

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00031 vom 4. Juni 2012**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00031](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00031)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00031 du 4 juin 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00031 del 4 giugno 2012

## **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 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**

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.

### **E. 2**

2. Februar 2018

sprach die IV-Stelle dem Versicherten eine vom 1. Januar 2016 bis 31. Oktober 2017 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 6/178, Urk. 6/188). 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass sich der Beschwerdeführer am 18. Oktober 2018 erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet habe. Die letzte Verfügung datiere vom 22. Februar 2018. Damals sei ihm eine bis Ende Februar 2017 [richtig wohl: bis Ende Oktober 2017] befristete Rente ausgerichtet worden. Als Taxi-Chauffeur habe eine zumutbare Rest-Arbeitsfähigkeit von 65 %

bestanden und in einer optimal angepassten körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit eine Rest-Arbeitsfähigkeit von 78 % . Durch den seither erlittenen Herzinfarkt sei der Beschwerdeführer lediglich vorübergehend arbeitsunfähig gewesen. Auch die anderen

Leiden hätten sich nicht verschlimmert . Die zumutbare Restarbeitsfähigkeit sei unverändert im Vergleich zum Entscheid vom 22. Februar 2018. Auf grund der medizinischen Unterlagen würden keine neuen Sachverhalte vorgebracht , und es bestehe weiterhin kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 1 f.).

### **E. 2.2**

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde ( Urk. 1 ) geltend, dass seine Hausärztin klar dargelegt habe, inwiefern sich sein Gesundheitszustand verschlimmert habe (S. 4 f. Ziff. 4). Diese Verschlechterung werde auch im Bericht der Klinik A.\_\_\_\_

vom 10. Mai 2019 bestätigt, indem ein neu aufgetretenes Complex Regional Pain Syndrome ( CRPS ) Typ II am linken Bein diagnostiziert worden sei. Der zusätzlich konsultierte Rheumatologe der Universitätsklinik B.\_\_\_\_ habe in seinem Bericht vom 3. Juli 2019 die Diagnose eines neuropathischen Schmerzsyndroms der linken unteren Extremität, Differenzialdiagnose CRPS II, gestellt (S. 5 f. Ziff. 4). Selbst der RAD- Arzt habe am 7. Juni 2019 aus geführt, dass sich wohl der Gesundheitszustand neuerdings geändert habe und dass die medizinische Dokumentation in einem halben Jahr zu aktualisieren sei (S. 6 Ziff. 5). Nachdem die Beschwerdegegnerin die aktuellen Berichte eingeholt habe, habe der Kundenberater ohne nochmalige Rücksprache mit dem RAD auf einen im wesentlichen unveränderten Sachverhalt und die Abweisung des Leistungsbegehrens geschlossen (S. 6 Ziff. 6). Die genaue Auswirkung der gesundheitlichen Verschlechterung auf die Arbeitsfähigkeit sei jedoch nach wie vor unklar, weshalb die notwendigen ergänzenden Abklärungen vorzunehmen seien (S. 7 Ziff. 7).

### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.

### **E. 3**

Am 15. Oktober 2018 meldete sich der Versicherte erneut unter Hinweis auf seit 1993 bestehende Beschwerden mit dem linken Bein und Knie , welche seit April 2018 wieder aufgetreten seien, sowie eine seit 2005 bestehende lumbale Problematik , welche seit Juli 2018 wieder aufgetreten sei,

und einen im Juli 2018 erlittenen Herzinfarkt bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/193 Ziff. 6.1). Die IV-Stelle nahm Abklärungen der medizinischen und der beruflich-erwerblichen Situation vor und verneinte nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/208 , Urk. 6/213 ) mit Verfügung vom 2. Dezember 2019 einen Anspruch auf eine Invalidenrente ( Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 14. Januar 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 2. Dezember 2019 ( Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die

Vorinstanz zu verpflichten, ergänzende medizinische Abklärungen vorzunehmen und anschliessend über seinen Anspruch neu zu verfügen ( Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 12. Februar 2020 ( Urk. 5) beantragte die IV-Stelle , die Beschwerde sei abzuweisen, was dem Beschwerdeführer am 14. Februar 2020 zur Kenntnis gebracht wurde ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Vergleichszeitpunkt, ob eine revisionsrelevante Veränderung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers eingetreten ist , bildet die Verfügung vom 22. Februar

2018 ( Urk. 6/178, Urk. 6/188), welche nach einer eingehenden materiellen Prüfung des Sachverhaltes erging (vorstehend E. 1. 5 ). Die vom 1. Januar 2016 bis 31. Oktober 2017 befristete Zusprache einer ganzen Rente

basierte in medizinischer Hinsicht auf der Einschätzung der Fachpersonen des Z.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 ( Urk. 6/131 ) sowie auf den orthopädisch-internistischen Untersuchungsberichten der RAD-Ärzte Dr. med.

C.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Dipl. med. D.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, vom 14. August 2017 ( Urk. 6/167-168, vgl. Urk. 6/176).

### **E. 3.2**

Am 15. Januar 2015 erstatteten PD Dr. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, und Physiotherapeutin F.\_\_\_\_ , Z.\_\_\_\_ , das von der Beschwerdegegnerin veranlasste Gutachten ( Urk. 6/131). Die Fachpersonen stellten folgende Diagnosen (S. 12 Mitte): - chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts - anamnestisch rezidivierendes radikuläres Reiz- und sensibles Ausfall syndrom rechts - mehrsegmentale Diskopathie

L3-S1 - aktuell dominierende Fazettengelenksproblematik

L2 / L3 und L5 / S1 rechts, keine Anhaltspunkte für ein radikuläres Reizsyndrom, mögliches leichtes sensibles Restsyndrom S1 rechts - Status nach Latissimus

dorsi -Verlagerung rechts mit langer Narbe im Bereich der rechten Flanke, bestehend seit 1994 - Pan-/Gonarthrose links - Status nach Schussverletzung 1992, mehreren Korrekturoperationen sowie Latissimuslappenverlagerung von rechts zum linken Quadrizeps 1994 - aktuell Verdacht auf mediale Meniskusläsion - konsekutive Beinlängenverkürzung links - leichte Protrusio acetabuli coxae

( PAC ) rechts bei - klinisch em Verdacht auf Coxarthrose rechts - deutliche r Rotationseinschränkung im Bereich der rechten Hüfte

Die Fachpersonen führte n aus, dass die angestammte Tätigkeit des Beschwerdeführers als selbständiger Taxichauffeur, ursprünglich in einem 100%-Pensum, grundsätzlich mit folgenden Einschränkungen zumutbar sei: Zwei Stunden vermehrte Pausen pro Tag durch nachvollziehbare funktionelle Einschränkungen beim längeren Sitzen. Zusätzlich bestehe eine Leistungsminderung von 10 % auf grund einer reduzierten Kompensationsfähigkeit und wiederholter, nicht kontrollierbarer Schmerzexazerbationen in Bezug auf das linke Knie wie auch den Rücken, welche durch die erheblichen strukturellen Defizite nachvollziehbar seien. Daraus ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 65 % in der angestammten Tätigkeit .

Unter Bezug auf die vorliegenden Akten dürfte die Einschränkung in diesem Ausmass seit drei Jahren in vergleichbarem Ausmass vorhanden sein (S.

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Diese ist unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und beim massgebenden Stundenansatz von Fr. 185.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember

### **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).

Wurde die Rente nach Verminderung des Invaliditätsgrades aufgehoben, erreicht dieser jedoch in den folgenden drei Jahren wegen einer auf dasselbe Leiden zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit erneut ein rentenbegründendes Ausmass, so werden gemäss Art. 29 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) bei der Berechnung der Wartezeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG früher zurück gelegte Zeiten angerechnet. 1.3

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis). 1.4

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). 1. 5

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und zur prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. 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).

2.

### **E. 13**

Ziff. 5.1).

Die Fachpersonen führten aus, dass eine leichte bis knapp mittel schwere, wechselpositionierte Tätigkeit, das heisse ein regelmässiger Wechsel zwischen kurz dauerndem Gehen/Stehen sowie Sitzen, dem Versicherten ganztags mit einer zusätzlichen Pause von einer Stunde aufgrund der sowohl beim Stehen/Gehen wie auch beim Sitzen vorhandenen Einschränkungen

und einer zusätzlichen Leistungsminderung von 10 % aufgrund unvorhergesehener respektive reizbedingter verlängerter Regenerationszeit zumutbar sei, entsprechend einer Arbeitsunfähigkeit von 22.5 % . Es werde davon ausgegangen, dass es sich dabei um eine konstant vorhandene Einschränkung seit mindestens drei Jahren handle (S. 13 Ziff. 5.2).

3. 3

Am 14. August 2017 erstattete Dr. C.\_\_\_\_, RAD, Bericht (Urk. 6/167) über die orthopädische Untersuchung vom 20. Juli 2017. Dr. C.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 5 Ziff. 8): - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung des linken Kniegelenkes bei - Status nach Schussfraktur des linken Femurs mit Verletzung des Musculus

quadrizeps

femoris links, komplizierte Nachbehandlung mit Weichteilinfekt, Weichteildeckung mit Latissimus

doris -Lappen, zuletzt am 6. September 2016 Patellektomie - beginnende Gonarthrose links - Lumboischialgie rechts mit Bandscheibendegeneration L5 / S1 mit Osteochondrose mit leichter medianer Bandscheibenprotrusion ohne Hinweise auf Kompression einer Nervenwurzel, im Wesentlichen unverändert zu August 2011 (MRI LWS November 2015)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. C.\_\_\_\_ einen Status nach Morton-Neuralgie D2/3 linker Fuss, nach konservativer Behandlung beschwerdefrei, Krallenzehen rechts, eine beginnende Coxarthrose beidseits sowie einen Nikotinabusus (S. 5 Ziff. 8). Dr. C.\_\_\_\_ führte aus, dass beim 53-jährigen Taxichauffeur anhand der vorliegenden medizinischen Berichtserstattung und der körperlichen Untersuchung vom 20. Juli 2017 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen sei, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit als Taxichauffeur bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 35 % seit dem 20. Juli 2017 (RAD-Untersuchung). Von August 2015 bis zum 20. Juli 2017 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Bis August 2015 werde auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten verwiesen.

In einer angepassten Tätigkeit, entsprechend einer körperlich leichten wechselbelastenden Tätigkeit in frei wählbaren Positionen, ohne regelmässige Hebe- und Tragebelastungen über 10 kg, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne häufige wirbelsäulenbelastende (Überkopparbeit, Arbeiten in Armvorhalte) und ohne Hüftgelenks- und Kniegelenksbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien), ohne häufiges Gehen auf unebenem Gelände, ohne andauernde Vibrationsbelastungen und Nässe-/ Kälteexposition sei bis Oktober 2015 eine Arbeitsfähigkeit von 77.5 % gegeben (siehe Z.\_\_\_\_ -Gutachten). Von Oktober 2015 bis zum 20. Juli 2017 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 21. Juli 2017 bestehe wieder eine Arbeitsfähigkeit von 77.5 % (S. 6 Ziff. 10). Es

sei demnach nach der Begutachtung am Z.\_\_\_\_ vom 15. Januar 2015 zu einer vorübergehenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes gekommen, indem die Schmerzen im linken Kniegelenk in der zweiten Jahreshälfte 2015 exazerbiert seien. Nach am

6. September 2016 durchgeführter

Patellektomie links und abgeschlossener postoperativer Behandlung sowie Abheilung der zum Ende der postoperativen Rehabilitationsphase aufgetretenen Morton-Neuralgie im Interdigitalraum 2/3 im Januar 2017,

könne spätestens ab dem 20. Juli 2017 von der oben genannten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (S. 6 oben). 3. 4

Am 14. August 2017 erstattete Dipl. med. D.\_\_\_\_ Bericht (Urk. 6/168) über die am 20. Juli 2017 erfolgte allgemeinmedizinische/internistische Untersuchung. Dipl. med. D.\_\_\_\_ konnte aus internistischer Sicht weder Diagnosen mit, noch solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen (S. 5 Ziff. 8).

Sie hielt fest, dass aus internistischer Sicht keine Einschränkung in der bisher ausgeübten Tätigkeit bestehe. Es werde auf die orthopädische Beurteilung verwiesen (S. 6 Ziff. 10). 4.

4.1

Seit der letzten vom 1. Januar 2016 bis 31. Oktober 2017 befristeten Renten zusprache mit Verfügung vom 22. Februar 2018 ( Urk. 6/178, Urk. 6/188) präsentiert sich die relevante medizinische Aktenlage wie folgt: 4. 2

Dr. med.

G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Ultraschall und Rheumatologie, Klinik A.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 22. November 2017 ( Urk. 6/180/2) nach gleichentags erfolgter dynamischer Ultraschall untersuchung als Diagnose ein subacromiales Impingement mit Acromiondeformität Typ II nach Bigliani mit konsekutiver sonographischer

Narbenplattenausbildung/Bursitis subacromialis rechts. Dr. G.\_\_\_\_ führte zu den Befunden aus, dass die rechte Schulter bei einer Abduktion ab 120° schmerzhaft sei. Nach durchgeführter Infiltration sei eine sofortige Beschwerdelinderung aufgetreten. 4. 3

Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, führte in ihrem Schreiben vom 23. November 2017 ( Urk. 6/180 /1 ) aus, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verschlechtert habe. So seien neu massive Schulterschmerzen rechts mit einer deutlichen Einschränkung der Beweglichkeit, welche ihn auch beim Taxifahren behinderten, hinzugekommen. Zusätzlich hätten seine Beinschmerzen links zugenommen, und es sei eine deutliche Minderdurchblutung des Unterschenkels und des Fusses feststellbar gewesen. Er werde nun von den Gefässspezialisten weiter abgeklärt.

4. 4

Dr. med. univ. I.\_\_\_\_, Oberarzt in Vertretung, und Dr. med. J.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Universitäres Herzzentrum, Universitätsspital K.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 11. September 2018 ( Urk. 6/198) folgende, teils gekürzt wiedergegebene Diagnosen (S. 1): - koronare Eingefässerkrankung, Erstdiagnose am 23. Juli 2018 - akuter Myokardinfarkt ( Nicht-ST-Hebungsinfarkt ; NSTEMI) am 23. Juli 2018 - Koronarangiographie vom 23. Juli 2018: Subtotale Stenose (99 % ) der mittleren rechten Koronararterie ( RCA ) daher perkutane transluminale

Koronarangioplastie

( PTCA ) / Stenting / Ramus interventricularis anterior ( RIVA ) proximal 50 % - Echokardiographie vom 26. Juli 2018 - Herz-MRI vom 15. August 2018: Keine belastungsinduzierte Ischämie; Kleine Infarkt Narbe des linken Ventrikels (LV)-Myokards inferior (basal); Normal grosser LV mit normaler systolischer Funktion - kardiovaskuläre Risikofaktoren: sistierter Nikotinkonsum - Rekonstruktion und Lappenplastik Oberschenkel links

Die Ärzte führten aus, dass am 11. September 2018 eine elektive Vorstellung des Beschwerdeführers in der kardiologischen Sprechstunde zur Befundbesprechung des Herz-MRIs vom 15. August 2018 erfolgt sei. Der Patient gebe keine kardialen Beschwerden im Alltag an

(S. 1 unten). In der Herz-MRI-Untersuchung vom 15. August 2018 habe sich erfreulicherweise keine belastungs induzierte Ischämie gezeigt, so dass bei aktuell beschwerdefreiem Patienten keine erneute koronar angiographische Intervention notwendig sei. Eine kardiologische Verlaufskontrolle werde in einem Jahr durchgeführt. Empfohlen werde die konsequente Einstellung der kardiovaskulären Risikofaktoren gemäss sekundär-präventiven Zielwerten und in diesem Rahmen moderater Ausdauersport (S. 3

Mitte). 4. 5

Dr. med. L.\_\_\_\_, Leitende Oberärztin Orthopädie, und Assistenzärztin Untere Extre mitäten Kleppi, Klinik A.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 14. September 2018 (Urk. 6/203/7-8) folgende Diagnose (S. 1): - progrediente belastungsabhängige anteriore Knieschmerzen links mit/bei: - Status nach medialer Arthrotomie und Patellektomie links fecit

Dr. M.\_\_\_\_ am 6. September 2016 mit/bei Status nach Kriegsverletzung mit Schussfraktur Oberschenkel links mit Fraktur des linken Femurs und Verletzung des Musculus

quadriceps

femoris links (und Nervus tibialis ?) mit Primärversorgung mittels Fixateur extern und komplizierter Nachbehandlung mit Infektion nach Quadrizepsplastik und schlussendlich Weichteildeckung mittels Latissimus

dorsi-Lappen links

Als Nebendiagnosen nannten die Ärztinnen einen Status nach Myokardinfarkt am 23. Juli 2018 und eine Morton-Neuralgie Interdigitalraum 2/3 links (S. 1 Mitte). Die Ärztinnen führten aus, dass sich der Beschwerdeführer zwei Jahre postoperativ aufgrund erneut zunehmender anteriorer Knieschmerzen in der Sprechstunde vorgestellt habe. Die Symptomatik bestehe etwa seit vier bis fünf Monaten und zeige sich rein belastungsabhängig. Im gleichen Zeitraum hätten sich lumbale Schmerzen eingestellt. Gelegentlich würden Giving-Way-Erscheinungen auftreten

(S. 1 unten). Zum Befund führten die Ärztinnen aus, es zeigten sich reizlose Narbenverhältnisse und keine Schwellung, Rötung oder Überwärmung. Es finde sich die bekannte Insuffizienz des Streckapparates sowie eine Druckdolenz im anterioren Kniebereich mit leichter medialer Fokussierung. Das am 14. September 2018 durchgeführte Röntgen zeige einen Status nach Patellektomie und im Übrigen keine wesentlichen Befundveränderungen im Vergleich zum vorliegenden Vorbefund vom 25. November 2015 (S. 2 oben). 4. 6

Dr. med. M.\_\_\_\_, Chefarzt Orthopädie, und Assistenzärztin Untere Extremitäten Kleppi, Klinik A.\_\_\_\_, stellten in ihrem Bericht vom 8. Oktober 2018 (Urk. 6/203/11-12) folgende Diagnose (S. 1): - Verdacht auf Bursitis

präpatellaris links mit/bei: - Status nach medialer Arthrotomie und Patellektomie links fecit

Dr. M.\_\_\_\_ am 6. September 2016 mit/bei Status nach Kriegsverletzung mit Schussfraktur Oberschenkel links mit Fraktur des linken Femurs und Verletzung des Musculus

quadriceps

femoris links (und Nervus tibialis ?) mit Primärversorgung mittels Fixateur extern und komplizierter Nachbehandlung mit Infektion nach Quadrizepsplastik und schlussendlich Weichteildeckung mittels Latissimus

dorsi-Lappen links

Als Nebendiagnosen nannten die Ärzte einen Status nach Myokardinfarkt vom 23. Juli 2018 und eine Morton-Neuralgie Interdigitalraum 2/3 links (S. 1). Die Ärzte führten aus, dass sich

als Ursache für die progredienten anterioren Knie schmerzen MR -tomographisch am ehesten eine Flüssigkeitskolektion im Sinne einer Bursitis präpatellaris bei Status nach Patellektomie

finde (S. 1 unten). Nach Durchführung von Physiotherapie und bedarfsgerechter analgetischer und anti phlogistischer Medikation werde in drei Monaten eine Verlaufskontrolle durchge führt (S. 2 oben). 4. 7

Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 1 9. November 20

### **E. 18**

( Urk. 6/196) in der Hauptsache folgende Diagnosen: - akuter Myokardinfarkt (Erstdiagnose 2 3. Juli 2018) bei koronarer Eingefässerkrankung - Status nach medialer Arthrotomie und Patellektomie links fecit

Dr. med. M.\_\_\_\_ am 6. September 2016 - Status nach Kriegsverletzung mit Schussfraktur Oberschenkel links mit Fraktur des linken Femurs und Verletzung des Musculus quadrizeps

femoris links (und Nervus tibialis ?) mit Primärversorgung mittels Fixateur extern und komplizierter Nachbehandlung mit Infektion nach Quadrizeps plastik und schlussendlich Weichteildeckung mittels Latissimus

doris -Lappen links

Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, dass der Beschwerdeführer am 2 3. Juli 2018 während der Autofahrt einen Herzinfarkt erlitten habe und seither nicht mehr als Taxifahrer tätig sei. Zudem sei bei seinem linken Bein eine enorme Instabilität eingetreten. Er sei seit dem Herzinfarkt zu 100 % arbeitsunfähig. 4. 8

In seiner Stellungnahme vom 2 5. März 2019 ( Urk. 6/207/4-5) führte RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ aus, dass die Ärzte der

Klinik A.\_\_\_\_ am 1 4. September und am 8. Oktober 2018 über einen anterioren Knieschmerz links bei Verdacht auf eine Bursitis praepatellaris , einem Status nach Patellektomie am 6. September 2016 sowie über degenerative Veränderungen berichtet hätten. Eine Bursitis praepa tellaris sei der Therapie gut zugänglich und führe nicht zu einer länger dauernden Arbeitsunfähigkeit. B ei der von Dr. G.\_\_\_\_ , A.\_\_\_\_ , am 2 2. November 2017 diagnostizierte n akute n Bursitis subacromialis

habe eine Infiltrationsbehandlung zur unmittelbaren Beschwerdelinderung geführt. Eine länger dau ernde Arbeitsunfähigkeit sei nicht auszumachen. Die Dres . I.\_\_\_\_ und J.\_\_\_\_ , vom K.\_\_\_\_ , sähen am 1 1. September 2018 nach einem mit einem Stent behandelten Herzinfarkt vom 2 3. Juli 2018 einen hämodyn amisch stabilen, klinisch kardiopulmonal kompensierten Patienten, der in der Lage sei, moderaten Ausdauersport zu betreiben. Es sei keine belastungsinduzierte Ischämie im Herz-MRI vom 1 5. August 2018 nachweisbar. Damit sei eine leichte Tätigkeit möglich. Dr. C.\_\_\_\_ hielt fest, dass die von der Hausärztin Dr. H.\_\_\_\_ am 1 9. November 2018 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit anhand der objektivierbaren Untersuchungs Befunde nicht nachvollziehbar und unplausibel sei. Insgesamt lägen also keine neuen gesundheitlichen Beeinträchtigungen vor, die eine länger dauernde Änderung der Arbeitsfähigkeit zur Folge hätten. 4. 9

Dr. G.\_\_\_\_ , Klinik A.\_\_\_\_ , stellte in seinem Bericht vom 10. Mai 2019 ( Urk. 6/ 212 ) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1): - C RPS Typ II linkes Bein gemäss IASP-Diagnosekriterien (Budapest Kriterien) - sonographische

Synovitis linkes Knie mit synovialen Proliferationen und minimaler Ergussbildung - Tractus iliotibialis Syndrom mit sonografisch wenig peritendinöser Flüssigkeit an der Insertionsstelle am Tuberculum

gerdii - CAM- Impingement linke Hüfte ( Sono und MRI) - chronische lumbospondylogene Beschwerden rechts - anamnestisch Status nach PTCA - und Stenting nach Herzinfarkt

Dr. G.\_\_\_\_ führte aus,

dass es aufgrund der aktuellen rheumatologischen Beurteilung seit der Operation vom 6. September 2016 zu einer Beschwerdezunahme und neu dem Auftreten eines CRPS Typ II des linken Beines gekommen sei. Aus seiner Sicht mache dies eine nochmalige Beurteilung des Patienten aufgrund der veränderten Sachlage notwendig. Er bitte PD Dr. N.\_\_\_\_ , Chefarzt Rheumatologie , Universitätsklinik

B.\_\_\_\_ , den Patienten bezüglich des CRPS zu beurteilen und therapeutische Massnahmen durchzuführen (S. 2 unten). 4.10

Dr. H.\_\_\_\_ führte in ihrem Einwandschreiben vom 16. Mai 2019 ( Urk. 6/213) gegen den Vorbescheid vom 9. April 2019 ( Urk. 6/208) aus, dass darum gebeten werde, den Beschwerdeführer nochmals für eine Untersuchung anzubieten. Neben der Instabilität des linken Beines hätten die Schmerzen im linken Knie wieder zugenommen und eine Gehstrecke von mehr als 100 Meter sei nicht mehr möglich. Der Beschwerdeführer habe seit September 2017 seine Arbeit als Taxichauffeur auf etwa 30 % reduzieren müssen. Die Schmerzen im Kniegelenk sowie im Rücken beeinträchtigten ihn sowohl tagsüber wie auch nachts. Er könne sich schlecht konzentrieren und leide häufig unter Tagesmüdigkeit und sei zunehmend depressiv (S. 1). Weiter habe sich

ein CRPS entwickelt (S. 2). 4. 11

Dr. C.\_\_\_\_ , RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 7. Juni 2019 ( Urk. 6/219/3) aus, dass Dr. G.\_\_\_\_ am 10. Mai 2019 geschrieben habe, dass neu ein CRPS aufgetreten sei. Weitere Untersuchungen und Behandlungen seien erforderlich und eingeleitet. Somit habe sich wohl der Gesundheitszustand neuerdings geändert. Die medizinische Dokumentation sei in einem halben Jahr zu aktualisieren. 4. 12

PD Dr. N.\_\_\_\_

stellte in seinem Bericht vom 3. Juli 2019 ( Urk. 6/215/8-9) folgende Diagnosen (S. 1): - neuropathisches Schmerzsyndrom linke untere Extremität, Differenzialdiagnose (DD) CRPS II - Status nach Schussfraktur Femur links, ausgedehnte Weichteilverletzungen und Verletzung des Nervus ischiadicus 1993 - Status nach Patellektomie links vom 6. September 2016 - aktenanamnestisch Status nach PTCA und Stenting nach Herzinfarkt 2018

PD Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, dass eine Zuweisung zur Evaluation von weiteren Therapieoptionen im Rahmen der genannten Diagnosen erfolgt sei. Der Patient berichte weiterhin über eine ausgeprägte Funktionseinschränkung sowie über Schmerzen an der linken unteren Extremität. Die aktuelle Gehdauer betrage etwa 500 Meter. Es bestünden im

Fussbereich ziehende und drückende Schmerzen sowie eine ausgeprägte Wetterfühligkeit. Er leide an einer ausgeprägten Druck- und Berührungsempfindlichkeit ab distalem Unterschenkel. Die Option einer Orthese sei evaluiert, schlussendlich vom Patienten jedoch nicht gewünscht worden (S. 1 unten).

PD Dr. N.\_\_\_\_ führte aus, dass ein nach wie vor protrahierter Verlauf nach Schussverletzung der unteren linken Extremität 1993 bestehe. Der Patient sei aufgrund der verminderten Belastbarkeit beziehungsweise Schwäche und der Schmerzsymptomatik substanziell in seiner Aktivität und Partizipation eingeschränkt. Die Physiotherapie sei im Mai 2019 aufgrund von fehlenden Ansprechen sistiert worden. Entsprechend sehe er aus physikalisch-medizinischer Sicht zur Zeit keine Möglichkeit, die Situation zu verbessern. Es sei kein Verlaufstermin vereinbart worden (S. 2 unten). 5. 5. 1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. C.\_\_\_\_ vom 25. März 2019 (vorstehend E. 4. 8 ) sowie auf die Einschätzung des Kundenberaters vom 13. November 2019 davon aus, dass seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 22. Februar 2018, mit

welcher dem Beschwerdeführer eine vom 1. Januar 2016 bis 31. Oktober 2017 befristete ganze Invalidenrente zugesprochen wurde (Urk. 6/178, Urk. 6/188), keine aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (vorstehend E. 2.1, Urk. 6/219/3). Dagegen machte der Beschwerdeführer geltend, dass eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes klar ausgewiesen sei und sogar vom RAD als realistisch angesehen werde. Die genauen Auswirkungen dieser Verschlechterung auf die Arbeitsfähigkeit seien ungenügend abgeklärt worden, indem nicht einmal eine Rücksprache mit dem RAD erfolgt sei (vorstehend E. 2.2). 5. 2

Wie sich der Stellungnahme von RAD-Arzt

Dr. C.\_\_\_\_

vom 7. Juni 2019 (vorstehend E. 4.11) entnehmen lässt, sah er in dem neu von Dr. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 10. Mai 2019 (vorstehend E. 4.9) diagnostizierten CRPS eine Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und hielt dafür, die medizinische Dokumentation in einem halben Jahr zu aktualisieren.

Im weiteren Ablauf verzichtete die Beschwerdegegnerin jedoch darauf, den Bericht von PD Dr. N.\_\_\_\_ vom 3. Juli 2019 (vorstehend E. 4.12)

Dr. C.\_\_\_\_ für eine abschliessende Stellungnahme vorzulegen. Stattdessen nahm der zuständige Kundenberater eine Beurteilung der medizinischen Sachverhaltslage vor (vgl. Urk. 6/219/3), welches Vorgehen sich aus den nachfolgend dargelegten Gründen als nicht statthaft erweist.

So kann bei vorliegend verschiedentlich dokumentierten progredienten Kniebeschwerden (vorstehend E.

4.5-6) sowohl die von Dr. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines CRPS (vorstehend E. 4.9) als auch das von PD Dr. N.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Juli 2019 (vorstehend E. 4.12) diagnostizierte neuropathische Schmerzsyndrom weitreichende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer betroffenen Person zeitigen. Nur weil PD Dr. N.\_\_\_\_ keine Therapieoptionen sah, bedeutet dies nicht, dass keine Einschränkungen bestehen respektive von einem seit der

letztmaligen Anspruchsprüfung unveränderten Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auszugehen ist, zumal sich auch die anfänglich gestützte auf die damalige Aktenlage getroffene Annahme von Dr. C.\_\_\_\_, wonach es sich lediglich um eine einer Therapie gut zugänglichen Bursitis praepatellaris gehandelt haben soll, nicht bestätigt (vorstehend E. 4.6 und E. 4.8). Eine fachärztliche Einschätzung der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der von PD Dr. N.\_\_\_\_ als ausgeprägt bezeichneten Funktionseinschränkungen an der linken unteren Extremität liegt nicht vor. Damit bleibt unklar, ob und in welchem Ausmass das medizinisch festgestellte Leiden zu einer andauernden oder vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit in bestimmter Höhe und Ausprägung führt. Aufgrund der Komplexität der medizinischen Sachlage wäre diese Frage fachärztlich zu beantworten gewesen und nicht durch den Kundenberater der Beschwerdeführerin.

Auch kann nicht unbesehen auf die Ausführungen der Hausärztin Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3, E. 4.7 und E. 4.10) abgestellt werden, zumal das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrung tatsachen Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten ausfallen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Insbesondere lässt sich die von Dr. H.\_\_\_\_ attestierte voluminöse Arbeitsunfähigkeit unter anderem im Zusammenhang mit dem am 23. Juli 2018 erlittenen Myokardinfarkt oder die von ihr als massiv beschriebenen Schulterschmerzen rechts mit Blick auf die jeweiligen fachärztlichen Berichte (vorstehend E. 4.2 und E. 4.4) nicht nachvollziehen.

Die koronare Problematik wird jedoch bei allfälligen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten der linken unteren Extremität nicht auszublenden sein. 5.3

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die

Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung – da diese das Verfahren verlängert und verteuert – abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.4

Aufgrund des Gesagten erweist sich der medizinische Sachverhalt als ungenügend abgeklärt, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen des neu aufgetretenen CRPS respektive des neuropathischen Schmerzsyndroms. Da der Beschwerdeführer überdies noch im Juli 2018 einen Myokardinfarkt erlitten hat und weiter noch ein Schulterleiden dokumentiert wurde, drängt sich vorliegend zur Beurteilung, inwiefern sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers

seit der letzten Prüfung seines Rentenanspruchs verändert hat, eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung auf.

Die angefochtene Verfügung vom 2. Dezember 2019 (Urk. 2) ist folglich aufzuheben und die Sache zur Vornahme weiterer Abklärungen im Sinne der Erwägungen und zu erneuter Entscheidung über den Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der

Invalidenversicherung an die Beschwerdegegnerin zurückzu weisen. 6 .

## **E. 20**

19 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - lic. iur. Y.\_\_\_\_ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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, 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub Schucan

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