

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00171 vom 5. Februar 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00171](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00171)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00171 du 5 février 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00171 del 5 febbraio 2020

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1963, war seit 15. November 2013 in seiner eigenen Firma Y.\_\_\_\_ GmbH als Chef und Geschäftsführer tätig. Am 2. März 2018 erlitt er einen Unfall (vgl. Urk. 9/12/3). Am 26. Juli 2018 meldete er sich aufgrund von Problemen mit der Wirbelsäule und dem Nervensystem bei der Invalidenversicherung an (Urk. 9/1). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und zog die Akten der Unfallversicherung (Urk. 9/12/1-71; Urk. 9/23/1-58; Urk. 9/33/1-261) bei. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 9/25; Urk. 9/27; Urk. 9/32; Urk. 9/37) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 5. Februar 2020 einen Leistungsanspruch des Versicherten (Urk. 9/39 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung beziehungsweise des streitigen Einspracheentscheids eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 144 V 210 E. 4.3.1, 132 V 215 E. 3.1.1, je mit Hinweisen), sind vorliegend die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 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. 1.4**

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).

### **E. 1.5**

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) stehen den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur Verfügung. Sie setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Sie sind in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach Art. 49 IVV beurteilen die RAD die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können Versicherte bei Bedarf selber ärztlich untersuchen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2; Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Die Funktion interner RAD-Berichte besteht darin, aus medizinischer Sicht –

gewissermassen als Hilfestellung für die medizinischen Laien in Verwaltung und Gerichten, welche in der Folge über den Leistungsanspruch zu entscheiden haben – den medizinischen Sachverhalt zusammenzufassen und zu würdigen, wozu namentlich auch gehört, bei widersprüchlichen medizinischen Akten eine Wertung vorzunehmen und zu beurteilen, ob auf die eine oder die andere Ansicht abzustellen oder aber eine zusätzliche Untersuchung vorzunehmen sei. Sie würdigen die vorhandenen Befunde aus medizinischer Sicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem externer medizinischer Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten ( BGE 134 V 231 E. 5.1) genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt ( BGE 137 V 210 E. 1.2.1). 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, sind ergänzende Abklärungen

vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

### **E. 1.6**

Im gegenseitigen Verhältnis zwischen Invaliden- und Unfallversicherung besteht keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Versicherers für den jeweils anderen Sozialversicherungszweig. Die IV-Stellen und die Unfallversicherer haben die Invaliditätsbemessung in jedem einzelnen Fall selbständig vorzunehmen. Sie dürfen sich ohne weitere eigene Prüfung nicht mit der blossen Übernahme des Invaliditätsgrades des jeweils anderen Sozialversicherers begnügen (BGE 133 V 549 E. 6.1). 2.

### **E. 2**

9) und hielt ebenfalls an seinen Anträgen fest, wovon die Beschwerdegegnerin am 7. April 2022 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 30). Im unter der Prozessnummer UV .2020.00 288 hängigen unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren ergeht mit heutigem Datum ebenfalls ein Urteil. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete den angefochtenen Entscheid (Urk. 2) wie folgt: In der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer sei der Beschwerdeführer seit dem 3. März 2018 zu 100 % arbeitsunfähig. Den vorhandenen medizinischen Berichten sei zu entnehmen, dass nie eine langdauernde Arbeitsunfähigkeit ausgemessen worden sei. Lediglich für vier Wochen nach dem Unfall sei von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Somit sei er in der angestammten Tätigkeit nie langandauernd eingeschränkt gewesen und es sei kein Rentenanspruch entstanden (S. 1). Mangels lang andauernder Einschränkung seien auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt (S. 2).

Die somatischen Befunde seien unauffällig (Urk.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte geltend, die angefochtene Verfügung sei in Verletzung seines rechtlichen Gehörs ergangen, da sie kaum begründet worden sei. Die Beschwerdegegnerin sei auf seine Einwände nicht eingegangen (Urk. 1 S.

3 ff.). Weiter sei der RAD-Arzt nicht genügend auf die Suva-Akten eingegangen und begründe nicht, weshalb seine Einschätzung von derjenigen der Suva abweiche (S. 5 f.). Aus weiteren näher dargelegten Gründen könne auf die RAD-Einschätzung nicht abgestellt werden, insbesondere sei nicht nachvollziehbar, weshalb von einer Zeitspanne von 3-4 Wochen ausgegangen werde, zumal bei HWS-Verletzungen von einer Beschwerdedauer von 6-12 Wochen auszugehen sei (S. 6 unten f.). Soweit ihm mangelnde Motivation vorgeworfen werde, sei dem mit der Auferlegung einer Schadenminderungspflicht und nicht mit einer Leistungsablehnung zu begegnen. Berufliche Massnahmen seien geprüft worden, aber aus medizinischen Gründen nicht möglich gewesen. Vor diesem Hintergrund könne ihm nicht mangelnde Motivation vorgeworfen werden (S. 7 unten f.). Der seitherige Verlauf zeige, dass klare objektive Befunde mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorlägen (Urk.

### **E. 2.3**

Streitig und zu prüfen sind der Invaliditätsgrad und der Leistungsanspruch des Beschwerdeführers. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer rügt zunächst eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ( Urk. 1 S. 3 Ziff. 3 f.).

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer einzelnen Person ein greift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass eines solchen Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen. Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst als Mitwirkungsrecht somit alle Befugnisse, die einer Partei einzuräumen sind, damit sie in einem Verfahren ihren Standpunkt wirksam zur Geltung bringen kann (BGE 144 I 11 E. 5.3, 143 V 71 E. 4.1, je mit Hinweisen). 3.2

Verfügungen der Versicherungsträger müssen, wenn sie den Begehren der Parteien nicht voll entsprechen, eine Begründung enthalten (Art. 49 Abs. 3 Satz 2 ATSG), das heisst eine Darstellung des vom Versicherungsträger als relevant erachteten Sachverhaltes und der rechtlichen Erwägungen. Gemäss Art. 52 Abs. 2 Satz 2 ATSG werden Einspracheentscheide begründet. Die aus dem Anspruch auf rechtliches Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV fliessende Begründungspflicht gebietet nicht, dass sich das kantonale Gericht beziehungsweise der Versicherungsträger mit allen Parteistandpunkten einlässlich auseinandersetzt und jedes einzelne Vorbringen ausdrücklich widerlegt. Vielmehr kann sich die Behörde auf die für den Entscheid wesentlichen Punkte beschränken. Die Begründung muss so abgefasst sein, dass sich die betroffene Person über die Tragweite des Entscheids Rechenschaft geben und ihn in voller Kenntnis der Sache an die höhere Instanz weiter ziehen kann. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz die Überlegungen genannt werden, von denen sich das Gericht respektive der Versicherungsträger hat leiten lassen und auf die sich sein Entscheid stützt (BGE 142 II 49 E. 9.2, 136 I 229 E. 5.2, je mit Hinweisen). 3.3

Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der materiellen Begründetheit des Rechtsmittels in der Sache selbst zur Gutheissung der Beschwerde und zur Aufhebung des angefochtenen Entscheids (BGE 144 I 11 E. 5.3, 137 I 195 E. 2.2). Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, das heisst die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 431 E. 3d/ aa , 126 V 130 E. 2b mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung kann eine nicht besonders schwerwiegende Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Unter dieser Voraussetzung ist darüber hinaus im Sinne einer Heilung des Mangels selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des Gehörs von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 142 II 218 E. 2.8.1, 137 I 195 E. 2.3.2, je mit Hinweisen). 3.4

Die Beschwerdegegnerin beschränkte sich in der angefochtenen Verfügung ohne Begründung darauf, von einer lediglich vierwöchigen vollen Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall auszugehen; es sei nie eine langandauernde Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ausgewiesen gewesen. Gleichzeitig und im Gegensatz dazu wird ausgeführt, der Beschwerdeführer sei seit dem 3. März 2018 in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 2 S. 1). Dies ergibt keinen Sinn. Weiter ging sie auf den mehrseitigen, begründeten Einwand des Beschwerdeführers vom 2. September 2019 (Urk. 9/32) und seine Stellungnahme vom 24. Januar 2020 (Urk. 9/37) nicht ein, sondern hielt lediglich fest, dass die Einwände geprüft worden seien (Urk. 2 S. 1 unten). Eine ausführliche Begründung erfolgte erst mit der Beschwerdeantwort (Urk. 8). Es geht jedoch nicht an, die Begründung einer Verfügung auf das Beschwerdeverfahren zu verschieben, wird doch dadurch die versicherte Person auf den (kostenpflichtigen) Beschwerdeweg gezwungen, um überhaupt eine nachvollziehbare Begründung zu erhalten. Auf diese besteht bereits bei Erlass der Verfügung ein Anspruch.

Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs ist damit zu bejahen, was zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen führt. Die Verfügung ist jedoch auch aus materiellen Gründen aufzuheben, wie nachfolgend zu zeigen ist. 4. 4.1

Anlässlich der Erstbehandlung vom 10. März 2018 diagnostizierte Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, eine HWS Distorsion und hielt zur Anamnese fest, der Beschwerdeführer sei vor einer Woche auf der Treppe gestürzt, nach vorne gefallen, habe sich mit beiden Armen etwas abgestützt, aber auch das Gesicht angeschlagen mit Hyperextension der HWS. Seither habe er Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in beide Arme symmetrisch. Er stelle sich mit anhaltenden Schmerzen im Nacken und beiden Schultern vor (Urk. 9/12/18-19). 4.2

Eine bildgebende Untersuchung vom 26. März 2018 (Urk. 9/12/63-64) ergab keine Hinweise auf eine intrakranielle Blutung, eine einzelne unspezifische Demyelinisierung frontal rechts sowie eine diskossäre Einengung des rechten Neuroforamens auf Höhe des Halswirbelkörpers (HWK) 4/5 und HWK 5/6 mit Kontakt zur entsprechenden C5 und C6 Wurzel intraforaminal, jedoch keine Hinweise auf eine Myelopathie (S. 1). 4. 3

Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt mit Schreiben vom 15. Juni 2018 (Urk. 9/12/22-23) fest, der Beschwerdeführer habe sich am 19. März 2018 erstmals bei ihm gemeldet, wobei er immer noch über starke Nackenschmerzen geklagt habe. Er sei immer noch stark blockiert im Nackenbereich und habe Sensibilitätsstörungen; er könne maximal eine Stunde Autofahren oder am Computer sitzen, weil dann die Arme wieder schmerzen und einschlafen würden. So könne er maximal zwei Stunden pro Tag arbeiten (S. 1). Leider habe die Arbeitsfähigkeit auf aktuell 20 % korrigiert werden müssen, nachdem zuerst von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen worden sei. Dies sei aber offenbar überhaupt nicht realistisch, da der Beschwerdeführer selbst ständiger Chauffeur sei. 4.4

Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 22. August 2018 (Urk. 9/12/49-51) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma sowie Commotio cerebri und labyrinthi am 2. März 2018. Zur Anamnese hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, der Beschwerdeführer könne seit dem Unfall nicht mehr arbeiten. Er sei Inhaber eines eigenen Geschäfts, wo er zu 30 % als Chauffeur arbeite und zu 70 % die Büroarbeiten erledige (S. 1). Die Schmerzen seien so wie sie der Patient schildere nicht nachvollziehbar. Es sei nicht

verständlich, dass er bei diesem gut trainierten Körper nach fünf Monaten keine Muskelatrophie zeige bei den starken Schmerzen und der physischen Inaktivität, weshalb eine Schmerzverarbeitungsstörung vorliegen könnte (S. 2).

In ihrem Verlaufsbericht vom 6. September 2018 (Urk. 8/36) führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, der Beschwerdeführer klage nach wie vor über starke Schmerzen im Bereich des linken Oberarms und der Schulter. 4 .5

Dr. A.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 19. Oktober 2018 (Urk. 9/11) ein HWS Distorsionstrauma mit posttraumatischer Zervikalgie und Sensibilitätsstörung Dig. I-III beidseits (Ziff. 2.5). Der Beschwerdeführer sei als Chauffeur seit 3. März 2018 bis 1. Juni 2018 zu 50 % und seit 1. Juni 2018 zu 80 %

arbeitsunfähig (Ziff. 1.3). Die Prognose zur Eingliederung erachtete Dr. A.\_\_\_\_ als gut (Ziff. 4.3). 4 .6

Dr. B.\_\_\_\_ hielt mit Bericht vom 8. November 2018 (Urk. 9/19/19) fest, man komme ambulant nicht mehr weiter. Es sei dringend ein stationärer Rehabilitationsaufenthalt zu empfehlen. Eine otoneurologische Untersuchung erachte sie als nicht notwendig, zum jetzigen Zeitpunkt sogar als kontraproduktiv, da durch die forcierten Bewegungen im Bereich der Nacken-/Schultermuskulatur die Symptomatik mit Sicherheit verstärkt werde. Die klinischen Tests seien praktisch unauffällig. Es sei möglich, dass eine leichte Störung des Vestibularapparates vorliege, diese sei aber mit Sicherheit nicht limitierend und vorerst von untergeordneter Wichtigkeit. 4 .7

Kreisarzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt mit Stellungnahme vom 27. November 2018 (Urk. 9/23/43-45) fest, es lägen gemäss MRI vom 26. März 2018 keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Es sei durch eine weitere Behandlung nicht mit einer wesentlichen Verbesserung des unfallbedingten Gesundheitszustandes zu rechnen. Beim Unfallereignis sei es bei vorbestehender degenerativer Veränderung der HWS zu einer Distorsion ohne überwiegend wahr scheinlich unfallbedingte zusätzliche strukturelle Läsionen gekommen. Eine HWS-Distorsion sei im natürlichen Verlauf nach spätestens 6 bis 12 Wochen folgenlos ausgeheilt (S. 2 unten). Die aktuell vorliegenden Schmerzen und die zunehmende Ausweitung deuteten auf eine Schmerzverarbeitungsstörung psychogener Ursache hin (S. 3). 4 .8

Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie der Klinik E.\_\_\_\_, stellte mit Bericht vom 17. Dezember 2018 (Urk. 9/17) folgende Diagnosen (S. 1): - chronifiziertes, multilokuläres Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie mit und bei - klinisch-neurologisch altersentsprechend normalem Status - anamnestisch seit einem Sturz nach vorne auf den Gesichts- und linken Hemithorax-Bereich vom 2. März 2018 - MRI vom 26. März 2018: keine posttraumatische Veränderungen und leichtgradige Chondrose mit relativer foraminaler Enge betont C5/6 beidseits, keine zervikale Myelopathie - chronisches, belastungsbetontes Nackenschultererschmerzsyndrom beidseits - differentialdiagnostisch myofaszial - Verdacht auf depressives Zustandsbild - aktuell unter Mirtazapin Im Sitzen sei der Beschwerdeführer aktiv/passiv schmerzbedingt kaum untersuchbar. Es finde sich eine ausgeprägte Myogelose im Nackenschultergürtelbereich. In Rückenlage trete eine markante muskuläre Entspannung und eine gute passive Beweglichkeit der HWS ein. Es bestünden positive Irritationszeichen der oberen HWS-Segmente beidseits (S. 2 unten).

Die klinisch-neurologische Untersuchung sei bis auf myofasziale Komponenten im betont oberen HWS-Bereich unauffällig ausgefallen ohne Hinweise für eine zentrale oder peripher-neurologische Ausfall symptomatik. In der Bildgebung zervikal wie auch zerebral zeigten sich keine posttraumatischen Veränderungen oder Hinweise für eine zervikale Myelopathie (S. 3) . 4.9

Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte mit Bericht vom 23. Januar 2019 ( Urk. 9/19/9-13) einen Status nach HWS-Distorsionstrauma sowie Commotio cerebri und labyrinthi am 2. März 2018 ( Ziff. 2.6). Die Arbeitsfähigkeit sollte aus neurologischer Sicht uneingeschränkt sein ( Ziff. 2.7). Sie habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert ( Ziff. 1.3).

Eine 3-Phasen-Skelettszintigraphie und SPECT-CT Fusion sowie eine Computertomographie der HWS vom 27. Dezember 2018 ergaben eine diskret aktivierte Osteochondrose TH3/4. Die bilateral starken Spondylarthrosen TH3/4 und die leichten Spondylarthrosen TH2/3 seien nicht aktiviert. Die Atlantodentalarthrose und die dorsal betonte Osteochondrose C2/3 sei en

jeweils nicht aktiviert ( Urk. 9/22/30-31) . 4.10

Ein MRI der Lendenwirbelsäule ( LWS) vom 24. Januar 2019 ( Urk. 9/33/61 ) ergab keinen Nachweis durchgemachter Frakturen, eine leichte Segmentdegeneration auf Höhe L3/L4 mit minimaler Tangierung der absteigenden Nervenwurzel L4 rechts rezessal sowie keine Diskopathie und keine neurale Tangierung auf Höhe L4/L5.

Die bildgebende Untersuchung der Ellbogen vom 8. Mai 2019 ergab rechts eine leichte Reizung des Trizeps Sehnenansatzes, möglicherweise nach Zerrung, keine Ruptur/Partialruptur der Trizepssehne , keine Fraktur und kein Knochen marksödem sowie unauffällige Weichteile ( Urk. 9/33/84 ). Links zeigte sich eine diskrete Reizung des Trizeps Sehnenansatzes, möglicherweise nach Zerrung, keine Ruptur/Partialruptur der Trizepssehne und unauffällige Verhältnisse der übrigen Knochen und der Weichteile ( Urk. 9/33/83 ). 4.11

Dr. med. F.\_\_\_\_ , Chiropraktin , diagnostizierte mit Bericht vom 28. März 2019 ( Urk. 9/22/1-5) einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz, eine Verstauchung und Zerrung von Gelenken und Bändern auf Halshöhe und eine Schulterdistorsion ( Ziff. 2.5). Zur Zeit und bis weiterhin sei der Beschwerdeführer zu 80 % arbeitsunfähig in der angestammten Tätigkeit, welche Autofahren, Bürotätigkeit, Kundenorganisation und Geschäftsführung umfasse ( Ziff. 1.3). Die bisherige Tätigkeit sei zwei Mal eine halbe Stunde, eine angepasste Tätigkeit für eine bis eineinhalb Stunden pro Tag aufgeteilt zumutbar ( Ziff. 4.1-4.2). 4.12

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), stellte am 9. Mai 2019 ( Urk. 9/24/4-5) aufgrund der Akten keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er: - chronifiziertes

multilokuläres Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie, klinisch neurologisch unauffällig, bildgebend keine Verletzungsfolge - leichtgradige degenerative Veränderungen - chronisches Nacken/Schulterschmerzsyndrom, differentialdiagnostisch (DD) myofaszial - Verdacht auf depressives Zustandsbild Bezogen auf die bisherige Tätigkeit als selbständiger Geschäftsinhaber (Büro) bestünden keine objektivierten dauerhaften Einschränkungen , bis auf eine erfahrungsgemäss etwa 3-4 Wochen dauernde volle Arbeitsunfähigkeit ab Sturz

ereignis . In einer angepassten Arbeit bestehe ebenfalls volle Arbeitsfähigkeit. Die somatischen Abklärungen hätten neben diskreten altersgerechten Stammskelett veränderungen keine fassbaren dauerhaft arbeitsfähigkeitsrelevanten morphologischen Korrelate erbracht. Dauerhaft manifeste psychiatrische, fachärztlich bescheinigte Leistungseinschränkungen würden nicht erwähnt. 4.13

Im Bericht über das ambulante Assessment in der Rehaklinik H.\_\_\_\_ vom 16. Juli 2019 ( Urk. 9/33/19-29 ) wurden folgende, hier gekürzt wiedergegebene Diagnosen gestellt (S. 1):  
- Unfall vom 2. März 2018: Sturz von Treppe im Garten - HWS-Distorsion - Beschwerden LWS - Beschwerden Schultergelenke beidseits Die psychische Verfassung sei unauffällig. Es sei insgesamt eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden. Durch weitere ambulante Therapien sei mit keiner Verbesserung zu rechnen. Aufgrund der erheblichen Symptomausweitung habe der Beschwerdeführer auch in einem Reha-Setting leider kaum Rehabilitationspotential. Er habe im bisherigen Verlauf suffiziente Therapien gehabt und aus medizinischer Sicht wäre eine sukzessive Besserung der Beschwerden zu erwarten, welche aber bisher nicht eingetreten sei (S. 3). Es bleibe zu hoffen, dass der Patient sich selber in eine aktivere Rolle versetze, um selbst an der Wiederbefähigung für den Alltag und Beruf zu arbeiten. Unter Beachtung der Therapieempfehlungen (Heimprogramm, selbständiges Training in einem Trainingscenter) sei von einer raschen Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 3 unten f.). Zu den hauptsächlichen Befunden wurde festgehalten, die Muskulatur des Nackens und des Schultergürtels sei unauffällig, ebenso der Nacken- und Schürzengriff links. Es bestehe eine ausgeprägte Handbeschwielung mit offenen Blasen beidseits (S. 7 unten). Die Symptomausweitung sei erheblich. Die Angabe von starken Schmerzen entspreche nicht dem wenig leidenden Eindruck, den der Beschwerdeführer während Aktivitäten vermittelt habe. Es sei weiter eine Diskrepanz bei der Handkraft im Sinne eines Varianzkoeffizienten von über 15 % festgestellt worden (S. 10 unten). 4.14

Das Arthro-MRI der linken Schulter vom 18. September 2019 ( Urk. 9/33/10 ) ergab eine mässige Tendinopathie der Supraspinatussehne , etwas geringer auch der Infraspinatussehne , keine Rupturen der Rotatorenmanschette und eine leichte Bursitis subacromialis / subdeltoidea . 4.15

Die Ärzte der Schulter- und Ellbogenchirurgie an der Klinik E.\_\_\_\_ diagnostizierten mit Bericht vom 18. Oktober 2019 ( Urk. 19/1 ) eine Frozen

Shoulder

links, bildgebend mit Hinweisen auf eine retraktive

Kapsulitis und Bursitis subacromialis Schulter rechts mit funktioneller muskulärer Dysbalance ; beide Schulterschmerzen nach Sturz am 2. März 2018 (S. 1). Im Bereich der linken Schulter sei von einer reaktiven Kapsulitis und einer Bursitis subacromialis auszugehen. Im Bereich der rechten Schulter gebe es keine Hinweise für eine strukturelle Läsion. Die Schmerzsituation sei links nachzuvollziehen, rechts nicht (S. 2). 4.16

Mit Bericht vom 18. November 2019 ( Urk. 19/2 ) nannten die Ärzte des Zentrums I.\_\_\_\_ folgende Diagnosen (S. 1): - aktuell kein Hinweis auf eine vestibuläre Funktionsstörung bei asymptomatischem Patienten - Verdacht auf möglichen stattgehabten benignen paroxysmalen Lagerungsschwindel - aktuell vollständig regrediente Symptomatik - leichtgradige sensorineurale Schwerhörigkeit mit Hochtonabfall beidseits - traumatische

HWS-Distorsion bei Status nach Treppensturz am 2. März 2019 - Klinik: schmerzbedingt starke Einschränkung der HWS-Beweglichkeit sowie der weiteren Wirbelsäulenabschnitte, starke schmerzbedingte Einschränkung der Funktion der linken Schulter - Verdacht auf posttraumatischen Spannungskopfschmerz Eine Verlaufskontrolle sei bei subjektiv fehlendem Schwindel nicht geplant (S. 3). 4.17

Kreisarzt Dr. C.\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 17. Januar 2020 (Urk. 19/3) fest, es lägen wie in der Beurteilung vom 27. November 2018 festge stellt keine strukturell objektivierbaren Unfallfolgen vor. Medizinisch sei eine weitere Behandlung/Therapie bereits mit Beurteilung vom 27. November 2018 als nicht sinnvoll bezeichnet worden. Die weitere Behandlung und Fallübernahme sei rein administrativ erfolgt (S. 1).

In sämtlichen Berichten zuvor würden multiple diffuse Beschwerden festgehalten. eine Bewegungseinschränkung oder Krafeinbusse im linken Schultergelenk werde nicht dokumentiert. Stets werde davon ausgegangen, dass die Beschwerden in beiden Schultergelenken durch eine Ausstrahlung von der Halswirbelsäule aus gehend vorlägen. Die neurologischen Abklärungen zeigten keine Einschränkungen im Bereich der Beweglichkeit der oberen Extremität und insbesondere der Schultergelenke. Es würden jeweils eine ausführliche Beurteilung der Schultergelenke und der Schulter-Nacken-Region durchgeführt und vor allem Verspannungen und Myogelosen sowie eine Irritation der oberen Halswirbelsäule festgehalten, jedoch keine Einschränkung des linken Schultergelenks in Beweglichkeit oder Bewegungsumfang. Auch bildgebend seien keine Hinweise für eine Verletzungsfolge im linken Schultergelenk vorhanden; konkrete Abklärungen des linken Schultergelenks seien bis zum 18. September 2019 nicht durchgeführt worden (S. 2).

Die linke Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon vor dem Unfall in stummer oder manifester Weise beeinträchtigt gewesen, denn es bestehe eine Tendinopathie der Sehne des M. supra- und infraspinatus. Bei einer Tendinopathie handle es sich um eine degenerative Veränderung der Sehne, wie sie im MRI sehr gut dargestellt und auch vom Radiologen bestätigt worden sei (S. 2 unten). 4.18

Eine weitere bildgebende Untersuchung vom 22. Januar 2020 (Urk. 9/40/21-22) ergab die Diagnose einer Frozen

Shoulder links nach Treppensturz am 2. März 2018 (S. 1). 4.19

Kreisarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Oto - Rhino -Laryngologie, hielt mit Stellungnahme vom 20. Februar 2020 (Urk. 19/4) fest, es ergäben sich keine Hinweise für eine Verletzung im Hals-Nasen-Ohrenbereich, im Speziellen der vestibulo-cochleären Organe, aufgrund des Unfallereignisses. 4.20

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte mit zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers am 4. Februar 2020 verfasstem Bericht (Urk. 9/40/19-20) aus, es bestehe ein Schmerzkomplex im Bereich der HWS sowie der Nacken- und Schultermuskulatur mit erheblicher Einschränkung der Beweglichkeit beziehungsweise der Funktion. Die Schmerzen verursachten Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Die Arbeitsunfähigkeit betrage 80% (S. 2). 4.21

PD Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Kurzbericht vom 3. Juli 2020

(Urk. 19/5) über die Verlaufskontrolle folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Frozen

Shoulder links nach Treppensturz am 2. März 2018 - Status nach Untersuchung Schulter links in Narkose und Schulter arthroskopie, zirkumferenzielle

Kapsulotomie , Bicepstenotomie und - Tenodese sowie subacromiale

Bursektomie mit Entnahme von Gewebsproben Schulter links am 25. Mai 2020 (vgl. Urk. 14/1/2) Der Verlauf sei nicht unerwartet langsam. So sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (S. 1 unten).

Ergänzend hielt Dr. L.\_\_\_\_ am 20. Juli 2020 ( Urk. 14/1/1 ) fest, es habe sich bei der Operation ein deutlich entzündetes, eingesteiftes Gelenk inklusive einer entzündeten langen Bizepssehnen gefunden .

Diese entzündlichen Veränderungen der Schulter erklärten die starken Schmerzen . Er habe erstmals am 25. Mai 2020 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert. Eigentlich sei die Prognose günstig; in einem Teil der Fälle sei der Verlauf aber sehr protrahiert und langsam und die Arbeitsfähigkeit sei für längere Zeit eingeschränkt (S. 1).

Anlässlich der Sprechstunde vom 3. November 2020 stellte PD Dr. L.\_\_\_\_ fest, die Bewegungsuntersuchung sei stark schmerzhaft ( Urk. 24/3 S. 1 unten). Der Verlauf sei unbefriedigend. Die Steife habe sich nicht gelöst; es stelle sich die Frage nach einer zweiten Kapsulotomie (S. 2). Am 2. Dezember 2020 ( Urk. 24/4) führte PD Dr. L.\_\_\_\_ aus, die Ursache dieser relevanten Beschwerden und der erneuten Einsteifung seien unklar. Er empfahl weitere Abklärungen (S. 2).

Gegenüber der Krankenkasse des Beschwerdeführers beschrieb PD Dr. L.\_\_\_\_ mit Bericht vom 10. September 2021 ( Urk. 24/6), d er Patient sei infolge der starken Schulterschmerzen seit Ende 2020 als Geschäftsführer durchgehend zu 100 %

arbeitsunfähig gewesen. Er sei am 17. Mai 2021 erneut operiert worden. Eine angepasste Tätigkeit scheine angesichts der relevanten Beschwerden im Moment nicht möglich zu sein (S. 1). Die Prognose sei im Moment unsicher (S.

2). Mit Verlaufsbericht vom 25. November 2021 ( Urk. 24/7) hielt PD Dr. L.\_\_\_\_ fest, die Situation sei sehr unbefriedigend. Therapeutisch bestünden praktisch keine Optionen mehr. Im Moment sei die Situation zu beobachten. So sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig (S. 1). 4.22

Dr. G.\_\_\_\_ hielt mit Stellungnahme vom 25. November 2021 ( Urk. 24/1) fest, die aus dem Unfallversicherungsverfahren beigezogenen Berichte änderten seine bisherige orthopädische Beurteilung. Anlässlich der Operation vom 25. Mai 2020 hätten sich die Supraspinatussehne und die Schulterkapsel als deutlich entzündlich verändert dargestellt. Der weitere postoperative Verlauf nach dem 3. Juli 2020 sei aus den Akten nicht ersichtlich. Zum genannten Zeitpunkt hätten offen bar noch starke Nacken- und Schulterbeschwerden und Bewegungseinschränkungen bestanden beziehungsweise eine fachärztlich attestierte Arbeitsunfähigkeit. Es seien weitere Berichte anzufordern. Nach telefonischer Nachfrage werde bestätigt, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2020 und weiterhin in der Klinik M.\_\_\_\_ ( Dr. L.\_\_\_\_ ) in Behandlung stehe (S. 1-3; vgl. dessen Berichte in Urk. 24/2-7). Daraus ergebe sich folgende Änderung: Wegen weiterer starker Schmerzen habe man am 17. Mai 2021 eine erneute Schulterarthroskopie mit und bei Kapsulotomie , subacromialer Adhäsiolyse und Gewebsentnahme sowie Acromioplastik mit Co Planing durch geführt. Auch hiernach sei der Beschwerdeführer gemäss orthopädischem Behandler wegen

Schmerzen und Gebrauchseinschränkung dauerhaft arbeitsunfähig. Neben der operativ stattgehabten morphologischen Veränderung lassen die letzten klinischen Schulterfunktionswerte zwar eine schmerzhafte, mechanisch leicht- bis mittelgradige Bewegungseinschränkung an der linken Schulter ableiten. Jedoch könne man eine daraus resultierende dauerhafte volle Arbeitsunfähigkeit als Geschäftsführer mit Büroarbeit nicht schlüssig nachvollziehen. Eine angepasste wechselbelastende, körperlich leichte und schulterangepasste Tätigkeit sollte medizintheoretisch weiterhin vollumfänglich möglich sein (S. 4). 4.23

Dipl. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt am 2. Dezember 2021 (Urk. 24/1 S. 3) fest, es liege nun neu ein Bericht der Sprechstunde des Zentrums I.\_\_\_\_ vom 18. November 2019 (vgl.

vorstehend E. 4.16) vor. Es habe keine periphere Störung des Gleichgewichtsapparates gefunden werden können. Nach anamnestischen Angaben sei der Schwindel etwa vor einem Jahr verschwunden. Die bereits bekannte sensorineurale Schwerhörigkeit sei seit dem 8. November 2019 bekannt gewesen. Neu sei vom Beschwerdeführer über starke Kopfschmerzen und Verschwommensehen nach 15 Minuten Lesen berichtet worden. Dies sei als Verdacht auf einen posttraumatischen Spannungskopfschmerz gewertet worden. Kopfschmerzen tauchten interessanterweise erstmals im Bericht der Reha H.\_\_\_\_ auf, davor seien diese in neurologischen Abklärungen nicht erwähnt worden. Zusammengefasst ergäben sich nach wie vor keine Hinweise für objektivierbare Pathologien zur Erklärung der Schmerzsymptomatik aus neurologischer Sicht (S.

### 3). 5. 5.1

Den medizinischen Akten lässt sich Folgendes entnehmen. Nach dem Unfall im März 2018 erwähnte Dr. Z.\_\_\_\_ Schmerzen im Nacken und beiden Schultern, nahm jedoch keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E.

4.1). Dr. A.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.3) ging von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % aus, wobei er jedoch die angestammte Tätigkeit als reine Chauffeur-tätigkeit beurteilte und zudem als Facharzt für Allgemeine Innere Medizin nicht über das erforderliche Fachwissen zur Beurteilung der orthopädischen Beschwerden verfügt. Seinen Beurteilungen (vgl. auch E. 4.5) kommt deshalb ein geringer Beweiswert zu. Dr. B.\_\_\_\_ beschrieb eine Diskrepanz zwischen der guten körperlichen Verfassung und den berichteten starken Schmerzen und der physischen Inaktivität, weshalb sie eine Schmerzverarbeitungsstörung vermutete (vgl. vorstehend E. 4.4) und dringend einen stationären Rehabilitationsaufenthalt empfahl (vorstehend E. 4.6) und schlussendlich aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit sah (vgl. vorstehend E. 4.9). Auch Dr. C.\_\_\_\_ stellte eine mögliche Schmerzverarbeitungsstörung psychogener Ursache zur Diskussion (vgl. vorstehend E. 4.7). Dr. D.\_\_\_\_ diagnostizierte ein chronifiziertes, multilokuläres Schmerzsyndrom unklarer Ätiologie und ein chronisches belastungsbetontes Nackenschulter-schmerzsyndrom, wobei er dieses als möglicherweise myofaszial bedingt beurteilte, sowie einen Verdacht auf ein depressives Zustandsbild. Er stellte fest, dass der Beschwerdeführer im Sitzen aktiv und passiv schmerzbedingt kaum untersuchbar sei, jedoch in Rückenlage eine markante muskuläre Entspannung und eine gute passive Beweglichkeit der HWS eintrete (vgl. vorstehend E. 4.8).

Dr. F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.11) ging ohne weitere Begründung von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit und einer solchen von einer bis

eineinhalb Stunden täglich aus, was sie in keiner Weise begründete. RAD-Arzt Dr. G. \_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 4.12) ging zunächst von voller Arbeitsfähigkeit aus, revidierte seine Beurteilung jedoch später (vgl. E. 4.22 ; dazu nachfolgend). In der Rehaklinik H. \_\_\_\_ ( vorstehend E. 4.13) wurde sodann im Juli 2019 eine so erhebliche Symptomausweitung festgestellt, dass ein Rehabilitierungspotential als kaum vorhanden beurteilt wurde. Die psychische Verfassung sei unauffällig gewesen. Trotz geltend gemachter Schulter- und Nackenschmerzen war der Beschwerdeführer fähig, bei unauffälliger Muskulatur den Nacken- und Schürzengriff auszuführen. Darüber hinaus wurde eine ausgeprägte Handbeschwellung mit offenen Blasen beidseits festgestellt, was eine körperlich bedingte Arbeitsunfähigkeit doch erheblich in Frage stellt. Ebenso bestanden Diskrepanzen in der Handkraft, und die Angabe von starken Schmerzen habe nicht dem wenig leidenden Eindruck entsprochen, den der Beschwerdeführer während Aktivitäten vermittelt habe. Bis zu diesem Zeitpunkt ist deshalb eine länger dauernde, anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen. 5.2

Hingegen ergibt sich im weiteren Verlauf ein anderes Bild. Im September 2019 wurde eine Tendinopathie der Supraspinatussehne festgestellt (vorstehend E.

4.14). Die Ärzte der Klinik E. \_\_\_\_

diagnostizierten im Oktober 2019 (vorstehend E. 4.15) eine Frozen Shoulder

links. In der linken Schulter sei von einer reaktiven Kapsulitis und einer Bursitis subacromialis auszugehen. Links sei die Schmerzsituation nachzuvollziehen, rechts nicht. Hinsichtlich des geltend gemachten Schwindels wurde keine belastbare organische Ursache gefunden (vgl.

vorstehend E. 4.16). Dr. C. \_\_\_\_ (E. 4.17) nahm aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht Stellung, hielt aber fest, die linke Schulter sei vorbestehend beeinträchtigt gewesen, da eine degenerative Veränderung der Sehne des M.

supra- und infra spinatus bestehe. Im Januar 2020 wurde die Frozen Shoulder

links bildgebend bestätigt (E. 4.18). Dr. K. \_\_\_\_ (E. 4.20 )

ging aufgrund eines Schmerzkomplexes im Bereich der HWS sowie der Nacken- und Schultermuskulatur von einer Arbeitsunfähigkeit von 80 % aus, wobei er dies nicht genügend begründete und auch nicht zwischen der angestammten und einer angepassten Tätigkeit differenzierte.

PD Dr. L. \_\_\_\_ operierte in der Folge die linke Schulter des Beschwerdeführers zwei Mal und hielt fest, dass die entzündlichen Veränderungen die starken Schmerzen erklärten; so sei der Beschwerdeführer nicht arbeitsfähig. Die Arbeitsunfähigkeit bestehe seit Ende 2020. Der weitere Verlauf gestaltete sich so ungünstig, dass PD Dr. L. \_\_\_\_ nach Durchführung einer zweiten Operation keine therapeutischen Optionen mehr sah (vgl. vorstehend E. 4.21 ). 5.3

Dr. G. \_\_\_\_ (vorstehend E. 4.22 ) räumte nach Sichtung dieser Berichte zwar ein, dass die seine Beurteilung änderten. Er ging jedoch trotz seiner Feststellung, dass gemäss PD Dr. L. \_\_\_\_ eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit wegen Schmerzen und Gebrauchseinschränkung

bestehe, weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten wechselbelastenden, körperlich leichten und schulterangepassten Tätigkeit aus. Er erachtete die schmerzhafte Bewegungseinschränkung als mechanisch leicht bis mittelgradig, was ohne eigene Untersuchung nicht zu überzeugen vermag und durch die Feststellungen von PD Dr. L.\_\_\_\_ in Frage gestellt wird. Dies gilt auch für die Annahme Dr. G.\_\_\_\_ s, daraus könne eine dauerhafte, volle Arbeitsunfähigkeit als Geschäftsführer nicht schlüssig nachvollzogen werden. Vielmehr sind die Berichte von PD Dr. L.\_\_\_\_ geeignet, nicht nur geringe, sondern erhebliche Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der RAD-Beurteilung zu wecken. Reine Aktengutachten sind nur beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_750/2020 vom 23. April 2021 E. 4 mit Hinweisen). So verhält es sich vorliegend gerade nicht. 5.4

Was die neurologische Beurteilung angeht, so legte Dr. N.\_\_\_\_ nachvollziehbar und in Übereinstimmung mit der Aktenlage dar, dass keine neurologischen objektivierbaren Pathologien zur Erklärung der Schmerzsymptomatik erkennbar seien (vgl. vorstehend E. 4.23 ). Soweit Dr. K.\_\_\_\_ (vorstehend E. 4.20) ein Schmerzkomplex im Bereich der HWS sowie der Nacken- und Schultermuskulatur mit erheblicher Einschränkung der Beweglichkeit beziehungsweise der Funktion feststellte, ist nicht klar hergeleitet, dass dies auf neurologische Gründe zurückzuführen wäre. Sollten sich in der vorzunehmenden genauen Abklärung

dennoch Hinweise auf eine neurologische Beteiligung ergeben, so wird die Beschwerdegegnerin diese in geeigneter Weise mit abzuklären haben. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 6.1**

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der medizinische Sachverhalt und die Frage der Arbeitsunfähigkeit ab September 2019 nicht beurteilbar sind. Vor diesem Zeitpunkt ist eine anspruchrelevante Arbeitsunfähigkeit nicht überwiegend wahrscheinlich.

### **E. 6.2**

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 Gesetz über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer).

Bei ungenügenden Abklärungen durch den Versicherungsträger holt die Beschwerdeinstanz im Regelfall ein Gerichtsgutachten ein, wenn sie einen (im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen) medizinischen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweiserhebung erfolgt alsdann vor der – anschließend reformativ entscheidenden – Beschwerdeinstanz selber statt über eine Rückweisung an die Verwaltung. Eine Rückweisung an den Versicherungsträger bleibt hingegen möglich, wenn sie allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig

ungeklärten Frage begründet ist. Ausserdem bleibt es dem kantonalen Gericht (unter dem Aspekt der Verfahrensgarantien) unbenommen, eine Sache zurückzuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von gut achterlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 139 V 99 E. 1.1, 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2020 vom 8. September 2020 E. 2.1) .

### **E. 6.3**

Es ist angezeigt, die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie den Gesundheitszustand

des Beschwerdeführers und dessen Einfluss auf die angestammte und eine angepasste Tätigkeit ab September 2019 insbesondere orthopädisch abkläre und hernach über seinen Leistungsanspruch erneut entscheidet.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen . 7.

#### 7.1

Die Gerichtskosten nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung sowohl für die Frage der Auferlegung der Gerichtskosten wie auch der Parteientschädigung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57; vgl. auch BGE 141 V 281 E. 11.1 mit Hinweis), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung bemisst sich nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer ). Als weitere Bemessungskriterien nennt § 7 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ( GebV

SVGer ) den Zeitaufwand und die Barauslagen.

Unter Berücksichtigung dieser Kriterien ist die Prozessentschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'900.-- (inkl. MwSt und Barauslagen) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 5. Februar 2020 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. 2'900.-- (inkl. Barauslagen und MwSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grieder-Martens Lienhard

## **E. 8**

S. 1). Es sei eine Verbesserung hinsichtlich der linken Schulter eingetreten. In der bisherigen Tätigkeit, die zu 70 % aus Büroarbeit bestehe, sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig. Aus näher dargelegten Gründen sei der RAD-Bericht beweiswertig (S. 2). Die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung könne nicht überwiegend wahrscheinlich bestätigt werden (S. 3).

Die zu den Akten genommenen Berichte aus dem UV-Verfahren hätten sich nicht im IV-Dossier befunden, weshalb sie dem RAD vorgelegt worden seien ( Urk. 23 S. 1) . Aus neurologischer Sicht ergäben sich nach wie vor keine Hinweise für objektivierbare Pathologien zur Erklärung der Schmerzsymptomatik. Aus ortho pädischer Sicht lasse sich zwar eine schmerzhafte, mechanisch leicht- bis mittel gradige Bewegungseinschränkung der linken Schulter ableiten. Jedoch könne daraus keine dauerhaft volle Arbeitsunfähigkeit als Geschäftsführer mit Büro arbeit schlüssig nachvollzogen werden. Eine angepasste wechselbelastende, körperlich leichte und schulterangepasste Tätigkeit sei medizintheoretisch weiter hin vollumfänglich möglich. Weiter bestehe gestützt auf das Ressourcengespräch 70 % der Tätigkeit des Beschwerdeführers aus Büroarbeit mit Kundenakquisition, Auftragsbearbeitung und Kundengesprächen. Die restlichen 30 % sei er Fahrer. Mit diesen Aufgaben erfülle die angestammte Tätigkeit das angepasste Profil gemäss RAD (S. 2).

## **E. 13**

S. 3 unten ).

Aufgrund der beigezogenen Arztberichte habe die Beschwerdegegnerin nun weitere Abklärungen getätigt und damit eingeräumt, dass die bisherigen Abklärungen nicht genügt hätten und die Verfügung zu früh erlassen worden sei. Sie habe damit einen weiteren Abklärungsbedarf erkannt ( Urk. 29 S. 2). Es handle sich jedoch lediglich um eine Aktenbeurteilung. Es hätten klare organische Ursachen für die Schmerzen in den Schultern erhoben werden können (S. 3). Ortho pädisch werde nun anerkannt, dass eine schwerwiegende Schulterproblematik bestehe, weshalb sämtliche früheren Einschätzungen überholt seien. Es seien des halb weitere Abklärungen vorzunehmen. (S. 4).

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