

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00765 vom 6. Juni 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00765](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00765)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00765 du 6 juin 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00765 del 6 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen 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 kom menden 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**

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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leis tung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C\_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/ Reichmuth , Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflag e 2014, Rn 11 zu Art. 30–31 ). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C\_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder 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 blieben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C\_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitige genständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C\_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

#### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

#### **E. 1.5**

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen).

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 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).

### **E. 1.6**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

### **E. 1.7**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 28. Oktober 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 25. September 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm mit Wirkung ab 1. April 2018 eine ganze (unbefristete) Invalidenrente zuzu sprechen, eventuell mit Wirkung ab 1. April 2018 eine ganze und ab 1. Mai 2018 zumindest eine Teilrente bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %. Subeventuell sei die Sache an die IV-Stelle zu weiteren Abklärungen zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-4).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 25. November 2019 (Urk. 10) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 2. Dezember 2019 (Urk. 12) wurden das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und Prozessführung abgewiesen und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihren Entscheid (Urk. 2) damit, dass der Beschwerdeführer seit Mitte Dezember 2016 zuerst krankheits- und dann unfallbedingt in der Ausübung der Tätigkeit als Fachkraft Bewerbung und Sprachförderung (Personal-/Jobcoach) eingeschränkt gewesen sei. Nach Ablauf des Wartjahres und unter Berücksichtigung der verspäteten Anmeldung vom 3. Oktober 2017 bestehe mit Wirkung ab 1. April 2018 Anspruch auf eine ganze Rente (Begründungsteil, S. 1). Ab dem 4. November 2018 sei die Ausübung der angestammten Tätigkeit wieder zu 80 % zumutbar, was nach durchgeführtem Einkommensvergleich zu einem rentenausschliessenden

Invaliditätsgrad von 20 % führe, weshalb die ganze Rente per 28. Februar 2019 befristet werde (S. 3).

### **E. 2.2**

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend (Urk. 1), gemäss den ärztlichen Behandlungsberichten verhindere die multifaktorielle Schmerzerkrankung eine Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt (S. 8 ff.). Da er inzwischen über 60 Jahre alt und gesundheitlich stark angeschlagen sowie gesundheitsbedingt längere Zeit gänzlich vom Arbeitsmarkt abwesend gewesen sei, sei selbst bei Anrechnung einer medizinisch-theoretischen Restverwerbsfähigkeit diese nicht mehr verwertbar (S. 10 f.).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die erneute Anmeldung vom 24. Juni 2017 eingetreten ist (vgl. vorstehend E. 1.5). 3.3.1

Die letzte materielle Beurteilung des Gesundheitszustandes fand mit Verfügung vom 6. Juni 2014, mit welcher ein Leistungsanspruch verneint wurde (Urk. 11/22), ihren Abschluss. Dabei waren die folgenden relevanten medizinischen Berichte aktenkundig: 3.2

Den Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer sich im Mai 2008 die Hüfte behandeln lassen musste (vgl. Bericht Z.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2009, Urk. 11/8/7-8), an entzündlichen Veränderungen der Achillessehne links mit Umgebungsödem litt (vgl. Bericht A.\_\_\_\_ vom 22. Januar 2013, Urk. 11/8/9-10), aufgrund eines Treppensturzes am 24. Mai 2013 sich eine dorsale proximale Interphalangealgelenks (PIP)-Luxation des Digitus III Hand links zuzog (vgl. Bericht B.\_\_\_\_ vom 9. August 2013, Urk. 11/8/15) und notfallmässig wegen einer bestehenden Unguis

incarnatus

Digitus I Fuss rechts lateral operiert wurde (vgl. Bericht C.\_\_\_\_ vom 25. November 2013, Urk. 11/8/13). 3.3

Der Beschwerdeführer wurde zur Alkoholentzugsbehandlung vom 29. Oktober bis 28. November 2013 stationär behandelt. Die Ärzte der D.\_\_\_\_ nannten in ihrem Austrittsbericht vom 29. November 2013 (Urk. 11/

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

### **E. 6.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die 80 %ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

### **E. 6.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

Bei der Invaliditätsbemessung kommt der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 16 ATSG grundsätzlich Vorrang zu. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie indes nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen. Wird eine Schätzung vorgenommen, so muss diese nicht unbedingt in einer ziffernmässigen Festlegung von Annäherungswerten bestehen. Vielmehr kann auch eine Gegenüberstellung blosser Prozentzahlen genügen. Das ohne eine Invalidität erzielbare hypothetische Erwerbseinkommen ist alsdann mit 100 % zu bewerten, während das Invalideneinkommen auf einen entsprechend kleineren Prozentsatz veranschlagt wird, so dass sich aus der Prozentdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (sog. Prozentvergleich; Urteil des Bundesgerichts 8C\_131/2011 vom 5. Juli 2011 E. 10.2.1 mit Hinweis auf BGE 114 V 310 E. 3a).

Der Invaliditätsgrad ist namentlich dann durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 % (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2018 vom 24. Januar 2019 E. 4.3.2 mit Hinweis auf Urteil 8C\_333/2013 vom 11. Dezember 2013 E. 5.3). Sind indessen Validen- und Invalideneinkommen ausgehend vom gleichen Tabellenlohn zu berechnen, erübrigt sich deren genaue Ermittlung. Diesfalls entspricht der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn. Dies stellt keinen «Prozentvergleich» dar, sondern eine rein rechnerische Vereinfachung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_148/2017 vom 19. Juni 2017 E. 4 unter Hinweis auf Urteil 9C\_675/2016 vom 18. April 2017 E. 3.2.1).

### **E. 6.3**

Der dargelegte Einkommensvergleich (Urk. 11/66) wurde vom Beschwerdeführer nicht bestritten und ist angesichts dessen, dass die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben aus dem IK-Auszug (Urk. 11/88), hochgerechnet auf eine 100 %-Stelle, abstellte, und zur Berechnung des Invalideneinkommens ebenfalls den IK-Durchschnittslohn heranzog, mithin einen Prozentvergleich erstellte (vgl. vorstehend E. 6.2), nicht zu beanstanden. Der von der Beschwerdegegnerin ab dem massgeblichen Zeitpunkt errechnete Invaliditätsgrad erweist sich dementsprechend als zutreffend und es ist darauf abzustellen.

#### **E. 6.4**

Der Rentenanspruch entstand gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Anmeldung vom 24. Juni 2017, Urk. 11/27) sowie nach Ablauf des sogenannten Wartejahres gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (aktenkundige Arbeitsunfähigkeit seit Dezember 2016, vgl.

vorstehend E. 4. 12 ), mithin frühestens am 1. April 2018. Angesichts dessen, dass bis November 2018 auch in einer leidensangepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit attestiert wurde, hat der Beschwerdeführer seit 1. April 2018 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. E. 1.2).

#### **E. 6.5**

Nach der Rechtsprechung ist bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente nebst der Revisionsbestimmung des Art.

#### **E. 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. 10**

14) die folgenden Diagnosen (S. 1): - mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) - psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F10.2) - entgleister Diabetes mellitus Typ 2, arterielle Hypertonie, Adipositas, Schlafapnoe-Syndrom, Tendinitis der linken Achillessehne, gastroösophagealer Reflux, Wundheilungsstörung mit Unguis

incarnatus

Die I Fuss rechts ätiologisch posttraumatisch und diabetisch bedingt Der Beschwerdeführer habe seit Anfang 2013 seinen Alkoholkonsum sukzessive gesteigert. Auslösend und aufrechterhaltend für die Abhängigkeitserkrankung seien finanzielle Sorgen im Zusammenhang mit der zurückliegenden Scheidung, Arbeitsbelastung und sozialer Rückzug. Die Belastungserprobungen in der gewohnten Umgebung gegen Ende der stationären Therapie seien ohne Konsumereignisse verlaufen, obschon sich der Beschwerdeführer noch sehr unsicher gefühlt habe (S. 3). Während der Zeit des stationären Aufenthaltes habe eine voll ständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Urk. 11/9/3 Ziff. 1.6). 3.4

Die Weiterbehandlung fand stationär vom 28. November 2013 bis 10. März 2014 und ab dem 11. März 2014 ambulant in der E.\_\_\_\_ statt, deren Oberärztin, Dr. med. F.\_\_\_\_, am 7. April 2014 berichtete (Urk. 11/21). Sie nannte als psychiatrische Diagnosen ein Alkoholabhängigkeitssyndrom, gegenwärtig abstinert in beschützender Umgebung (ICD-10 F10.21), eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) sowie einen Status nach Suizidversuch im Jahr 2003 (Ziff. 1 S. 1). Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (S. 6 Ziff. 10). Nach einem erfolgreichen Abschluss der tagesklinischen Behandlung sollte es dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht grundsätzlich möglich sein, auch seine Tätigkeit als Erwachsenenausbilder wieder erfüllen zu können

(S. 5 Ziff. 7 f.). 4. 4.1

Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus den folgenden medizinischen Berichten:

4.2

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, verwies in seinem Bericht vom 19. Oktober 2017 (Urk. 11/35/1-4) auf Berichte der H.\_\_\_\_, in welcher der Beschwerdeführer wegen Rückenschmerzen behandelt wurde (persistierende Lumbalgien rechtsbetont bei verheilter Brustwirbelkörper [BWK] 11-Kompressionsfraktur nach Stolpersturz am 9. Januar 2017, degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule [LWS] mit Spondylarthrosen und Bandscheibenprotrusionen L3/4 und L4/5 und Neurokompression und ödematöser Reizung der rechten lateralen Rückenmuskulatur, Status nach Facettengelenksinfiltration L3/4 und L4/5 am 24. Februar 2017; vgl. Urk. 11/35/5-11). Es bestünden Einschränkungen und eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit sei fraglich (Ziff. 1.7; Ziff. 1.9). 4.3

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ berichteten der Beschwerdegegnerin am 25. Oktober 2017 (Urk. 11/40/6-9). Sie nannten als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Kompressionsfraktur BWK 11 nach Stolpersturz am 9. Januar 2017 sowie eine Facettengelenksarthrose L3/4, L4/5 beidseits (S. 1 oben). Der Beschwerdeführer habe aufgrund einer langjährigen, in letzter Zeit zunehmenden Lumbalgie eine Infiltration epidural L3/4 am 6. Januar 2017 erhalten. Danach seien die Beschwerden regredient gewesen. Am 9. Januar 2017 sei es zu einem Stolpersturz mit direktem Anprall der BWS gekommen, woraufhin sich die Symptomatik wieder verstärkt habe. Seither habe der Beschwerdeführer wie der zunehmende Rückenschmerzen im LWS-Bereich mit teilweiser Ausstrahlung in beide Beine. In der Bildgebung zeige sich eine vorbestehende Facettengelenksarthrose L3/4 und L4/5 beidseits, wobei die klinische Symptomatik anhand der klinischen Untersuchung nicht eindeutig einer der beiden zuvor beschriebenen Pathologien zugeschrieben werden könne. Der Beschwerdeführer benötige weiterhin Schmerzmittel (S. 1 f.). Es bestehe keine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit und die bisherige Tätigkeit sei ihm zumutbar (S. 2). 4.4

Dr. med. univ. I.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, führte am 15.

Januar 2018 (Urk. 11/56/7-10)

zur bekannten Hauptdiagnose einer persistierenden Lumbalgie rechtsbetont seit Kompressionsfraktur BWK 11 am 9. Januar 2017 (S. 1) aus, die orale analgetische Therapie sei gut ausgebaut, jedoch leide der Beschwerdeführer weiterhin an Schmerzen. Zur vegetativen Stabilisierung schlage er eine Akupunkturbehandlung vor (S. 3). 4.5

Der Beschwerdeführer liess sich bei Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, behandeln. Dieser nannte in seinem Erstkonsultationsbericht vom 19. März 2018 (Urk. 11/59/7-9) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisch posttraumatisch persistierende tieftorakale Rückenschmerzen mit lateraler Ausstrahlung nach rechts bis in die Skapularlinie (aber nicht weiter lateral) mit/bei - BWK 11- Kompressionsfraktur nach Stolpersturz am 9. Januar 2017 - Status nach Facettengelenksinfiltration LWK3/4 und LWK4/5 am 24. Februar 2017 - repetitive Schmerzreduktion auf Ohr-/Laserakupunktur bis 2.5 Tage - Diabetes mellitus Typ II, oral therapiert - Status nach 6 Knieoperationen rechts - Operation oberes Sprunggelenk (OSG) rechts vor 30 Jahren - Hüftoperation links

Er schlug verschiedene, näher ausgeführte Behandlungsmethoden vor (S. 2 f.).

Mit Zwischenbericht vom 23. April 2018 (Urk. 11/62/27-29) hielt er fest, die periartikuläre Infiltration der Facettengelenke BWK 10/11 und BWK 11/12 rechts hätten gleich postinterventionell nach 60 Minuten zu einem verspäteten schmerzreduzierenden Effekt von 50 % geführt. Der Beschwerdeführer habe anschliessend auch einen deutlichen Steroideffekt verspürt. Die Schmerzen seien aber nun in den letzten Tagen wieder leicht zunehmend, was auf den abnehmen den Steroideffekt hindeute (S. 1). 4.6

Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.2)

attestiert in seinem Bericht vom 30. März 2018 zuhanden der Beschwerdegegnerin (Urk. 11/56/2-5) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers seit 9. Januar 2017 (Ziff. 1.3) und verwies im Übrigen auf die Berichte von Dr. I.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.4) und Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.5). 4.7

Der am 9. Juli 2018 erhobene bildgebende Befund (Magnetresonanztomographie, MRI; Urk. 11/62/16-17) der Lendenwirbelsäule ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 29. Juni 2017 eine minimale Progredienz der Höhenminderung des Wirbelkörpers TH11 bei Status nach Deckplattenimpressionsfraktur ohne Zeichen einer Instabilität und bei vollständiger Regredienz des Knochenmarködems TH11, ebenso eine leicht progrediente breitbasige

Diskusprotrusion auf Höhe L4/L5 links mit möglicher foraminale Affektion der Radix L4 links. Die übrigen lumbalen Segmentdegenerationen seien unverändert (S. 1 unten). 4.8

Am 5. November 2018 wurde der Beschwerdeführer chirurgisch-/traumatologisch vom beratenden Arzt der Krankentaggelversicherung, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht. In seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 11/65/6-11) nannte dies er die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 4.1): - Sturz am 9. Januar 2017 mit/bei - BWK 11- Fraktur mit geringer Sinterung und erhaltener Hinterkante - rezessale Enge rechts in Höhe von LWK 3/4 mit möglicher Irritation der Wurzel L4 rechts - links mediolateraler

Bandscheibenprotrusion in Höhe von LWK 4/5 mit rezessaler Enge - Facettengelenksarthrose L3/4, L4/5 beidseits - Status nach konservativer Behandlung Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen Status nach Kreuzbandriss und Riss der Patellarsehne rechts, einen Status nach fibularer Bandruptur rechts und einen Status bei Osteosynthese (Schraube) nach Schenkelhalsfraktur links (S. 5 Ziff. 4.2). Die jetzt noch vorhandenen Beschwerden könnten nur noch zu einem geringen Teil als posttraumatisch angesehen werden. Im Wesentlichen zeigten sich degenerative Veränderungen im Bereich der LWS. Es bestehe unfallbedingt ab dem Untersuchungstag eine 80%ige Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Die fehlenden 20 % seien einem erhöhten Pausenbedarf nach der Wirbelkörperfraktur bei der überwiegend sitzenden Tätigkeit geschuldet. Bis spätestens in einem halben Jahr sollte nach Stärkung der Rückenmuskulatur eine volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden können. Eine leidensangepasste Tätigkeit unter Beachtung des Belastungsprofils (wechselbelastende leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne vornüber gebeugtes Arbeiten und ohne Rotationsbelastungen für die Wirbelsäule bei weitgehend freizählender Position) seit ab 5. November 2018 unfallbedingt wieder zu 100 % zumutbar (S. 5 Ziff. 5.1 f., S. 6 Ziff. 7). 4.9

Auf Zuweisung des Hausarztes erfolgte ab 11. Dezember 2018 Behandlungen im L.\_\_\_\_, M.\_\_\_\_. Die Ärzte nannten in ihrem Bericht vom 20. Dezember 2018 (Urk. 11/84) die folgenden Diagnosen (S. 1): - Kreuzschmerz rechts betont nach BWK-Fraktur - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - anamnestic: Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20), anamnestic reinitiert, Differentialdiagnose (DD): aktuell schädlicher Gebrauch, Abhängigkeit - vegetative Dysregulation - andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis (ICD-10 Z63.0) - Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59.0) - Sensibilitätsstörung der Haut der rechten unteren Extremität - Verdacht auf rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2)

Zusammenfassend führten die Ärzte aus, die Untersuchung und Beurteilung sei interdisziplinär durch die Fachdisziplinen Neurochirurgie, Orthopädie und Schmerzpsychologie erfolgt. Aus schmerzmedizinischer Sicht trage in erster Linie die schmerzhafte Verspannung des Musculus

quadratus

lumborum zur Aufrechterhaltung der Beschwerden bei. Diese bestehe vor dem Hintergrund einer insuffizienten, aktiven muskulären Rumpfstabilisation. Die vegetative Dysregulation komme als schmerzverstärkender Faktor hinzu. Der Beschwerdeführer zeige das klinische Bild chronifizierter Schmerzen (S. 1). Aus schmerzpsychologischer Sicht sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) auszugehen. Der Beschwerdeführer beschreibe, sich seinen Schmerzen, unter welchen er seit dem Unfall anfangs 2017 leide, hilflos ausgeliefert zu fühlen. Ihm stünden zurzeit nicht genügend adaptive Schmerzbewältigungsstrategien zur Verfügung. Es werde ein hoher schmerzbedingter Leidensdruck deutlich. Zudem schildere der Beschwerdeführer eine mindestens mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik, wahrscheinlich rezidivierend (mit Suizidversuch während der Zeit der Scheidung und anschliessendem Aufenthalt in der N.\_\_\_\_). Lebensgeschichtlich würden viele verletzende zwischenmenschliche Erfahrungen und Kontaktabbrüche zu Bezugspersonen deutlich. Allfällige Persönlichkeitsaspekte oder posttraumatische Belastungssymptome könnten nicht abschliessend diagnostisch eingeschätzt werden. Nach drei Jahren Alkoholabstinenz habe der Beschwerdeführer vor eineinhalb Jahren wieder begonnen, Alkohol zu konsumieren. Bezüglich der finanziellen beruflichen Situation sowie der Wohnsituation seien grosse Sorgen und Ungerechtigkeitsserleben deutlich (S. 2 oben).

Es werde ein stationärer Aufenthalt zur multimodalen Schmerztherapie sowie Berücksichtigung der Äthylabhängigkeit empfohlen, ebenso eine Psychotherapie im Einzelsetting (S. 2 Mitte). 4.10

Mit Bericht vom 5. März 2019 (Urk. 11/93/1-5) zuhanden der Beschwerdegegnerin hielten die Ärzte fest, zum aktuellen Zeitpunkt sei eine Prognose zur Arbeitsfähigkeit nicht möglich. Diese könne erst sinnvoll nach dem empfohlenen Rehabilitationsaufenthalt evaluiert werden. Bis dahin sei eine Wiederaufnahme der Tätigkeit als Job-Coach aus schmerztherapeutischer Sicht unrealistisch (Ziff. 2.7).

Im Übrigen verwiesen sie auf ihren psychiatrischen Untersuchungsbericht vom 20. Februar 2019 (Urk. 11/93/8-9) und den Bericht über das Case-Management vom 5. März 2019 (Urk. 11/93/6-7), in welchen sie als Diagnosen eine sensomotorische axonale

Polyneuropathie, einen Kreuzschmerz rechts betont, eine vegetative Dysregulation, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0), eine Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.20) sowie die beiden bekannten Z-Diagnosen (andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis, Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld oder die wirtschaftliche Lage) nannten (jeweils S. 1 oben). 4.11

Die Unfallversicherung liess den Beschwerdeführer am 4. April 2019 bei Dr. med.

O.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, rheumatologisch konsiliarisch untersuchen. Dr. O.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 18. April 2019 (Urk. 11/97/47-56) die folgenden Diagnosen (S. 9 oben): - chronisches lumbovertebrales Syndrom mit/bei - Status nach Stolpersturz mit BWK 11-Fraktur am 9. Januar 2017 - v orbestehenden Rückenschmerzen lumbal seit Dezember 2016 - kernspintomographischer Untersuchung vom 6. Januar 2017 (unfallfremd) mit diskospondylogenen bedingter rezessalen Enge rechts in Höhe der LWK 3/4 mit möglicher Irritation der asymmetrisch verdickten L4-Wurzel rechts bei ansonsten mässigen degenerativen Veränderungen der LWS mit Osteochondrosen und Spondylarthrosen ohne weitere Neurokompression - kernspintomographischer Untersuchung vom 19. Januar 2017 neu aufgetretener Sinterungsfraktur mit Ödem und einer deckplattennahen Frakturlinie von BWK 11 (minimale Sinterung des Wirbelkörpers zentral auf aktuell 18 mm [Voruntersuchung 22 mm] ohne Hinterkantenbeteiligung) - kernspintomographischer Untersuchung vom 29. Juni 2017 mit aktuell nur leichter zunehmende Sinterung von BWK 11 bis auf 13.7 mm mit diskreter Knickkyphose, jedoch weiterhin Reizödem deckplattennah in BWK 11 anterior und diskret auch grundplattennah in Höhe von BWK 10 bei stabiler Hinterkante - kernspintomographischer Untersuchung vom 9. Juli 2018 mit im Vergleich zur MRI-Voruntersuchung vom 29. Juni 2017 minimaler Progredienz (um ca. 1 mm in der Mitte) der Höhenminderung der Wirbelkörper Th11 bei Status nach Deckplattenimpressionsfraktur ohne Zeigen einer Instabilität bei vollständiger Regredienz des Knochenmarködems Th11 ohne Ödem im Musculus

erector

spinae rechts - myofaszialen Schmerzen paravertebral rechtsbetont - psychosozialen Belastungsfaktoren (Job) Aktuell gebe der Beschwerdeführer noch immer dieselben Beschwerden wie nach dem Unfall im Januar 2017 an. Es beständen vor allem thorakolumbale Schmerzen paravertebral rechts im Bereich der Flanke mit Schmerzverstärkung bei längerem Sitzen und Stehen. Schmerzlindernd sei das Liegen. Eine Schmerz ausstrahlung werde verneint, ebenso eine Kraftminderung oder Gefühlsstörung (S. 10 oben). In der klinischen Untersuchung bestehe eine nur geringe schmerzhaftige Bewegungseinschränkung im Bereich der BWS und LWS. Im Neurostatus könnten keine Auffälligkeiten beziehungsweise keine Hinweise für eine lumbo radikuläre Problematik gefunden werden. Es beständen vorwiegend myofasziale Schmerzen paravertebral lumbal mit Triggerpunkten vor allem im Musculus

quadratus

lomborum rechts sowie im Schulter-Nackengebiet beidseits (S. 10 Mitte).

Zusammenfassend könnten die aktuell vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden nicht mehr dem Unfallereignis vom 9. Januar 2017 zugeordnet werden. Aufgrund der radiologischen Untersuchung und auch der Meinung der Wirbelsäulenchirurgen in der

H.\_\_\_\_ sei die Fraktur abgeheilt und dürfte nach über zwei Jahren für die Schmerzen nicht mehr verantwortlich sein. Die Beschwerden könnten ohne weiteres durch die psychosozialen Belastungsfaktoren beziehungsweise myofaszialen Schmerzen paravertebral beidseits rechtsbetont und aufgrund der degenerativen Veränderungen erklärt werden. Auch die Ärzte vom L.\_\_\_\_ sähen die Beschwerden vor allem in der psychosozialen Problematik begründet (S. 10 Mitte). Da die vorliegenden Beschwerden unfallfremd seien, könne aus unfallkausaler Sicht keine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht 100 % arbeitsfähig, dies seit anfangs Februar 2019. Zudem habe im Herbst 2018 kernspintomographisch ein stabiler Zustand objektiviert werden können. Aus medizinischer Sicht sei aber eine aktive, stabilisierende Therapie dringendst zu empfehlen, zudem auch eine rigorose Gewichtsreduktion. Die schwierige psychosoziale Situation (Job) hingegen müsste über die IV allenfalls mit einem Berufsberater oder einem Case Manager angegangen werden. Dr. O.\_\_\_\_ zeigte sich überzeugt, dass die Beschwerden rasch abklingen würden, sollte der Beschwerdeführer wieder eine berufliche Perspektive haben (S. 10 unten). 4.12

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 19. Juni 2019 (Urk. 11/105/6) aus, im Bericht von Dr. O.\_\_\_\_ werde festgestellt, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit ab 15. Dezember 2016 bestehe. Seit Februar 2019 sei die Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit nicht durch die Unfallfolgen verursacht, sondern unfallunabhängig. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit unterscheide sich nicht wesentlich von der Einschätzung durch Dr. K.\_\_\_\_, dessen erhobener Befund dem Befund des Dr. O.\_\_\_\_ gleiche, sodass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab dem 5. November 2018 übernommen werden könne. Demzufolge bestünden in der bisherigen Tätigkeit als Fachkraft Bewerbung als auch in einer angepassten Tätigkeit mit Belastungsprofil eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Januar 2017 (richtig: 15. Dezember 2016) bis 4. November 2018 und hernach eine solche von 20%. 4.13

Vom 4. bis 24. Juli 2019 liess sich der Beschwerdeführer in der

Q.\_\_\_\_ behandeln. Die Ärzte nannten in ihrem Bericht vom 8. August 2019 (Urk. 3/5) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Status nach mittelschwerer depressiver Episode - vegetative Dysregulation - Polyneuropathie - Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2)

Der Beschwerdeführer sei vom L.\_\_\_\_ zur psychosomatischen Rehabilitation zugewiesen worden (S. 1). Er beschreibe seine Schmerzen so, dass er sich seit dem Unfall anfangs 2017 ausgeliefert fühle. Es werde ein hoher schmerzbedingter Leidensdruck deutlich (S. 1 unten). Zudem zeige der Beschwerdeführer eine mindestens mittelschwere bis schwere depressive Symptomatik, wahrscheinlich rezidivierend (mit Suizidversuch während der Zeit der Scheidung und anschliessendem Aufenthalt in der N.\_\_\_\_). Beschäftigen würden den Beschwerdeführer nachts Zukunftssorgen, beispielsweise bezüglich seiner Situation und der Auswirkung der Schmerzen und seine weitere Gesundheit sowie seine jetzige Partnerschaft (S. 2 oben).

Der Beschwerdeführer habe sich bei Eintritt in reduziertem Allgemein- und adipösem Ernährungszustand präsentiert. Seit 2018 habe er 10 kg zugenommen, unter anderem aufgrund der antidepressiven Therapie mit Saroten. Bei Eintritt seien keine Bewusstseins-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen objektivierbar. Das formale Denken sei

unauffällig. Im Gespräch zeige sich der Beschwerdeführer ängstlich und depressiv. Die Herz- und Lungenauskultation seien soweit beurteilbar unauffällig, ebenso die restliche internistische Untersuchung. Bei der neurologischen Untersuchung zeigten sich keine Sensibilitätsstörungen bei vorliegender positiver Lasègue rechts bei 60 Grad sowie eine patellar Hyporeflexie beidseits. In der Untersuchung im L.\_\_\_\_ habe in erster Linie die schmerzhafte Verspannung des musculus

quadratus

lumborum zur rechten Haltung (richtig wohl: Aufrechterhaltung) der Beschwerden beigetragen. Diese bestünden im Vordergrund einer insuffizienten, aktiven muskulären Rumpfstabilisation. Die vegetative Dysregulation komme als schmerzverstärkender (richtig wohl: schmerzverstärkender) Faktor hinzu. Er zeige ein klassisches Bild von chronifizierten Schmerzen. Er sei ohne analgetische Therapie eingetreten (S. 2 Mitte). Der Beschwerdeführer habe regelmässig psychotherapeutische Gespräche gehabt. Er beschreibe sich zu Beginn seines Aufenthaltes als körperlich und psychisch erschöpft. Er könne aufgrund der Rückenschmerzen, die bei jeder kleinen Bewegung aufträten,

nur sehr wenig schlafen. Zudem leide er unter Existenzängsten aufgrund seiner finanziell prekären Situation, welche ihn auch hinsichtlich seines Selbstwertes und gegenüber der Partnerin sehr belastete. Während der Gespräche (aufgrund der kurzen Aufenthaltsdauer nur beschränkt) sei es vor allem darum gegangen, ein relativ einseitiges, somatisch begründetes Schmerzverständnis zu erweitern. Am Ende seines Aufenthaltes beschreibe sich der Beschwerdeführer als psychisch und körperlich etwas verbessert, wobei der Durchschlaf noch gestört sei (S. 2 unten).

Obwohl medizinisch eine stationäre Behandlung indiziert gewesen sei, habe der Beschwerdeführer aus privaten Gründen den psychosomatischen Aufenthalt vorzeitig beendet. Er sei in verbessertem und stabilen Allgemeinzustand in die ambulante Weiterbetreuung entlassen worden (S. 3 oben).

Während des stationären Aufenthaltes habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden (S. 3 Mitte). 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ist auf die erneute Anmeldung vom Juni 2017 eingetreten. Es ist nach einhelliger ärztlicher Einschätzung erstellt, dass seit Mitte Dezember 2016, zuerst krankheitsbedingt, danach unfallbedingt, eine vollständige Arbeitsunfähigkeit mit Zusprache einer befristeten ganzen Rente eingetreten ist und somit sich der massgebliche Sachverhalt im Gegensatz zur medizinischen Aktenlage im Jahr 2014 (vgl. vorstehend E. 3) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. vorstehend E. 1.5). Dies ist, wie auch der Anspruchsbeginn ab April 2018, unbestritten, weshalb sich Weiterungen hierzu erübrigen. 5.2

Die Beschwerdegegnerin stütze sich in ihrer Entscheidung auf die Einschätzungen der Ärzte der Krankentaggeld- und Unfallversicherung, Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.8) und Dr. O.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.11), sowie auf die Beurteilung ihres RAD (vgl. vorstehend E. 4.

## **E. 12**

), wonach seit November 2018 von einer gesundheitlichen Verbesserung mit einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in allen Tätigkeiten mit Belastungsprofil auszugehen sei. 5.3 5.3.1

In Bezug auf die durch den beratenden Arzt der Krankentaggeldversicherung, Dr. K.\_\_\_\_ erstellten Untersuchungsbericht vom 5. November 2018 ( vgl. vorstehend E. 4.8 ) und von Dr. O.\_\_\_\_ vom 18. April 2019 ( vgl. vorstehend E. 4.11 ) gilt es zu berücksichtigen, dass diese Berichte nicht von der Beschwerdegegnerin im Verfahren nach Art. 44 ATSG, sondern von der Krankentaggeld - beziehungsweise der Unfallversicherung der Beschwerdegegnerin eingeholt wurden. 5.3.2

Beratende Ärzte sind, was den Beweiswert ihrer ärztlichen Beurteilung angeht, versicherungsinternen Ärzten gleichzusetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_608/2015 vom 17. Dezember 2015 E. 3.3.3). Deren Berichten und Gutachten wird nach der Rechtsprechung Beweiswert zugemessen, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ ee ). Trotz dieser grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Berichten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxismässig nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachverständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229; 135 V 465 E. 4.4 S. 469; Urteil des Bundesgerichts 8C\_348/2016 vom 9. Dezember 2016 E. 2.4). Auf Aktenberichte kann abgestellt werden, wenn ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die ärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht (vgl. SVR 2010 UV Nr. 17, E. 7.2; Urteil des Bundesgerichts 8C\_737/2011 vom 2. April 2012 E. 5.2). 5.3.3

In Bezug auf die Untersuchungsberichte vom 5. November 2018 sowie 18. April 2019 gilt es zu beachten, dass sich Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers unter anderem auf die von ihnen durchgeführten medizinischen Tests und Befunde stützten. Sie setzten sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen auseinander und berücksichtigten insbesondere auch die geklagten Beschwerden bzw. Leiden des Beschwerdeführers aus subjektiver Sicht. Die Schlussfolgerungen von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. O.\_\_\_\_ sind insgesamt nachvollziehbar. Damit erfüllen ihre Untersuchungsberichte die Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.7), weshalb darauf abzustellen ist. 5.3.4

Was die Arbeitsfähigkeit betrifft, gelangte RAD-Arzt Dr. P.\_\_\_\_ gestützt auf die Einschätzungen des beratenden Arztes der Krankentaggeldversicherung, welcher unter Berücksichtigung des Belastungsprofils von einer 80%igen bis vollständigen Arbeitsfähigkeit ausging, sowie aufgrund der aktenkundigen medizinischen Berichte zum überzeugenden Schluss, dass ab November 2018 eine um 80 % verbesserte Arbeitsfähigkeit vorliege. Darauf ist abzustellen, zumal die damaligen Ärzte schon damals als Hinderungsgrund eine

schmerzhafte Verspannung sahen und sich von einer aktiven Stärkung der Rückenmuskulatur und Gewichtsabnahme Linderung erhofften sowie die Beschwerden aufgrund der degenerativen, indes stabil gebliebenen Veränderungen erklärbar seien (vgl. auch vorstehend E. 4.11). 5.4

Soweit der Beschwerdeführer geltend machte, die behandelnden Ärzte seien der Ansicht, er sei vollständig arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 7 oben), ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten anderseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf Urteil I 514/06 vom 25. Mai 2007 = SVR 2008 IV Nr. 15 E. 2.2.1).

Darüber hinaus fehlt es vorliegend an Ärzten, welche den Beschwerdeführer über einen längeren Zeitraum umfassend behandelten, war dieser bei den unterschiedlichsten Medizinern in Behandlung.

Ebenfalls zielt der Vorwurf ins Leere, wonach psychische Abklärungen fehlten (Urk. 1 S. 8). Eine psychotherapeutische Behandlung hat – mit Ausnahme der stationären Behandlung - im Rahmen der erneuten Anmeldung nicht stattgefunden.

Die Frage, ob die in den Berichten des L.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.9 und E.

4.10) und der Q.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.13) erwähnte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu einer Arbeitsunfähigkeit führe, welche auch rechtlich bedeutsam ist, beurteilt sich in Nachachtung von Art. 7 Abs. 2 ATSG grundsätzlich auf der Grundlage eines strukturierten Beweisverfahrens (Standardindikatorenprüfung) nach BGE 141 V 281 und BGE 143 V 418. Dabei geht es darum, das unter Berücksichtigung sowohl leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren als auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.6; Urteil des Bundesgerichts 9C\_289/2018 vom 11. Dezember 2018 E. 6.1).

Die Notwendigkeit, ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen, bestimmt sich nach den Umständen des konkreten Falles. Davon kann etwa abgesehen werden, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte 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 418 E. 7.1).

Die psychiatrische Diagnose wurde

nach der erfolgten Renteneinstellung per März 2019

in keinem der Berichte von einer Fachärztin, sondern lediglich von einer Psychologin des L.\_\_\_\_ gestellt. Auch lässt sich dem Aufenthalt in der Q.\_\_\_\_ entnehmen, dass lediglich beschränkt psychotherapeutische Gespräche stattfanden, der Beschwerdeführer vorzeitig die Therapie beendete und nur während des Aufenthaltes eine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde (vgl. vorstehend E. 4.13). Vor dem Hintergrund der übrigen medizinischen Berichte, wonach vor allem - aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht zu berücksichtigende

(BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8 C\_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2 )

-

psychosoziale Faktoren das Leiden aufrechterhalten, besteht kein Grund zu einer  
Prüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens ( vgl.

BGE 143 V 418 E. 7.1 ), zumal im Februar 2019 explizit festgehalten wurde, dass der  
Beschwerdeführer im Rahmen der heutigen Exploration einen weitgehend unauffälligen  
psychischen Befund zeige (Urk. 11/93/9) .

Gleiches hat für die Alkoholabhängigkeit zu gelten, welche stationär in der E.\_\_\_\_ von  
November 2013 bis März 2014 und hernach ambulant behandelt wurde (vgl. vorstehend  
E. 3.4). Eine solche wurde erst im Juli 2019 in der Q.\_\_\_\_ ( nicht fachärztlich ) diagnostiziert  
(vgl. vorstehend E. 4.13) und es wurde anlässlich des Aufenthaltes nur berichtet, dass der  
Beschwerdeführer bis zum Eintritt jeden Abend einen halben Liter Wein zusammen mit  
seiner Partnerin getrunken habe. Eine diesbezügliche Abklärung oder Behandlung wurde  
indes nicht durchgeführt, weshalb es damit sein Bewenden hat und von einer m

strukturierten Beweisverfahren zu r

Ermittlung der Auswirkung eines (vorliegend gerade nicht) fachärztlich diagnostizierten  
Abhängigkeitssyndroms auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einstweilen  
abgesehen werden kann (vgl. BGE 145 V 215). 5.5

Es ist somit festzuhalten, dass für die Beurteilung auf die beweiskräftige Einschätzung von  
Dr. K.\_\_\_\_

und Dr. O.\_\_\_\_

abzustellen und – der Beurteilung des RAD folgend - somit seit November 2018 von einer  
80 %igen Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten unter Berücksichtigung des  
umschriebenen Zumutbarkeits profils auszugehen ist. 5.6

Der Beschwerdeführer macht jedoch geltend, diese Arbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten  
zu können (Urk. 1 S. 10 f.).

Die Rechtsprechung hat für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen  
relativ hohe Hürden aufgestellt ( Urteile des Bundesgerichts 8C\_910/2015 vom 19. Mai  
2016 = SVR 2016 IV Nr. 58 E. 4.3 .4 , 9C\_574/2019 vom 16. Oktober 2019 E. 2.5 und  
9C\_864/2018 vom 22. Juli 2019; vgl. Meyer/ Reichmuth , Rechtsprechung des Bundesgeri  
chts zum IVG, 3. Aufl. 2014, N.

### **E. 13**

f. zu Art. 28; Marco Weiss, a.a.O., S. 635 ff. und 639 f.; Hans-Jakob Mosimann ,  
Problemzone Invalideneinkommen - Alter, Leidensabzug, Selbsteingliederung,  
Parallelisierung, in: Sozialversicherungsrechtstagung 2018 , Ueli Kieser [Hrsg.], 2019, S.  
161 ff., 164 ff.).

Der Beschwerdeführer war im massgeblichen Zeitpunkt (November 2018) 59 Jahre alt. Im  
Hinblick darauf ist bei einer Gesamtbetrachtung (80%ige Arbeitsfähigkeit in sowohl  
angestammter als auch angepasster Tätigkeit)

unter Beachtung des Belastungsprofils (wechselbelastende leichte bis mittelschwere  
Arbeiten ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne vornüber geneigtes Arbeiten

und ohne Rotationsbelastungen für die Wirbelsäule bei weitgehend frei zu wählender Position) der Zugang zum Arbeitsmarkt weiterhin gegeben, weshalb unter dem Gesichtspunkt des Lebensalters die Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu bejahen ist, was gemäss Bundesgericht selbst bei einem 61.5-jährigen Versicherten noch der Fall ist (vgl. Urteil des Bundesgericht 9C\_797/2019 vom 6. Januar 2020 E. 5). 6.

#### **E. 17**

Abs. 1 ATSG die Regelung in Art. 88a Abs. 1 IVV über die Änderung des Leistungsanspruchs bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit analog anzuwenden, wenn noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist (Urteile des Bundesgerichts 9C\_687/2018 vom 16. Mai 2019 E. 2; 8C\_94/2013 vom 8. Juli 2013 E. 4.1). Nach Art. 88a Abs. 1 Satz 1 IVV ist namentlich eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit 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 gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Satz 2).

Das Bundesgericht wendet in der Regel den zweiten Satz von Art. 88a Abs. 1 IVV an und gewährt die bisherige Rente drei Monate über die Veränderung des Gesundheitszustandes hinaus (Urteile des Bundesgerichts 8C\_94/2013 vom 8. Juli 2013 E. 4.1; 8C\_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1; 9C\_491/2008 vom 21. April 2009 E. 2; zuletzt etwa 9C\_544/2018 vom 5. Februar 2019 E. 7.3; 8C\_220/2018 vom 14. November 2018 E. 5.3; 9C\_112/2018 vom 20. September 2018 E. 4.2; 8C\_309/2018 vom 2. August 2018 E. 6).

Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 1 Satz 1 IVV besteht somit ab dem 1. März 2019 kein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente mehr.

Dem Beschwerdeführer steht es indes frei, sich bei der Beschwerdegegnerin bei einer allfälligen gesundheitlich relevanten Verschlechterung neu anzumelden.

Diese Erwägungen führen zur Abweisung der Beschwerde. 7.

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.

800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Jahn - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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  
Mosimann  
Brühwiler

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