

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00581 vom 17. Januar 2025

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-01-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00581

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00581 du 17 janvier 2025

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00581 del 17 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1

Der

1978

geborene

X.____

verfügt

über

keine

berufliche

Ausbildung

und

war

nach

seiner

Einreise

in

die

Schweiz

im

Jahr

2020

vom

15.

Januar

2021

bis

15.

Oktober

2021

bei

der

Y.____

AG,

Z .____ ,

als

Gebäudereiniger tätig (Urk. 7/3 f., 7/7 und 7/14). Nach dem Absturz eines Lifts

a m

24.

September

2021

klagte

er

über

Schmerzen

an

beiden

Kniegelenken

(Urk.

7/6/191,

7/6/203).

Am

15.

November

2021

unterzog

er

sich

in

der

Universitätsklinik A.____ einer Kniearthroskopie und einer medialen Teilmeniskektomie

rechts

(Urk.

7/6/137-138,

7/6/140-141).

Als

zuständiger

Unfallversicherer erbrachte die Suva die gesetzlichen Leistungen (vgl. Urk.

7/6/6-7, 7/6/155).

Unter Hinweis auf die unfallbedingten Beeinträchtigungen am rechten Knie meldete sich der Versicherte am 15. August 2022 (Eingangsdatum) bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/4). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog die Akten der Suva bei (Urk. 7/6, 7/27) und holte nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug; Urk. 7/7) bei dessen Arbeitgeberin Auskünfte ein (Arbeitgeberfragebogen, Urk.

7/14).

Am

19.

Mai

2023

teilte

sie

dem

Versicherten

schriftlich

mit,

dass

zurzeit

keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien und der Rentenanspruch geprüft werde (Urk. 7/28). Alsdann aktualisierte sie die Akten der Suva (Urk. 7/43), welche ihre

Leistungen

per

31.

Dezember

2023

einstellte

(Urk.

7/44).

Zudem

gingen

medizinische Unterlagen der behandelnden Arztpersonen ein (Urk. 7/37 f., 7/45 und 7/47).

Nach Rücksprache mit dem regionalen ärztlichen Dienst (RAD; Stellungnahme vom 21.

Dezember 2023, Urk.

7/56/5) stellte sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 19. Januar 2024 die Abweisung des Rentenbegehrens in Aussicht

(Urk.

7/57),

wogegen

dieser

am

18.

März

2024

unter

Beilage

diverser

Unterlagen

(Urk.

7/74-153)

und

ergänzend

am

7.

Mai

2024

Einwand

erhob

(Urk.

7/154,

7/173).

Am

25.

Juli

2024

erteilte

die

IV-Stelle

Kostengutsprache

für die leihweise Abgabe eines Elektroscooters (bzw. -rollstuhls) als Hilfsmittel (Urk. 7/199; vgl. Urk. 7/70 [Kostenvoranschlag vom 27. Februar 2024]). Mit Verfügung vom 16. September 2024 verneinte sie wie vorbeschieden den Rentenanspruch des Versicherten (Urk. 2 = Urk. 7/206).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit

(Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetz es über die Invalidenversicherung (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 mindes tens 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).

E. 1.3

Um

den

Invaliditätsgrad

bemessen

zu

können,

ist

die

Verwaltung

(und

im

Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE

132 V 93 E.

4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode 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

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).

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.

E. 2

Dagegen erhob X.____, vertreten durch Rechtsanwalt Sebastian

Lorentz,

am

14.

Oktober
2024
Beschwerde
mit
dem
Rechtsbegehren,
die
angefochtene
Verfügung
sei
aufzuheben
und
ihm
seien
die
gesetzlichen
Leistungen
zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache zur Neuurteilung an die Beschwerdegegnerin
zurückzuweisen.
In
prozessualer
Hinsicht
ersuchte
der
Beschwerdeführer
um
Gewährung
der
unentgeltlichen
Prozessführung
und
um
Bestellung
von

Rechtsanwalt

Lorentz

als

unentgeltlichen

Rechtsvertreter

(Urk.

1

S.

2).

Mit

Beschwerdeantwort vom 21. November 2024 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung

der

Beschwerde

(Urk.

6),

worüber

der

Beschwerdeführer

mit

Verfügung

vom 26. November 2024 in Kenntnis gesetzt wurde. Gleichzeitig wurde er darüber informiert, dass über die Anträge auf unentgeltliche Prozessführung und unentgeltliche

Rechtsvertretung

zu

einem

späteren

Zeitpunkt

entschieden

werde

(Urk.

8).

Mit

Eingabe

vom

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2024 fest, den Unterlagen der Suva sei zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seiner Mitwirkungspflicht wiederholt nicht nachgekommen sei, indem er sich u.a. mehrfach geweigert habe, eine stationäre Behandlung aufzunehmen oder Untersuchungsterminen unentschuldig ferngeblieben sei. Aufgrund dieses Verhaltens sei eine objektive Beurteilung seiner Beschwerden nicht möglich, sodass lediglich medizinisch-theoretisch habe entschieden werden können. Aufgrund des Nicht-Mitwirkens sei von einer Verzögerung im Heilungsprozess auszugehen. Bei adäquater Behandlung hätte aus versicherungsmedizinischer Sicht bereits ab August 2022 wieder eine hochprozentige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gebäudereiniger und eine volle Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit vorgelegen. In einer solchen Tätigkeit hätte der Beschwerdeführer seit genanntem

Zeitpunkt

und

somit

innerhalb

des

gesetzlichen

Wartejahres

ab

Unfalldatum wieder ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen können, weshalb ein Anspruch auf eine Invalidenrente gar nicht erst habe entstehen können (Urk. 2 S. 1 f.).

E. 2.2

Demgegenüber

machte

der

Beschwerdeführer

in

seiner

Beschwerdeschrift

vom

14.

Oktober

2024

zusammengefasst

geltend,
ihm
werde
zu
Unrecht
eine
Verletzung
der
Mitwirkungsobliegenheit
vorgeworfen.

Er
habe
sich
insbesondere
nie
Untersuchungen
entzogen
oder
von
sich
aus
Behandlungen
abgebrochen.

Ferner
habe
die

Beschwerdegegnerin das gesetzlich vorgesehene Mahn- und Bedenkzeitverfahren nicht durchgeführt (Urk.

1 S.

E. 3

Januar

2025

(Urk.

9)

reichte

der

Beschwerdeführer

einen

Arztbericht vom 17. Dezember 2024 zu den Akten (Urk. 10), worüber die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7.

Januar 2025 orientiert wurde (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Nach dem Lift-Unfall vom 24.

September 2021 (Urk.

7/6/152, 7/6/203) habe der Beschwerdeführer gemäss Bericht der Universitätsklinik A.____ vom 11. November

2021

über

starke

Knieschmerzen

vordergründig

auf

der

rechten

Seite

geklagt.

Mit MRI vom 22.

Oktober 2021 habe am rechten Knie insbesondere ein komplexer Horizontalriss des medialen Meniskus mit umgeschlagenem Flap festgestellt werden können (Urk.

7/6/191-192). Am 15.

November 2021 wurde deswegen eine Kniearthroskopie

mit

medialer

Teilmeniskektomie

durchgeführt

(Urk.

7/6/137-138

[Operationsbericht]). Laut Austrittsbericht vom 16. November 2021 sei der postoperative Verlauf komplikationslos gewesen (Urk. 7/6/140).

E. 3.2

Im
Rahmen
der
nachfolgenden
Verlaufskontrollen
habe
sich
gemäss
Berichten
der
Universitätsklinik
A.____

vom

E. 3.3

Dr.

med. B.____, Facharzt für Neurologie, äusserte sich mit Bericht vom 27.
Januar 2022 dahingehend, dass die seit dem Unfall bestehende Beinparese rechts
aus
neurologischer
Sicht
unklar
bleibe.
Klinisch
hätten
sich
keine

Auffälligkeiten finden lassen, die von der Kooperation unabhängig wären. In der
Bildgebung der Neuroaxis hätten sich keine erklärenden Befunde gezeigt; eine
elektrophysiologische Untersuchung habe keine Hinweise für eine lumbale Plexopathie
ergeben. Differentialdiagnostisch sei eine schmerzbedingte Minderinnervation denkbar.
Eine Symptomausweitung erscheine bei den Knieschmerzen ebenfalls möglich (Urk.
7/6/71).

E. 3.4

Dr.

med. C.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Leitende Ärztin Orthopädie an der Klinik D.____, ging in ihrem Bericht vom 6.

April 2022 von einer insgesamt sehr komplexen Situation aus. Auffallend sei die komplette Dysfunktion des gesamten rechten Beins mit zusätzlich vorhandener Hyposensibilität des Oberschenkels. Es lägen auch postoperativ mediale Kniebeschwerden sowie rezidivierende Ergussbildungen vor. Angesichts der Gesamtsituation mit eindrucklicher muskulärer Dysfunktion werde unbedingt ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt in der Rehaklinik E.____ empfohlen. Ein physiotherapeutischer Aufbau sei bisher aufgrund der vorhandenen Schmerzen unmöglich gewesen (Urk. 7/6/55).

E. 3.5

Trotz

der

in

der

Folge

durch

die

Suva

erteilten

Kostengutsprache

für

eine

stationäre

Behandlung

(Urk.

7/6/25)

trat

der

Beschwerdeführer

am

1.

Juni

2022

nicht

wie geplant in die Rehaklinik E.____ ein (Urk.

7/6/11). Nachdem beide Kniegelenke

im

Mai/Juni

2023

mittels

MRI

untersucht

worden

waren

(Urk.

7/43/116-117,

7/43/140) hielt Dr.

C.____ mit Bericht vom 13.

Juli 2023 fest, dass prinzipiell eine unklare

Situation

verbleibe.

Auf

der

rechten

Seite

finde

sich

eine

horizontale

mediale Meniskusläsion. Diese Pathologie sei überhaupt nicht mit dem Ausmass der Einschränkungen, Beschwerden und der «Fehlfunktion» des rechten Beins mit deutlichen

muskulären

Einbussen

sowie

Dysästhesien

mit

elektrischen

Sensationen

vereinbar. Eine Indikation für eine Operation des rechten Kniegelenks sei aktuell nicht

gegeben;
allenfalls
könne
eine
Infiltration
diskutiert
werden
(Urk.
7/43/117). 3. 6

In ihrem im Auftrag der Suva erstellten Untersuchungsbericht vom 13.
Juli 2023 diagnostizierte die Versicherungsmedizinerin Dr. med. F.____, Fachärztin
für
Chirurgie,
eine
leichte
Quadrizepsatrophie
rechts
bei
Status
nach

Teilme niskektomie des medialen Meniskus am 15. November 2021 (Urk. 7/43/113). Der
Beschwerdeführer
habe
sich
anlässlich
der
klinischen
Untersuchung
in
einem
guten
Allgemein-
und
Ernährungszustand

präsentiert.

Die

Anamneseerhebung

habe

sich

insgesamt als schwierig erwiesen; die gestellten Fragen seien nicht konklusiv respektive

ausweichend

beantwortet

worden.

So

seien

die

Fragen

als

zu

privat

eingestuft

worden

oder

es

sei

auf

die

über

den

Rechtsanwalt

zu

besorgenden

Unterlagen

verwiesen

worden.

Der

Beschwerdeführer

sei

auch
nicht
bereit
gewesen ,
mitzuteilen,
ob
er
seit
April
2022
weiter
in
fachärztlicher
Behandlung
bei
einem
Orthopäden
gewesen oder ausschliesslich durch die Hausärztin betreut worden sei. Eine wirklich
objektive
Untersuchung
des
rechten
Kniegelenks
sei
bei
äusserst
schmerz-
und
vermeidungsbedingtem Verhalten nicht möglich gewesen, welches aufgrund der
Gesamtsituation
und
der
vorliegenden
aktuellen

Bildgebung

nicht

nachvollziehbar

bzw. aus somatischer Sicht nicht erklärbar sei. Die Situation sei sehr unbefriedigend. Die Hausärztin habe nach Abschluss der Untersuchung im Rahmen eines Telefonats mitgeteilt, ihr selbst lägen keine weiteren Berichte von orthopädischer Seite ab April 2022 vor. Ihr gegenüber habe der Beschwerdeführer im Juni 2023 angegeben, nochmals eine Kontrolle in der Klinik D.____ zu haben. Der entsprechende Bericht sei so Dr. F.____

vor einer abschliessenden Beurteilung einzuholen (Urk.

7/43/114). 3. 7

Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie und Leitender Arzt Neurologie an der Klinik D.____, berichtete am 11.

September 2023, der Beschwerdeführer habe

sich

verzweifelt

präsentiert,

sei

an

zwei

Gehstöcken

mobilisiert

und

bezüglich

motorischer Kraft am rechten Bein schmerzbedingt nicht untersuchbar gewesen. Die Beinparese dürfte in Anbetracht der durchgeführten Zusatzuntersuchungen und der aktuellen Befunde nicht primär somatisch-neurologisch begründet sein. Es

sei

ein

Zusammenhang

mit

der

Schmerzsymptomatik

und

zusätzlich

relevanten

funktionellen

Elementen

zu

vermuten.

Eine

stationäre

Rehabilitation

sei

sicherlich

anzustreben,

wobei

der

Beschwerdeführer

einer

solchen

zurückhaltend

gegenüberstehe (Urk. 7/43/39).

E. 3.8

Dr.

B.____

berichtete

am

3.

Oktober

2023

von

einer

neurologischen

Nachkontrolle,

da in einer auswärtigen Bildgebung ödematöse Veränderungen im Musculus quadriceps femoris rechts nachweisbar gewesen seien. In der elektrophysiologischen Untersuchung habe keine ursächliche Neuropathie des Nervus

femoralis nachgewiesen werden können. Die im MRI postulierten Veränderungen des Musculus quadriceps femoris, die ohnehin nur einen kleinen Teil der Beschwerden erklären würden, blieben unklar (Urk. 7/43/29). 3. 9

Zuhanden der Suva hielt die Versicherungsmedizinerin Dr. F.____ in ihrer erneuten Beurteilung vom 3.

November 2023 fest, es liege nun zwei Jahre nach der Teilmeniskektomie am rechten Kniegelenk sicherlich ein stationärer Zustand vor. Es seien bereits mehrere Physiotherapieserien erfolgt, die zu keiner Veränderung des subjektiv dargelegten Gesundheitszustandes geführt hätten (Urk. 7/43/8). Die Tätigkeit als Gebäudereiniger/Allrounder sei zum Teil als eine schwere Tätigkeit einzuschätzen, die überwiegend stehend/gehend ausgeübt werde. Eine gewisse Einschränkung 10 bis 30 % bei Status nach Teilmeniskektomie und beginnender Arthrose sei für eine körperlich schwer belastende Tätigkeit nachvollziehbar. Für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit mit Gehen nur auf gutem Untergrund, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Zwangshaltung für das Kniegelenk und ohne repetitive kniende/kauernde Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer als voll arbeitsfähig einzuschätzen. Diese Beurteilung sei in Zusammenschau der vorliegenden medizinischen Aktenlage lediglich medizinisch-theoretisch möglich, da keine objektive Faktenlage vorliege bzw. eine solche aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers nicht habe erstellt werden können (Urk. 7/43/9). 3. 10

Der RAD-Arzt Dr. med. H.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, gelangte in seiner Stellungnahme vom 21. Dezember 2023 zum Schluss, versicherungsmedizinisch

sei

überwiegend

wahrscheinlich

von

einer

Verzögerung

respektive Nicht-Mitwirkung des Beschwerdeführers beim Heilungsprozess auszugehen. Der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sei anhand der vorliegenden Diagnosen und Befunde sowie unter der Annahme einer erfolgreichen stationären Rehabilitation in der Rehaklinik E.____ ab 1. Juni 2022 medizinisch-theoretisch festzulegen.

In

der

angestammten

Tätigkeit

habe

ab

dem

Unfalldatum

(24.

September

2021)
eine
100%ige
Arbeitsunfähigkeit
vorgelegen.

Ab
der
kreisärztlichen
Untersuchung
vom

13.
Juli
2022

(richtig:

2023)

habe

sie

noch

20

%

betragen.

Bezüglich

einer angepassten Tätigkeit habe ab dem Unfalldatum ebenfalls eine 100%ige
Arbeitsunfähigkeit bestanden. Medizinisch-theoretisch sei ab August 2022 (nach
achtwöchiger erfolgreicher stationärer Rehabilitation) keine Arbeitsunfähigkeit mehr
ausgewiesen (Urk.

7/56/5). 3. 1 1

I.____ ,

dipl.

Physiotherapeut,

äusserte

sich

in

seinem

Schreiben

vom

5.

März 2024 dahingehend, dass trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlung mit aktiver Beteiligung des Beschwerdeführers insgesamt 13

Serien Physiotherapie im Zeitraum vom 8.

Dezember 2021 bis 18.

August 2023 ein sehr unbefriedigender Verlauf ohne klare Fortschritte bestehe. Nach mehreren Kontakten mit verschiedenen Ärzten sei in gegenseitiger Absprache beschlossen worden, die Weiterbehandlung abubrechen (Urk. 7/74). 3. 1 2

Im

Rahmen

der

Abklärung

des

Anspruchs

auf

ein

Hilfsmittel

in

Form

eines

Elek troscooters (vgl. Urk. 7/70, 7/161) stellte die Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. J.____, Praktische Ärztin, zunächst am 3.

April 2023 eine ärztliche

Verordnung

zur

Abgabe

eines

Rollstuhls

aus

(Urk.

7/165).

Auf

Nachfrage der Beschwerdegegnerin (Urk. 7/194/1) hielt sie sodann mit Schreiben vom 10.

Juni 2024 fest, dass dem Beschwerdeführer die Nutzung eines normalen, nicht elektrischen Rollstuhls aufgrund einer starken Kraftminderung in beiden Armen nicht möglich sei (Urk. 7/196/2). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte ihren Entscheid in medizinischer Hinsicht hauptsächlich auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. H.____ vom 21.

Dezember

2023

(Urk.

7/56/5) ,

wobei

es

sich

mangels

eigener

Untersuchung

des

Beschwerdeführers um eine reine Aktenbeurteilung handelt. Die Einschätzung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit beruht im Wesentlichen auf der Annahme, der Beschwerdeführer habe während des Heilungsprozesses nicht angemessen mitgewirkt und diesen verzögert , namentlich indem er im Juni 2022 nicht zur geplanten achtwöchigen stationären Rehabilitation in der Rehaklinik E.____ angetreten sei.

Es

trifft

zu

und

ist

aktenkundig,

dass

der

Beschwerdeführer

zum

genannten

stationären

Klinikaufenthalt

nicht

erschienen

ist,
obwohl
die
Suva
hierfür
Kostengutsprache
erteilt
hat te
(Urk.
7/6/11,
7/6/25).
Zudem
finden
sich
weitere
Anhaltspunkte
für eine mangelhafte Kooperation im Rahmen der medizinischen Heilbehandlung en
und
Untersuchungen .

So
liess
der
Beschwerdeführer
eine
Termineinladung
der
K. ___ AG unbeachtet (Urk.

7/27/51) , weigerte sich ohne objektiv nachvollziehbaren Grund , MRI-U ntersuchung en in
der Universitätsklinik A. ___ durchführen zu lassen (vgl. Urk. 7/27/22, 7/27/29) und
erschwerte die versicherungsmedizinische Untersuchung durch die Suva-Ärztin Dr. F. ___ ,
indem er im Rahmen der Anamneseerhebung gestellte Fragen nur ausweichend oder gar
nicht beantwortete (Urk. 7/ 43/112, 7/43/114). In den Akten findet sich ausserdem ein
Schreiben der Suva an den Beschwerdeführer vom 10. Februar 2023, womit dieser unter
Hinweis auf Art. 43 ATSG auf seine Auskunftspflicht aufmerksam
gemacht wurde (Urk. 7/27/27).

Dies ändert jedoch nichts daran, dass die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer

zu
keinem
Zeitpunkt
unter
Hinweis
auf
die
Rechtsfolgen
im
Falle
des
Nichtbefolgens
der
Auflage
(vorübergehende
oder
dauernde
Leistungsverweigerung
oder
-kürzung)
schriftlich
dazu
ermahnt
hat,
sich
einer
zumutbaren
medizinischen

Behandlung zu unterziehen. Mit anderen Worten rügt der Beschwerdeführer zu Recht die fehlende Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens im Sinne von Art.

21 Abs.

4 ATSG , zumal darauf mangels Vorliegens einer der in Art.

7b Abs.

2 IVG genannten

Sonderfälle auch nicht ausnahmsweise verzichtet werden konnte. Nur wenn dieses Verfahren korrekt durchgeführt worden wäre, hätte die Beschwerdegegnerin bzw. der RAD den Gesundheitszustand so beurteilen dürfen, als ob der Beschwerdeführer die Massnahme vorliegend die (wohl zumutbare) stationäre

Rehabilitation

in

der

Rehaklinik

E.____

tatsächlich

durchgeführt

hätte.

Die

versicherungsinterne

Beurteilung

füsst

somit

auf

einer

unhaltbaren

theoretischen Annahme, weshalb nur schon aus diesem Grund Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. vorstehende E. 1.4). 4.2

Hinzu

kommt,

dass

kein

lückenloser

Befund

vorliegt,

welcher

für

eine

Aktenbeurteilung allerdings

praxisgemäss erforderlich wäre. So hielt die Suva-Ärztin Dr. F.____

in

ihrem

Untersuchungsbericht

vom

E. 8

Abs.

1

des

Bundesgesetzes

über

den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht 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. 9

f.). Die medizinisch-theoretische Beurteilung des Leistungsanspruchs sei folglich unzulässig und die Beschwerdegegnerin habe ihre Pflicht

zur

vollständigen

und

richtigen

Abklärung

des

rechtserheblichen

Sachverhalts verletzt. Die Veranlassung eines Gerichtsgutachtens erweise sich vor diesem Hintergrund als notwendig. Im Nachgang hierzu seien im Sinne des Grundsatzes «Eingliederung

vor

Rente»

die

im

konkreten

Fall

erfolgsversprechenden

Eingliederungsmassnahmen zu bestimmen und durchzuführen (Urk.

1 S.

6 f. und S. 10 f.). 3.

E. 13

Dezember

2021

und

E. 14

Juli

2023

fest,

eine

wirklich objektive Untersuchung des rechten Kniegelenks sei bei äusserst schmerz- und vermeidungsbedingtem

Verhalten

des

Beschwerdeführers

nicht

möglich

gewesen

(Urk.
7/43/114 ;
vgl.
auch
Urk.
7/43/9
[«keine
objektive
Faktenlage»]).

In
den
Akten
finden
sich
ferner
Hinweise
auf
weitere
somatische

Beeinträchtigungen wie Rückenprobleme (Urk. 7/43/29 , 7/191/1) und Kraftminderungen
in den Armen (Urk.

7/196/2), welche schliesslich zusammen mit den Kniebeschwerden
zur Kostengutsprache für ein Hilfsmittel in Form eines
Elektroscooters

führten (Urk. 7/199). Darüber hinaus wurde von ärztlicher Seite mehrfach festgehalten,
dass die geklagten Schmerzen aus somatischer Sicht nicht hinreichend erklärbar seien
bzw. eine somatoforme Komponente vorliegen könnte (Urk. 7/6/48, 7/43/29 und 7/43/116
) . Eine umfassende fachärztliche Würdigung dieser im Raum stehenden
Gesundheitsbeeinträchtigungen

fehlt in der Aktenbeurteilung des RAD und lässt sich auch den übrigen medizinischen
Unterlagen nicht entnehmen.

Zu prüfen sein wird schliesslich, ob die von den behandelnden Arztpersonen im Verlauf
wiederholt attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. u.a. Urk. 7/6/17, 7/6/61, 7/38, 7/47
und 7/60) in versicherungsmedizinischer Hinsicht zu überzeugen vermag. 4.3

Vor
diesem

Hintergrund
erweisen
sich
weitere
medizinische
Abklärungen
in
Nachachtung
des
geltenden
Untersuchungsgrundsatzes

(Art.

43

Abs.

1

und

Art.

61

lit .

c

ATSG) als unumgänglich, da aktuell über die für die Beurteilung des streitigen Leistungsanspruchs erforderlichen Tatsachen keine hinreichende Klarheit besteht. Es ist in erster Linie Aufgabe des Versicherungsträgers, von Amtes wegen die notwendigen Abklärungen vorzunehmen, um den rechtserheblichen Sachverhalt vollständig festzustellen (vgl. BGE

149 V 218 E.

5.7; Urteil des Bundesgerichts 9C_8/2022

vom

6.

März

2023

E.

5.3,

je

mit

Hinweisen).

Das

Gericht

kann

die

Angelegenheit insbesondere in denjenigen Fällen an die Vorinstanz zurückweisen, in denen

der

Sachverhalt

ungenügend

festgestellt

wurde

(vgl.

§

26

Abs.

1

des

Gesetzes

über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]), was vorliegend zutrifft.

Von der beantragten

Veranlassung

eines

Gerichtsgutachtens

ist

demnach

abzusehen,

zumal

die Rechtsstaatlichkeit der Versicherungsdurchführung überdies empfindlich litte und von einem Substanzverlust bedroht wäre, wenn die Verwaltung von vornherein darauf bauen könnte, dass ihre Arbeit ohnehin in jedem verfügungsweise abgeschlossenen Sozialversicherungsfall auf Beschwerde hin gleichsam gerichtlicher Nachbesserung unterläge (BGE 137 V 210 E. 4.2).

Zwecks Klärung der offenen Fragen ist die Beschwerdegegnerin somit zu verpflichten, im Verfahren nach Art. 44 ATSG ein Administrativgutachten einzuholen, wobei wohl eine polydisziplinäre Begutachtung in Betracht zu ziehen ist. Letztlich obliegt die Einordnung,

welche Fachdisziplinen an der Begutachtung zu beteiligen sind, jedoch dem RAD
respektive den Gutachtern (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_150/2022 vom 7. November
2022 E. 10.2 und 8C_431/2021 vom 26. Januar 2022 E. 4.1 mit Hinweisen s. a.; vgl. auch
Art. 44 Abs. 5 ATSG). Nach Vorliegen

der

Abklärungsergebnisse

wird

die

Beschwerdegegnerin

erneut

über

den

Leistungsanspruch zu befinden haben, wobei sie dem Grundsatz «Eingliederung vor

Rente»

(vgl.

BGE

148

V

397

E.

6.2.4)

Rechnung

zu

tragen

haben

wird.

In

Anbe tracht

der

bisher

teilweise

unzureichenden

Mitwirkung sbereitschaft

des

Beschwerdeführers im Abklärungsverfahren ist dieser darauf hinzuweisen, dass die von ihm selbst geforderten beruflichen Eingliederungsmassnahmen (vgl. Urk.

1 S. 11) massgeblich von einem entsprechenden Eingliederungswillen abhängen und der Untersuchungsgrundsatz nicht uneingeschränkt gilt, sondern sein Korrelat in den Mitwirkungspflichten der Parteien findet (Urteil des Bundesgerichts 9C_508/2024 vom 11. Dezember 2024 E. 3.1 mit Hinweisen). 5.

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 16. September 2024 (Urk.

2) aufzuheben und die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der obigen Erwägungen eine neue Beurteilung vornehme und sodann über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 6. 6.1

Das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr.

200.-- bis Fr.

1'000.-- festgelegt (Art.

69 Abs.

1 bis IVG). Im vorliegenden Verfahren sind sie ermessensweise

auf

Fr.

700.--

anzusetzen.

Nach

ständiger

Rechtsprechung

gilt

die

Rückweisung

der

Sache

an

die

Verwaltung

zur

weiteren

Abklärung

und

neuen

Verfügung

als

vollständiges

Obsiegen ,

unabhängig

davon,

ob

sie

beantragt

oder

ob

das

Begehren im Haupt- oder Eventualantrag gestellt wird (BGE

141 V 281 E.

11.1, 137 V 210 E.

7.1, 137 V 57 E.

2.2) . Folglich sind die Gerichtskosten der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Nach

Art.

61

lit .

g

ATSG

hat

die

obsiegende

Beschwerde

führende

Person

Anspruch

auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Als weitere Bemessungskriterien nennen die kantonalen Vorschriften das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen (§ 34 GSVGer sowie § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht [GebV SVGer]).

Mangels Vorliegens einer Honorarnote ist die Parteientschädigung ermessensweise festzusetzen. Unter Berücksichtigung der massgebenden Kriterien hat die Beschwerdegegnerin

dem

anwaltlich

vertretenen

Beschwerdeführer

eine

Parteient schädigung von Fr.

2' 9 00.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 6.3

Ausgangsgemäss

erweist

sich

das

vom

Beschwerdeführer

gestellte

Gesuch

um

unentgeltliche Rechtspflege (Urk.

1 S.

2) als gegenstandslos. Das Gericht erkennt: 1.

Die

Beschwerde

wird

in

dem

Sinne

gutgeheissen,

dass

die

angefochtene

Verfügung

der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16.

September 2024 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie nach ergänzenden Abklärungen im Sinne der Erwägungen über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 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.

2'900.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Sebastian Lorentz - 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
HurstWyler

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