3 f.). 1.

E. 2

Ziff. 1-2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 2. August 2023 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 19. Oktober 2023 zur Kenntnis gebracht (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) fest, dass auf die medizinischen Abklärungen durch die Krankentaggeldversicherung abgestellt werden könne, wonach der Beschwerdeführer seit dem 8. April 2021 erheblich in seiner bisherigen Tätigkeit als Gipser eingeschränkt sei. Aufgrund der Erkrankung sei ihm die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Jedoch bestehe in einer angepassten, mittelschweren bis wechselbelastenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Daran vermöge auch der Bericht des behandelnden Arztes

vom 27. Januar 2023 nichts zu ändern, präsentiere dieser doch keine neuen medizinischen Fakten, sondern eine andere Darstellung des gleichen Sachverhaltes. Nach der Durchführung eines Einkommensvergleiches resultiere keine Erwerbseinbusse, was einen Invaliditätsgrad von 0% ergebe. Der Beschwerdeführer habe eine Anlehre als Gärtneriarbeiter/Hydrokultur absolviert. Diese sei nicht gleichzustellen mit einer ersten beruflichen Ausbildung, weshalb kein Anspruch auf eine Umschulung bestehe. Anlässlich des Erstgesprächs mit der Eingliederungsberatung im Mai 2023 habe der Beschwerdeführer mitgeteilt, dass er sich psychisch nicht stabil genug sehe um zu arbeiten und dass er keine Unterstützung durch die Invalidenversicherung möchte, weder für berufliche Massnahmen noch in Form einer Invalidenrente (S. 1 f.).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen (Urk. 1) geltend, dass der fachärztlichen Beurteilung durch den behandelnden Psychiater mehr Gewicht zukomme als derjenigen der Vertrauensärzte der Krankentaggeldversicherung, weshalb von einer psychisch bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 60 % auszugehen sei. Eventualiter sei der Beschwerdegegnerin vorzuhalten, dass sie den massgebenden Sachverhalt und die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unzureichend abgeklärt habe, weshalb ergänzende Abklärungen im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens erforderlich seien zur Klärung des psychischen Gesundheitszustands und der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 7 ff. Ziff. 7.2.2.2; S. 10 Ziff. 7.3) . Weiter sei der Einkommensvergleich nicht korrekt (S. 10 Ziff. 8) .

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers und ins besondere die Frage, ob sich im Vergleich zum Zeitpunkt des Erlasses der anspruchsverneinenden Verfügung vom 29. September 2020 (Urk. 7/39) eine anspruchsrelevante Veränderung ergeben hat. 3.

3.1

Der rechtskräftigen leistungsverneinenden Verfügung vom 29. September 2020 (Urk. 7/39) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde (vgl.

Urk. 7/35). 3.2

Dr.

med. A.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Zentrum B.____, erstattete den von der Militärversicherung in Auftrag gegeben Bericht vom 27. Januar 2020 (Urk. 7/ 10/10-16 = Urk. 7/15/58-64 = Urk. 7/15/70-76) gestützt auf die medizinischen Akten, die Untersuchung des Beschwerdeführers vom 6. Januar 2020 sowie die Ergebnisse der am 13. und 14. Januar 2020 durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit

(EFL ; S. 1 ff.; vgl. nachstehend E. 3.3) . Dabei nannte er folgende Diagnosen (S. 4 unten):
- vorwiegend belastungsabhängige Knieschmerzen links bei/mit - insuffizientem hintere m und vordere m Kreuzband - Status nach arthroskopischer Resektion von mehreren freien Gelenkkörpern arthroskopisch am 21.

Juni 2019 - kernspintomographischer Partialruptur der Kreuzbandrekonstruktion mit Signalalteration unmittelbar unterhalb des femoralen Bohrkanals mit fokalem Knorpeldefekt von 4 mm der Trochlea mit Verdacht auf freie Gelenkkörper, narbige Veränderung am Ursprung des hinteren Kreuzbandes nach posterolateraler Rekonstruktion und moderate m Kniegelenkserguss (Arthro -MRI links vom 10.

April 2019) - Status nach Drehbewegung im Knie links am 6.

April 2019 mit Schmerzexazerbation bei/mit - Status nach hinterer Kreuzbandrekonstruktion und posterolateraler Rekonstruktion am 1. September 2015 - Status nach diagnostischer Kniegelenksarthroskopie links mit Biopsie am 23. Juni 2015 - Status nach Kniedistorsionstrauma Juni 2012 in der Rekrutenschule mit anfänglich konservativer Therapie

Dem Beschwerdeführer sei aus medizinischer Sicht aufgrund der EFL vom 13. und 14. Januar 2020 (vgl. nachstehend E. 3.3) und auch aus ärztlicher Sicht die angestammte Arbeit als Hilfsmonteur Fensterbau, was einer leichten Arbeit entspreche, da er nur Gewichte bis 5 kg heben müsse, zumutbar, zumal er alle Anforderungen erfülle. Dem Beschwerdeführer wäre aufgrund der EFL eine mittelschwere, ganztägige Tätigkeit mit Hantieren von Gewichten bis 17.5 kg zumutbar. Selten möglich sei die Hocke, manchmal möglich das Knien, das vorgeneigte Stehen, wiederholte Kniebeugen, das Stossen und das Leiterbesteigen. Aufgrund der ärztlichen Untersuchung und der EFL sei das Weiterführen der aktuellen, leichten Tätigkeit als Hilfsarbeiter vollumfänglich zumutbar (S. 7 oben). 3.3

Vom 13. bis 14. Januar 2020 wurde im Auftrag der Militärversicherung im Zentrum B.____ eine EFL durchgeführt. Im entsprechenden Bericht vom 28. Januar 2020 (Urk. 7/10/1-9 = Urk. 7/15/49 -57 = Urk. 7/15/77 - 85) bezeichnete die verantwortliche EFL Therapeutin als arbeitsrelevante Problemlerne Schmerzen am linken Kniegelenk (S. 1 unten). Nach getätigten Abklärungen hielt sie schlussfolgernd fest, dass die beobachtete Leistungsfähigkeit

einer mittelschweren Arbeit (Hantieren von Lasten selten bis maximal 17.5 kg) entsprochen habe. Zeitlich sollte die Belastung ganztags möglich sein, wobei

die Hockstellung selten (das heisse insgesamt bis zirka eine ½ Stunde) und Knien, vorgeneigtes Stehen, wiederholte Kniebeugen, Stossen und Leitersteigen manchmal (das heisse insgesamt zirka ½ bis 3 Stunden) zumutbar seien. Aus funktioneller Sicht könne der Beschwerdeführer die bisherige Arbeit ohne Problemlerne bewältigen (S. 2, vgl. S. 3). 3.4

Dipl. Ärztin C.____, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 8. Mai 2020 (Urk. 7/28) von einer leichten Fussheberschwäche links, wobei eine Schädigung des Nervus

peroneus links vermutet worden sei. Die Elektroneurographie habe jedoch keine Hinweise auf eine Schädigung des Nervus

peroneus beidseits ergeben. Zudem bestünden beidseits Sensibilitätsstörungen am Unterschenkel; denkbar sei eine perioperative Schädigung des Nervus saphenus. Die anhaltenden Schmerzen an der Aussenseite des linken Knies seien primär nicht neurologisch zu erklären (S. 1 f.). 3.5

PD Dr.

med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, berichtete am 4. Juni 2020 (Urk. 7/29) über Belastungsschmerzen und rezidivierende Gelenkergüsse des linken Kniegelenkes (S. 1). Er habe dem Beschwerdeführer empfohlen, ein individuelles physiotherapeutisches Stabilisations- und Kräftigungsprogramm für mindestens sechs Monate durchzuführen, um die muskuläre Insuffizienz zu verbessern und dadurch etwas mehr dynamische Stabilität zu erhalten. Eine belastende Tätigkeit sei für den Beschwerdeführer aktuell und auch zukünftig nicht möglich. In einer nicht belastenden Tätigkeit in einem sitzenden/stehenden Beruf bestehe sicherlich die Möglichkeit, den Beschwerdeführer wieder in das Arbeitsleben zu integrieren (S. 2 oben). 3.6

Die behandelnde Hausärztin Dr.

med. E.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, bestätigte in ihrem Schreiben vom 17. Juni 2020 (Urk. 7/30), dass der Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht nicht in der Lage sei, seine Tätigkeit als Fensterbauer nachzugehen. 3.7

Dr.

med. F.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, nannte in seiner Stellungnahme vom 15. Juli 2020 (Urk. 7/35/3-4) eine Belastungsinsuffizienz des linken Knies bei Kreuzbandinsuffizienz und trochlearem Knorpeldefekt, Status nach Kreuzband-Ersatzplastik mit posterolateraler Rekonstruktion 2015, Status nach Distorsionstrauma am 6. April 2019 und Status nach Entfernung freier Gelenkkörper am 21. Juni 2019 als Diagnosen mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem nannte er eine leichte Fusshebeparese links, einen Verdacht auf eine Läsion des Nervus

peroneus links und des Nervus saphenus beidseits sowie einen Status nach Morbus Scheuermann als Diagnosen ohne dauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 f.).

Er legte dar, dass eine chronische Instabilität und ein trochlearer Knorpelschaden des linken Kniegelenks bestehe, wodurch die Schmerzen und Schwellungen bei Belastung erklärt seien. Es sei nachvollziehbar, dass kniebelastende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Die Tätigkeit als Fensterbauer erfordere Treppen- und Leitersteigen, Gehen auf unebenem Untergrund, kniende und gebückte Zwangshaltungen und häufiges Heben und Tragen von Lasten. Aus medizinischer Sicht sei die Tätigkeit ungeeignet. Bei fortgesetzter Belastung des instabilen Kniegelenks drohe eine posttraumatische Arthrose. Seit dem 6. April 2019 bestehe daher eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Fensterbauer. Tätigkeiten mit häufigem Knien, vornübergebeugt Stehen, Treppen- oder Leitersteigen und Heben und Tragen von schweren oder repetitiv mittel schweren Lasten seien ungeeignet; Hockstellungen seien zu vermeiden. Leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne übermäßige Belastung des linken Kniegelenkes seien zumutbar. Eine angepasste, knieentlastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer spätestens seit der rheumatologischen Untersuchung vom 27. Januar 2020 (vgl. vorstehend E. 3.2) in vollem Pensum ohne Leistungs mindering zumutbar (S. 2). 3. 8

Die Beschwerdegegnerin verneinte mit Verfügung vom 29. September 2020 (Urk. 7/39) einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers. Sie führte diesbezüglich aus, dass der Beschwerdeführer seit April 2019 in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter in der Fenstermontage nicht mehr arbeitsfähig sei. In einer angepassten Tätigkeit sei er spätestens nach Ablauf des Wartejahrs wieder zu 100 % arbeitsfähig. Nach der Durchführung eines Einkommensvergleiches resultiere keine Erwerbseinbusse, was einen Invaliditätsgrad von 0 % ergebe (S. 2).

4.4.1

Med. pract. G.____, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 3. Mai 2021 (Urk. 7/46/79) aus, dass am 8. April 2021 ein subkutaner Tumor am linken Oberschenkel des Beschwerdeführers exzidiert worden sei (vgl. Urk. 7/46/77). Die histologische Untersuchung habe einen unreifen myxoiden

lipomatösen Tumor am linken Oberschenkel ergeben. Bei der Inspektion habe sich eine reizlose Inzisionslinie ohne Hinweis auf Wundheilungsstörungen oder einen Infekt gezeigt. Das Areal sei noch leicht druckdolent, aber ohne Hinweis auf ein Hämatom oder Serom (S. 1 Mitte).

4.2

Die Ärzte der Universitätsklinik H.____, Orthopädie, Tumoren, berichteten am 11. Juni 2021 über die gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 7/46/65-66) und nannten dabei ein myxoides Liposarkom (G1) mittleres Drittel ventraler Oberschenkel links bei Status nach R1-Resektion (Whoops) am 8. April 2021 als Diagnose. Der Beschwerdeführer habe aktuell wenig Beschwerden, habe jedoch teilweise neuropathische Schmerzen lateral der Narbe. Als Gipser sei er aktuell nicht arbeitstätig. Mit dem Beschwerdeführer sei die spindelförmige Tumornachresektion besprochen worden, welche am 16. Juni 2021 geplant sei (S. 1).

4.3

Die Ärzte der Universitätsklinik H.____ führten in ihrem Bericht vom 29. Juni 2021 (Urk. 7/46/61-62) aus, dass die postoperative Verlaufskontrolle sehr erfreulich sei und dass sich in der Nachresektion vom 16. Juni 2021 keine Tumorreste gezeigt hätten. Somit könne in die regulären Nachkontrollen übergegangen werden (S. 2 oben).

4.4

Die Ärzte der Universitätsklinik H.____ führten in ihrem Bericht vom 29. Oktober 2021 (Urk. 7/46/29-30 = Urk. 7/46/44-45) aus, dass der Beschwerdeführer von neu aufgetretenen starken Knieschmerzen links berichtet habe, nachdem er die Arbeit wieder vollständig aufgenommen habe. Dies sei auf die noch vorhandene Quadrizepsatrophie zurückzuführen. Die Schmerzen hätten sich unter Wiederaufnahme der Arbeit verstärkt. Deshalb werde dem Beschwerdeführer bis Ende November 2021 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis ausgestellt (S. 1 f.).

4.5

In ihrem Bericht vom 16. Dezember 2021 (Urk. 7/46/42-43)

führten die Ärzte der Universitätsklinik H.____

aus, dass der Beschwerdeführer von einem Rückgang der Schmerzen im Bereich des Knies berichtet habe. Eine Rückkehr zur Arbeit könne er sich jedoch nicht vorstellen. Zum einen aufgrund der Schmerzen und zum anderen aufgrund der psychischen Belastung aufgrund der Diagnose. Am linken Oberschenkel habe sich eine reizlose Narbe gezeigt, perifokal sei ein diskretes

Serom tastbar gewesen (S. 1 unten). Die MRI Untersuchung am linken Femur am 9. Dezember 2021 habe bei Status nach Nach-/Resektion eines myxoiden Liposarkoms im ventralen Oberschenkel links ein geringgrössiges regredientes intrafasziales Serom gezeigt. Es hätten sich keine Hinweise auf ein Lokalrezidiv gezeigt. Die CT Untersuchung des Thorax am 9. Dezember 2021 habe multiple sehr kleine Noduli unspezifischer Art gezeigt. Bezüglich der psychischen Belastung werde dem Beschwerdeführer eine Anbindung an ihre Krebsliga angeboten. Weiter werde im Verlauf eine Umschulung empfohlen, da langfristig eine Rückkehr in den Job als Bauarbeiter nicht realistisch erscheine (S. 2).

4.6
Ein Arzt der Universitätsklinik H.____ legte in seinem Bericht vom 20. Dezember 2021 (Urk. 7/46/27-28) in Bezug auf die Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Gipser dar, dass alle körperlichen Tätigkeiten mit langem Stehen, Gehen oder Tragen von Gewicht momentan nicht möglich seien (S. 2 Ziff. 7.2).

4.7

PD Dr. med. I.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, erstattete den von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebenen Bericht des Zentrums

J.____ AG (nachfolgend: J.____) betreffend funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) am 10. Mai 2022 (Urk. 7/54/1-20 = Urk. 7/56/1-10) und nannte dabei folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1): - Restbeschwerden sowie Sensibilitätsstörung im Bereich des linken Oberschenkels - Zustand nach Resektion am 8. April 2021 sowie Nachresektion am 16. Juni 2021 eines myxoiden Liposarkoms, ohne Nachweis einer Malignität bei der Nachresektion - Periarthropathia

genau links bei beginnender Femoropatellararthrose, posterior -Insuffizienz und medialen Meniskusläsion - Zustand nach vorderem Kreuzband (VKB)-Ruptur und -Plastik 2012 - dekompensiert durch sekundäre muskuläre Insuffizienz und muskuläre Dysbalance

Im Rahmen der Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) habe der Beschwerdeführer bei in Bezug auf die Einzeltests fraglicher Leistungsbereitschaft, jedoch bei guter Konsistenz, eine Belastbarkeit im knapp mittelschweren Bereich mit hauptsächlich Belastbarkeitsreduktion im Bereich der linken unteren Extremität gezeigt. Aufgrund der guten Konsistenz, allgemein guten Kooperation und vorhandenen Verunsicherung sei die etwas fragliche Leistungsbereitschaft nachvollziehbar, was die Intensivierung der Behandlung und einen gestuften beruflichen Einstieg rechtfertigen würden (S. 2 f. Ziff. 2). Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz im linken Kniegelenk und der Beinmuskulatur links (S. 3 Ziff. 3.1). Die angestammte Tätigkeit als Hilfspolier sei dem Beschwerdeführer aktuell und auf Dauer nicht mehr zumutbar, es bestehe somit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 4 Ziff. 5.1). Eine knapp mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer grundsätzlich ganztags zumutbar, wobei Arbeit über Schulterhöhe, vorgeneigtes Stehen, Knien, Hocken, wiederholte Kniebeugen, Ziehen und Stossen sowie Treppen steigen lediglich manchmal, das heisst bis maximal drei Stunden pro Tag und nicht am Stück, vorkommen sollte. Dabei werde ein abgestufter Einstieg empfohlen: Beginn halbtags für zwei Monate, Steigerung auf sechs Stunden für zwei Monate, anschliessend volle Arbeitsfähigkeit (S. 4 f. Ziff. 3.3 und Ziff. 5.2). 4.8

Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr.

med. L.____, Fachärztin für Neurologie, erstattete das von der Krankentaggeldversicherung in Auftrag gegebene psychiatrisch-verhaltensneurologische Gutachten am 11. Mai 2022 (Urk. 7/55/1-11). Der Beschwerdeführer habe von stechenden Schmerzen im Bereich des linken Oberschenkels berichtet, die bewegungsabhängig ausgeprägt seien. Seine Gehstrecke sei dadurch auf eine bis eineinhalb Stunden beschränkt. Seit dem Militär-Unfall im Jahr 2012 bestünden zudem Knieschmerzen links in Ruhe und unter Belastung, die nahezu immer ausgeprägt seien. Zusätzlich bestünden auch lumbale und zervikale Schmerzen infolge einer Fehlbelastung der Knieverletzung. Psychisch fühle er sich nicht gut. Der Tumor habe ihn «psychisch kaputt» gemacht. Er schaffe es nicht, in sein «normales Lebenssystem» zurückzukehren. Es gebe Momente, in denen er sich sehr traurig, lustlos und gereizt fühle und «Hassgefühle gegen sich selbst entwickle und auf das Leben», dass er «durchmachen müsse», verspüre. Er suche das «Licht am Ende des Tunnels», finde dieses aber nicht. Es gehe ihm immer schlechter.

Der Beschwerdeführer habe zudem über Ein- und Durchschlafstörungen berichtet. Tagsüber sei er sehr müde und träge. Ihm fehle auch der Appetit. Auch seine Konzentrationsfähigkeit und seine Gedächtnisleistung seien schlecht. Er sei oft mit den Gedanken ganz woanders und könne sich nicht mehr konzentrieren (S. 3 unten Ziff. II). Der Beschwerdeführer nehme aktuell keine Medikamente und sei seit zirka zwei Monaten in fachpsychiatrischer Behandlung, welche durch die Universitätsklinik H.____ vermittelt worden sei. Die Sitzungen fänden alle 10 Tage statt. Seit 2012 habe er zudem regelmässig Physiotherapie gemacht, die er jetzt aber unterbrochen habe (S. 4 oben Ziff. II).

Dr. K.____

und Dr. L.____

legte n dar, dass sich im Rahmen der eigenen klinischen Exploration aus psychopathologisch-verhaltensneurologischer Sicht beim Beschwerdeführer ausserhalb einer leichtgradigen affektbetonten Phänomene nologie dysthymen Zeichnung kein relevantes depressogenes Störungsbild objektivieren lasse. Über dem gesamten Verlauf der Exploration seien keine Antriebs-, Initiations- und Impulskontrollstörungen sowie keine anderweitigen affekt-pathologischen Störungsbilder feststellbar gewesen. Die berufsbezogene verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Abklärung ergebe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils eine leichte Beeinträchtigung der verbalen Lernfähigkeit, eine leicht eingeschränkte lexikalische Ideenproduktion sowie eine Dysorthografie und eine Dyslexie, die sich unter Berücksichtigung der Anamnese einer vorbestehenden Sprachentwicklungsschwäche mit Beeinträchtigung beim Lesen (ICD-10 F81.0) und beim schriftlichen Ausdruck (ICD-10 F81.81) zuordnen lassen würden. Die sonstige neurokognitive Leistungsfähigkeit sei unauffällig. Ein relevantes depressionsassoziiertes neurokognitives Ausfallmuster sei nicht objektivierbar. Die beschriebene Befundausrprägung sei als kompensierbar/überwindbar zu beurteilen (S. 8).

Aktuell lasse sich eine minimale Beeinträchtigung des geistig-mentalenn/

neurokognitiven Leistungsprofils feststellen; insgesamt würden sich höchstens minimale Einschränkungen an die im angestammten Beruf des Beschwerdeführers als Hilfgipser gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten. Unter Berücksichtigung des im Rahmen der angestammten beruflichen Tätigkeit als Hilfgipser geforderten intellektuellen Anspruchsniveaus leichten Grades sei gesamthaft von keinen relevanten kognitiven Einschränkungen auszugehen. Das geforderte körperliche Anspruchsniveau sei als mittel- bis schwergradig zu beurteilen. Es bestehe eine leichte Diskrepanz zwischen der subjektiven Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (Selbsteinschätzung) und den objektiv minimalleistungseinschränkenden Befunden, begründet durch die vordergründigen somatischen Beschwerden. Die normativ-kriterien/ressourcenorientierte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfgipser sowie für jede andere bindungsangepasste Tätigkeit (allgemeine Arbeitsfähigkeit) im Rahmen der rein funktions- und ressourcenorientierten Perspektive ergebe aktuell medizinisch-theoretisch keine relevante Einschränkung des arbeitsbezogenen Funktionspotentials (angestammt/allgemein). Zu den Auswirkungen der körperlichen Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit müsse ergänzend aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht Stellung genommen werden (S. 9). 4.9

RAD-Arzt Dr. F.____

nannte in seiner Stellungnahme vom 7. Oktober 2022 (Urk. 7/65/3-5)

Restbeschwerden und eine Sensibilitätsstörung im linken Oberschenkel nach Resektion und Nachresektion eines

myxoiden Liposarkoms

am 4. Juni 2021

sowie eine Belastungsinsuffizienz des linken Kniegelenkes bei Kreuzbandinstabilität und trochlearemen Knorpeldefekt, beginnender

Femoropatellararthrose und einem Status nach Kreuzbandplastik 2012 als Diagnosen mit dauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem nannte er einen Status nach Unterschenkelfraktur rechts 2008 sowie eine Dysthymie als Diagnose ohne andauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2).

In den vorliegenden Gutachten sei die muskuloskelettale und psychische Situation interdisziplinär beurteilt worden. Zudem sei mittels EFL und neuropsychologischer Untersuchung das psychokognitive und körperliche Leistungsvermögen getestet worden (vgl. vorstehend E. 3.7-3.8). Die Begutachtung bestätige eine andauernde Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und andere Tätigkeiten mit hoher Belastung der linken unteren Extremität. Gravierende psychische oder kognitive Beeinträchtigungen hätten nicht festgestellt werden können. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne auf das Gutachten abgestellt werden (S. 3). In der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiter/Gipser bestehe seit dem 8. April 2021 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer angepassten Tätigkeit habe vom 8. April 2021 bis 15. Februar 2022 ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen (S. 2 unten). Spätestens seit der Exploration im Februar 2022 seien angepasste knapp mittelschwere Tätigkeiten, welche wechselbelastend, überwiegend sitzend, gelegentlich ebenerdig gehend oder stehend ausgeführt werden könnten, medizinisch-theoretisch zumutbar. Ein Tumorrezidiv sei möglich und das Fortschreiten der Arthrose könne erwartet werden (S. 3). 4.10

Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 27. Januar 2023 (Urk. 7/69/1-3) aus, dass er den Beschwerdeführer seit Januar 2022 behandle, wobei die ursprüngliche Sitzungsfrequenz im Abstand von 10 Tagen in der Zwischenzeit auf zwei bis drei Wochen angepasst worden sei (S. 1 f. Ziff. 1 und 4). In Bezug auf die psychiatrische Begutachtung durch Dr. K.____ (vgl. vorstehend E. 3.7) legte er dar, dass dieser auf die Krebserkrankung des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen nur minimal eingegangen sei. So hätten die Aussagen des Beschwerdeführers betreffend die Krebsdiagnose, das heißt das Müdigkeitssyndrom mit dem persistierenden Gefühl der körperlichen, emotionalen und/oder kognitiven Müdigkeit beziehungsweise Erschöpfung im Zusammenhang mit der Krebserkrankung als multidimensionales Geschehen, keine Beachtung erfahren. Im Brief-Fatigue-Inventory (BFI) vom 7. Februar 2022 habe der Beschwerdeführer den Umfang des Cancer-related Fatigue (CrF) Syndroms (chronisches Müdigkeitssyndrom) auf einer 0-10 numerischen Skala eingeschätzt und hierbei den Schweregrad von 7 Punkten erreicht, was einer schweren Müdigkeit entspreche. Dass diese Beschwerden im Rahmen der Tumorerkrankung selbst oder auch als Spätfolge auftreten könnten, komme im versicherungsmedizinischen funktions- und ressourcenorientierten Assessment nicht zum Tragen (S. 1 f. Ziff. 2).

Das Gutachten und die Schlussfolgerungen von Dr. K.____

(vgl. vorstehend E. 3.7) überzeug t e n weder hinsichtlich Diagnose noch Arbeitsfähigkeit. Die Einschätzung der Universitätsklinik H.____

vom Dezember 2021 (vgl. vorstehend E. 3.5- 3.6) decke sich mit seiner Einschätzung und zwar, dass aufgrund der relevanten Defizite ein Beschäftigungsgrad als Hilfsgipser im angestammten Beruf zu einem Pensum von 100 % weder dem körperlichen, noch dem kognitiven und emotionalen Leistungsprofil entspr eche . Die angestammte Tätigkeit als Hilfsgipser sei aktuell und auch auf Dauer nicht mehr zumutbar. Auch eine Tätigkeit im erlernten Beruf als Gärtner mit EBA-Abschluss sei nicht realistisch. Der Beschwerdeführer sei mit der Integration in den Arbeitsprozess in einer angepassten Tätigkeit einverstanden. Eine solche Integration sollte via gezielten Abklärungs- und Begleitmassnahmen (berufliche Massnahmen) umfassend abgeklärt beziehungsweise beurteilt werden (S. 2 Ziff. 3).

Abschliessend hielt Dr. M.____ fest, dass im Gesamtbild von einer minimalen Verbesserung bezüglich des CrF Syndroms berichtet werden könne. Im BFI vom 5. Dezember 2022 habe der Beschwerdeführer den Schweregrad von 6 Punkten erreicht, was einer moderaten Müdigkeit entspreche. Dabei zeige sich eine leichte Verbesserung in Bezug auf die Stimmung, allgemeine Aktivität und Lebensfreude (S. 3 Ziff. 4). Aktuell liege eine 60%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Die 40%ige Arbeitsfähigkeit gelte für eine angepasste Tätigkeit, welche gemäss Beurteilung der J.____ vom Mai 2022 (vgl. vorstehend E. 3. 8) knapp mittelschwere, wechsel belastende Arbeiten beinhalte. 4 .11

RAD -Arzt Dr. F.____ führte in seiner undatierten Stellungnahme, welche im Feststellungsblatt der Beschwerdegegnerin vom 12. Juni 2023 (Urk. 7/82/3) wiedergegeben ist , aus, dass im Bericht von Dr. M.____ vom Januar 2023 (vgl. vorstehend E. 3.10) keine psychiatrischen Diagnosen genannt würden und dass ohne eine Symptomvalidierung subjektive Beschwerdeschilderungen wiedergegeben würden. Auf Basis dieser subjektiven Beschwerden und in Kombination mit dem Liposarkom werde eine Fatiguesymptomatik postuliert. Im Rahmen der EFL (vgl. vorstehend E. 3. 8) seien sechsstündige Leistungen möglich gewesen. Limitierend seien belastungsabhängige Schmerzen gewesen, wobei keine gravierende Erschöpfung oder Ermüdung beobachtet worden sei en . Die kognitiven Fähigkeiten seien in der neuropsychologischen Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3. 7) getestet worden, wobei höhergradige Konzentrations- und Gedächtnisstörungen nicht festgestellt worden seien. Insgesamt präsentiere der Bericht keine neuen medizinischen Fakten, sondern eine rein defizitorientierte Darstellung des Sachverhaltes. Nachsorgeuntersuchungen müssten lebenslang durchgeführt werden. Das Auftreten eines Lokalrezidivs oder von Metastasen sei jederzeit möglich und würde dann eine Neubeurteilung erfordern. 5 . 5 .1

Die Beschwerdegegnerin verneinte das Vorliegen eines Gesundheitsschadens und damit einer anspruchrelevanten Veränderung damit, dass dem Beschwerdeführer eine angepasste, mittelschwere bis wechselbelastende Tätigkeit weiterhin zu 100 % zumutbar sei (vorstehend E. 2.1). Bei der Beurteilung des Gesund heitszustandes und der Arbeitsfähigkeit stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. F.____ , welche r

das von der Krankentaggeldversicherung eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. K.____ (vgl. vorstehend E. 3.7) und den FOMA-Bericht von Dr. I.____ (vgl.

v orstehend E. 3.8) heranzog (vorstehend E. 3.9; E. 3.11). 5 . 2

Den Akten lässt sich in somatischer Hinsicht entnehmen, dass der Beschwerdeführer an einer Belastungsinsuffizienz des linken Kniegelenkes bei Kreuz bandinstabilität und trochleare m Knorpeldefekt sowie an einer beginnenden Femoropatellararthrose

leidet. Nach der erfolgreichen Resektion des myxoiden Liposarkoms am 8. April 2021 sowie Nachresektion am 16. Juni 2021 bestehen noch Restbeschwerden und eine Sensibilitätsstörung im linken Oberschenkel . In seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser wie auch in seiner erlernten Tätigkeit im Gartenbau ist der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig, da die körperlichen Belastungen zu hoch sind (vgl. vorstehend E.

3. 1 -3. 11). Im Vergleich zur medizinischen Situation, wie sie sich vor Erlass der Verfügung vom 29.

September 2020 präsentierte, liegt damit unverändert eine volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit vor. Unverändert ist ebenso die Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten : Waren dem Beschwerdeführer bisher leichte und gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten ohne übermäßige Belastung des linken Kniegelenks in vollem Pensum zumutbar (vgl. vorstehend E. 3.7), so sind ihm auch nach Behandlung des myxoiden Liposarkoms gestützt auf die Einschätzung durch Dr. I. ___ und Dr. F. ___ (vgl. vorstehend E. 4.7 und 4.9) seit Februar 2022 knapp mittelschwere wechselbelastende überwiegend sitzende, gelegentlich ebenerdig stehende oder gehende Tätigkeiten

zu 100 % zumutbar. Dies ist unbestritten (vgl. vorstehend E. 2.1; Urk. 1 S. 6 Ziff. 7.2.1).

Somit ist aus somatischer Sicht zwar mit der neuen Diagnose von Restbeschwerden und einer Sensibilitätsstörung im linken Oberschenkel nach Resektion und Nachresektion eines myxoiden Liposarkoms am 4. Juni 2021 ein Revisionsgrund ausgewiesen. Dieser hat aber bei weiterbestehender Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten keine relevanten Auswirkungen hinsichtlich der Invalidität .

5 . 3

In psychiatrischer Hinsicht ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer im Auftrag der Krankentaggeldversicherung psychiatrisch durch Dr. K. ___

und verhaltensneurologisch durch Dr. L. ___

begutachtet wurde. Dr. K. ___ stellte in seinem Gutachten vom Mai 2022 keine psychiatrischen Diagnosen, sondern stellte lediglich eine leichtgradig affektbetonte Phänomenologie dysthymen Zeichnung ohne relevantes depressogenes Störungsbild fest. Es liege eine minimale Beeinträchtigung des geistig-mental/neurokognitiven Leistungs profils vor ; insgesamt würden sich höchstens minimale Einschränkungen an die im angestammten Beruf des Beschwerdeführers als Hilfgipser gestellten Anforderungen an die kognitive Belastbarkeit, die kognitive Flexibilität und die Fehlerkontrolle ableiten. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfgipser sowie für jede andere bindungsangepasste ergebe sich aktuell medizinisch-theoretisch keine relevante Einschränkung des arbeitsbezogenen Funktionspotentials (vor stehend E. 3.7).

Einem vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten kommt lediglich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_634/2019 vom 12. November 2019 E. 4.3) , womit an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen

zu stellen sind . Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind ergänzende Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens oder einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, Urteil des Bundesgerichts 8C_131/2022 vom 27 . Juni 2022 E. 3.2.2 mit weiteren Hinweisen).

Auch wenn dem Gutachten von Dr. K.____ und Dr. L.____

lediglich der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zukommt, so ist doch festzuhalten, dass sie ihr Gutachten unter Berücksichtigung der Akten, nach Erhebung der Anamnese und Durchführung einer psychiatrischen und verhaltensneurologischen Untersuchung erstatteten.

Was der Beschwerdeführer gegen dieses Gutachten (vgl. Urk. 1 S. 7 f.) vorbringt, vermag keine geringen Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit hervorzurufen.

Unbegründet ist der Einwand, Dr. K.____

hätte mit dem behandelnden Psychiater Kontakt aufnehmen müssen. So liegt die Entscheidung, ob im Rahmen einer Begutachtung nach Art. 44 ATSG Rücksprache mit der behandelnden Ärzteschaft angezeigt ist, im Ermessen der Expertinnen und Experten und ist nicht zwingend (Urteil des Bundesgerichts 9C_458/2021 vom 15. November 2021 E. 3.1) , was auch für eine versicherungsinterne Beurteilung zu gelten hat . Ebenso liess Dr. K.____ dem Beschwerdeführer im Rahmen der Anamnese genügend Raum, um über die Krebserkrankung zu sprechen (vgl. S. 3 f. des Gutachtens) , und es ist nicht ersichtlich, inwiefern diese nicht in die psychiatrische Beurteilung miteinbezogen worden wäre. Es ist zudem daran zu erinnern, dass aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht ohnehin letztlich nicht die Schwere einer Erkrankung entscheidend ist, sondern deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, zumal sie in beruflicher Hinsicht unterschiedliche Folgen zeitigt (BGE 148 V 49 E. 6.2.2) .

E. 5

UV170510 Beweiswert eines Arztberichts 12.2023 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_385/2023 vom 30. November 2023 E. 4.2.1). 1.

E. 5.4

Auch der Bericht von Dr. M.____ vermag hinsichtlich der Beurteilung durch Dr. K.____ und Dr. L.____

keine auch nur geringen

Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit hervorzurufen . Dr. M.____ behandelte den Beschwerdeführer seit Januar 2022 und damit bereits vor der Begutachtung (vgl.

S. 4 oben des Gutachtens, wonach der Beschwerdeführer seit etwa zwei Monaten in fachpsychiatrischer Behandlung stehe). Das von Dr. M.____ beschriebene Müdigkeitssyndrom mit dem persistierenden Gefühl der körperlichen, emotionalen, und /

oder kognitiven Müdigkeit und Erschöpfung (vgl. vorstehend E.

4.10) , über welches Dr. K.____ informiert war (vgl. Urk. 7/55/3 unten), liess sich anlässlich der Begutachtung nicht feststellen. Es bestand bei der 2 ½ Stunden dauernden verhaltensneurologisch-psychologischen Untersuchung vom 4. März 2022 vielmehr ein gutes Durchhaltevermögen ohne Aufmerksamkeits- oder Konzentrationsfluktuationen (vgl. Urk. 7/55/12-13). Der Beschwerdeführer berichtete zwar über Müdigkeit (vgl. S. 3 unten des Gutachtens), machte jedoch einen dynamischen Gesamteindruck (S. 8 des Gutachtens). Dr. M.____ gründete seine Beurteilung denn auch im Wesentlichen auf anamnestic Angaben, insbesondere auf ein vom Beschwerdeführer selbst ausgefülltes Inventar (BFI) zum Umfang der Fatigue. Zudem stützte Dr.

M.____

seine Beurteilung, wonach der Beschwerdeführer in angepassten Tätigkeiten zu 40 % arbeitsfähig sei, fachfremd auf die somatische Beurteilung ab (vgl. vorstehend E.

4.10). Dem Bericht von Dr. M.____

kommt insgesamt kein genügender Beweiswert zu. Denn neben diesen inhaltlichen Bedenken ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass nicht nur allgemeinpraktizierende Hausärzte, sondern auch behandelnde Spezialärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc mit Hinweisen).

Somit bestehen

keine auch nur geringen Zweifel, dass aus psychiatrisch-neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in jeder Tätigkeit vorliegt, zumal auch Dr. M.____ keine relevanten Diagnosen nannte.

Entsprechend ist die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens entbehrlich (BGE 143 V 409 E. 4.5).

E. 5.5

Bei voller Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und unveränderter voller Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten aus somatischer Sicht ist nach dem Gesagten im Vergleich zur Situation im September 2020 keine anspruchserhebliche Veränderung eingetreten, womit ein neuer Einkommensvergleich entfällt.

Der angefochtene Entscheid ist damit rechtsens. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6.

E. 6

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage,

ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 6.1

Der Beschwerdeführer ersuchte am 6. Juli 2023 um Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und Rechtsvertretung (Urk. 1 S. 2 Ziff. 2). Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung und zur Bestellung einer unentgeltlichen Rechtsvertretung gemäss § 16 Abs.

1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt (vgl. Urk. 11-12; Urk. 13/2-3 .

E. 6.2

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

16 Abs.

4 GSVGer .

E. 6.3

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) wird – auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung – namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Der von Rechtsanwalt Dr. André Largier mit Eingabe vom 24. Oktober 2023 geltend gemachte Aufwand von 13.8 Stunden (Urk. 16) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen , insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er den Beschwerdeführer schon im Vorbescheidverfahren vertrat und die Akten somit bekannt waren.

Angesichts der zu studierenden gut 85 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der inhaltlich etwa

E. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.

E. 10

Seiten umfassenden Beschwerde schrift , den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Dr. André Largier bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr.

220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 %) auf Fr.

2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen .

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 6. Juli 2023 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und es wird ihm Rechtsanwalt Dr. André Largier , Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt. und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. André Largier , Zürich, wird mit Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWST) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss §

16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen . 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. iur . André Largier -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach
Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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.

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 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 Peter-Schwarzenberger

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