

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00899 vom 11. März 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-03-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00899

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00899 du 11 mars 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00899 del 11 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

6. Oktober 2012, Urk. 11/19-20+2

E. 1.1

bzw.

E. 3.5) .

Die Ärzte der Klinik C.____ nahmen am 19. Februar 2013 eine Arthro -MRI-Untersuchung des rechten Schultergelenks vor. Es war dabei im Vergleich zur Untersuchung vom 5. November 2012 ein weitgehend stationärer Befund ersichtlich . Es zeigte sich eine Tendinopathie der Supraspinatussehne . Des Weiteren war eine regelrechte Darstellung der übrigen Sehnen der Rotatorenmanchette bei Partialruptur der Supraspinatussehne zu sehen. Die lange Bizepssehne

zeigte sich mit regelrechtem Signal und abgesehen von einer geringen Subluxationsstellung auf Höhe des Bizeps- Pulley

mit regelrechtem Verlauf im Sulcus

intertubercularis .

Die klinische Untersuchung der rechten Schulter ergab eine reizlose Operationsnarbe, keine Entzündungszeichen, Verspannung der schulterführenden Muskulatur, Druckschmerz subakromial und auf das AC-Gelenk rechts. Die Schulterfunktion rechts betrug: Anteversion/Retroversion aktiv 50-0-20°, passiv 80-20-30° mit Schmerzangabe, Abduktion/Adduktion aktiv 45-0-20°, passiv 75-0-30° mit Endphasenschmerz, Aussenrotation/Innenrotation bei anliegendem Arm 30-0-40°, passiv 50-0-60° mit Endphasenschmerz. Ein Nackengriff rechts war dem Beschwerdeführer nicht möglich, er konnte kaum das Ohrfläppchen mit der Fingerspitze berühren. Der Schürzengriff links war ihm bis zum Gesäss links möglich . Die isometrischen Tests für Abduktion, Anteversion, Aussenrotation und Innenrotation waren schmerzhaft. Der Jobe -Test war positiv, der Drop- Sign -Test negativ und der Lift-Off-Test positiv rechts.

Der Umfang des rechten

Arms war 10 cm über dem Olekranon

36 cm, über dem Olekranon 32,0 cm und 10 cm unterhalb des Olekranon 31,5 cm. Der Umfang des linken Arms mass 10 cm über dem Olekranon 35,4 cm, über dem Olekranon 31,7 cm und 10 cm unterhalb des Olekranon 31,2 cm. Ellbogengelenk und Handgelenk rechts waren frei, der Faustschluss rechts komplett. Die HWS zeigte eine leichte Protraktion

und leichte muskuläre Verspannung. Der Kinn-Sternum-Abstand war 4/17 cm. Die Seitneigung rechts/links war 30-0-30°, die Rotation rechts/links 60-0-60° mit Endphasenschmerz. Der Beschwerdeführer klagte über Druckschmerzen über dem

Musculus

trapezius

descendens und ascendens beidseits.

Bei der Untersuchung der BWS/LWS zeigte sich ein Schulterhochstand links von einem Zentimeter, eine mässige Skoliose, ein

Beckengeradstand, Druckschmerzen über dem SIG beidseits und der unteren LWS paravertebral. Der Finger-Boden-Abstand war 42 cm mit Schmerzangabe an der unteren LWS und im SIG-Bereich beidseits. Der Schober lumbalis

war 10/14 cm und die Ott-Zeichen 30/32,5 cm. Die Oberkörper Seitneigung rechts/links betrug 15-0-15° und die Oberkörperrotation rechts/links 20-0-20°. Das Knie wies keine Auffälligkeiten auf: kein Knieerguss, kein Druckschmerz über medialem Gelenkspalt, keine Bandinstabilität, Flexion/Extension 135-0-0° und keine Schmerzen.

Die Schulter links, Ellbogen, Handgelenk links, Hüftgelenke, rechtes Knie und Sprunggelenke beidseits waren frei beweglich.

Die Ärzte der Klinik C.____ kamen gestützt auf diese Befunde zum Schluss, dass das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden nur ungenügend erklären lassen (Urk. 11/32/3+4). Entsprechend erstellten sie

das Zumutbarkeitsprofil auch nicht gestützt auf die durchgeführten Belastungstests. Dies erweist sich als nachvollziehbar, zeigte der Beschwerdeführer in den Belastungstests doch teilweise groteske Körperhaltungen und verweigerte auch geringe körperliche Belastungen (Urk. 11/32/8). Das von den Ärzten der Klinik C.____ erstellte Belastungsprofil, gemäss welchem dem Beschwerdeführer mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar

sind, wobei längerdauernde rechtseitige Tätigkeiten über Kopfhöhe und das Ersteigen von Leitern und Gerüsten nicht möglich seien, erweist sich gestützt auf die erhobenen Befunde aus somatischer Sicht als schlüssig. 5.

E. 1.2

Die Ärzte der Klinik A.____ bestätigten die Einschätzung der Ärzte der Klinik C.____, dass die vom Beschwerdeführer geklagten erheblichen Beschwerden nicht nachvollziehbar seien und sahen deshalb auch von weiteren Therapieoptionen ab (E. 4.3 und E. 4.4). Die Ärzte der Klinik A.____ erachteten zudem aus rein medizinischer Sicht eine körperlich nicht belastende Tätigkeit für zumutbar (Urk. 11/23). 5.1.3

Dr. B.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 6. März 2013 für die angestammte Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 3.6). Diese Einschätzung steht in Übereinstimmung mit der Einschätzung der Ärzte der Klinik C.____ und der Klinik A.____. Betreffend Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erachtete Dr. B.____ eine Abklärung für notwendig,

weshalb seine Einschätzung nicht im Widerspruch zu derjenigen der Klinik C.____ steht. 5.1.4

Nach dem Gesagten steht fest, dass der Beschwerdeführer spätestens ab Februar 2013 aus somatischer Sicht in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig war. 5.2

Im Dezember 2013 wurde beim Beschwerdeführer Hodenkrebs diagnostiziert. Dieser führte aus urologischer Sicht zu einer Arbeitsunfähigkeit vom 9. bis 22. Dezember 2013 (vgl. E. 4.7). Mit Zeugnis vom 27. Oktober 2014 attestierte Dr. I. ___ von der Klinik für Onkologie des Z. ___ dem Beschwerdeführer vom 20. Oktober bis 31. Dezember 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 4).

E. 3

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

E. 3.1

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

E. 3.2

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Level zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis IVV bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurückgelegte Zeiten angerechnet.

E. 3.3

Vorliegend strittig ist, ob im Februar 2013 insoweit eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten war, dass drei Monate später (vgl. Art. 88a IVV) kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr bestand bis zum hier zu beurteilenden massgebenden Zeitpunkt der Rentenverfügung (4. August 2014). 4.4.1

Nachdem die Ärzte der Klinik A.____ beim Beschwerdeführer am 7. Oktober 2011 eine Arthroskopie der rechten Schulter

mit SLAP- Repair und subacromialer Dekompression/ Acromioplastik vorgenommen hatten (Operationsbericht, Urk. 11/11/103), berichteten sie der Beschwerdegegnerin am 26. März 2012, beim Beschwerdeführer bestehe nach wie vor eine ausgeprägte Frozen

shoulder postoperativ. Dies sei für den Beschwerdeführer sehr unangenehm auch hinsichtlich seiner Arbeitsfähigkeit in der Postzustellung. Der Beschwerdeführer sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/12). 4.2

Dr. B.____ diagnostizierte mit Bericht vom 4. April 2012 : - Status nach Verkehrsunfall am 31. August 2010 - HWS-Akzelerations-/ Dezelerationstrauma - SLAP-Läsion rechte Schulter mit SLAP Repair

am 7. Oktober 2011; da nach Frozen

shoulder - Kniekontusion mit Verdacht auf mediale Meniskusläsion/Ver schlechterung einer Femoropatellararthrose - Nephrolithiasis rechts (2007)

Der Beschwerdeführer sei vom 31. August 2010 bis 6. Oktober 2011 zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit dem 7. Oktober 2011 sei er zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/16). 4.3

Die Ärzte der Klinik A.____ berichteten der Beschwerdegegnerin am 30. Mai 2012, die Schulter des Beschwerdeführers sei weiterhin schmerzhaft. Er sei weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/19). Am 6. August 2012 berichteten sie, beim Beschwerdeführer scheine die Frozen-shoulder nun endgültig vollständig abgeheilt. Er zeige ein glenohumeral nahezu freies Bewegungsmuster. In der aktuellen Untersuchung falle nun vor allem eine massiv eingeschränkte Scapulaführung auf. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, die Scapula am Thorax zu halten, es komme zu einem Hochstand des Marko medialis bei Abduktion und Elevation. Sie würden mit diesen neuen Erkenntnissen eine weitere Abklärung in die Wege leiten, um diese skapulothorakale

Dyskinesie besser zu verstehen und behandeln zu können (Urk. 11/20). Am 16. Oktober 2012 berichteten die Ärzte der Klinik A.____, es finde sich weiterhin auffällig eine ausgeprägte skapuladyskinesie ohne eine stark eingeschränkte glenohumerale passive Beweglichkeit mit Schmerzen bei Elevation und Abduktion des Armes im Bereich des Deltoideus. Da der Beschwerdeführer auf die letzte Infiltration glenohumeral mit Eipistaxis und Herzpalpitation reagiert habe, würden sie aktuell keine Infiltration subacromial durchführen. Sie würden eine Arthro-MRI-Untersuchung zur Beurteilung der Rotatorenmanschette und zum Ausschluss eines SLAP-Rezidivs wie auch der Beurteilung der Muskulatur des Scapulothorax

anterior

veranlassen. Bis zur Nachkontrolle bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in körperlich belastenden Tätigkeiten.

Eine Bürotätigkeit wäre prinzipiell möglich, sei dem Beschwerdeführer aus betrieblichen Gründen jedoch nicht angeboten worden. Aktuell sei es schwierig vorzusagen, ob sie dem Beschwerdeführer kurz- oder langfristig helfen könnten im Sinne, dass er eine freie Elevation und Abduktion für eine körperlich belastende Tätigkeit hätte (Urk. 11/23). Am 12. Dezember 2012 berichteten die Ärzte der Klinik A.____ der Beschwerdegegnerin, in

der durchgeführten Arthro -MRI - Untersuchung der rechten Schulter zeige sich eine bursale Partialruptur der Supraspinatussehne . Dies könne durchaus Schulterschmerzen auslösen, ihnen seien jedoch die erheblichen Einschränkungen des Beschwerdeführers dadurch nicht ganz erklärbar. Sie interpretierten die Skapuladyskinesie in erster Linie als reaktiv auf die Schmerzen. Die möglichen Therapieoptionen würden besprochen. Eine weitere Infiltration möchte der Beschwerdeführer nicht durchführen lassen. Die bisherigen Infiltrationen hätten auch nur wenig Erfolg gebracht. Auf die Operation habe der Beschwerdeführer nicht gut angesprochen, nun bereits 13

Monate postoperativ. Eine Möglichkeit wäre sicherlich der Ausbau der Schmerzmedikation und allen falls als ultima

ratio die Durchführung einer stationären Physiotherapie durch das Physiotherapie team bei ihnen im Haus. Aufgrund der Tatsache, dass der Beschwerdeführer an diversen Körperregionen schmerzgeplagt sei, baten sie den behandelnden Rheumatologen Dr. B.____ um eine Beurteilung und allfällige Therapieübernahme des Beschwerdeführers (Urk. 11/25) . 4 .4

Nachdem der Beschwerdeführer in der Rheumasprechstunde der Klinik A.____ untersucht worden war, diagnostizierten die Ärzte der Klinik A.____

mit Bericht vom 22. Januar 2013 neu ein chronisches lumbovertebrales

Schmerzsyndrom , intermittierend spondylogenes bei leichter SIG-Arthrose, lumbale Streckhaltung . Sie hielten dazu fest, dass der Beschwerdeführer telefonisch über die unauffälligen LWS-Röntgenbilder informiert worden sei. Aufgrund der komplexen Gesamtsituation mit anhaltender Arbeitsunfähigkeit seit dem Rollerunfall

im Jahr 2010 mit anhaltenden Schulterbeschwerden sowie nun lumbospondylogenen Beschwerden und Kniebeschwerden seit der Kniekontusion links, erachtete sie, auch nach Rücksprache mit Dr. B.____ , eine stationäre Rehabilitation und Beurteilung der Belastbarkeit/Arbeitsfähigkeit für sinnvoll. Sie würden den Beschwerdeführer in der Klinik C.____ anmelden, bei ihnen seien keine weiteren Termine geplant (Urk. 11/29/5-6). 4 .5

Die Ärzte der Klinik C.____ , in welcher der Beschwerdeführer vom 13. bis 26. Februar 2013 hospitalisiert gewesen war , diagnostizierten mit Bericht vom 1. März 2013 - Unfall vom 31. August 2010 mit Roller mit - SLAP-Läsion Typ II und subakromiales

Impingement - 7. Oktober 2011 Arthroskopie rechte Schulter, SLAP- Repair und subakromiale Dekompression/ Akromioplastik - Status nach durchgemachter Frozen

shoulder rechts - 10. Oktober 2012 neurologische Untersuchung in der Klinik A.____ : Scapula

alata rechts. Myographisch und neurographisch kein Hinweis auf neurogene Läsion. Kein Hinweis auf proximale Schädigung, zum Beispiel im Sinne einer Plexusneuritis - 5.

November 2012 Arthro -MRI Schulter rechts, Klinik A.____ : bursale Partialruptur der Supraspinatussehne .

Supraspinatus tendinose . TAG Anker in situ, kein SLAP-Rezidiv. Eutrophe Rotatorarmanschettenmuskulatur aktuell: - 19. Februar 2013 Arthro -MRI Schulter rechts: Verglichen mit der externen Voruntersuchung vom 5. November 2012 weitgehend stationäre Befunde. Tendinopathie der Supraspinatussehne . Regelrechte Darstellung der

übrigen Sehnen der Rotatorenmanschette . Lange Bizepssehne mit regelrechtem Signal und abgesehen von einer geringen Subluxationsstellung auf Höhe des Bizepspulleys regelrechtem Verlauf im Sulcus

intertubercularis . Postoperativ regelrechte Darstellung des glenoidalen Labrums bei Status nach SLAP Repair . Leicht enger Recessus

axillaris , im Übrigen keine Hinweise auf eine adhäsive Kapsulitis - 20. Februar 2013 orthopädisches Konsilium, Klinik C.____ : Die subjektiv geklagten Beschwerden sind medizinisch nicht nachvollziehbar und können mit den erhobenen klinischen und radiologischen Befunden nicht in Einklang gebracht werden - Status nach Kniekontusion links - Status nach HWS-Distorsion - chronisches

lumbovertebrales Schmerzsyndrom - leichte SIG-Arthrose, lumbale Streckhaltung - 16. Januar 2013 Röntgen LWS inklusive Funktionsaufnahmen: lumbale Streckhaltung. Intaktes Alignment der Wirbelkörper. Keine Spondylolyse . Keine Wirbelkörperfraktur. Keine substanzielle Spondylarthrose . Kein pathologisches Wirbelgleiten, kein Kaffen von Zwischenwirbelräumen . Beidseits leichte ISG Arthrose - Status nach Klavikulafraktur rechts vor zehn Jahren, konservativ behandelt

Dem Beschwerdeführer seien mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar. Nicht möglich seien längerdauernde rechtseitige Tätigkeiten über Kopfhöhe und das Ersteigen von Leitern und Gerüsten (Urk. 11/32). 4 .6

Dr. B.____ nannte mit Bericht vom 6. März 2013 als Diagnose wie die Ärzte der Klinik A.____ neu ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei SIG-Arthrose. Er attestierte dem Beschwerdeführer weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit und erklärte, dass eine polydisziplinäre Abklärung sinnvoll wäre (Urk. 11/29/1-4). 4 .7

Dr. med. E.____ , Oberarzt der Klinik für Urologie des Z.____ , diagnostizierte mit Bericht vom 12. Februar 2014 aus urologischer Sicht ein Seminom Hoden links pT1, VO L0 (Erstdiagnose Dezember 2013). Der Beschwerdeführer sei vom 9. bis am 22. Dezember 2013 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Derzeit bestehe aus urologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 11/53/5-6). 4 .8

Dr. D.____ berichtete der AXA Winterthur am 26. März 2014 und hielt dabei als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach einem Verkehrsunfall mit dem Roller am 31. August 2010 fest. Der Beschwerdeführer sei aktuell aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/61). 4 .9

Med. pract . F.____ , Oberarzt, und Dr. med. G.____ , Assistenzärztin, von der Klinik H.____ , in welcher der Beschwerdeführer vom 12. Juni bis 8. Juli 2014 hospitalisiert war, diagnostizierten mit Bericht vom 17. August 2014: - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - „Frozen

shoulder“ rechts - Status nach Verkehrsunfall - depressive Episode, zuletzt mittelgradig (ICD-10 F32.1) - Status nach Seminom -Hoden links mit Operation im Dezember 2013 (Stadium Ia) - Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) - nach einem Verkehrsunfall mit dem Roller am 31. August 2010 - Status nach HWS Distorsionstrauma beim Verkehrsunfall mit Roller am 31. August 2010 - Status nach Arthroskopie rechte Schulter r SLAP- Repair und subakromiale

Dekompression/ Akromioplastik Schulter rechts am 7. Oktober 2011 - intrapulmonaler Modus in Abklärung - Bronchoskopie am 20. Mai 2014 durchgeführt, CT Thorax Dezember 2013 - Status nach Nierenkolik vor etwa sieben bis acht Jahren - Status nach Klavikulafraktur rechts vor etwa zehn Jahren - konservativ behandelt - Status nach Kniekontusion links

Sie attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 12. Juni bis 17. August 2014. Eine berufliche Reintegration im freien Markt schein anhand der schon seit 2010 bestehenden Arbeitsunfähigkeit und der persistierenden Limitation der Schulter kurzfristig unrealistisch. Mit Hilfe der Invalidenversicherung wäre eine Integration im tiefen Pensum für (sehr) leichte Tätigkeiten schon aus therapeutischer Sicht sehr wünschenswert (Urk. 3/10) 4.10

Dr. med. I.____, Oberarzt der Klinik für Onkologie des Z.____, attestierte dem Beschwerdeführer mit Arztzeugnis vom 27. Oktober 2014 für die Zeit vom 20. Oktober 2014 bis 31. Dezember 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 16/2). 5.5.15.11

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Leistungseinstellung per Ende Mai 2013 im Wesentlichen auf den Bericht der Klinik C.____ vom 1. März 2013 (vgl. E.

E. 8

ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung aller guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). 2.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). 3.

E. 10

). Nähere Angaben zur Art der Erkrankung machte Dr. I.____ nicht. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers ist eine Metastase in den Lymphknoten in der Bauchhöhle aufgetreten (Urk. 15). Metastasen in den Lymphknoten des Bauchraumes sind im Zusammenhang mit einer Hodenkrebskrankung häufig (vgl. Pschyrembel, 263. Auflage, S. 901; Springer Lexikon Medizin, S. 903). Wann solche Metastasen Auswirkungen zeitigten und welche, wurde medizinisch nicht abgeklärt. Der somatische Gesundheitszustand in Bezug auf die Krebserkrankung wurde daher von der Beschwerdegegnerin für die Zeit ab Dezember 2013 ungenügend abgeklärt. 5.3

Wenige Wochen nach der Erstdiagnose des Hodenkrebses begab sich der Beschwerdeführer bei Dr. D.____ in psychiatrische Behandlung (E. 4 .8). Diese hielt fest, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach der Diagnosestellung verschlechtert habe und attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Dr. D.____ nannte dabei als Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) und eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1).

In Anbetracht, dass eine posttraumatische Belastungsstörung eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses entsteht, die in fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, wozu eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder der Umstand, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein, gehört (Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Auflage, 2014, S. 207 f.), scheint äusserst fraglich, ob der Rollerunfall des Beschwerdeführers vom 31. August 2010 geeignet war, eine posttraumatische Belastungsstörung zu verursachen. Nichtsdestotrotz bestehen Hinweise, dass der Beschwerdeführer noch vor Erlass der angefochtenen Verfügung tatsächlich psychisch erkrankt und dadurch in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist. So attestierte neben Dr. D.____ (E. 4 .8) auch die Ärzte der Klinik H.____ dem Beschwerdeführer eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (E. 4 .9). Es erscheint zudem, wie von Dr. D.____ angeführt, durchaus nachvollziehbar, dass es beim Beschwerdeführer nach der Krebserkrankung und dadurch notwendiger Semikastration, auch wenn diese grundsätzlich weder Auswirkungen auf Sexualität und Potenz noch auf die Fähigkeit, Kinder zu zeugen hat, zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes gekommen ist. Mit diesen Aspekten setzte sich Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD der Beschwerdegegnerin in seiner internen Stellungnahme vom 23. Juni 2014 in keiner Weise auseinander (Urk.

E. 11

/69), sondern er beschränkt sich pauschal auf die Feststellung, dass eine depressive Episode gut behandelbar sei und eine gute Prognose habe, weshalb kein auf Dauer die Arbeitsfähigkeit tangierender Gesundheitsschaden ersichtlich sei. Diese Feststellung ist mangels weiterer Begründung nicht nachvollziehbar, insbesondere auch da

Dr. D.____

eine schwere depressive Episode diagnostizierte. 5 .4

Nach dem Gesagten erweist sich neben dem somatischen Gesundheitszustand ab Dezember 2013 auch der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als ungenügend abgeklärt. Dies führt betreffend Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab 1. Juni 2013 zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 4. August 2014 und zur Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin

(BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4). Diese hat den somatischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers ab Dezember 2013 sowie den psychischen Gesundheitszustand vollumfänglich abzuklären und hernach über den Leistungsanspruch ab 1. Juni 2013 neu zu entscheiden. 6.

6.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 700.-- anzusetzen. 6.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb die Gerichtskosten entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind. 6.3

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Vorliegend erscheinen

der von Rechtsanwalt Kreso

Glavas mit Honorarnote vom 29. Oktober 2014 (Urk. 17) geltend gemachte Aufwand von 9,07 Stunden und Barauslagen von Fr. 79.80 als angemessen. Bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- ergibt sich so eine Entschädigung von Fr. 2'045.30 (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 4. August 2014, soweit darin ein Rentenanspruch ab 1. Juni 2013

verneint wurde, 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 ab 1. Juni 2013

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 Prozessentschädigung von Fr. 2'045.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Kreso

Glavas - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Der Gerichtsschreiber
Hurst Wyler

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