

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00850 vom 30. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00850

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00850 du 30 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00850 del 30 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. X., geboren 1959 und von 1988 bis Ende 2002 als Bauarbeiter tätig (Urk. 8/15), meldete sich, nachdem ihm die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) am 31. Oktober 2002 (Urk. 8/39/11-13) eine Rente basierend auf einer Erwerbsunfähigkeit von 12 % zugesprochen hatte, am 8. September 2005 unter Hinweis auf einen am 28. November 2000 sowie einen am 5. November 2004 erlittenen Sturz mit dem Fahrrad bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Bezug von Leistungen (Umschulung, Arbeitsvermittlung, Rente) an (Urk. 8/7). Die IV-Stelle liess in der Folge einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 8/9) erstellen, nahm die Unterlagen der SUVA zu den Akten (Urk. 8/11/1-58, 8/19/1-13, 8/21/1-47, 8/24/1-8, 8/27/1-5, 8/28/1-87, 8/39/1-13), erkundigte sich beim ehemaligen Arbeitgeber nach dem Arbeitsverhältnis (Urk. 8/15) und zog den Bericht von Dr. med. Y., Allgemeine Medizin FMH, vom 20./22. September 2005 (Urk. 8/12 mit weiteren Berichten) bei. Mit Verfügung vom 22. Juni 2006 (Urk. 8/23) leistete die IV-Stelle Kostengutsprache für zwei Hörgeräte. Nachdem der Versicherte mit Eingabe vom 11. Dezember 2007 (Urk. 8/25) um Durchführung von Integrationsmassnahmen ersucht hatte, wies die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/40-44) das Leistungsgesuch am 26. Mai 2008 ab (Urk. 8/46). Mit Urteil vom 27. Februar 2009 (Urk. 8/73) wies das hiesige Gericht die dagegen erhobene Beschwerde ab. In Bestätigung dieses Entscheides verneinte das Bundesgericht sodann am 14. Dezember 2010 (Verfahren 8C_303/2009) einen Anspruch des Versicherten auf Integrationsmassnahmen. Die gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 11. September 2008 (Urk. 8/58), mit welchem eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes von X. nach dem erneuten Sturz vom 5. November 2004 verneint worden war, erhobene Beschwerde hiess das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich am 19. Mai 2010 teilweise gut, indem es den Rentenanspruch neu auf 15 % festsetzte (Urk. 8/91).

1.2. Mit Verfügung vom 13. November 2008 (Urk. 8/66) sprach die IV-Stelle X. eine vom 1. November 2005 bis zum 30. September 2007 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu. Nachdem der Versicherte dagegen Beschwerde erhoben hatte (Urk. 8/67), kam die IV-Stelle am 13. November 2008 auf ihren Entscheid zurück, hob die angefochtene Verfügung wiedererweisungsweise auf und stellte eine eigenständige Invaliditätsgradbemessung in Aussicht (Urk. 8/68), was zum Rückzug der Beschwerde (Urk. 8/71/5) und zur Abschreibung des Verfahrens (Verfügung vom 22. Januar 2009, Urk. 8/71/1-3) führte.

1.3. Nach eigenständiger Festsetzung des Invaliditätsgrades durch die IV-Stelle (Urk. 8/83) und durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 8/86-89) wurde

dem Versicherten mit Verfallung vom 19. August 2010 eine vom 1. November 2005 bis zum 30. September 2007 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zugesprochen (Urk. 2).

2. Hiergegen liess X. am 14. September 2010 Beschwerde erheben und beantragen, es seien ihm über den 30. September 2007 hinaus die gesetzlich geschuldeten Leistungen zuzusprechen. Eventualiter sei die angefochtene Verfallung aufzuheben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 15. Oktober 2010 (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-96) schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. Mit Eingabe vom 7. März 2011 (Urk. 10) legte der Beschwerdeführer die Berichte der Klinik Z. vom 12. und 24. Januar 2011 (Urk. 11/1-2) auf, welche der Beschwerdegegnerin zu Kenntnis gebracht wurden (Urk. 12).

3. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die Beschwerdegegnerin legte ihrem Entscheid eine ab dem 24. Juli 2007 zumutbare Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit zugrunde, womit der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 20 % in der Lage sei, ein Invalideneinkommen von Fr. 45'506.-- zu erzielen. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 68'062.-- führe dies zu einem Invaliditätsgrad von 33 %, was keinen Anspruch auf eine Rente begründe (Urk. 2). Demgegenüber hielt der Beschwerdeführer dafür, es sei unzulässig, die Rente bloss gestützt auf die Abklärungen des Unfallversicherers einzustellen. Die Beschwerdegegnerin hätte eigene Abklärungen in Bezug auf die Problematik an Schulter- und Ellbogen sowie bezüglich der psychischen Beschwerden tätigen und nachweisen müssen, dass sich der Sachverhalt gegenüber dem Jahr 2007 wesentlich geändert habe (Urk. 1 S. 6). Weil dieser Nachweis fehle, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % für leichte Arbeiten (Urk. 1 S. 5).

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das

Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass respektive bis zum Einspracheentscheid zu berücksichtigen sind. Bevor die Verwaltung über einen Leistungsanspruch befindet, muss sie daher prüfen, ob allenfalls in der dem Rentenbeginn folgenden Zeit eine erhebliche Veränderung der hypothetischen Bezugsgrößen eingetreten ist. Gegebenenfalls hat sie vor ihrer Entscheidung einen weiteren Einkommensvergleich durchzuführen (BGE 129 V 222 f. E. 4.2 in fine, 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

E. 3

3.1 Am 28. November 2000 erlitt der Beschwerdeführer bei einem Sturz vom Fahrrad eine Schulterprellung links mit Partialruptur der Supraspinatussehne. Nach durchgeführter Acromioplastik und Naht der Supraspinatussehne links am 28. März 2001 nahm der Beschwerdeführer am 4. September 2001 seine Tätigkeit auf dem Bau wieder auf. Weil er bei Handkopparbeiten Schwierigkeiten bekundete, wurde ihm per 31. August 2002 gekündigt. Am 3. Juli 2002 erfolgte eine kreisärztliche Untersuchung, gestützt auf welche Dr. med. A. ___ zum Schluss kam, die Schulterfunktion links sei etwas eingeschränkt, womit längere Handkopparbeiten unzumutbar seien. Bis zur Brusthöhe sei jedoch ein Normaleinsatz des linken Armes gegeben (vgl. Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. med. B. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, vom 20. Juni 2007, Urk. 8/24/3).

3.2 Am 5. November 2004 stürzte der Beschwerdeführer auf den linken Ellbogen (Urk. 8/11/58) und zog sich eine Radiusköpfchenfraktur links zu. Nach konservativer Therapie derselben hielten die Ärzte des Spitals C. ___ den Beschwerdeführer ab 27. Dezember 2004 zu 50 % und ab dem 10. Januar 2005 für vollständig arbeitsfähig (vgl. Bericht von Dr. Y. ___ vom 14. Dezember 2004, Urk. 8/11/54). Aufgrund erheblicher Restbeschwerden und schmerzhafter Bewegungseinschränkung an Ellbogen und Schulter links erfolgte vom 16. Februar bis zum 6. April 2005 ein stationärer Aufenthalt in der Rehaklinik D. ___ (Urk. 8/11/35-41), welcher jedoch nicht zu einer Verringerung des Streckausfalls am linken Ellbogen zu führen vermochte. Betreffend den Befund an der linken Schulter erklärten die Ärzte der Rehaklinik, eine organisch bedingte Verschlechterung durch das zweite Unfallereignis habe nicht stattgefunden. Der Schultertiefstand sei am ehesten als haltungsbedingt einzustufen (Urk. 8/11/36-37). Die am 12. April 2005 konsultierten Ärzte des Spitals C. ___ (Bericht vom 19. Mai 2005, Urk. 8/11/25-26) hielten sodann fest, eine Erklärung

für die fixierte Stellung des Ellbogengelenks bei konsolidierter Fraktur sei nicht eruiert, weshalb weitere chirurgische Massnahmen damit nicht indiziert seien.

3.3 Eine erneute kreisärztliche Untersuchung am 19. August 2005 (Urk. 8/11/15-18) durch Dr. B. ergab eine gute Rotationsfähigkeit der linken Schulter und einen variablen Streckausfall am Ellbogen, wobei eine Aufdehnung um 20 Grad (von 70 bis 50 Grad) mit geringen Beschwerden möglich gewesen sei. Der Arzt beschrieb die Muskulatur am Arm als kräftig und gut tonisiert, was nicht zu einer nur sehr beschränkt einsetzbaren Extremität passe (Urk. 8/11/17). Da er sich die deutliche Funktionseinschränkung von Schulter und Ellbogen links bei guter Trophik und auch bildgebend bescheidenen Veränderungen nicht erklären konnte, verwies Dr. B. den Beschwerdeführer an die Klinik Z. (Schreiben vom 19. August 2005, Urk. 8/11/14) und besttigte angesichts der noch bevorstehenden weiteren Abklärungen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/11/18).

3.4 Mit Bericht vom 20. bzw. 22. September 2005 (Urk. 8/12/1-6) bezeichnete Dr. Y. die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als nicht mehr möglich, eine angepasste Tätigkeit indes als ganztags zumutbar (Urk. 8/12/4).

3.5 Nach Arthroskopie des linken Ellbogens (Operationsbericht der Klinik Z. vom 3. Februar 2006, Urk. 8/21/13-14) und vollständiger Streckung in Narkose am 22. Juni 2006 (Urk. 8/28/80-81) sowie nach Ausschluss einer Neuropathie am Nervus radialis (Bericht vom 19. Juni 2006, Urk. 8/28/82-83) erklärte Dr. med. E., Oberarzt, Klinik Z., mit Bericht vom 4. September 2006 (Urk. 8/28/72-73), er sehe bezüglich der wieder zunehmend auftretenden Ellbogensteife keine therapeutische Möglichkeit mehr, wobei sicherlich die Compliance des Beschwerdeführers nicht optimal sei, so dass eine einmal gewonnene Verbesserung in Extension relativ rasch wieder verloren gehe. Mit Bericht der Klinik Z. vom 27. November 2006 (Urk. 8/28/63-64) wurden sodann eine somatische Störung oder Infektion in der linken Schulter ausgeschlossen, das Vorliegen einer Frozen shoulder verneint und erklärt, durch die subacromiale Dekompression (Operationsbericht vom 29. September 2006, Urk. 8/28/68-69) sollte die Impingementsymptomatik zumindest reduziert sein. Eine Weiterführung der Physiotherapie werde empfohlen.

3.6 Am 31. Januar 2007 berichtete Dr. Y. (Urk. 8/28/58-59), die Schmerzen hätten beim Beschwerdeführer eine Depression ausgelöst, welche zur Zeit mit Cipralax behandelt werde. Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei nicht möglich.

3.7 Dr. med. F., Assistenzärztin, und PD Dr. med. G., beide Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Spital H., diagnostizierten chronische Schulterschmerzen links nach Schultertrauma mit rezidivierendem Impingement (Bericht vom 4. Mai 2007, Urk. 8/28/47-48). Eine wesentliche Besserung habe auch mit psychologischer Mitbetreuung (Schmerzhypnose) nicht erreicht werden können. Intermittierend werde eine schmerzmodulierte Therapie mit Surmontil und Fluctine durchgeführt. Die Aufnahme ins ambulante interdisziplinäre Schmerzprogramm sei aufgrund des laufenden IV-Verfahrens derzeit aufgeschoben.

3.8 Anlässlich der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung vom 20. Juni 2007 (Urk. 8/28/39-46) erhob Dr. B. einen Streckausfall am linken Ellbogen von 70 Grad. Es sei dem Beschwerdeführer knapp möglich, den Arm in die Horizontale anzuheben; Bewegungen würden als schmerzhaft angegeben. Der Arzt führte aus, die

Trophik am Arm sei gut, die Muskulatur erscheine ordentlich kräftig. Handgelenk und Finger bewegten sich indes sehr kraftlos. Er notierte, die Radiusköpfchenfraktur sei mit leichter Stufenbildung konsolidiert, welche aber die massive Funktionseinschränkung nicht erkläre. Der Arzt hielt mit dem Hinweis, je nach Röntgenbefund sei die Einschätzung allfällig zu revidieren, fest, er habe den Eindruck gewonnen, dass der bis zum Unfall im Jahre 2000 tätige Berufsmann mit den Folgen einer etwas verminderten Belastbarkeit des linken Schultergelenkes nur schlecht habe umgehen können, was zum Stellenverlust geführt habe. Der Beschwerdeführer sei dann in eine Abwärtsspirale geraten, der er nicht mehr habe entrinnen können, was zu einer weitgehenden Funktionslosigkeit des linken Armes bei unauffälliger Trophik geführt habe. Der Beschwerdeführer habe sich aufgegeben, was unbewusst zu einer demonstrierten Schonhaltung führe. Abschliessend erachtete der Arzt die Weiterführung der Physiotherapie unter den genannten Voraussetzungen als ohne Aussicht auf Erfolg, weshalb diese einzustellen sei (Urk. 8/28/43).

3.9. Nach einer weiteren radiologischen Abklärung des Armes und der Schulter am 9. Juli 2007 (Urk. 8/28/23) am Spital C., welche im Vergleich zur letzten Aufnahme des Ellbogens vom 12. Mai 2005 eine unverändert gute Konsolidierung ohne sichere Veränderung und ohne Stufenbildung zeigte, hielt Dr. B. am 24. Juli 2007 (Urk. 8/28/16-17) dafür, auf pathologisch/anatomischer Ebene finde sich keine Erklärung für die sehr schlechte Funktion des linken Armes. Entsprechend werde die weitere Behandlung mit Lyrica keine Änderung bringen. Aufgrund der somatischen Befunde könne davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer die linke Hand bis Scheitelhöhe heben, seitlich um Unterarmlänge ausgreifen könne und die Fähigkeit habe, Gewichte bis 5 kg in diesem Bewegungsfeld zu handhaben. Sehr rasch sich wiederholende Bewegungen, starke auf den Arm wirkende Schläge und Vibrationen seien zu vermeiden. Ein Einsatz sei ganztags möglich. Seine Beurteilung bezeichnete Dr. B. als eine sehr vorsichtige Schätzung. Ob von einer somatoformen Schmerzstörung zu sprechen sei, müsse von psychiatrischer Seite entschieden werden.

3.10. Gemäss Einschätzung von Dr. med. I., Facharzt Allgemeinmedizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 20. Dezember 2007 (Urk. 8/33) liefert die medizinische Aktenlage keinerlei konkrete Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung, welche ein invalidisierendes Ausmass annehmen könnte. Insbesondere befinde sich der Beschwerdeführer nicht in fachärztlich psychiatrischer Behandlung.

3.11. Mit Arzteugnis vom 30. Januar 2008 (Urk. 8/39/7) zu Händen der Arbeitslosenkasse bestätigte Dr. Y. eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 28. November 2000 bis zum 16. Dezember 2007 und ab dem 17. Dezember 2007 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einer leichten, einarmigen Tätigkeit (Arm rechts).

3.12. Am 12. Januar 2011 (Urk. 11/1) berichtete Dr. F., Klinik Z., unter Nennung der bekannten Diagnosen der (1) chronischen Schulterschmerzen links und (2) einer Bewegungseinschränkung des Ellbogen links, der Beschwerdeführer leide trotz ausgebauter medikamentöser Analgetikatherapie seit über 10 Jahren an linksseitigen Schulterschmerzen mit Bewegungseinschränkung, wobei die Funktionseinschränkung nach Sistieren der Physiotherapie Mitte des letzten Jahres eher zugenommen habe. Neben einer Fehllhaltung mit Schulterprotraktion würden vor allem das positive Impingement und die myofascialen Befunde mit Triggerpunkten im Schulterbereich auffallen. Hinweise

für eine radikale Symptomatik bestanden nicht. Wegen der ausgeprägten myofascialen Befunde werde erneut ein intensiver Zyklus Physiotherapie mit Weichteil-/Triggerpunktbehandlung, Instruktion zur Haltungskontrolle und im Verlauf zur glenohumeralen Stabilisation empfohlen. Allenfalls könnte der Beschwerdeführer von einer subacromialen Steroidinfiltration profitieren. Einer Reduktion der Durogesicdosis stehe er ablehnend gegenüber. Nach erneuter sonographischer Untersuchung der Supraspinatussehne (letztmals 2006) hielt die Ärztin mit Bericht vom 24. Januar 2011 (Urk. 11/2) fest, die Beurteilbarkeit der Sonographie habe sich aufgrund der schmerzhaft eingeschränkten Beweglichkeit der Schultern als reduziert erwiesen. Eine Bursitis oder Gelenkserguss habe nicht nachgewiesen werden können. Soweit einsehbar hätten sich die Supraspinatus-, Infra- und Subscapularissehnen ohne Ruptur gezeigt. Laborchemisch sei eine diskrete Erhöhung der Entzündungswerte aufgefallen. Wegen fehlender Hinweise auf eine Bursitis oder eine andere Ursache für ein Impingement würde aktuell von einer weiteren Steroidinfiltration abgesehen. Wie bereits vorgeschlagen, aufgrund des häufigen IV-Verfahrens aktuell jedoch nicht durchführbar, würde sie eine Aufnahme des Beschwerdeführers in das ambulante interdisziplinäre Schmerzprogramm mit den dort durchgeführten physio- und ergotherapeutischen Massnahmen sehr unterstützen. Mit Ausnahme der bereits vorgeschlagenen Physiotherapie würden sich derzeit keine anderen therapeutischen Optionen anbieten. Weitere Nachkontrollen seien nicht geplant.

E. 4

4.1.1. Bereits mit Urteil vom 27. Februar 2009 (IV.2008.00622, Urk. 8/73) stellte das hiesige Gericht fest, dem Beschwerdeführer sei die angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter nicht mehr, eine Verweisungstätigkeit jedoch vollumfänglich zumutbar (E. 4.3.1). Hieran ändere nichts, dass Dr. Y. von einer durch die Schmerzsymptomatik ausgelösten Depression gesprochen und Cipralext verordnet habe, könne doch ohne Weiteres der Einschätzung des RAD Arztes vom 20. Dezember 2007 gefolgt werden, wonach Hinweise auf eine eigenständige psychiatrische Erkrankung invalidisierenden Ausmasses fehlten (E. 4.4). Unter Verweis auf den überzeugenden kreisärztlichen Abschlussuntersuchungsbericht vom 20. Juni 2007, wonach eine den Einschränkungen am linken Arm Rechnung tragende Beschäftigung ganztags ausgeübt werden könne, und auf die RAD-Stellungnahme vom 20. Dezember 2007 sah das in der Folge angerufene Bundesgericht keine Veranlassung zur Beanstandung dieser Einschätzung (Urteil vom 14. Dezember 2010, 8C_303/2009, E. 7.1).

Hievon abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass. Die neu aufgelegten Berichte von Dr. F. vom 12. und 24. Januar 2011 belegen keine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation des Beschwerdeführers. Eine Bursitis oder Sehnenruptur konnte ausgeschlossen werden, und mangels Anhaltspunkten für andere Ursachen eines Impingements hielt die Ärztin eine erneute Steroidinfiltration für nicht angezeigt (E. 3.12). Das Vorbringen des Beschwerdeführers, in der Unfallversicherung seien die über die somatischen Befunde hinausgehenden Beschwerden mangels Adäquanz nicht berücksichtigt worden, womit diesen Beschwerden implizit Krankheitswert zugestanden worden sei (Urk. 1 S. 5), überzeugt nicht. An einer Krankheit erheblichen Ausmasses - auch aus psychiatrischer Sicht - fehlt es aktenkundig. Auch die Einschätzung von Dr. Y. vom 30. Januar 2008, der Beschwerdeführer sei in einer leichten, einarmigen Tätigkeit (bloss) zu 50 %

arbeitsfähig (E. 3.11), vermag die kreisärztliche Beurteilung oder jene des RAD nicht in Frage zu stellen. Zum einen mangelt es dem Attest des Hausarztes des Beschwerdeführers an einer Begründung für die weitgehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit, zum anderen gab Dr. Y. ___ ausdrücklich an, die Arbeitsunfähigkeit sei auf Unfallfolgen zurückzuführen (Urk. 8/39/7). Der Beschwerdeführer verneinte denn auch selber das Vorliegen einer psychologisch-psychiatrischen Problematik (Urk. 8/52/3). Mit Blick auf diese Aktenlage drängt sich weder eine von der kreisärztlichen Einschätzung und derjenigen des RAD abweichende Beurteilung auf, noch sind von weiteren Untersuchungen erhebliche, neue Erkenntnisse zu erwarten, weshalb in antizipierender Beweiswürdigung davon abgesehen werden kann. Damit ist unverändert darauf abzustellen, dass der Beschwerdeführer in einer den somatischen Befunden angepassten Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ist (E. 3.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Soweit er sodann geltend machte, es sei der Beschwerdegegnerin nicht gelungen, den Nachweis für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation seit 2007 zu erbringen (Urk. 1 S. 6), vermag der Beschwerdeführer auch damit nicht durchzudringen. Bereits im August 2005 konnte sich der Kreisarzt die deutliche Funktionseinschränkung von Schulter und Ellbogen nicht erklären (E. 3.3), und der Hausarzt Dr. Y. ___ erachtete im September 2005 eine angepasste Tätigkeit als ganztags zumutbar (E. 3.4). Die vom Kreisarzt dennoch weiterhin attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit gründete in der Notwendigkeit, andere Beschwerdeursachen auszuschliessen und weitere Abklärungen zu tätigen (E. 3.3). Nachdem erhebliche Pathologien hatten ausgeschlossen werden können (E. 3.5), und da auch erneute radiologische Befunde zu keiner anderen Einschätzung Anlass boten (E. 3.8-3.9), ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die kreisärztliche Einschätzung abstellte (Urk. 8/74/1) und ihrer Entscheidung ab dem 24. Juli 2007 (ergänzende Begründung des Kreisarztes, E. 3.9) eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zugrunde legte (Urk. 2).

4.2 Ä Ä Ä Ä Steht mithin fest, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers einzig durch unfallbedingte Beschwerden eingeschränkt ist, so ist der im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren (vgl. Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 19. Mai 2010, UV.2008.00335; Urk. 8/91) festgesetzte und in Rechtskraft erwachsene Invaliditätsgrad von 15 % auch im vorliegenden Verfahren massgebend.

4.3 Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung sind bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente die Revisionsbestimmungen (Art. 17 ATSG; Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anwendbar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2009, 9C_233/2009, E. 2.1). Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer vom 1. November 2005 (Beginn Wartejahr: November 2004) eine bis zum 30. September 2007 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 2), wobei sie ab dem 24. Juli 2007

eine vollständige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 33 % festlegte. Nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV ist der den Rentenanspruch ausschliessende Invaliditätsgrad (E. 4.2) erst ab 1. November 2007 zu berücksichtigen.

4.4. Damit hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine vom 1. November 2005 bis zum 31. Oktober 2007 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung, was zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt.

Im übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 600.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens - teilweises Obsiegen - zu drei Vierteln dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

6. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine reduzierte Parteientschädigung, welche ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (  34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) und auf Fr. 500.-- festzusetzen ist.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. August 2010 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. November 2005 befristet bis zum 31. Oktober 2007 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln (Fr. 450.--) und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel (Fr. 150.--) auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- DAS Rechtsschutz-Versicherungs-AG
- 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 siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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