

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00563 vom 1. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-01, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00563

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00563 du 1 mars 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00563 del 1 marzo 2021

Erwägungen

E. 1

.

E. 1.1

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). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Zuvor liess X.____ der Suva mit Schadenmeldung vom 14. Juli 2016 mitteilen, dass er am 7. April 2016 in seiner Werkstatt beim Aussteigen aus einem Fahrzeug mit dem linken Fuss hinterteil gegen den Liftarm geschlagen habe (Urk. 6/109/202).

Mit Datum vom

10. Februar 2017 meldete sich X.____ bei der IV-Stelle erneut zum Leistungsbezug an (Urk. 6/84, Urk.

6/87).

Die IV Stelle trat auf die Neuanmeldung ein (vgl. Urk. 6/92) und tätigte Abklärungen. In der Folge verletzete sich der Versicherte am 25. August 2017 in Rom beim Aussteigen aus einem Car

an der linken Schulter (Urk.

6/110/72,

Urk.

6/110/94).

Mit Vorbescheid vom 6.

Dezember 2017 kündigte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung seines neuen Leistungsbegehrens an (Urk.

6/100). Nach dem Entscheiden des Gesuch des Versicherten vom 28. Februar 2018 (Urk. 6/106)

bestätigte

sie

ihm mit Schreiben vom 12. März 2018, dass sie den Ausgang des Verfahrens bei der Suva betreffend Unfall vom 25. August 2017 abwarten werde (Urk. 6/108).

Danach holte sie die Suva-Akten zu den Unfällen vom 7. April 2016 (linker Fuss) und 25. August 2017 (linke Schulter) ein (Urk.

E. 1.2.1

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.2.2

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird und allfälligen gegenteiligen Einschätzungen mangels fachärztlicher Qualifikation oder aus anderen Gründen kein Beweiswert beigemessen werden kann (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs.

3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat.

Ergibt die Prüfung durch die Verwaltung, dass die Vorbringen der versicherten Person nicht glaubhaft sind, so erledigt sie das Gesuch ohne weitere Abklärungen durch Nichteintreten. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

Der Einkommensvergleich hat auch bei Selbständigerwerbenden 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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Lassen sich die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen nicht zuverlässig ermitteln oder schätzen, so ist in Anlehnung an die spezifische Methode für Nichterwerbstätige ein Betätigungsvergleich anzustellen und der Invaliditätsgrad nach Massgabe der erwerblichen Auswirkungen der verminderten Leistungsfähigkeit in der konkreten erwerblichen Situation zu bestimmen. Der grundsätzliche Unterschied des ausserordentlichen Bemessungsverfahrens zur spezifischen Methode (Art. 28a Abs. 2 IVG) besteht darin, dass die Invalidität nicht unmittelbar nach Massgabe des Betätigungsvergleichs als solchen bemessen wird. Vielmehr ist zunächst anhand des Betätigungsvergleichs die leidensbedingte Behinderung festzustellen; sodann ist aber diese im Hinblick auf ihre erwerbliche Auswirkung besonders zu gewichten. Eine bestimmte Einschränkung im funktionellen Leistungsvermögen einer erwerbstätigen

Person kann zwar, muss aber nicht notwendigerweise eine Erwerbseinbusse gleichen Umfangs zur Folge haben. Wollte man bei Erwerbstätigen ausschliesslich auf das Ergebnis des Betätigungsvergleichs abstellen, so wäre der gesetzliche Grundsatz verletzt, wonach bei dieser Kategorie von Versicherten die Invalidität nach Massgabe der Erwerbsunfähigkeit zu bestimmen ist (ausserordentliches Bemessungsverfahren; BGE 128 V 29 E. 1; AHI 1998 S. 120 E. 1a und S. 252 E. 2b je mit Hinweisen). Die ausserordentliche Bemessungsmethode des erwerblich gewichteten Betätigungsvergleichs unterscheidet sich von der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs Unselbstständigerwerbender gerade dadurch, dass bei der Einkommensermittlung nicht auf die LSE abgestellt wird, sondern deren Festsetzung unter Berücksichtigung der einzelfallbezogenen Kriterien (Betriebsgrösse, Branche, Erfahrung des Betriebsinhabers usw.) zu erfolgen hat (Urteil des Bundesgerichts I 707/06 vom 9. Juli 2007 E. 3.3.1 mit Hinweis).

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingehenden oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2. 2.1

Strittig und zu prüfen ist, ob sich seit der rechtskräftigen Verfügung vom 28. August 2014 (Urk. 6/70), mit welcher

ein Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint wurde, und der jetzt angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 201

E. 6

/109 -110). Am 5.

Juni 2018 erkundigte sich die Sachbearbeiterin der IV Stelle bei der Suva nach dem Verfahrensstand (Urk. 6/111).

Der Versicherte verdrehte sich am 10. Juni 2018 beim Kicken eines Fussballs in einer Badeanstalt

das linke Knie (Urk. 6/129/142,

Urk. 6/129/278).

Nach einem weiteren Telefongespräch mit dem Sachbearbeiter der Suva vom 2. Oktober 2018 entschied die Sachbearbeiterin der IV-Stelle,

das Abklärungsverfahren fortzuführen (Urk. 6/112).

Sie holte daraufhin den Arztbericht des Hausarztes des Versicherten, Dr. A.____, Innere Medizin FMH, vom 14. Dezember 2018 ein. Dr. A.____ legte seinem Arztbericht diverse Berichte der behandelnden und untersuchenden Ärzte der Fachrichtungen Anästhesiologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Rheumatologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie bei (Urk. 6/118). Am 11. Februar 2019 nahm der Versicherte Stellung (Urk. 6/122).

Mit Verfügung vom 14. Juni 2019 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten vom 10. Februar 2017 ab (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.____ am 16. August 2019 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 14. Juni 2019 seien ihm die gesetzlichen Leistungen zu erbringen und es sei ihm insbesondere ab 1. August 2017 eine Dreiviertelrente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 19. September 2019 beantragte die Beschwerdeführerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage der IV-Akten, Urk. 6/1 135), was dem Beschwerdeführer am 23. September 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). 3.

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

E. 9

(Urk. 2) der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und/oder dessen erwerbliche Auswirkungen derart wesentlich verändert haben, dass er nunmehr Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 2.2

In der angefochtenen Verfügung vom 14.

Juni 2019 hielt die Beschwerde gegnerin fest, aus den ihr nach der Neuanmeldung vom 10. Februar 2017 zugegangenen Akten gehe hervor,

dass dem Beschwerdeführer von

Dr. med. B.____ eine höhere Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei. Die von ihm gemachten Angaben würden allerdings darauf schliessen lassen, dass es sich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltes handle. Wie Dr.

med. C.____ in seinem Bericht erwähnt habe, habe die psychische Situation keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge (Urk. 2 S. 1).

Gesamthaft sei davon auszu gehen, dass sich die gesundheitliche Situation seit dem letzten Entscheid im Jahr 2014 nicht wesentlich verändert habe. Ein anderer Entscheid als damals (Invaliditätsgrad von 33 %) könne daher nicht gefällt werden. Aus den Suva-Akten und der telefonischen Rücksprache mit dem Sachbearbeiter der Suva habe sie sodann erfahren, dass die Suva keine Leistungen mehr erbringe (Urk. 2. S. 2). 2.3

Der Beschwerdeführer bringt demgegenüber im Wesentlichen vor, dass sich seine gesundheitliche Situation seit dem letzten Entscheid im Jahre 2014 wesentlich verändert habe. Er habe seit der letztmaligen Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin im Jahr 2014 insgesamt drei Unfälle erlitten, welche mit Ausnahme des letzten Unfallereignisses vom 10. Juni 2018 zu einer weiteren, massgebenden Verschlechterung seines Gesundheitszustandes geführt hätten. So könne insbesondere dem Bericht der D.____ vom 23. April 2019 betreffend das MRI der beiden Schultern und der Lendenwirbelsäule (LWS) entnommen werden, dass sich in der rechten Schulter im Vergleich zu der CT Untersuchung vom 13. Februar 2014 und in der linken Schulter im Vergleich zum Arthro-MRI vom 14. September 2017 eine deutliche Grössenzunahme der transmuralen Rupturen der jeweiligen Supraspinatus sehnen eingestellt habe. Damit sei die Verschlechterung seines Gesundheitszustandes in somatischer Sicht belegt. Wie dem Bericht von Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie,

entnommen werden könne, habe sich im Vergleich zu r Situation im Jahr 2014 zwischenzeitlich auch eine psychische Ver schlechterung seines Gesundheitszustandes ergeben. Völlig falsch sei sodann die in der angefochtenen Verfügung aufgestellte Behauptung, wonach die Suva keine Leistungen mehr erbringen würde. Wie den von der zuständigen Kundenberaterin der Beschwerdegegnerin eingeholten Akten der Suva entnommen werden könne , habe der Unfallversicherer ab 28.

August 2017 bis und mit Ende Juni 2019 Taggeldleistungen auf der Basis einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % erbracht. Dass er seit 28. August 2017 zu 100% arbeits unfähig sei, ergebe sich sodann aus der Verfügung der Suva vom 5. Juni 2019, welche zwischenzeitlich wieder zurückgezogen worden sei. Aktuell prüfe die Suva die Ausrichtung einer Invalidenrente. Hierzu fänden noch Ab klärungen und eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) am F.____ statt. Der Entscheid der Beschwerdegegnerin beruhe damit nachge wiesenermassen auf einem falschen Sachverhalt . Die Ablehnung des Leistungsbegehrens sei entsprechend willkürlich erfolgt

(Urk. 1 S. 6).

Der Kreisarzt der Suva habe unter Vorbehalt anderer Ergebnisse der EFL folgende Arbeiten als vollschichtig zumutbar erachtet: «Das Heben und Tragen von Lasten soll nur maximal leicht sein. Das Hantieren mit Werkzeugen soll nur leicht sein, keinesfalls dürfen Werkzeuge eingesetzt werden, welche Schläge und/oder Vibrationen generieren. Arbeiten über Kopfhöhe können nicht durchgeführt werden. Knien und Kniebeugen sind frei, die länger dauernde Haltung kann frei gewählt werden, die Fortbewegung ist ebenfalls frei. Treppensteigen kann der Versicherte, Leitern besteigen sollte der Versicherte nicht, da er sich mit seinen Händen nicht gut abfangen kann. Daher sind alle Arbeiten, welche ein Gleich gewicht und/oder Balancieren erfordern, ebenfalls nicht statthaft.» Wie dieser Beurteilung des Kreisarztes der Suva entnommen werden könne, sei die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. G.____, welcher eine Einschränkung lediglich in körperlich anstrengenden Arbeiten sehe, falsch. Vielmehr könne er nur noch maximal leichte Arbeiten ausführen. In Übereinstimmung mit Dr. med. B.____, Dr. med. A.____ und Dr. med. H.____ sei deshalb davon auszugehen, dass ihm die Arbeit als Automechaniker nicht mehr zumutbar sei. Wie das Sozialversicherungsgericht bereits mit Urteil vom 12. August 2017 festgestellt habe, sei vorliegend zur Bestimmung des Invaliditätsgrades ein Betätigungsvergleich vorzunehmen . Davon ausgehend, dass die Werkstattarbeit einen Anteil von 65 % ausmache und diese Werkstatt arbeit vom Beschwerdeführer nicht mehr ausgeführt werden könne, resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 65 % . Entsprechend sei ihm antragsgemäss eine Dreiviertelsrente auszurichten. Die IV-Anmeldung sei im Februar 2017 gemacht worden. Die Rente sei somit ab August 2017 auszurichten (Urk. 1 S. 7). 3 . 3 . 1

Mit Urteil IV.2014.01017 vom 12. August 2016 fasste das Sozialversicherungs gericht die medizinische Aktenlage wie folgt zusammen (Urk. 6/ 81/8 ff.): « [...]

Dem Bericht zur Untersuchung durch SUVA-Kreisarzt Dr. med.

I.____, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 18. April 2011 ist zu entnehmen, dass die SUVA die Unfälle vom 27. Oktober 2005 (Supraspinatus sehnen ruptur linke Schulter) und vom 25. August 2006 (Ruptur rechte Achilles sehne) nach der kreisärztlichen Untersuchung vom 9. Dezember 2008 administrativ abgeschlossen hat, ohne dass eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seinem Garagenbetrieb festgestellt worden sei (Urk. 8/38/156). Die Situation an der linken Schulter und am rechten

Unter schenkel habe sich nicht verändert (Urk. 8/38/157). Hinsichtlich der rechten Schulter (Unfall vom 1. April 2010) habe bei der kreisärztlichen Untersuchung vom 18. April 2011 ein leicht schmerzhafter Bewegungsbogen, eine unauffällige Trochlea und ein erhaltenes Muskel- und Sehnenrelief, Anzeichen für eine instabile Bizepssehne, belastungs- und bewegungsabhängige Schmerzen bestanden. Die bildgebenden Untersuchungen hätten Veränderungen der Rotatormanchette und Reizsituation im Schultergelenk mit leichter Flüssigkeitsvermehrung gezeigt (Urk. 8/38/156). Es sei verständlich, dass gewisse Überkopfarbeiten mit längerdauerndem Kraftaufwand in beiden Schultergelenken mühsam und schwierig seien. Ob wirklich eine Einschränkung in der beruflichen Tätigkeit bestehe, da nur sehr schwere Arbeiten ausgeschlossen werden müssten, sei medizinisch nicht weiter zu verifizieren. Hier seien weitere administrative Abklärungen notwendig, da der Beschwerdeführer seinen Garagenbetrieb kaum aufgeben werde. Grundsätzlich seien fast alle Autoreparaturen durchführbar (Urk. 8/38/157). Am 10. August 2011 führte Dr. I. ___ sodann aus, dass dem Beschwerdeführer wegen seiner Beschwerden an der rechten Schulter keine sehr schweren Tätigkeiten und keine längerdauernden kraftaufwendigen Überkopfarbeiten möglich seien. Weitere Einschränkungen würden nicht bestehen. Medizinisch könne die Leistungsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit nicht genauer definiert werden, weil die Organisation des Betriebes des Beschwerdeführers, die durchzuführenden Arbeiten, die möglichen Arbeiten und die Auftragslage sowie die Einrichtungen in seinem Betrieb massgebend seien, um überhaupt alle Mechanikerarbeiten durchführen zu können (Urk. 8/38/137). Sehr schwere Tätigkeiten würden sich ausschliesslich auf andauernde Radwechsel, Getriebewechsel, Motorblockwechsel, welcher der Beschwerdeführer als alleiniger Mechaniker nicht durchführen könne, beschränken. Daher sei die Häufigkeit der sehr schweren Tätigkeiten zu evaluieren, welche wahrscheinlich in der bereits seit Jahren eher einfach einzustufenden Garage kaum häufig vorkommen dürften. Darum seien medizinisch auch keine wesentlichen Einschränkungen im Arbeitsumfeld des Beschwerdeführers festgehalten worden (Urk. 8/38/138). [...]

SUVA-Kreisarzt Dr. med. J. ___, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, führte in seiner Zumutbarkeitsbeurteilung vom 26. Oktober 2011 aus, dass sich bei der kreisärztlichen Untersuchung eine Rotatorenmanschettenfunktion, welche rechts weniger kräftig im Vergleich zur Gegenseite gewesen sei, gezeigt habe. Zudem sei die Beweglichkeit in Abduktion und Elevation im Seitenvergleich leicht eingeschränkt gewesen. Dem Beschwerdeführer seien mittelschwere bis teilweise schwere Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei Gewichte bis Schulterhöhe bis 20 kg gehandhabt werden könnten. Nicht zumutbar seien ein länger andauernder beziehungsweise repetitiver kraftvoller Einsatz des rechten Armes über Kopf sowie eine länger andauernde Manipulation von Gewichten über 15 kg körperfern mit dem rechten Arm (Urk. 8/38/97). [...]

Der orthopädischen Beurteilung von Dr. K. ___ - visiert von Prof. Dr. L. ___

- vom 17. September 2012 sind die Diagnosen lumbales Vertebrales Syndrom mit möglicher leichtgradiger Wurzel-Kompression/-Irritation von S1 rechts, transmurale

Supraspinatusläsion und partielle Subscapularisläsion beider Schultergelenke und Status nach Ruptur und Naht der Achillessehne rechts (2006) mit schmerzhafter Narbenverdickung zu entnehmen (Urk. 8/19/10).

Dr. K. ___ hielt fest, dass die Lumbalgien im Vordergrund der geschilderten Beschwerden stünden. In der Untersuchung habe sich kein hinderndes sensorisches Defizit finden

lassen und die Abschwächung des Achillessehnenreflexes (ASR) könne als Hinweis auf eine stattgehabte leichtgradige Wurzelkompression S1 rechts gewertet werden. Zu berücksichtigen sei jedoch der lokale Defekt der Achillessehne, so dass die Reflexabschwächung ebenso gut auch in diesem Kontext zu verstehen sei. Der erhaltene Reflex spreche in jedem Fall gegen eine gravierende strukturelle Pathologie der rechten S1-Nervenwurzel. Auch das Nervendehnungszeichen nach Lasègue lasse sich nicht eindeutig auslösen, was ebenfalls gegen eine wesentliche radikuläre Pathologie spreche. Der Zehen- und Fersenstand sei seitengleich, was eine gute Kraft der Kennmuskulatur von L4 bis S1 impliziere. Der klinische Befund unterstütze somit die Annahme eines leichtgradig ausgeprägten lumbalen Vertebralesyndroms ohne assoziiertes peripheres Nervenleitungsdefizit (allenfalls komme eine leichtgradige Kompression oder Irritation von S1 rechts in Betracht). Die bildmorphologischen Befunde degenerativer Alterationen der Wirbelsäule repräsentierten grundsätzlich häufige Befunde in der allgemeinen Population und seien ohne zusätzlichen eigenständigen Krankheitswert. Darüber hinaus klagte der Beschwerdeführer über Schulter Schmerzen beidseits, insbesondere bei Überkopfarbeiten und Rotationsbewegungen. Der klinische Befund zeige eine minimal eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich beider Schultergelenke bei angedeutet positiven klinischen Zeichen für die Supraspinatus- und Subscapularis Sehnen (Urk. 8/19/11). In den MR-Befunden würden transmurale Läsionen im Bereich des Musculus

supraspinatus beidseits und eine Irritation beziehungsweise Partiaalläsion der Subscapularissehnen beschrieben (Urk. 8/19/11-12). Zuletzt berichtete der Beschwerdeführer noch über Schmerzen im Bereich der rechten Achillessehne. Hier handle es sich um einen Zustand nach stattgehabter Achillessehnennaht 2006. Der jetzige Befund zeige eine kollektive

Auftreibung, wahrscheinlich im Nahtbereich mit einer lokalen Druckschmerzhaftigkeit (Urk. 8/19/12).

Aufgrund des vorliegenden lumbalen Vertebralesyndroms, der bilateralen Schultergelenkspathologie und des Defekts im Bereich der rechten Achillessehne, sei die zuletzt ausgeübte, häufig körperlich schwere Tätigkeit als Automechaniker als nicht mehr leistungsgerecht anzusehen, das verbliebene Rendement in der angestammten Arbeit (unter der Annahme eines etwa hälftigen Anteils körperlich schwerer sowie in Zwangshaltungen der Wirbelsäule auszuüben den Arbeiten) sei auf Dauer mit 50 % zu schätzen. Das mögliche zeitliche Pensum sei nicht beeinträchtigt und dem Beschwerdeführer sei eine tägliche ca. 9-stündige Arbeit gut zumutbar. Damit resultiere eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 50 % in der angestammten sowie jedweder vergleichbarer Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit (Leistungs- und Supervisionsfunktionen, Kundenbetreuung, körperlich leichte bis mittel schwere Arbeiten, keine häufigen Arbeiten über Kopf) am angestammten Arbeitsplatz oder in einer vergleichbaren anderen Arbeit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (Urk. 8/19/12). [...]

Der behandelnde Arzt Dr. A.____, Innere Medizin FMH, führte im Bericht vom 3. Dezember 2012 als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beidseitige Rotatorenmanschettenruptur sowie ein lumboradikuläres Syndrom S1 beidseits an (Urk. 8/27/1). Der Beschwerdeführer sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Automechaniker seit 5. April 2012 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/27/2). In einer Büroarbeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig (Urk. 8/27/3).

In seinem Schreiben zu Händen der Krankentaggeldversicherung des Beschwerdeführers vom 6. März 2013 hielt Dr. A. ___ sodann fest, dass dieser als Automechaniker wegen seinen Lendenwirbelsäulen (LWS)- und beidseitigen Schulter-Problemen zu 100 % arbeitsunfähig sei (Urk. 8/51/19). [...]

Dr. med. M. ___ , FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte im Bericht vom 10. März 2014 die Diagnosen transmurale

Supraspinatusruptur rechts, gering retrahiert mit instabiler Bizeps longus Sehne, Acromiontyp II bei Zustand nach Hyperabduktionsbewegung rechts am 1. April 2010 mit mässig ausgeprägtem, subacromialem Schmerzsyndrom belastungsabhängig und Supraspinatusruptur links transmural bei Status nach Schulterprellung vom 27. Oktober 2005. Als weitere Diagnosen nannte er: Status nach traumatischer Achillessehnenruptur rechts am 25. August 2006 mit Achillessehnennaht vom 2. September 2009 (N. ___) und Status nach konservativ behandelter Fasziitis

plantaris Fuss links (Urk. 8/63/1). Die Computertomographische Bildgebung zeige keine Störungen der Trochanter der Rotatorenmanschette (RM)-Muskulatur. In dieser Situation könne an der stärker symptomatischen rechten Seite eine Supraspinatus-Rekonstruktion durchgeführt werden. Ob ein solcher Eingriff eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit bewirke, werde - auf Grund des bisherigen Verlaufs und des Umstandes, dass der Beschwerdeführer auf die einmalige Steroidinfiltration vom 16. März 2012 nur kurzfristig angesprochen habe - äusserst skeptisch beurteilt. Es sei sinnvoll, die jetzige Situation zu belassen, mit angepasster Arbeitsfähigkeit (Büro). Zusätzlich sei der Beschwerdeführer durch Rückenbeschwerden eingeschränkt. Der Beschwerdeführer sei vorerst weiterhin zu 70 % arbeitsunfähig (Urk.

8/63/1). [...]

Dem Bericht von PD Dr. med. O. ___ , orthopädische Chirurgie FMH, Wirbelsäulenchirurgie, vom 25. März 2014 ist zu entnehmen, dass sich bei der MRI-Untersuchung der LWS in der D. ___ vom 18. März 2014 eine degenerative Discopathie L5/S1 mit kleiner subannulärer Zystenbildung L5/S1 rechts, sonst jedoch keine grösseren Herniationen gezeigt hätten. Die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden würden gut mit der Raumforderung L5/S1 harmonieren, welche durch die Zyste erklärt werden könne (Urk. 8/63/5). [...]

Im Bericht vom 8. Oktober 2014 führte Dr. med. B. ___ , Facharzt FMH für Anästhesiologie, FA Interventionelle Schmerztherapie, P. ___ aus, durch die Unfallereignisse in den Jahren 2005 und 2010 sei sowohl links als auch rechts die Funktionsfähigkeit der Elevation in beiden Schultern massiv eingeschränkt worden. Die Beschwerden hätten sich langfristig nicht wesentlich gebessert und schränkten den Beschwerdeführer bei der Tätigkeit in der Werkstatt als Mechaniker am Auto massiv ein. Aggravierend würden chronisch rezidivierende lumboradiculäre Beschwerden sowie chronische Achillessehnenbeschwerden bei Belastung hinzukommen. Aus schmerztherapeutischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine Werkstatttätigkeit als Automechaniker oder ähnliche, vergleichbare Arbeiten zu 80 % arbeitsunfähig. Leichtere, leidensangepasste Tätigkeiten ohne schweres Heben, ohne längeres Stehen, vorwiegend im Sitzen ausgeführt und ohne repetitives Bewegungsmuster seien dem Beschwerdeführer in einem ca. 50 bis 70%igen Pensum zumutbar (Urk. 15 S. 2).» 3.2

3.2.1

Nach der Neuanmeldung zum Leistungsbezug vom 10. Februar 2017 (Urk. 6/84, Urk. 6/87) sind die folgenden entscheidungswesentlichen Arztberichte aktenkundig: 3.2.2

3.2.2.1

Zu den Beschwerden des Beschwerdeführers am linken Fuss nach dem Unfall vom 7. April 2016 (Urk. 6/109/202) finden sich die folgenden entscheidungswesentlichen Berichte: 3.2.2.2

Dr. med. Q.____, Orthopädie/Unfallchirurgie, stellte nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 26. September 2016 die folgenden Diagnosen (Urk. 6/109/146): - Insertionstendinitis linke Achillessehne mit Partialläsion und Verkalkungen, Bursitis subachillea und Entthetis des Calcaneus - Ischiocrurale Muskelverkürzung - Knick-Senk-Spreiz-Fuss beidseits - Hallux

valgus beidseits - Status nach Achillessehnenruptur mit Naht rechts

Dazu führte er unter anderem aus, dass aufgrund der therapieresistenten und langandauernden Beschwerden eine fokussierte, hochenergetische extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT) indiziert sei, um die Sehnenregeneration anzuregen. Eine konservative Therapie mit ESWT werde ca. 3 Monate in Anspruch nehmen, mit schrittweise steigender Belastungsfähigkeit nach Abschluss der ESWT. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei im Moment noch unverändert zu 100 % eingeschränkt (Urk. 6/109/147). 3.2.2.3

In ihrer ärztlichen Beurteilung vom 3. November 2016 führte die Suva-Kreisärztin

Dr. med. R.____, Fachärztin für Chirurgie, unter anderem aus, dass am 13. Juli 2016 ein MRI der Achillessehne (links) nativ/mit Kontrast durchgeführt worden sei. Für ihre Beurteilung lägen die MRI-Bilder sowie die Beurteilung des Radiologen vor. Dabei zeige sich eine Ansatzentendinitis der Achillessehne mit intratendinösen Läsionen, Reizung der Bursa subachillea sowie beginnende Degeneration im TMT II und III. Dieser Befund entspreche bildmorphologisch einer degenerativen Veränderung und keiner frischen traumatischen strukturellen Läsion beziehungsweise Heilungsprozess/Narbenbildung. Entsprechend sei die Prellung, welche der Beschwerdeführer am 12. (richtig: 7.) April 2016 erlitten habe, in der MRI-Untersuchung vom 13. Juli 2016 nicht nachweisbar. Dies entspreche aus pathophysiologischer Sicht dem normalen Heilungsprozess einer einfachen Prellung/Kontusion ohne nachweisbare strukturelle Läsionen. Im Regelfall würden Prellungen/Kontusionen ohne strukturelle Läsionen innerhalb von ein paar Tagen/Wochen folgenlos abheilen. Entsprechend sei auch drei Monate nach dem Ereignis keine traumatische strukturelle Verletzung beziehungsweise Folgererscheinung/Narbenbildung nachweisbar. Die derzeit beklagten Beschwerden im Bereich des linken Fusses seien aus chirurgischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit degenerativer Natur, bei vorbestehendem Knick-Senk-Spreizfuss, Hallux

valgus (Urk. 6/109/128). 3.2.3

3.2.3.1

Zu den Beschwerden des Beschwerdeführers an der linken Schulter nach dem Unfall vom 25. August 2017 (Urk.

6/110/72,

Urk.

6/110/94) finden sich die folgenden entscheidungswesentlichen Berichte: 3.2.3.2

Gemäss der Beurteilung von PD Dr. med. S.____ zeigte sich bei der MR Arthrographie der linken Schulter im T.____ vom 14. September 2017 eine

transmurale Ruptur der ventralen Supraspinatussehne sowie eine longitudinale Ruptur der restlichen Sehne mit Ausbildung einer Sentinellyste im myotendinösen Übergang ,

konsekutiv direktes Durchtreten des Kontrastmittels in die Bursa subdeltoidea / subacromialis

und eine Tendinopathie der langen Bizepssehne im Pulley (Urk. 6/101/5) . 3.2.3.3

Dr. M.____ stellte im Bericht vom 30. Oktober 2017 die folgenden Diagnosen (Urk. 6/101/10): - Schmerzexazerbation

subacromial links nach Schulterdistorsionstrauma links vom 25. August 2017 mit instabiler Biceps

longus Sehne bei partiell retrahierter

Supraspinatusruptur links mit/bei bereits bekannter Supraspinatus ruptur links bei Status nach Schulterprellung vom 27. Oktober 2005 - Bekannte trans murale

Supraspinatusruptur rechts, wenig retrahiert mit instabiler Biceps longus Sehne, Acromion Typ II bei Status nach Hyperabduktionsbewegung rechts am 1. April 2010

Als weitere Diagnosen nannte er : Status nach traumatischer Achillessehnenruptur rechts am 25. August 2006 mit Achillessehnen naht vom 2. September 2009 (N.____) und Status nach konservativ behandelter Fasziitis

plantaris Fuss links (Urk. 6/101/10).

Dazu führte Dr. M.____ in seiner Beurteilung unter anderem aus, dass beim Beschwerdeführer eine posttraumatische Supraspinatusruptur links bei insgesamt sehr gut erhaltener Trochik der Rotatorenmanschettenmuskulatur bestehe . Das Hauptproblem sei derzeit die instabile Biceps

longus Sehne links mit mechanisch immer wieder auslösbaren Schulterschmerzen. In dieser Situation sei mittel - bis lang fristig als sinnvollste Schmerzbehandlung die Rotatorenmanschetten rekonstruktion zu empfehlen. Vorerst bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/101/11) . 3.2.3.4

Dem Bericht von Dr. med. H.____ , leitender Arzt Traumatologie am U.____ , vom 8. März 2018 sind die (Haupt-)Diagnosen traumatisch bedingte Rotatoren manchettenläsion links, (akten-)anamnestisch Rotatoren manchettenläsion rechts und Status nach traumatischer Achillessehnenruptur rechts am 25. August 2006 mit Achillessehnen naht am 2. September 2006 zu entnehmen (Urk. 6/110/3) . Er führte weiter aus, dass der Beschwerdeführer als Auto mechaniker und Handwerker zu 100 % arbeitsunfähig sei. In einer Büro tätigkeit , sitzend, ohne Belastung sollte eine 50%ige Arbeitsfähigkeit möglich sein (Urk. 6/110/4) . 3.2.3.5

Dr. B.____ führte in seinem Bericht vom 13. März 2018 die folgenden Diagnosen an (Urk. 6/118/14): - Chronische, invalidisierende Schulterschmerzen beidseits - Achillessehnenbeschwerden rechts bei Zustand nach Achillessehnen ruptur (25. August

2006) und Sehnennaht infolge (2. September 2006, N.____) - Insertionstendinitis der Achillessehne links bei Zustand nach Kontusions trauma (7. April 2016) - Chronisches, rezidivierendes, lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts bei Discushernie L5/S1

Dr. B.____ führte unter anderem aus, dass sich die Situation der Schulter links eindeutig verschlechtert habe. Aktuell sei der Beschwerdeführer für seine Tätigkeit als Automechaniker zu 100 % arbeitsunfähig . Aufgrund der Schulter beschwerden sei eine längere Tätigkeit am Schreibtisch in ungünstiger Haltung am PC ebenfalls nicht zu empfehlen. Eine exakte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sollte von einer arbeitsmedizinisch anerkannten Fachstelle vorgenommen werden (Urk. 6/118/15). 3 .2.3.6

Dr. med.

V.____ , Innere Medizin/Rheumatologie FMH, stellte in seinen Bericht en vom

5. April 2017 und 18. April 2018 die folgenden Diagnosen (Urk.

6/91/1, Urk.

6/118/10): - Chronische, invalidisierende Schulterschmerzen beidseits - transmurale

Supraspinatusruptur rechts (Unfall vom 1. April 2010) und links (Unfall vom 27. Oktober 2005) - aktuell: Status nach Unfall im August 2017 mit Exazerbation und Therapieresistenz der Schmerzen links - Chronische Achillessehnenbeschwerden rechts bei - Achillessehnenruptur (25. August 2006) - Sehnennaht (vom 2. September 2006 im N.____) - Chronisches rezidivierendes lumboradikuläres Reizsyndrom S1 rechts - Diskushernie L5/S1 - Insertionstendinitis linke Achillessehne mit Partialläsion (Unfall vom 12.

[richtig: 7.] April 2016) - Verkalkungen, Bursitis sowie Enthesitis des Calcaneus - Knick-Senk-Spreiz-Fuss beidseits - Hallux

valgus beidseits - Status nach konservativ behandelter Fasziitis

plantaris

- Arterielle Hypertonie - Adipositas - Dekonditionierung - Verdacht auf Depression - Schmerzbedingte psychische Belastung, Reizbarkeit

Im Bericht vom

18. April 2018

führte Dr. V.____ in seiner Beurteilung insbesondere aus, der Beschwerdeführer

leide seit August 2017, als er beim Aussteigen aus einem Bus beinahe gestürzt sei, an permanenten Schulterschmerzen links, welche sich bei Bewegungen verstärken und auf sämtliche bisherige Therapiemaßnahmen (Medikamente, Infiltration und Physiotherapie) refraktär geblieben seien. Objektiv sei die Situation der linken Schulter, aus klinischer und radiologischer Sicht, gegenüber seiner Untersuchung vom März 2017 vergleichbar geblieben (Urk.

6/118/12). 3 .2 .3.7

Der Beurteilung der von Prof. Dr. med. W.____ , D.____ , zu den MR Arthrographien der rechten und der linken Schulter vom 17. April 2019 ist bezüglich der rechten Schulter zu entnehmen, dass sich bei der Untersuchung im Vergleich zur CT-Untersuchung vom 13. März 2014 eine Größenzunahme der transmuralen Ruptur der Supraspinatussehne auf

3,2 x 2,6 cm, eine stationär (gebliebene) leichte bis mässige Verfettung der teres minor Muskulatur, eine stationär (gebliebene) minimale Atrophie der Supraspinatus muskulatur, eine Partialruptur der Subscapularissehne, eine Pulley-Läsion, eine Tendinopathie und eine lange Bizepssehne gezeigt habe. Bezüglich der linken Schulter sei eine deutliche Grössenzunahme der transmuralen Ruptur der Supraspinatus sehne auf 3 x 2,5 cm im Vergleich zur Arthro-MR Untersuchung vom 14. September 2017, eine Partialruptur der Subscapularissehne, eine Pulley-Läsion, eine Tendinopathie, eine lange Bizepssehne, sowie - unverändert gleich zur Voruntersuchung - eine nur minimale Atrophie der Supraspinatus muskulatur feststellbar gewesen (Urk. 6/129/53). 3.2. 3 .8

Am 25. Juni 2019 (mithin nach Erlass der hier angefochtenen Verfügung) unter suchte Suva-Kreisarzt med. pract. AA.____, Chirurgie FMH, den Beschwerdeführer. Der Suva-Kreisarzt formulierte das folgende Zumutbarkeitsprofil (Urk. 3/4 S. 1-2): «Das Heben und Tragen von Lasten soll nur maximal leicht sein. Das Hantieren mit Werkzeugen soll nur leicht sein, keinesfalls dürfen Werkzeuge eingesetzt werden, welche Schläge und/oder Vibrationen generieren. Arbeiten über Kopfhöhe können nicht durchgeführt werden. Knien und Kniebeugen sind frei, die länger dauernde Haltung kann frei gewählt werden, die Fortbewegung ist ebenfalls frei. Treppensteigen kann der Versicherte, Leitern besteigen sollte der Versicherte nicht, da er sich mit seinen Händen nicht gut abfangen kann. Daher sind alle Arbeiten, welche ein Gleichgewicht und/oder Balancieren erfordern, ebenfalls nicht statthaft.» Gemäss den Ausführungen der Suva vom 25. und 27. Juni 2019 war dieses Zumutbarkeitsprofil erst provisorisch, weil sie für ihre Rentenprüfung noch eine EFL im F.____

durchführen lassen wollte (Urk. 3/3-4). 3.2.4

Nach dem Unfall vom 10. Juni 2018, bei welchem sich der Beschwerdeführer das linke Knie verdrehte (Urk. 6/129/142

Urk. 6/129/278), führte Dr. med. BB.____, FMH Orthopädische Chirurgie, nach der Konsultation des Beschwerdeführers vom 27. September 2018 aus, dass sich bezüglich linkes Knie objektiv ein gutes Resultat, mit guter Beweglichkeit und guter Stabilität, gezeigt habe. Es würden nur noch wenig Restbeschwerden medial bestehen. Im Vordergrund stünden die Schulterbeschwerden, welche von Dr.

M.____ behandelt würden (Urk. 6/118/7). 3.2. 5

3.2.5 .1

Zu den vom Beschwerdeführer geltend gemachten psychischen Beschwerden finden sich diese beiden Berichte in den Akten : 3.2.5 .2

Der Psychiater Dr. C.____, welcher den Beschwerdeführer vom 1. Juni bis 12. Juli 2017 behandelte, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. November 2017 einen Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1). Dazu führte er aus, der Beschwerdeführer habe im Juli selber die Medikation reduziert, weil es ihm besser gehe. Den Septembertermin habe er nicht mehr wahrgenommen.

Aus psychiatrischer Sicht bestehe derzeit keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/97/1). 3.2.5 .3
Dr.

E.____ hielt nach der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 11. April 2018 in seinem an Dr. A.____ gerichteten Bericht vom 14. Mai 2018 fest, dass Bewusstsein, Orientierung

und das formale Denken intakt gewesen sei. Das formale Denken sei inhaltlich aber auf seine gesundheitlichen Beschwerden, die Arbeitsunfähigkeit und die ungeklärten Versicherungsfragen eingeschränkt, wobei er sich sehr ungerecht behandelt fühle. Die Stimmung sei leicht gedrückt und der affektive Kontakt gut gewesen. Er habe über (schmerzbedingte) Schlafstörungen, Ängste, Schweißausbrüche und Reizbarkeit geklagt. Er könne seinen Job nicht mehr machen, wisse nicht, was er den ganzen Tag tun solle. Früher habe er regelmässig Sport gemacht (Fussball, Joggen). Das sei nicht mehr möglich. Er habe deshalb 20 kg zugenommen. Den Kontakt zu den Kollegen pflege er weiterhin. Seine Lebenspartnerin habe die Angaben bestätigt. Der Beschwerdeführer sei früher ein anderer Mensch gewesen. In der Hamilton Depressionsskala habe der Beschwerdeführer keine relevante Punktzahl erreicht. Zusammenfassend finde sich hier gemäss ICD-10 eine Anpassungsstörung, Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.21). Belastend seien die unfallbedingten körperlichen Einschränkungen und Schmerzen, die Arbeitsunfähigkeit, die unklare berufliche Situation sowie Perspektive. Aufgrund der hier vorliegenden Symptomatik sei die somatisch vorhandene Arbeitsunfähigkeit zurzeit sowohl als Automechaniker wie auch im Büro zu 60 bis 70 % verwertbar. Für präzisere Angaben wären eingehendere Untersuchungen nötig, als dies im gegebenen Rahmen möglich gewesen sei (Urk. 6/118/9). 3.2.6

Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdeführerin hielt am 4. Januar 2019 fest, in zusammenfassender Würdigung aller derzeit bekannter Diagnosen sei

medizinisch - theoretisch davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers für die bisherige Tätigkeit als selbständiger Automechaniker überwiegend wahrscheinlich weiterhin nur maximal 30 % betrage und damit erheblich eingeschränkt sei. Diese Einschränkung betreffe ausschliesslich die körperlich anstrengende Arbeit als Mechaniker. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit gelte das folgende Belastungsprofil: «Körperlich leicht, vorwiegend sitzend, ohne Arbeiten in Schulterhöhe oder darüber, ohne längere Gehstrecken auf unebenem Gelände oder häufiges Treppensteigen». Eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit einem solchen Belastungsprofil sei aus den somatischen Diagnosen weiterhin nicht ersichtlich. Aus den psychiatrischen Diagnosen ergebe sich medizinisch - theoretisch ebenfalls keine wesentliche Einschränkung. Gegenüber der letztmassgeblichen RAD-Stellungnahme vom 10. Juni 2014 sei dem Beschwerdeführer aus versicherungsmedizinischer Sicht weiterhin eine adäquat adaptierte Tätigkeit vollschichtig möglich und zumutbar (Urk. 6/127/6). 4.

4.1

Mit Urteil IV.2014.01017 vom 12. August 2016 stellte das Sozialversicherungsgericht auf die orthopädische Beurteilung von Dr. K.____

vom 17. September 2012 ab (E. 4 jenes Urteils, Urk. 6/81/12-13). Wie ausgeführt (E. 3.1), hielt Dr. K.____ fest, dass der Beschwerdeführer

in einer angepassten Tätigkeit (Leistungs- und Supervisionsfunktionen, Kundenbetreuung, körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten, keine häufigen Arbeiten über Kopf) am angestammten Arbeitsplatz oder in einer vergleichbaren anderen Arbeit zu 100 % arbeitsfähig sei.

Demgegenüber sind dem Beschwerdeführer

gemäss dem Belastungsprofil von RAD-Arzt Dr. G.____ vom

4. Januar 2019 (E. 3.2.6) nur noch leichte Arbeiten zumutbar. Laut dem Zumutbarkeitsprofil von

Suva-Kreisarzt med. pract . AA.____ vom 25. Juni 2019 ist dem Beschwerdeführer nur noch zumutbar, leichte Lasten zu heben und zu tragen. Auch das Hantieren mit Werkzeugen soll nur leicht sein

(E. 3.2.2.8). Der Beschwerdeführer hält das Zumutbarkeitsprofil von med. pract . AA.____ vom 25. Juni 2019 für massgebend (Urk. 1 S. 7) .

Demnach ist der Beschwerdeführer zwar - wie vor dem Erlass der Verfügung vom 28. August 2014 (Urk. 6/70) -

aus somatischer Sicht in einer behinderungs angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Nach dem Unfall vom 25. August 2017 mit Verletzung der linken Schulter

sind dem Beschwerdeführer im Vergleich zum Belastungsprofil von Dr. K.____ 17. September 2012 gemäss dem Zumutbarkeitsprofil von RAD-Arzt Dr. G.____ vom 4. Januar 2019 und Suva-Kreisarzt med. pract . AA.____ vom 25. Juni 2019 aber nur noch leichte Arbeiten zumutbar. In somatischer Hinsicht ist es mithin zu einer Verringerung der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers gekommen. Wie das positive und negative Leistungsprofil genau aussieht (und wie sich die Einschränkungen in erwerblicher Hinsicht auswirken), lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten indessen nicht beurteilen , denn die von Dr. G.____ und med. pract . AA.____ formulierten Anforderungen an eine leidensangepasste Tätigkeit sind nicht identisch . Der RAD-Arzt hat keine eigene Untersuchung vorgenommen, sondern sich primär auf die Akten der Suva gestützt. Dabei stand ihm aber der Bericht des Kreisarztes med. pract . AA.____ vom 25. Juni 2019 mit dem vorerst nur provisorischen Zumutbarkeitsprofil (da noch die Ergebnisse der EFL abgewartet werden sollten) noch nicht zur Verfügung. Wie Dr. G.____ zudem festgestellt hat, bestehen nebst den Unfallfolgen aus somatischer Sicht auch unfallfremde Beeinträchtigungen , die von der Suva nicht zu berücksichtigen waren (Urk. 6/127/6) , wobei neben dem lumboradikulären Reizsyndrom S1 bei Diskushernie L5/S1 auch die Beschwerden im Bereich des linken Fusses (vgl. E. 3.2.2.3) einzubeziehen wären . Vor diesem Hintergrund wäre zumindest ein auf eigener Untersuchung beruhender RAD Bericht einzuholen gewesen.

Auf dieser Grundlage hätte die Verwaltung prüfen müssen, welche Tätigkeiten der Beschwerdeführer in seinem

Betrieb noch ausüben kann.

4.2

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, dass sich gemäss dem Psychiater Dr. E.____ sein Gesundheitszustand seit der Verfügung vom 28. August 2014 (Urk. 6/70) auch in psychischer Hinsicht verschlechtert habe (Urk. 1 S. 6) , kann ihm nicht gefolgt werden .

Der

behandelnde Psychiater, Dr. C.____ , verneinte in seinem Bericht vom 4. November 2017 eine Arbeitsunfähigkeit

aus psychiatrischer Sicht (Urk. 6/97/1) . Dr. E.____ hat dem Beschwerdeführer zwar nach der Untersuchung

vom 11. April 2018 eine 30 bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert , gleichzeitig aber festgehalten, dass für präzisere Angaben ein gehendere Untersuchungen nötig wären (Urk. 6/118/9). Aufgrund der erhobenen Befunde ist sodann nicht nachvollziehbar, dass die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sein soll.

Weiter hat te

Dr. C.____ am 22. Juni 2017 festgehalten, dass er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers erst nach einer Behandlungszeit von 3 bis 4 Monaten beurteilen könne (Urk. 6/94) . Es bestehen damit begründete Zweifel, dass dies Dr. E.____ bereits nach einem Gespräch möglich war.

Zudem hat sich der Beschwerdeführer nach der Untersuchung bei Dr. E.____

vom 11. April 2018 nicht wieder in psychiatrische Behandlung begeben (vgl. dazu die Angaben des Beschwerdeführers während seines Aufenthalts in der C.____ vom 22. bis 31. Januar 2019, Urk. 6/129/142, Urk. 6/129/154) . Damit ist auch kein psychischer Leidensdruck erkennbar, welcher

- zusammen mit anderen Faktoren -

auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen liesse .

Es bestehen daher keine Anhaltspunkte für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in psychischer Hinsicht , weshalb nicht zu beanstanden ist, dass die Beschwerdegegnerin dazu keine weiteren Abklärungen vorgenommen hat.

4.3

Zusammenfassend erweist sich der rechtserhebliche Sachverhalt als unvollständig abgeklärt. In Aufhebung der angefochtenen Verfügung ist die Sache daher zur ergänzenden Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Diese wird zunächst die weiteren Akten der Suva sowie einen rheumatologisch-orthopädischen Untersuchungsbericht einzuholen und anschliessend gestützt auf das Zumutbarkeitsprofil die erwerblichen Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigungen zu ermitteln haben. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzu heissen.

5 .

5 .1

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Rückweisung an die Verwaltung gilt nach ständiger Rechtsprechung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2). Die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 700.-- sind der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 5 .2

Der vertretene Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine Prozessentschädigung, die (ohne Rücksicht auf den Streitwert) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist (§ 34 Abs. 1 und Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVerger). Die dem Beschwerdeführer von der Beschwerdegegnerin auszurichtende Prozessentschädigung ist unter Berücksichtigung

der genannten Kriterien ermessens weise auf Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 14. Juni 2019 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 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 Prozessent schädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - 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 Bundesge setzes 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstHübscher

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