

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00618 vom 4. September 2024

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2023.00618

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00618 du 4 septembre 2024

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2023.00618 del 4 settembre 2024

Erwägungen

E. 1

Der 1964 geborene X.____ war seit dem 4. Juni 2018 als Gipser für die Y.____ AG tätig und dadurch bei der Suva gegen die Folgen von Unfällen versichert (U r k. 7/53/318-319), als er am 25. Oktober 2018 bei der Arbeit stürzte und am Folgetag bei einer Busfahrt durch ein Schlagloch einen Schlag in den Rücken erlitt . Die Suva erbrachte Taggelder und kam für Heilbehandlungs kosten auf (Urk. 7/10/51, Urk. 7/52/995-996). Am 9. April 2019 (Eingangsdatum) meldete sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 7/

E. 5

). Die IV-Stelle zog mehrmals die Akten der Suva bei (Urk. 7/

E. 7

Es sei im Rahmen der beantragten Gerichtsverhandlung gemäss Ziffer 6 vorstehend der Beschwerdeführer vom Gericht persönlich zu befragen.»

Die Beschwerdegegnerin beantragte mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2024 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde . Dies wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Januar 2024 unter dem Hinweis, dass das Gericht die Anord nung eines zweiten Schriftenwechsels nicht als erforderlich erachte, es den Par teien jedoch unbenommen bleibe, sich nochmals zur Sache zu äussern und weitere sachbezogene Unterlagen einzureichen, angezeigt (Urk. 8). Mit Eingabe vom 30. Januar 2024 (Urk. 11) liess der Beschwerdeführer verschiedene Berichte der Z.____ Klinik einreichen (Urk. 1 2 /1-7). Die Beschwerdegegnerin erklärte am 6. März 2024 auf eine Stellungnahme dazu zu verzichten (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 7. März 2024 angezeigt wurde (Urk. 15). Am 28. Mai 2024 teilte Rechtsanwalt Dr. André Largier mit, dass der Beschwer deführer nun durch ihn vertrete werde und ersuchte um Akteneinsicht (Urk. 16). Rechtsanwalt Dr. André Largier wurden die Akten daraufhin zur Einsichtnahme zugestellt (Urk. 19). Mit Eingabe vom 26. Juli 2024 (Urk. 21) liess der Beschwerdeführer weitere Berichte der Z.____ Klinik einreichen (Urk. 22/1 2), welche der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 31. Juli 2024 (Urk. 23) zur Kenntnisnahme zugestellt wurden. 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erfor derlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3

der Verordnung über die Invalidenversicherung , IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erklärte zur Begründung ihres Entscheides im Wesentlichen (Urk. 2) , die aktuellen medizinischen Abklärungen zeigten, dass die medizinische Behandlung erfolgreich gewesen und der Beschwerdeführer nun in guter Genesung sei. Somit sei keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation ausgewiesen, die sich längerdauernd auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Eine der Gesundheit angepasste Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer weiterhin vollumfänglich zumutbar. Angepasst seien Tätigkeiten, welche nur das Gehen auf ebenen Flächen und die Fortbewegung im Radius von 50 Metern beinhalteten , wobei längere Strecken manchmal ausgeführt werden könnten, und welche keine regelmässige Belastung des Kniegelenks, keine Tätigkeiten mit Schlägen oder Vibrationen auf das rechte Knie,

kein Verharren in vorgeneigter, verdrehter oder anderweitiger Zwangshaltung des Oberkörpers , keine Leitertätigkeiten, keine Tätigkeiten, die ein Gleichgewicht oder Balancieren erforderten , sowie keine Arbeiten mit dem rechten Arm in Schulterhöhe oder darüber

umfassten und bei welchen

keine Lasten über 8 bis 10 Kilogramm gehoben und getragen werden müssten . Weitere medizinische Abklärungen seien nicht notwendig. Beim Einkommensvergleich könne auf die Einkommen der Lohnstrukturerhebung abgestellt werden, da diese auch leichtere und einfachere Tätigkeiten sowie Nischenarbeitsplätze beinhalteten . 2.2

Der Beschwerdeführer brachte dagegen im Wesentlichen vor (Urk. 1), gestützt auf die Berichte der Z.____ Klinik sei davon auszugehen, dass das von der Beschwerdegegnerin festgehaltene Zumutbarkeitsprofil nicht zutreffen könne. Es werde bestritten, dass er in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Die Beschwerdegegnerin habe sich bei der Feststellung des medizinischen Sachverhalts und somit auch betreffend die Zumutbarkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit lediglich auf ein Schreiben der Suva vom 13. Juli 2023, nach welchem er rein unfallbedingt zu 100 % arbeitsfähig sein soll, gestützt. Durch das einfache Abstellen auf die Ausführungen der Suva verletzte die Beschwerdegegnerin Art. 43 ATSG. Sie hätte eine medizinische Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG durchführen lassen müssen . Es sei diesbezüglich darauf hinzuweisen, dass auch die Suva keine medizinische Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG habe durchführen lassen. Die Zumutbarkeitsbeurteilung der Suva sei lediglich im Rahmen einer einfachen medizinischen Aktenkurzbeurteilung durch dipl. Arzt A.____ , Facharzt für Chirurgie, Abteilung Versicherungsmedizin, erfolgt. Dabei seien von dipl. Arzt

A.____ jedoch nur die unfallkausalen Kniebeschwerden berücksichtigt worden. Seine aktenkundigen Beschwerden an der rechten Schulter seien von der Suva bei der Zumutbarkeitsbeurteilung nicht berücksichtigt worden. Mit Schreiben vom 14.

November 2023 habe die Suva mitgeteilt, dass sie nun weitere Abklärungen treffe.

Angesichts seines Gesundheitszustandes sei es illusorisch, dass er das von der Beschwerdegegnerin angerechnete Invalideneinkommen von Fr. 68'596.

erzielen könne.

Sein Invaliditätsgrad sei nach Durchführung einer medizinischen Begutachtung im Sinne von Art. 44 ATSG neu zu berechnen. 2.3

Mit Beschwerdeantwort vom 15. Januar 2024 (Urk. 6) erklärte die Beschwerdegegnerin, die mit der Beschwerde neu eingereichten Arztberichte zeigten keinen relevant veränderten Sachverhalt, welche r nicht schon in die Beurteilung eingeflossen wäre. 3. 3.1

Bei der am 17. Juni 2020 (Urk. 7/42) verfügten Leistungsabweisung war die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr ausüben könne, ihm eine angepasste Tätigkeit seit April 2019 aber zu 100 % zumutbar sei, unterbrochen durch die Operation im September 2019 mit einer postoperativen Heilungsphase von maximal drei Monaten. Angepasst sei eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit, welche vorwiegend sitzend ausgeübt werden könne. Die Beschwerdegegnerin errechnete einen Invaliditätsgrad von 4 % (vgl. auch Urk. 7/41). 3.2 3.2.1

Im aktuellen Neuanmeldeverfahren wurden unter anderem die folgenden ärztlichen Berichte aktenkundig: 3.2.2

Mit versicherungsmedizinischer Kurzbeurteilung vom 15. Juni 2023 (Urk. 7/63/27-28) erklärte Suva-Arzt dipl. Arzt

A.____, von einer weiteren Behandlung sei nicht überwiegend wahrscheinlich eine wesentliche Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu erwarten. Knapp ein Jahr nach Meniskusnaht und Gelenktoilette sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einem medizinischen Endzustand bezüglich des Knies auszugehen. Gegenüber der im kreisärztlichen Untersuchungsbericht vom 10. Juli 2020 beschriebenen medizinischen Zumutbarkeitsbeurteilung und separaten Schätzung der Integritätsentschädigung ergäben sie überwiegend wahrscheinlich keine Änderungen. Als Belastungsprofil führte dipl. Arzt

A.____ an: Das Heben und Tragen von Lasten soll leicht sein, das Hantieren mit Werkzeugen der oberen Extremitäten sei frei. Die Arbeiten

sollten sowohl im Sitzen als auch im Stehen durchgeführt werden können. Es dürften aber keine Arbeiten durchgeführt werden, die ein regel mässiges Hinknien bzw. Knien erforderlich machen. Weiterhin dürften keine Arbeiten durchgeführt werden, die Schläge und/oder Vibrationen auf das rechte Knie generieren. Auch Zwangshaltungen ebenda seien zu vermeiden. Die Fortbewegung sei bis 50 Meter frei, längere Strecken könnten nur manchmal zurückgelegt werden. Das Gehen auf unebenem Gelände sollte nicht durchgeführt werden. Treppensteigen könne der Beschwerdeführer, Leiternbesteigen sollte nicht durchgeführt werden. Arbeiten, welche ein Gleichgewicht und/oder Balancieren erforderten, sollten ebenfalls nicht durchgeführt werden. 3.2.3

Dr. med. B.____, Assistenzärztin, und Dr. med. C.____, Leitende Ärztin, von der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation der Z.____ Klinik nannten mit Bericht vom 7. August

2023 (Urk. 3/3) als Diagnosen: - Gonalgie rechts - Erstmanifestation nach Sturz am 25. Oktober 2018 - rezidivierende r

Reizerguss

Knie rechts - Status nach zweimaliger Kniearthroskopie

-

E. 10

Juni 2022 :

Innenmeniskushinterhorn -Stabilisierung mittels 1x Horizontalnaht Truespan ,
Kalkentfernung und Needling des Aussenmeniskusvorderhorns bei Chondrokalzinose

Aussenmeniskusvorderhorn - 20. September 2019 : Status nach Kniearthroskopie, laterale r

Teilmeniskektomie (Vorderhorn, Pars intermedia) , Ganglionresektion , medialer
Meniskustoilette, Knorpeldébridement

lateraler

Femurkondylus , Resektion Plica

mediopatellaris , partielle Hoffaektomie bei traumatisch bedingter lateraler
Meniskusläsion mit parameniskalem Ganglion - Chondropathie tr ochle a r

Grad II, laterales Kompartiment Grad II , mediales Kompartiment Grad I bis II -
Therapie: - Status nach multiplen Infiltrationen - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
rechts - Facettengelenksarthrose L5/S1 - Status nach Diskushernie vor 20 Jahren

Als Nebendiagnosen nannten die Dres . B.____ und C.____ : - Schulter rechts : - Tendinopathie LBS mit SLAP II

Läsion - subacromialem Impingement - Status nach subacromialer Infiltration am 8.
August 2022 mit gutem Ansprechen für 4 Wochen - scapuläre Dyskinesie mit post hold test
- kleine artikulare seitige

ISP Läsion

Die Zuweisung sei durch die Kollegen der Kniechirurgie zum weiteren Ausbau der konservativen Therapiemöglichkeiten bei chronischer belastungsabhängiger Gonalgie rechts mit auch intermittierenden Kniegelenksschwellungen seit einem Sturz auf das Knie rechts 2018 erfolgt. Sie sähen die Gonalgie rechts mit auch intermittierendem Reizerguss (aktuell klinisch wie auch sonografisch kein Erguss nachweisbar) im Rahmen der vorbeschriebenen pathologischen Veränderungen. Hinweise für eine lumboradikuläre Schmerzsymptomatik hätten sie aktuell nicht. Einzig lasse sich ein fassetogener Schmerz tieflumbal im Rahmen der vorbekannten Facettengelenksarthrosen L5/S1 rechts auslösen. Therapeutisch sei der Beschwerdeführer bereits über die möglichen konservativen Therapiemöglichkeiten informiert. Bei aktuell längerer Physiotherapiepause empfahlen sie eine Wiederaufnahme einer regelmässigen Physiotherapie zur Quadrizepsmuskelkräftigung . Des Weiteren empfahlen sie das regelmässige Tragen einer Kniegelenksbandage bei längerer Belastung und die Einnahme von Analgesie bedarfsweise (Dafalgan 1g 3x1 täglich). Von weiteren Infiltrationen bei nur kurzzeitigem Schmerzansprechen auf zurückliegende Infiltrationen versprächen sie sich aktuell kaum einen zusätzlichen Nutzen.

Bedarfsweise dürfe sich der Beschwerdeführer bei erneuten Kniegelenksschwellungen jederzeit wieder zur Kniegelenksinfiltration melden. Planmässige weitere Verlaufskontrollen seien aktuell durch sie nicht vorgesehen. Sollten im Verlauf verstärkte lumbospondylogene Schmerzen rechtsseitig auftreten, könne hier eine Facettengelenksinfiltration evaluiert werden. Aktuell empfähen sie auch hier eine regelmässige Physiotherapie zur segmentalen Stabilisierung. 3.2.4

Mit Stellungnahme vom 27. September 2023 (Urk. 7/82/2-4) erklärte

Dr. med. D.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom regionalen ärztlichen Dienst der IV-Stelle (RAD) , unter Verweis auf die Diagnose n

der

Z.____ Klinik, der aktuellste Arztbericht der Z.____ Klinik vom 7.

August 2023 enthalte keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit/Arbeitsunfähigkeit. In den neuen Akten der Suva sei nur die Aktenbeurteilung des Kreisarztes vom 15. Juni 2023 von Interesse, welche im Hinblick auf den rein unfallbedingten Teil des Gesundheitsschadens des rechten Kniegelenks von einer ganztägigen Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit entsprechend einem von ihm formulierten Zumutbarkeitsprofil ausgehe .

Beim Beschwerdeführer seien die genannten somatischen Gesundheitsschäden einschliesslich einer sich daraus ableitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Diese Gesundheitsschäden seien offenkundig stabil. Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitsbewertung gebe es kaum konkrete Angaben, aber bezüglich der bisherigen bzw. früheren Tätigkeit als Gipser sei seit der letzten RAD-Stellungnahme vom 25. März 2020 schon längst eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit bekannt, retrospektiv geltend seit November 2018. Hinsichtlich Arbeitsunfähigkeitsbewertung für eine angepasste Tätigkeit sei gemäss RAD-Stellungnahme vom 25. März 2020 retrospektiv ab 1.

April 2019 medizinisch theoretisch von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausgegangen worden, unterbrochen lediglich durch eine maximal 3-monatige Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der Rekonvaleszenz nach der Knieoperation vom 20.

September 2019. Inzwischen habe nun am 10. Juni 2022 erneut eine Operation des rechten Kniegelenks stattgefunden, ohne dass sich dadurch aber aus versicherungsmedizinisch-orthopädischer Sicht – abgesehen von einer erneut maximal 3-monatigen Arbeitsunfähigkeit im Rahmen der postoperativen Rekonvaleszenz – an der medizinisch prinzipiell möglichen, ganztägigen Arbeitsfähigkeit für eine entsprechend angepasste Tätigkeit etwas geändert hätte. Auch unter zusätzlicher Berücksichtigung der beiden anderen somatischen, unfallfremden Gesundheitsschäden (LWS und rechte Schulter) ändere sich nichts an dieser versicherungsmedizinischen Beurteilung, lediglich ergäben sich ein paar zusätzliche qualitative Einschränkungen des Belastungsprofils: kein Verharren in vorgeneigter, verdrehter oder anderweitiger Zwangshaltung des Oberkörpers, kein Heben und Tragen von Lasten von mehr als 8 bis 10 Kilogramm und keine häufigen oder regelmässig wiederholten Arbeiten mit dem rechten Arm in Schulterhöhe oder darüber. Das vom Kreisarzt formulierte Belastungsprofil bezüglich des rechten Kniegelenks gelte natürlich weiterhin. 3.2.5

Dr. med. E.____, Oberarzt Schulter- und Ellbogenchirurgie, von der Z.____ Klinik erklärte mit im Beschwerdeverfahren aktenkundig gewordenem Bericht vom 1. September 2023

(Urk. 3/4), leider sei es beim Beschwerdeführer wieder zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen, sodass die physiotherapeutische Behandlung habe ausgesetzt werden müssen. Sie hätten als nächsten Schritt vereinbart, die Bildgebung mittels Verlaufs-MRT zu komplettieren, da das letzte vor etwa 1,5 Jahren durchgeführt worden sei und sie neue Pathologien ausschliessen wollten. Zudem bäten sie ihre Kollegen der Rheumatologie um ein erneutes Aufgebot zum Ausschluss eines rheumatischen Grundleidens bei multiplen Gelenkbeschwerden, bekannt seien seit längerer Zeit Schulter, Knie rechts sowie der Rücken. Neu hinzugekommen seien nun die rechte Hand und alle Finger ebendieser.

Mit Bericht vom

E. 13

September 2023, welcher ebenfalls erst im Beschwerdeverfahren aktenkundig wurde, erklärte Dr. E.____ (Urk. 3/5), das MRT habe erfreulicherweise keine relevante neue Läsion gezeigt. Die SLAP-Läsion sei stabil. Wie letztmalig bereits besprochen, bestünde die Möglichkeit operativ im Sinne einer arthroskopischen subakromialen Dekompression mit subpectoraler

Tenodese der langen Bicepssehne vorzugehen. Zur Diagnosesicherung vereinbarten sie eine diagnostische Infiltration glenohumeral über ihre Kollegen der Rheumatologie zu organisieren. 6 Wochen später würden sie sich erneut in ihrer Sprechstunde zur klinischen Standortbestimmung sehen. 3.2.6

Mit Bericht vom 2. Oktober 2023 wurde von den Fachpersonen der Abteilung Rheumatologie und Rehabilitation der Z.____ Klinik festgehalten (Urk. 3/6), die erneute hausinterne Zuweisung sei zur Beurteilung einer möglichen rheumatologischen Grunderkrankung bei verschiedenen Gelenkbeschwerden erfolgt. Aktuell ergäben sich anamnestisch und klinisch keine Hinweise auf eine entzündliche Grunderkrankung. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Finger- und Handschmerzen rechts, welche nun komplett regredient seien, muteten tendenziell mechanisch bedingt an. Bei diskreten beginnenden degenerativen Veränderungen im Bereich der PIP und DIP wäre an eine degenerative Genese zu denken. Konventionell-radiologisch zeigt es sich insbesondere keine erosiven Veränderungen als Hinweis auf eine entzündliche Genese der Beschwerden. Auf eine Blutuntersuchung hätten sie heute auf Wunsch des Beschwerdeführers verzichtet. Sie empfahlen im Falle von erneuten Hand- oder Fingerschmerzen, insbesondere im Falle von Gelenkschwellungen, eine erneute Vorstellung bei ihnen. In diesem Fall würden sie einerseits eine diagnostische Gelenkpunktion anstreben, andererseits eine Laboruntersuchung der Antikörper und Entzündungswerte veranlassen. Aktuell sähen sie keine Indikation für weiterführende

Abklärungen. Die Knieschmerzen und Schulterschmerzen rechts hätten sie heute nicht weiter thematisiert, da die Ursache hierfür bereits bekannt sei und daher diesbezüglich nicht von einer rheumatologischen Grunderkrankung auszugehen sei. Sie hätten aktuell keine fixen Verlaufskontrollen vereinbart. 3.2.7

Dr. E.____ erklärte mit Bericht vom 16. November 2023 (Urk. 12/1), der Beschwerdeführer stelle sich planmässig zur klinischen Verlaufskontrolle knapp zwei Monate nach glenohumeraler Infiltration vor. Initial habe er sehr gut auf die glenohumerale Infiltration angesprochen. Vor einer Woche sei es dann zu einem recht raschen Rezidiv der vorgängig bekannten Beschwerden gekommen. Hinzu komme nun auch noch eine symptomatische AC-Gelenksarthrose, welche auch im letzten MRT schon Aktivitätszeichen aufgewiesen

habe. Sie besprächen die verschiedenen Behandlungsoptionen. Es bestehe die Möglichkeit einer erneuten Infiltration, diesmal im AC-Gelenk und zusätzlich Fortführung der Physiotherapie. Es bestehe aber auch die Möglichkeit, chirurgisch im Sinne einer arthroskopischen AC-Gelenksteilresektion, subakromiale Dekompression und subpektorale LBS-Tenodese vorzugehen. Der Beschwerdeführer wünsche ein proaktives Vorgehen und entscheide sich für den Eingriff. Sie planten den Eingriff für den 19. Dezember 2023. 3.2.8

Dr. med. F.____, Assistenzärztin Rheumatologie, und Dr. med. G.____, Leitender Arzt Rheumatologie, von der Z.____ Klinik erklärten mit Bericht vom 5. Dezember 2023 (Urk. 12/2), der Beschwerdeführer habe sich wegen erneut aufgetretenen Handschmerzen rechts wieder bei ihnen gemeldet. Sie könnten die Handschmerzen und die diskrete Schwellung interdigital bei fehlendem Nachweis von Synovitiden oder Tenosynovitiden aktuell nicht eindeutig erklären. In differentialdiagnostischer Erwägung einer entzündlichen Grunderkrankung hätten sie die Anti-CCP und Rheumafaktoren bestimmt, welche jedoch negativ ausgefallen seien. Es zeige sich zwar eine diskrete humorale Entzündungsaktivität, welche natürlich sehr unspezifisch sei. Nach Etablierung von NSAR systemisch und lokal während vier Tagen habe der Beschwerdeführer in einer telefonischen Konsultation am 4. Dezember 2023 über eine deutliche Beschwerderegressionsz berichtet. Sie hätten daher aktuell die weitere Einnahme von Voltaren während zwei bis drei Tagen sowie NSAR lokal, danach bei Bedarf, vereinbart. Sollten sich im Verlauf neue Aspekte wie Gelenkschwellungen anderer Gelenke zeigen oder sollten die Fingerbeschwerden erneut auftreten ohne Ansprechen auf NSAR, empfahlen sie eine erneute rheumatologische Vorstellung. 3.2.9

Am 19. Dezember 2023 wurde beim Beschwerdeführer durch Dr. Behrens eine AKO Schulter rechts mit partieller Arthrolyse und Resektion MGHL/Synovia, mini-open subpektoraler LBS-Tenodese, SAD mit Akromioplastik und ACG-Teilresektion durchgeführt. Postoperativ wurde dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für drei Monate attestiert (Urk. 12/4, Urk. 12/3). 4. 4.1

Es ist unbestritten (E. 2) und durch die Akten ausgewiesen (E. 3), dass dem Beschwerdeführer seine bisherige, körperlich belastende Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar ist.

Strittig und zu prüfen ist hingegen die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit. Festzuhalten ist hierzu, dass sich der Beschwerdeführer am 26. April 2023 (erneut) zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/51). Der hypothetisch frühestmögliche Rentenbeginn

ist somit im Oktober 2023 (Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 4.2 4.2.1

Die Beschwerdegegnerin stütze ihre Entscheidung, dass der Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig sei, im Wesentlichen auf die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. D.____

(E. 3.2.4; Urk. 7/82/2 - 4).

Gemäss Art. 54a IVG stehen die RAD den IV-Stellen für die Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung (Abs. 2). Sie legen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person für die Ausübung einer zumutbaren Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im

Aufgabenbereich fest (Abs. 3). Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Abs. 4). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode n können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) ist die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen (Abs. 1 bis). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 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 Beweis würdigung 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).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2 und 8C_812/2021 vom 17. Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen). 4.2.2

RAD-Arzt Dr. D.____ nahm – wie im Übrigen auch der Suva-Arzt dipl. Arzt

A.____ (E. 3.2.2) -

keine eigenen Untersuchungen vor. Es liegt daher eine reine Akten beurteilung vor.

Hinsichtlich der unfallbedingten Kniebeschwerden stützte sich RAD-Arzt Dr. D.____ auf die von der Suva getätigten und von dipl. Arzt

A.____ gewürdigten Abklärungen. Aus den von den Ärzten der Z.____ Klinik zu Händen der Suva erstatteten Berichten ergibt sich, dass die behandelnden Ärzte aufgrund der Kniebeschwerden zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestierten, in einer leidensangepassten Tätigkeit aber ab spätestens 11.

November 2022 eine 100%ige Arbeitstätigkeit als möglich erachteten (Urk.

7/52/41, Urk.

7/52/44 Urk. 7/52/73, Urk. 7/52/75 ; vgl. aber bereits Urk.

7/ 5 2/80-81 , Urk. 7/52/84-85) . Die Einschätzungen des Suva-Arzt es dipl. Arzt

A. ___ und von Dr. D. ___ stehen somit betreffend Kniebeschwerden in Übereinstimmung mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte.

Neben den Kniebeschwerden leidet der Beschwerdeführer insbesondere auch an einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom und an Schulterbeschwerden. Während die lumbospondylogenen Beschwerden bereits vorbestehend sind (Urk.

7/41) , wurden die Schulterbeschwerden erst nach der mit Verfügung vom 17. Juni 2020 (Urk. 7/42)

erfolgten Leistungsabweisung aktenkundig (Urk. 7/41). Hinsichtlich der lumbospondylogenen Beschwerden besteht kein Anhalt für eine Verschlechterung, vielmehr ergibt sich aus dem Bericht der Dres . B. ___ und C. ___ vom 7. August 2023, dass aktuell keine Hinweise für eine lumboradikuläre Schmerzsymptomatik vorlägen (E. 3.2.3). Bezüglich der Schulterbeschwerden finden sich in den Akten der Suva, welche diese Beschwerden mangels Unfallkausalität nicht zu beurteilen hatte, verschiedene ärztliche Berichte (Urk . 7/52/32 ff. , Urk. 7/52/59-60) . Diesen Berichten ist unter anderem zu entnehmen, dass die rechte Schulter mittels Sonographie, mittels Röntgen (Urk. 7/52/35) und am 17.

März 2022 mittels Arthro -MR I untersucht wurde (Urk. 7/52/32). Den aktenkundigen Berichten der behandelnden Ärzte ist

für eine angepasste Tätigkeit keine durch die Schulterbeschwerden begründete Arbeitsunfähigkeit zu entnehmen . Dr. med. H. ___ , Oberarzt Orthopädie, von der Z. ___ Klinik erklärte mit Bericht vom 23. November 2022 zwar, dass er eine Arbeitsfähigkeit auf der Baustelle oder als Maurer aufgrund der Schulterbeschwerden nicht mehr als gegeben erachte (Urk. 7/52/71) . Am 3. März 2023 attestierte Dr.

H. ___ dem Beschwerdeführer jedoch für eine nicht schwer kniebelastende Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk.

7/52/43-44). Der Oberarzt für Schulter- und Ellbogenchirurgie Dr. E. ___ erklärte mit Bericht vom 17. Januar 2023 (Urk. 7/52/59-60) , dass sich ein langsamer, aber positiver Verlauf unter konservativer Behandlung zeige. Nach der Kortisoninfiltration des rechten Knies vor gut zwei Wochen sei es nochmals zu einem positiven Schub im Sinne von regredienten Schmerzen der rechten Schulter gekommen. Vor allem die Supination sei weniger schmerzhaft. Dr. D. ___ mass den Schulterbeschwerden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu, passte er doch aufgrund dieser sowie der LWS-Beschwerden das von dipl. Arzt

A. ___ erstellte Belastungsprofil einer zumutbaren Tätigkeit an (Urk. 7/82/3 -4). Die von RAD-Arzt D. ___ am 27. September 2023 vorgenommene Aktenbeurteilung stand nach dem Gesagten auch betreffend Rücken- und Schulterbeschwerden zumindest nicht zu Ungunsten des Beschwerdeführers in Abweichung mit den damals aktenkundig gewesenen Berichten der behandelnden Ärzte . 4.2.3

Wie dem Bericht von Dr. E. ___ vom 1. September 2023 (E. 3.2.5), welcher Dr.

D.____ bei Erstattung seiner Beurteilung nicht bekannt war, zu entnehmen ist, ergab sich zuletzt jedoch eine Zunahme der Schulterbeschwerden. Dr. E.____

erachtete deshalb weitere Abklärungen für angezeigt. Nach einem Ansprechen auf eine glenohumerale Infiltration kam es anfangs November 2023 zu einem Rezidiv. Zusätzlich zeigte sich gemäss Bericht von Dr. E.____ vom 16.

November 2023 eine symptomatische AC-Gelenksarthrose (E. 3.2.7). Am 19. Dezember 2023 wurde der Beschwerdeführer an der Schulter operiert (E. 3.2.9).

Zu der ab September 2023 , mithin noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung , dokumentieren Beschwerdezunahme nahm weder Dr. D.____ noch ein anderer Arzt des RAD Stellung. Auch wenn die Schulterbeschwerden infolge der glenohumeralen Infiltration zwischenzeitlich besserten, so bleibt ohne ärztliche Stellungnahme für den Rechtsanwender doch unklar, welche Auswirkungen die Exazerbation der Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit hatte bzw. hat . Der medizinische Sachverhalt erweist sich deshalb als ungenügend abgeklärt. 5.

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders, wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

In BGE 137 V 210 (E. 4.4.1) hielt das Bundesgericht fest, dass im Prozess um Zusprechung oder Verweigerung von Sozialversicherungsleistungen die Beschwerdeinstanz in der Regel ein Gerichtsgutachten einholt, wenn sie im Rahmen der Beweiswürdigung zum Schluss kommt, eine Administrativexpertise sei in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig. Da die Beschwerdegegnerin auf die Einholung eines Administrativgutachtens verzichtet hat, steht die Rechtsprechung gemäss BGE 137 V 210 einer Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin von vornherein nicht entgegen.

Die Sache ist nach dem Gesagten an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand bzw. die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers schlüssig abgeklärt respektive die notwendigen ergänzenden Abklärungen vornimmt. 6.

Nachdem der Beschwerdeführer mit Beschwerde vom 22. November 2023 (Urk.

1) im Sinne eines Hauptantrages unter anderem beantragt hat , es sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, verbunden mit der Auflage, ein versicherungsexternes Gutachten im Sinne von Art. 44 ATSG einzuholen (vgl. Ziffer 3 Rechtsbegehren) , und er mit Eingabe vom 26. Juli 2024 beantragt hat, es sei die Sache in Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen, damit sie nach ergänzenden medizinischen Abklärungen über den Anspruch auf Leistungen (berufliche Massnahmen, Rente) neu entscheide (Urk.

21), erweist sich beim vorliegenden Ausgang des Verfahrens die Durchführung einer öffentlichen Hauptverhandlung als entbehrlich (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_64/2017 vom 27. April 2017 E.

3.2). 7 .

7.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend sind sie auf Fr. 700.-- festzusetzen.

Die Rückweisung an die Verwaltung gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 7 .2

Der vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese wird ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (Art. 61 lit. g ATSG; § 34 Abs. 1 und 3 GSVGer). Die dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin auszurichtende Parteientschädigung ist unter Berücksichtigung der genannten Kriterien ermessensweise auf Fr. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 23. Oktober 2023 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- 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. 3'200.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr.

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 Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber
HurstWylter

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