

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00239 vom 8. Oktober 2020**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-10-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00239](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00239)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00239 du 8 octobre 2020

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00239 del 8 ottobre 2020

## **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

gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind.

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

### **E. 1.3**

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 der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweis; 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 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. 1.4**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist 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 andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Leistungsanpassung in der Regel erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der Änderung vorzunehmen (vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5.3; vgl. ZAK 1984 S. 134; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_32/2015 vom 10. September 2015 E. 4.1 und I 583/05 vom 15. März 2006 E. 2.3.2 je mit Hinweisen).

#### **E. 1.5**

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V

396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V

215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

#### **E. 1.6**

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

### **E. 1.7**

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. 1.8**

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. 1.9**

Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt ( Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos ( Art.

### **E. 3**

1. Januar 2016 als Reinigungsmitarbeiter

tätig, wobei der letzte Arbeitstag am 3. Februar 2015 war ( Urk.

### **E. 3.1**

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 17. März 2016 über die neurologische Untersuchung vom 14. März 2016 ( Urk. 6/47/69-71) und nannte die folgenden Diagnosen (S. 1): - multifaktorielle Schmerzen und Bewegungseinschränkung am rechten Arm - bei Schmerzhemmung nach intraartikulärer mehrfragmentärer Radiusfraktur am 8. Februar 2015, reponiert mit Fixateur externe am 9. Februar 2015, osteosynthetisiert am 17. Februar 2015, im Verlauf komplexes regionales Schmerzsyndrom - mögliche zervikospindylogene Schmerzkomponente, klinisch kein Hinweis für eine radikuläre Ursache - klinisch und elektroneurographisch kein Hinweis für zusätzliche peripher nervöse Läsion - Verdacht auf funktionelle Überlagerung - chronisches zervikozephalisches Schmerzsyndrom und unspezifische Schwindelbeschwerden bei anamnestisch wiederholten Kopf- und Halswirbelsäulen ( HWS ) Kontusionen - allgemeine Nervosität, psychologische Betreuung seit rund 2 Jahren Der Beschwerdeführer leide seit einem Sturz auf dem Eis am 8. Februar 2015 an therapieresistenten Schmerzen und an einer Bewegungseinschränkung vor allem an der rechten Hand, aber insgesamt am ganzen rechten Arm. Bei den massiv empfundenen Schmerzen würden sich keine harten neurologischen Ausfallsymptome wie Atrophien oder Reflexdifferenzen finden. Elektrophysiologisch seien die Befunde am Nervus medianus und ulnaris normal. Weiterhin bestünden anamnestisch seit dem Unfall verstärkt Beschwerden im Sinne eines zervikobrachialen Syndroms bei degenerativen Veränderungen an der Halswirbelsäule. Klinisch würden sich keine Hinweise für eine zusätzliche radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik zeigen. Bei Klage über langjährige Kopfschmerzen und unspezifische

Schwindelbeschwerden würden sich klinisch keine zentralnervösen Ausfallsymptome finden, was in Übereinstimmung mit dem aktuell normal beschriebenen MRI-Befund des Schädels sei (S. 3).

### **E. 3.2**

mit Hinweisen). Es besteht grundsätzlich kein Anlass zu einer anderen Betrachtungsweise, wenn statt einer unbefristeten oder länger dauernden Rente ein befristeter Anspruch oder ein solcher für eine kürzere als die beantragte Dauer zugesprochen wird. Ebenso wie die Höhe des Anspruches betrifft dessen zeitliche Dimension das Quantitativ.

Indessen kommt die Zuspreehung einer vollen Parteientschädigung bei teilweisem Obsiegen nur in Frage, wenn die Beschwerde führende Person im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweis auf 9C\_178/2011 vom 20. Mai 2011 E. 3.3.1). Die Entschädigung ist schliesslich, wie bereits erwähnt, dann nicht zu reduzieren, wenn das Überklagen keinen Einfluss auf den pro zessualen Aufwand hatte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_311/2013 vom 12. November 2013 E. 7).

### **E. 3.4**

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ erstatteten am 30. Juni 2017 ein polydisziplinäres Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/66). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3-13), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 27 ff.) und ihre am 3. und 17. Mai 2017 erhobenen orthopädisch-traumatologischen (S.

26-35), internistischen (S. 36-42), psychiatrischen (S. 43-55) und neurologischen (S. 56-64) Befunde.

Sie nannten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die folgenden von ihnen genannten Diagnosen erachteten sie als ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15): - beginnende posttraumatische Handgelenksarthrose rechts nach zweimaliger osteosynthetischer Versorgung des rechten Handgelenks (am 9. Februar und 17. Februar 2015) mit leicht- bis mittelgradiger Funktions einschränkung - Arthralgie rechtes Ellenbogen- und rechtes Schultergelenk ohne Hinweis auf eine strukturelle Veränderung - chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei multisegmentaler Bandscheibendegeneration mit leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne Nachweis einer radikulären Defizitsymptomatik - anamnestisch Nikotinabusus bis vor drei Jahren - Übergewicht - Hypertonie, medikamentös gut eingestellt - atopische Dermatitis wahrscheinlich - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (ICD-10 F44.6) Anlässlich der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung (S. 26-35) habe der Beschwerdeführer angegeben, dass die Beschwerden in den Gelenken des rechten Arms (Handgelenk, Ellenbogen und Schulter) und des rechten Kniegelenks seit dem Unfallereignis vom

8. Februar 2015 bestünden. Das linke Knie und die Lendenwirbelsäule (LWS) seien im April 2015 wegen Knie- und Beinschmerzen geröntgt worden (S. 28). Der Gutachter führte aus, dass die Fraktur des rechten Handgelenks zunächst osteosynthetisch am 9. Februar 2015 mit einem Fixateur externe reponiert und stabilisiert worden sei. Am 17. Februar 2015 sei die definitive osteosynthetische Versorgung mittels einer volaren Platte erfolgt. Die Fraktur sei zielgerecht konsolidiert, der postoperative Verlauf sei jedoch insgesamt ausgeprägt verzögert gewesen. Zwischen der Symptompräsentierung und der Nutzung der

Hand und des Handgelenks im Alltag sei schon früher eine erhebliche Diskrepanz aufgefallen. Bei der aktuellen Begutachtung habe der Beschwerdeführer ebenfalls ausgeprägte Schmerzen im Bereich des Handgelenks, des Ellenbogens und der Schulter angegeben. Bei der Prüfung der Gelenkfunktion sei es zu einer ausgeprägten Schmerzverlautbarung gekommen. Klinische Zeichen einer Entzündung, Schwellung oder Deformierung hätten sich jedoch nicht ergeben. Die passive Beweglichkeit von Schulter und Ellenbogen seien gegenüber der kontralateralen linken Seite nicht eingeschränkt. Seitens des Handgelenks lasse sich eine mittelgradige Funktionseinschränkung feststellen. Zeichen einer Belastungsminderung, Muskelmangelminderung rechts gegenüber links würden sich nicht objektivieren lassen. Eine Einschränkung für die Alltagsfunktion sei nicht erkennbar, jedoch sei eine krasse Diskrepanz zur Präsentation der Funktionen während der Untersuchung ersichtlich. Eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit ergebe sich nach dem Gesagten nicht (S. 33)

Ziff. 5 ). Seit dem 17. Mai 2016 könne dem Beschwerdeführer, entsprechend dem Austrittsbericht des Stadtspitals B.\_\_\_\_ ( vgl. Urk. 6/47/92-93 , vgl. E. 3.2 ), eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert werden (S. 34)

Ziff. 5 ). Aus internistischer Sicht ( S. 36-42 ) sei die medizinische Vorgeschichte unauffällig. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei voll erhalten (S. 41)

Ziff. 3 ). Anlässlich der psychiatrischen Begutachtung ( S. 43-55 ) habe der Beschwerdeführer die subjektiven Funktionseinschränkungen in der rechten Hand in den Vordergrund seiner alltagsrelevanten Handicaps gestellt. Auf Nachfrage habe er Veränderungen in der Stimmung und im Verhalten beschrieben, die auf eine psychiatrische Diagnose aus dem affektiven Spektrum, namentlich eine Depression, schliessen lassen würden. Die Qualität und Quantität der Beeinträchtigungen lasse, unter Berücksichtigung der Alltagsgestaltung und des sonstigen Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers, allenfalls auf eine leichte Depression schliessen. Die präsentierte Funktionsstörung der Hand sei organisch nicht nachvollziehbar, zumal es zu einer deutlichen Inkonsistenz bezüglich des Einsatzes der Hand im Alltag komme. Es sei davon auszugehen, dass es sich um eine dissoziative Störung handle (S. 50)

Ziff. 5 ). Eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) könne nicht bestätigt werden. Zusammenfassend könne aktuell keine psychiatrische Erkrankung festgestellt werden, die ausgeprägt genug wäre, um Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu haben (S. 51)

51

Ziff. 5 ). Aus neurologischer Sicht (S. 56-64 ) könne keine Genese für die subjektiven Funktionseinschränkungen der rechten Hand festgestellt werden. Die klinisch-neurologische Untersuchung habe insofern zu keinem wegweisenden Befund geführt und habe insgesamt keine eindeutigen pathologischen Befunde ergeben. Somit liege keine neurologische Diagnose vor. Zusammenfassend bestehe aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit (S. 62 Ziff. 5). Aus gesamtmedizinischer Sicht wurde festgehalten, dass in keinem Fachgebiet eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt worden sei. Der Beschwerdeführer sei in der Lage, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 15 kg durchzuführen. Tätigkeiten, die auf eine Beidhändigkeit angewiesen seien und einen starken Kraftschluss beider Hände

benötigt en, seien zu vermeiden. Tätigkeiten unter dem Einfluss von Vibrationen sollten nicht erfolgen. Tätigkeiten in und über Kopfhöhe sowie unter dem Einfluss von extremen Temperaturschwankungen oder in grösseren Gruppen seien ebenfalls zu vermeiden . Der Beschwerdeführer sei in seiner bisherigen Tätigkeit als Reinigungskraft nicht eingeschränkt (S. 16). In einer leidensadaptierten Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit . Die Arbeitsfähigkeit betrage gemäss Austrittsbericht des Stadtspitals

B.\_\_\_\_ ( vgl. 6/47/92-93 , vgl. E. 3.2 ) ab 17. Mai 2016 wieder 100 % . Aus psychiatrischer Sicht sei noch nicht von einer Chronifizierung auszugehen. Es bestehe durchaus noch Beserungspotenzial, so dass aus psychiatrischer Sicht eine positive Prognose abgegeben werden könne. Somatisch sei die Prognose nicht eingeschränkt (S. 17).

### **E. 3.5**

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), nahm am 5. Juli 2017 Stellung zum medizinischen Sachverhalt ( Urk. 6/67 S. 7 f.) Er führte aus, dass in keinem der an der Begutachtung vom Juni 2017 (vorstehend E. 3.4 ) beteiligten Fachgebiete eine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit habe gestellt werden können (S. 7). Der Beschwerdeführer sei daher in seiner angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft sowie in einer leidensadaptierten Tätigkeit unter Beachtung des Belastungsprofils nicht eingeschränkt. Im retrospektiven Verlauf sei wegen des prolongierten Verlaufs die Arbeitsfähigkeit nicht wie sonst üblich drei bis vier Monate nach der Frakturkonsolidierung wiederhergestellt gewesen, sondern betrage gemäss Austrittsbericht des Stadtspitals B.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/47/92-93 , vgl. E. 3.2 ) erst ab 17. Mai 2016 wieder 100 % . Dasselbe gelte für eine leidensadaptierte Tätigkeit (S. 8).

### **E. 3.6**

Die Ärzte des Y.\_\_\_\_ erstatteten am 8. Dezember 2017 eine ergänzende Stellungnahme ( Urk. 6/77). Aus orthopädischer Sicht wurde ausgeführt, dass dem Gutachter nicht die Pflicht obliege, für die Vollständigkeit der Akten zu sorgen. Wichtige beziehungsweise bedeutende Ereignisse, die mit einer relevanten Gesundheitsstörung einhergehen würden, würden anamnestisch erfasst. Die klinische Untersuchung umfasse den gesamten Körperstatus, sodass ebenfalls relevante Funktionseinschränkungen und Deformierungen erfasst würden (S. 1). Die Feststellung, dass im rechten Ellenbogen und in der rechten Schulter keine strukturellen Veränderungen vorlägen, werde durch die aktuelle radiologische Aufnahme bestätigt. Der kreisärztlichen Untersuchung vom August 2016 und der Folgerung, dass bezüglich der Handfunktion von einem stationären Endzustand auszugehen sei, könne nicht gefolgt werden . Der Beschwerdeführer sei in der Lage, beim An- und Ausziehen seine Schuhe beidhändig auszuziehen, zu schnüren, die Socken aus- und anzuziehen sowie den Gürtel zu schliessen. Eine Einschränkung für die Alltagsfunktionen sei nicht erkennbar. Dies stehe in einer drastischen Diskrepanz zur Präsentation der Funktion während der Untersuchung. Die aktiven Funktionen in der Alltagssituation hätten sich somit deutlich gebessert. Die Tätigkeit als Reinigungskraft sei unter Berücksichtigung des Belastungsprofils weiter durchführbar. Eine leichtgradige Handgelenksfunktionseinschränkung hindere den Beschwerdeführer nicht an der Ausübung des Berufs. Zur Schonung respektive Entlastung könne bei der Tätigkeit auch eine Handgelenksbandage angelegt werden. Paradox bei allem erscheine, dass der vermeint

lich belastungsgeminderte Arm sich muskelkräftiger präsentiere. Objektive Hinweise auf eine Belastungsminderung des rechten Arms lägen nicht vor (S. 2). In der psychiatrischen Stellungnahme wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration seine psychischen Probleme nicht in den Vordergrund gestellt habe. Er habe nur auf Nachfrage von ihnen berichtet und keine schweren, zu einer Depression passenden Beschwerden angegeben. Er habe von einer Besserung im Vergleich zu den Vorjahren berichtet. Bis zum Unfall sei er arbeitstätig gewesen. Die Unmöglichkeit der Rückkehr in seine letzte Arbeit habe er lediglich mit der Funktionsstörung in der Hand begründet. Alle diese Punkte würden in Zusammenschau nicht auf ein mehr als leichtes depressives Syndrom schliessen lassen. Zu einer leichten Depression passe auch, dass er seine meisten Aktivitäten bewältigen könne (S. 3). Es würden auch in Zusammenhang mit der Depression Aufmerksamkeitsdefizite angegeben, die im Übrigen auch die genannte Konzentrationsstörung erklären könnten. Auch wenn ein e ADHS ange nommen würde , wofür aus Sicht der Gutachter nach wie vor die Kriterien nicht ausreichend erfüllt wären, müsste diese bereits seit mehreren Jahren vorgelegen haben. Der Beschwerdeführer wäre dann aber trotz dieser Diagnose jahrelang arbeitsfähig gewesen. Es sei noch erwähnt, dass der Beschwerdeführer unmittelbar vor der psychiatrischen Exploration bereits orthopädisch begutachtet worden sei. Eine alltagsrelevante Aufmerksamkeitsstörung hätte spätestens im späteren Verlauf auffallen müssen (S. 4) . Zusammenfassend ergäben sich aus orthopädisch-traumatologischer und psychi atrischer gutachterlicher Sicht keine Änderungen in den Bewertungen und Schlussfolgerungen des Gutachtens vom Juni 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4 ) (S. 4).

### **E. 3.7**

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5 ) nahm am 14. Dezember 2017 Stellung zum medizinischen Sachverhalt ( Urk. 6/137 S. 5). Er hielt fest, dass die Gutachter in der ergänzenden Stellungnahme vom Dezember 2017 (vgl. vorstehend E. 3.6 ) ausführlich zu den Vorwürfen der Rechtsvertretung Stellung genommen hätten. Ihre Argumente seien nachvollziehbar und damit auch das Festhalten an der Bewertung des Beschwerdeführers im Gutachten vom Juni 2017 (vgl. vorstehend E. 3.4 ). Somit bleibe es auch weiterhin an der auf dieses Gutachten abstützenden RAD-Stellungnahme vom Juli 2017 (vgl. vorstehend E. 3.5 ).

### **E. 3.8**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , Assistenzarzt Orthopädie, Fachbereich Hüfte/Becken, Universitätsklinik F.\_\_\_\_ , nannte in seinem Bericht vom 18. Oktober 2018 ( Urk. 6/110/7-12) die folgenden, hier verkürzt aufgeführten, Diagnosen (S. 1): - posttraumatisch reaktivierte Coxarthrose rechts - chronisches Schmerzsyndrom Schulter/Nacken/Scapula rechts - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Status nach Polytrauma in der Türkei vom 9. Dezember 2017 Bezüglich der Wirbelsäule bestehe ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei stabiler und subakuter LWK 4- und LWK 1-Frakturen, welche s keine weiteren Massnahmen notwendig mache . Eine neuronale Kompression sei mittels MRI der LWS ausgeschlossen worden. Bezüglich Schulter/Nacken/Scapula rechts bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom bei Partialruptur des Subscapularis. Bezüglich der Hüfte bestehe der Verdacht auf eine posttraumatisch reaktivierte Coxarthrose rechts im Rahmen des Polytraumas vom 9. Dezember 2017 (S. 3 Ziff. 2.2). Im Zusammenhang mit dem Polytrauma leide der Beschwerdeführer unter einer reaktivierten Coxarthrose auf der rechten Seite, einem chronischen Schmerzsyndrom im Bereich der rechten oberen

Extremität sowie unter einem chronischen panvertebralem Schmerzsyndrom. Im Rahmen dieser Diagnose sei ihm nur eine reduzierte Arbeitsfähigkeit in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit zuzumuten (S. 5 f. Ziff. 3.4). Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einer dem Leiden angepassten Tätigkeit werde im Verlauf die arbeitsmedizinische Evaluierung empfohlen (S. 6 Ziff. 4.2).

### **E. 3.9**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Assistenzarzt Orthopädie, Fachbereich Schulter/Ellbogen, Universitätsklinik F.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 19. Oktober 2018 (Urk. 6/111/7-11) die folgenden Diagnosen (S. 1): - chronisches Schmerzsyndrom Schulter/Nacken/Scapula rechts mit/bei - Partialruptur der Subscapularissehne - Status nach Rippenserienfraktur 6-10 links mit Status nach Osteosynthese in der Türkei - Status nach Rippenserienfraktur 2-10 rechts - Status nach Sternumfraktur - Status nach Skapulafraktur - Status nach unterer Schambeinastfraktur links - Status nach intraabdominalen Verletzungen - posttraumatisch reaktivierte Coxarthrose rechts Bei Status nach Polytrauma und chronischen Schmerzen im Verlauf sei die weitere Arbeitsfähigkeit schwierig abzuschätzen. Wahrscheinlich sei ein körperlich belastender Beruf in Zukunft nur eingeschränkt möglich (S. 4 Ziff. 2.7). Als Funktionseinschränkungen bestünden chronische panvertebrale Schmerzen sowie Schmerzen der Schulter rechts mit damit einhergehender Leistungs- und Kraftminderung (S. 4 Ziff. 3.4). Eine Tätigkeit mit reduzierter körperlicher Belastung ohne Heben schwerer Lasten oder der Notwendigkeit von Einnehmen statischer Körperhaltungen über längere Zeit sollte nach Rückgang der Schmerzsymptomatik möglich sein (S. 5 Ziff. 4.2). Die Prognose sei abhängig vom weiteren Verlauf der Schmerzsymptomatik (S. 5 Ziff. 4.3).

### **E. 3.10**

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Nephrologie, nannte in seinem Bericht vom 11. November 2018 (Urk. 6/109) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - Status nach Polytrauma am 9. Dezember 2017 mit diversen Frakturen - Status nach Radiusfraktur rechts und CRPS - Depression Der Beschwerdeführer sei höchst depressiv. Gehen und Sitzen seien aufgrund der Frakturen kaum möglich (Ziff. 1.3). Er sei in allen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 2.1-2.2). Die Prognose sei schlecht (Ziff. 3.3).

### **E. 3.11**

Im Bericht vom 14. Dezember 2018 (Urk. 6/117/7-13) nannte Dr. G.\_\_\_\_

(vorstehend E. 3.9) die folgenden, hier verkürzt aufgeführten, Diagnosen (S. 1): - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - neuropathische Schmerzen links thorakal - chronisches Schmerzsyndrom Schulter/Nacken/Scapula rechts - posttraumatisch reaktivierte Coxarthrose rechts - Status nach Polytrauma in der Türkei vom 9. Dezember 2017 Beim Beschwerdeführer bestehe ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom bei stabiler LWK4- und LWK1- Fraktur. In der thoraxchirurgischen Sprechstunde des Stadtspitals B.\_\_\_\_ habe sich das Bild von einem neuropathischen Schmerzsyndrom links thorakal gezeigt, welches als posttraumatisch beziehungsweise postoperativ bei Status nach Klammerosteosynthese der 6.-10. Rippe links interpretiert worden sei. Bezüglich der Schmerzen im Bereich von Schulter, Nacken und Scapula rechts habe sich das Bild eines chronischen Schmerzsyndroms gezeigt. Im MRI habe lediglich eine Partialruptur der Subscapularissehne festgestellt werden können (S. 3 Ziff. 2.2). Aktenanamnestisch sei der

Beruf des Beschwerdeführers nicht bekannt. Bei Status nach Polytrauma mit multiplen Traumafolgen bestehe jedoch sicher eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Hier sei eine arbeitsmedizinische Evaluation sicherlich sinnvoll (S. 6 Ziff. 2.7). Es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Schulter, eine reaktivierte Coxarthrose rechtsseitig, ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom sowie neuropathische Schmerzen im Bereich des linken Thorax. Somit sei eine körperlich belastende Tätigkeit wahrscheinlich auf Dauer nicht möglich. Bezüglich des genauen Ausmasses der Einschränkungen werde eine arbeitsmedizinische Evaluation empfohlen (S. 6 Ziff. 3.4). Es bestehe bei den genannten Diagnosen sicherlich auch eine Einschränkung für körperlich belastende Tätigkeiten im Haushalt (S. 7 Ziff. 4.5).

### **E. 3.12**

) formuliert worden sei, nun ergänzt durch den Zusatz «ohne stärkere Belastung des rechten Armes zum Beispiel durch die Notwendigkeit kraftvollen Zugreifens/Haltens». 4.

#### 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der den befristeten Rentenanspruch vom 1. Dezember 2018 bis 30. September 2019 betreffenden Verfügung vom 27. Februar 2020 (Urk. 2, Urk. 6/152) davon aus, dass dem Beschwerdeführer seit dem zweiten Unfallereignis vom 9. Dezember 2017 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter sowie jegliche angepassten Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Seit 26. Juni 2019, dem letzten Untersuchungstermin im Rahmen der Verlaufsbeurteilung, sei ihm

eine leidensangepasste Tätigkeit hingegen wieder zumutbar. Der durch sie vorgenommene Einkommensvergleich (Urk. 6/136) habe ergeben, dass

der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit ein mindestens gleich hohes Einkommen erzielen könne wie als Reinigungsmitarbeiter, weshalb ab diesem Zeitpunkt keine Erwerbseinbusse mehr ausgemessen sei. Nach Ablauf des Wartejahrs und unter Berücksichtigung der für eine Verbesserung des Gesundheitszustands

massgeblichen Frist von drei Monaten im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV (vgl. vorstehend E. 1.4), befristete die Beschwerdegegnerin die Zusprache der ganzen Rente vom 1. Dezember 2018 bis 30. September 2019 (vgl. vorstehend E. 2.1). 4.2

Im Folgenden ist zu prüfen, ob der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit den drei Unfallereignissen vom 8. Februar 2015, 9. Dezember 2017 und 23. Oktober 2019 rechtsgenügend abgeklärt wurde und ob die Befristung der Rente vom 1. Dezember 2018 bis 30. September 2019, insbesondere gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2017 (vorstehend E. 3.4) und

das Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten vom August 2019

(vorstehend E. 3.12) zu Recht erfolgte. 5.5.1

Den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem ersten Unfallereignis vom 8. Februar 2015 beurteilte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2017 (vorstehend E. 3.4), die ergänzende Stellungnahme des Y.\_\_\_\_ vom Dezember 2017 (vorstehend E. 3.6) sowie die Stellungnahmen des RA D vom Juli und Dezember 2017 (vorstehend E. 3.5 und 3.7). In somatischer Hinsicht wurde n im Y.\_\_\_\_-Gutachten

keine Diagnose n

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt. Bezüglich der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden im Bereich des Handgelenks, des Ellenbogens und der Schulter zeigten sich anlässlich der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung keine klinischen Zeichen einer Entzündung, Schwellung oder Deformierung. Die passive Beweglichkeit von Schulter und Ellenbogen war gegenüber der kontralateralen linken Seite nicht eingeschränkt, muskulär erschien die rechte obere Extremität sogar kräftiger als die linke. Auch anlässlich der im Stadtspital B.\_\_\_\_ im Mai 2017 erfolgten radiologischen Untersuchung zeigten sich hinsichtlich des rechten Ellenbogen- und rechten Schultergelenks keine strukturellen Veränderungen (vgl. Urk. 6/66/70). Des Weiteren war bezüglich der zervikospindylogenen Beschwerden keine radikuläre Defizitsymptomatik nachweisbar (vgl. MRI der HWS vom 18. Februar 2016, Urk. 6/47/55), was im Übrigen der Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ vom März 2016 entspricht (vorstehend E. 3.1).

Daher ist nicht zu beanstanden, dass den Ellenbogen-, Schulter- und zervikobrachialen Beschwerden unter Berücksichtigung des Belastungsprofils keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurden. Hinsichtlich des Handgelenks wurde im Gutachten eine mittelgradige Funktions einschränkung festgestellt. Nach der osteosynthetischen Versorgung des Handgelenks am 17. Februar 2015

kam es bei zeitgerechter Konsolidierung der Fraktur zu einem prolongierten postoperativen Heilungsverlauf. Anlässlich der orthopädisch-traumatologischen Begutachtung war der Beschwerdeführer jedoch

aktuell in der Lage, seine Socken und Schuhe beidhändig an- und auszuziehen, seine Schuhe zu schnüren und den Gürtel zu schliessen. Es waren ferner krasse Diskrepanzen zwischen der Symptompräsentierung einerseits und der effektiven Nutzung des Handgelenks andererseits beobachtbar, welche bereits aktenkundig dokumentiert waren. So berichtete bereits

Dr. A.\_\_\_\_ im Mai 2016 (vgl. Urk. 6/47/92-93) und Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 3.2) über eine deutlich beobachtbare Steigerung der spontanen Bewegung des Handgelenks anlässlich der Therapien. Trotz minimaler motorischer Defizite konnte sie keine Kraftminderung feststellen.

Im Bericht über die Ergotherapiebehandlung

ab 9. Mai 2016 (Urk. 6/47/96/-99) wurde sodann ausgeführt, dass sich der Eindruck bestätigt habe, dass der Beschwerdeführer bewusst oder unbewusst weniger Bewegungsausmass zeige, als eigentlich möglich sei; die Messdaten in der ambulanten Behandlung seien deutlich schlechter, als die zu beobachtende Beweglichkeit. Insgesamt erlebte die Ergotherapeutin die Symptompräsentation als demonstrativ und inkongruent. Die von den Gutachtern und behandelnden Fachpersonen beobachteten Inkongruenzen sowie die weitgehende Erhaltung der Alltagsfunktionen lassen nach dem Gesagten insgesamt auf keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit schliessen.

Das von den Gutachtern genannte Belastungsprofil erscheint in Anbetracht der relevanten Befunde als umfassend dargelegt und schlüssig begründet. Des Weiteren legten sie im Gutachten und in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom Dezember 2017 (vorstehend E. 3.6) nachvollziehbar dar, weshalb die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft dem

Beschwerdeführer unter Berücksichtigung des Belastungsprofils und aufgrund des prolongierten postoperativen Verlaufs ab 17. Mai 2016 wieder zu 100 % zumutbar war. Im Übrigen entsprach dies auch der Beurteilung der behandelnden Fachärztin Dr. A.\_\_\_\_, welche ab 17. Mai 2016 eine Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und einer angepassten Tätigkeit als ausgewiesen erachtete (vgl. vorstehend E. 3.2). 5. 2

Auch aus psychiatrischer Sicht wurden im Gutachten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt.

Der Gutachter hat sich bei seiner Beurteilung an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten und das Leistungsvermögen in Berücksichtigung der einschlägigen Indikatoren (vorstehend E. 1.6) eingeschätzt. Er führte nachvollziehbar aus, dass die diagnostizierte

leichte depressive Episode sowie die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung nicht derart ausgeprägt waren, um Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers zu zeitigen. Hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten ADHS

(vgl. vorstehend E. 3.3 und Urk. 6/74) wurde im Gutachten und in der ergänzenden Stellungnahme des Y.\_\_\_\_ vom Dezember 2017 (vorstehend E. 3.6) ausführlich und schlüssig begründet, weshalb die Kriterien für das Vorliegen der Diagnose einer ADHS nicht ausreichend erfüllt waren, so waren auch klinisch keine Anzeichen für eine ADHS objektivierbar.

In Anbetracht der durch den Gutachter geprüften Standardindikatoren (vgl. Urk. 6/66/55-57) und deren Gesamtwürdigung ist festzuhalten, dass mit Blick auf die bloss geringe diagnostische Ausprägung, das weitgehend intakte Aktivitätsniveau des Beschwerdeführers im privaten Bereich und die durchweg vorhandenen Inkonsistenzen keine im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

Zudem wurde dem Beschwerdeführer auch durch die behandelnden Fachpersonen keine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert (vgl. vorstehend E. 3.3 und Urk. 6/74). 5. 3

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Y.\_\_\_\_-Gutachten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2) sämtliche Anforderungen an den Beweiswert medizinischer Berichte im Sinne der Rechtsprechung (vgl. vorstehend E. 1.8) erfüllt. Insbesondere aufgrund der bloss geringen klinischen und radiologischen Ausprägung der Befunde, der vorhandenen Inkongruenzen sowie des Aktivitätsniveaus des Beschwerdeführers im Alltag ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2017

(vorstehend E. 3.4) und die ergänzende Stellungnahme vom Dezember 2017 (vorstehend E. 3.6) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab 17. Mai 2016 in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit ausging. Damit besteht kein Raum für eine bereits ab Juni 2016 auszurichtende (vgl. Urk. 1 S. 2) Rente. 6.

### **E. 3.13**

Am 29. November 2018 fand beim Beschwerdeführer zu Hause und im Beisein seiner Ehefrau eine Abklärung zur Beurteilung der Hilflosigkeit statt (Urk. 6/142). Als Diagnosen

wurden im Abklärungsbericht vom 7. Januar respektive 23. September 2019 (vgl. S. 10) ein Status nach einem Polytrauma am 9. Dezember 2017 mit diversen Frakturen, ein Status nach einer Radiusfraktur rechts, CRPS sowie eine Depression genannt (S. 1). Zum Bereich « Ankleiden/Auskleiden » hielt die Abklärungsperson fest, dass die Ehefrau dem Beschwerdeführer täglich direkt beim An- und Auskleiden helfen müsse. Nach einem Unfall mit Polytrauma habe er eine schmerzende Schulter rechts sowie Schmerzen im rechten Arm, in der Hüfte sowie Schmerzen im Rücken und im Thorax-Bereich, weshalb Körperbewegungen schwer auszuführen seien. Tatsache sei, dass er mit den Händen nicht über Kopf arbeiten könne, weshalb seine Ehefrau beim Bekleiden des Oberkörpers direkt helfen müsse. Sie helfe auch bei ihrer Anwesenheit beim Bekleiden der unteren Körperhälfte bei den Socken und Hosen. Das Bücken bereite dem Beschwerdeführer Schmerzen im Thorax-Bereich, er führe jedoch vor, dass er seine Beine einzeln nach oben heben könne. In der Folge erscheine es zumutbar, dass er eine Socken- und Hosen-Anziehhilfe verwenden könne, um den Unterstützungsbedarf seitens der Ehefrau zu verkleinern. Nach ärztlicher Einschätzung ergäben sich Diskrepanzen in den Angaben. Ein Hilfsbedarf in den Verrichtungen könne nach Begutachtung maximal im Umfang von 3 Monaten berücksichtigt werden (S. 6). Zum Bereich « Aufstehen/Absitzen/Abliegen » führte die Abklärungsperson aus, dass er diese Verrichtungen funktionell unter Erschwernissen selbständig ausüben könne. Insgesamt begründe eine Erschwerung in der Verrichtung nicht automatisch eine Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes, weshalb dieser Bereich nicht ausgewiesen sei (S. 6). Auch im Bereich « Essen » sei der Beschwerdeführer funktionell selbständig, weshalb keine Einschränkungen im Sinne des Gesetzes bestünden (S. 7). Bezüglich des Bereichs « Körperpflege » führte die Abklärungsperson aus, dass der Beschwerdeführer mit den Händen nicht über Kopf arbeiten könne, weshalb seine Ehefrau beim Waschen der Haare respektive der Kopfhaut und dem Rücken helfe. Es würden sich nach ärztlicher Einschätzung jedoch Diskrepanzen in den Angaben ergeben. Nach Begutachtung könne ein Hilfsbedarf in den Verrichtungen maximal im Umfang von 3 Monaten berücksichtigt werden (S. 7). Den Bereich « Reinigung nach Verrichtung der Notdurft » erachtete die Abklärungsperson als nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer sei funktionell unter Erschwernissen selbständig, was nicht automatisch eine Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes begründe (S. 7). Zum Bereich « Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte » hielt die Abklärungsperson fest, dass der Beschwerdeführer durch das Polytrauma seinen Körper respektive die Bewegungen nur unter Erschwernissen und Schmerzen ausführen könne. Seine Ehefrau sei stets dabei, da befürchtet werde, dass er stürzen könnte. Nach ärztlicher Einschätzung würden sich Diskrepanzen in den Angaben ergeben. Auch in diesem Bereich könne ein Hilfsbedarf in den Verrichtungen maximal im Umfang von 3 Monaten berücksichtigt werden (S. 8). Des Weiteren sei weder eine Hilfenentschädigung im Sonderfall, noch eine lebenspraktische Begleitung ausgewiesen. Es finde keine Begleitung statt, somit werde der zur Anerkennung der lebenspraktischen Begleitung erforderliche Mindestaufwand von 2 Stunden pro Woche nicht erreicht. Die Körperdefizite des Beschwerdeführers stünden im Vordergrund (S. 8). Ein direkter Hilfsbedarf in den Bereichen der Lebensverrichtungen könne nur im Umfang von 3 Monaten nach dem zweiten Unfall per Dezember 2017 bis Februar 2018 berücksichtigt werden. Das ärztliche Gutachten schliesse einen längeren Hilfsbedarf in den Lebensverrichtungen aus. Das Wartjahr könne mangels Erreichen

der Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt werden, da auch kein medizinischer Pflegeaufwand und auch keine Überwachungsbedürftigkeit bestehe (S. 10). 3.14

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5 ) nahm am 15. August 2019 Stellung zum medizinischen Sachverhalt ( Urk. 6/137 S. 11 f.) . Er hielt fest, dass auf das umfangreiche Folgegutachten des Y.\_\_\_\_ vom August 2019 (vgl. vorstehend E. 3.12 ) abzustellen sei. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 9. Dezember 2017 nicht mehr möglich. Für eine adäquat angepasste Tätigkeit sei spätestens seit 26. Juni 2019, dem letzten Tag der interdisziplinären Untersuchungen, wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben. Das Belastungsprofil umfasse körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis maximal 10 kg, vorwiegend im Sitzen, Stehen oder Gehen, aber ohne Tätigkeiten in oder über Kopfhöhe, in Vorbeuge, ohne extreme Temperaturschwankungen (Hitze/Kälte) oder Nässe. Das Besteigen von Leitern respektive Gerüsten sei zu vermeiden. Tätigkeiten, die ein beidäugiges Sehen erfordern würden , wie insbesondere das Bedienen gefährlicher Maschinen und Arbeiten mit Anforderungen an eine gute Sehkraft sowie feinmechanische Tätigkeiten seien nicht möglich (S. 12).

### **E. 3.15**

Am 27. September 2019 nahm Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5 ) hinsichtlich eines allfälligen Anspruchs auf Hilflosenentschädigung Stellung ( Urk. 6/142 S. 10 f.). Es könne vollumfänglich auf seine Stellungnahme vom August 2019 (vgl. vorstehend E. 3.14 ) und auf das zuvor veranlasste polydisziplinäre Folgegutachten des Y.\_\_\_\_ ( vgl. vorstehend E. 3.12 ) abgestellt werden. Im orthopädischen Teilgutachten würden die bei der Untersuchung der Wirbelsäule und Extremitäten erhobenen, klinischen Befunde beschrieben. Eine zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung bestehende, körperliche Hilflosigkeit sei daraus definitiv nicht abzuleiten (S. 10). Retrospektiv sei es medizintheoretisch möglich, dass im Rahmen der Rekonvaleszenz nach dem Polytrauma vom 9. Dezember 2017 mit Wirbelfrakturen und Rippenserienfrakturen für einen Zeitraum von maximal 3 Monaten Hilflosigkeit bestanden habe. Bei Vergleich dieser objektiven Befunde und der Verhaltensbeobachtungen bei der Begutachtung mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und seiner Partnerin im Rahmen der Abklärung würden sich erhebliche Differenzen erkennen lassen. Im Gutachten sei zusätzlich aus ophthalmologischer Sicht explizit zur Frage der Hilflosigkeit im Sonderfall hinsichtlich der Sehschwäche Stellung genommen worden, welche ebenfalls verneint worden sei (S. 11).

### **E. 3.16**

Die Ärzte des Stadtspitals B.\_\_\_\_ nannten in ihrem Austrittsbericht vom 31. Oktober 2019 über die Hospitalisation vom 24. Oktober 2019 bis 2. November 2019 ( Urk. 6/178/9-11) die folgenden Diagnosen (S.1): - Commotio cerebri - Status nach unbeobachtetem Sturz im häuslichen Umfeld mit Bewusstlosigkeit und anterograde Amnesie - Radiusköpfchen-Impressionsfraktur Typ Mason II-III rechts - mit Dislokation und Stufenbildung in der Gelenkfläche - ossärer Ausriss des dorsalen Os triquetrum der rechten Hand - posttraumatische Belastungsstörung - mit Schmerzverarbeitungsstörung - erhöhte Sturzneigung - mit chronischem Schwindel - neuropathische Schmerzen links thorakal - Status nach Polytrauma in der Türkei am 9. Dezember 2017 - osteosynthetisch versorgte Rippenfrakturen 6.-10. Rippe links dorsal, konsolidiert - konsolidierte Rippenfrakturen 2.-10. Rippe rechts, konservativ - konsolidierte Sternumfraktur - Status nach Impressionsfraktur LWK1 und LWK4 - Status nach prolongiertem kompliziertem Heilungsverlauf bei distaler intraartikulärer mehrfragmentärer Radiusfraktur rechts - Status nach CRPS Radiologisch habe sich eine mehrfraktamentale Radiusköpfchenfraktur gezeigt. Im durchgeführten CT des Schädels habe sich keine Blutung oder Fraktur gezeigt. sie hätten den

Beschwerdeführer am 2. November 2019 in gebessertem Allgemein zustand nach Hause entlassen können (S. 2).

### **E. 3.17**

). Den Akten ist zu entnehmen, dass für den 17., 18. und 24. März 2020 weitere neurologische und rheumatologische Abklärungen im Stadtspital B.\_\_\_\_ vorgesehen waren (Urk. 6/192/4-5, Urk. 6/194/4-5). Aktuelle Berichte zu den erwähnten Abklärungen liegen den Akten jedoch nicht bei. 7.2

Gestützt auf die vorhandenen Berichte beurteilte der RAD-Arzt den medizinischen Sachverhalt in seiner Stellungnahme vom Januar 2020 dahingehend, dass seit dem erneuten Unfallereignis vom 23. Oktober 2019 medizinisch für einen Zeitraum von längstens 3 Monaten von einer Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen sei, das heisst vom 23. Oktober 2019 bis maximal 31. Januar 2020. Danach liege unter Ergänzung des Belastungsprofils wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten vor (vorstehend E. 3.18).

Lediglich auf Grundlage

der zwei Berichte des Stadtspitals B.\_\_\_\_ (vorstehend E.

3.16-3.17), welche eine Woche respektive einen Monat nach dem Unfallereignis ergingen, ist eine Beurteilung des aktuellen Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht abschliessend möglich. Überdies gingen der Beurteilung durch den RAD-Arzt keine eigenen Untersuchungen voraus, was den Beweisanforderungen an medizinische Berichte (vgl. vorstehend E. 1.8) vorliegend nicht zu genügen vermag. Praxisgemäss kommt einer reinen Aktenbeurteilung des RAD im Vergleich zu einer auf allseitigen Untersuchungen beruhenden Expertise, welche auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen widerspruchsfrei begründet, nicht der gleiche Beweiswert zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11. Juni 2013 E. 3.4). 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). Allerdings kann auf das Ergebnis versicherungsinerner ärztlicher Abklärungen – zu denen die RAD-Berichte gehören – nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4.2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E.

5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). Da der RAD-Beurteilung weder alle aktuellen Berichte zugrunde lagen, noch eigene Untersuchungen vorausgingen, vermag diese keinen genügenden Aufschluss über den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Unfallereignis vom 23. Oktober 2019 und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu geben. Damit fehlt es diesbezüglich an der Grundlage für einen Entscheid. Obwohl die Beschwerdegegnerin offenbar auf die

- auf einer fehlenden medizinischen Grundlage beruhende

- RAD-Beurteilung abstellte, schien sie die attestierte Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall vom Oktober 2019 bei der Befristung des Rentenanspruchs bis zum 30. September 2019 nicht berücksichtigt zu haben. So wäre aufgrund der attestierten 3-monatigen Arbeitsunfähigkeit vom 23. Oktober 2019 bis 31. Januar 2020 durch den RAD-Arzt der Rentenanspruch unter Berücksichtigung der für eine Verbesserung des Gesundheitszustands massgeblichen Frist von drei Monaten im Sinne von Art. 88a Abs. 1 IVV bis Ende April 2020 zu befristen gewesen, zumal sich aufgrund der attestierten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit die erforderliche Wartezeit als erfüllt erweist.

Da auf die RAD-Beurteilung jedoch nicht abgestellt werden kann, wird ohnehin nach weiteren Abklärungen über den Rentenanspruch ab dem neuen Unfallereignis neu zu befinden sein. 7.3

Der Beschwerdeführer machte ferner geltend, dass seine aktenkundigen Rückenbeschwerden bei der Beurteilung durch die Beschwerdegegnerin keine Berücksichtigung fanden (vgl. Urk. 1 S. 15 Ziff. 88). Im Bericht über das MRI der HWS vom 3. Februar 2020 (Urk. 6/193 = Urk. 6/198/1.2) wurden die vorbestehend schwere Spinalkanalstenosen C3-6 sowie neuroforaminale Stenosen C4 rechts, sowie C5, C6 und C7 beidseits genannt. Bereits im Bericht über das MRI der HWS vom 18. Februar 2016 (Urk. 6/47/55-56) wurde eine schwere Spinalkanalstenose sowie eine diskogen bedingte, neuroforaminale Stenose festgestellt. Damit waren bereits im MRI vom Februar 2016 die erwähnten Veränderungen beobachtbar, eine diesbezüglich Verschlechterung lässt sich jedoch aufgrund der Aktenlage nicht ohne Weiteres ausschliessen, weshalb sich auch diesbezüglich weitere Abklärungen als notwendig erweisen. 7.4

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).

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 gutachtlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrative Expertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist. Die betreffende Beweis erhebung erfolgt alsdann vor der – anschliessend reformatorisch 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 zurück zuweisen, wenn lediglich eine Klarstellung, Präzisierung oder Ergänzung von

gutachtlichen Ausführungen erforderlich ist (B GE 137 V 210 E. 4.4.1.4 mit Hin weisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2012 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4, publiziert in SVR 1/2014 UV Nr. 2 S. 3) . 7 .5

Nach dem Gesagten stellen die vorliegenden Akten keine verlässliche Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers und dessen funktionellen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seit dem erneuten Unfallereignis vom 23. Oktober 2019 dar, weshalb ergänzende Abklärungen vorzunehmen sind. Da es die IV-Stelle unterlassen hat, den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers rechtsgenügend abzuklären, hat eine Rückweisung, nicht jedoch die Anordnung eines Gerichtsgutachtens zu erfolgen, wobei für die vom Beschwerdeführer geltend gemachte Beauftragung einer anderen Gutachterstelle kein rechtlich gebotener Anlass besteht.

Die Beschwerdegegnerin hat

hinsichtlich der Beschwerden im Zusammenhang mit dem erneuten Unfall vom 23. Oktober 2019 sowie der vom Beschwerdeführer geklagten Rückenbeschwerden (vgl. vorstehend E. 7.3) weitere aktuelle medizinische Unterlagen einzuholen und diese den Y.\_\_\_\_-Gutachtern zur Beurteilung - mit oder ohne eigene weitere Untersuchungen - zukommen zu lassen. Anschliessend hat sie über einen allfälligen Rentenanspruch neu zu verfügen. Die Beschwerde betreffend Rente ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung (Urk. 2) - soweit damit der Rentenanspruch per 30. September 2019 befristet wurde - aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück gewiesen wird, damit sie die erforderlichen weiteren Abklärungen vornehme und über den Leistungsanspruch ab 1. Oktober 2019 neu verfüge. Soweit mit der Verfügung ein Rentenanspruch vor dem 1. Dezember 2018 verneint wurde (Beginn des Wartjahres im Dezember 2017 zufolge der neu erlittenen Gesundheitsschädigungen und der zuvor attestierten 100%igen Arbeitsfähigkeit angestammt und angepasst), erweist sich diese als rechtens, weshalb die Beschwerde diesbezüglich abzuweisen ist. 8. 8.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Verfügung vom 9. Dezember 2019 betreffend die Hilflosenentschädigung (Urk. 7/2) im Wesentlichen gestützt auf die RAD-Stellungnahme vom September 2019 (vorstehend E. 3.15) davon aus, dass ein direkter Hilfsbedarf in den allgemeinen Lebensverrichtungen im Umfang von 3 Monaten nach dem zweiten Unfall per Dezember 2017 bis Februar 2018 berücksichtigt werden könne. Das ärztliche Gutachten schliesse einen längeren Hilfsbedarf in den Lebensverrichtungen aus. Das Wartjahr könne mangels Erreichen der Mindestvoraussetzungen nicht erfüllt werden, da auch kein medizinischer Pflegeaufwand und keine Überwachungsbedürftigkeit bestehe (vgl. vorstehend E.

2.3). 8.2

Im November 2018 wurden die Verhältnisse vor Ort durch eine qualifizierte Fachperson abgeklärt (vorstehend E. 3.13). RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_, welcher um eine Stellungnahme hinsichtlich einer allfälligen Hilflosigkeit ersucht wurde, äusserte sich im September 2019 dahingehend, dass er eine

im Zeitpunkt der Verlaufsbegutachtung bestehende körperliche Hilflosigkeit aus den bei der Untersuchung der Wirbelsäule und der Extremitäten erhobenen, klinischen Befunden als nicht ausgewiesen erachtete. Retrospektiv ging er medizintheoretisch von einer Hilflosigkeit für einen Zeitraum von maximal 3 Monaten nach dem Polytrauma aus. Des

Weiteren seien bei Vergleich der objektiven Befunde und der Verhaltensbeobachtungen bei den Begutachtungen mit den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers und seiner Partnerin im Rahmen der Abklärung vor Ort erhebliche Differenzen zu erkennen gewesen (vorstehend E. 3.18). Insbesondere gestützt auf die RAD-Stellungnahme fügte die Abklärungsperson bei den Bereichen «Ankleiden/Auskleiden», «Körperpflege» und «Fortbewegung/Pflege gesellschaftlicher Kontakte» hinzu, dass sich nach ärztlicher Einschätzung Diskrepanzen in den Angaben ergeben hätten. Ein Hilfsbedarf in den Verrichtungen könne maximal im Umfang von 3 Monaten nach dem Polytrauma, vom Dezember 2017 bis Februar 2018, berücksichtigt werden. 8.3

Im Verlaufsgutachten vom August 2019 (vorstehend E. 3.12) konnte aus ophthalmologischer Sicht keine hochgradige Sehschwäche festgestellt werden, weshalb die Gutachter die Voraussetzungen für eine Hilflosigkeit im Sonderfall als nicht ausgewiesen erachteten. Zur Frage nach einem Bedarf an Dritthilfe bei der Erledigung der alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der Pflege gesellschaftlicher Kontakte sind dem Gutachten hingegen keinerlei Angaben zu entnehmen. Gestützt auf das Verlaufsgutachten lässt sich demzufolge nicht ohne Weiteres ein längerer Hilfsbedarf bei den Lebensverrichtungen ausschliessen, weshalb die diesbezügliche Begründung der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen vermag. Für die Beurteilung der Hilflosigkeit seit dem Polytrauma vom Dezember 2017 kann indes auch nicht abschliessend auf die RAD-Stellungnahme vom September 2019 abgestellt werden. Bezüglich der Annahme von RAD-Arzt

Dr. D.\_\_\_\_, wonach retrospektiv maximal für einen Zeitraum von drei Monaten nach dem Polytrauma eine Hilflosigkeit bestanden haben soll, sind der medizinischen Aktenlage keinerlei Anhaltspunkte entnehmen.

Sodann lassen auch die im Zeitpunkt der Begutachtung im Juni 2019 beobachteten Inkonsistenzen keine verlässlichen Rückschlüsse über den gesamten zeitlichen Verlauf

einer allfälligen Hilflosigkeit nach dem Polytrauma zu.

Insoweit und mangels einer diesbezüglichen plausiblen Begründung kann für die Beurteilung der Hilflosigkeit nicht abschliessend auf die

Einschätzung des RAD-Arzt es abgestellt werden, zumal seiner Begründung auch keine eigenen Untersuchungen vorausgingen. Einer reinen Aktenbeurteilung durch den RAD kommt sodann nicht der gleiche Beweiswert zu, wie einer insbesondere auf allseitigen Untersuchungen beruhenden medizinischen Expertise.

Bestehen wie vorliegend auch nur geringer Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Abklärung, kann nicht darauf abgestellt werden (vgl. vorstehend E. 7.2). Demzufolge steht nicht abschliessend fest, in welchen Bereichen der alltäglichen Lebensverrichtungen und für wie lange der Beschwerdeführer allenfalls auf eine Dritthilfe angewiesen war. Auch diesbezüglich erweisen sich weitere Abklärungen als notwendig. Damit fehlt es an der Grundlage für einen Entscheid. 8.4

Nach Gesagtem erweist sich der Sachverhalt hinsichtlich der Auswirkungen der Beeinträchtigungen und Hilfsbedürftigkeiten auf die einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen im Haushalt des Beschwerdeführers sowie hinsichtlich der lebenspraktischen Begleitung nach dem Unfall vom Dezember 2017 als nicht rechtsgenügend abgeklärt. Die Beschwerde betreffend Hilflosenentschädigung ist folglich

in dem Sinne gut zuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 9. Dezember 2019 ( Urk. 7/2) aufgehoben wird und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit sie den zeitlichen Verlauf einer allenfalls bestehenden Hilflosigkeit nach Ablauf des Wartejahres nach dem Unfall vom Dezember 2017 und unter Berücksichtigung des erneuten Unfalls medizinisch beurteilen lasse und anschliessend über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Hilflosenentschädigung neu verfüge.

## **E. 6**

/34 /3

Ziff. 2.1, Ziff. 2.3, Urk. 6/ 34/9). Unter Hinweis auf einen Unfall vom 8. Februar 2015

meldete er sich am 1. Dezember 2015

bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an ( Urk. 6/15

Ziff.

### **E. 6.1**

Am 9. Dezember 2017 erlitt der Beschwerdeführer einen weiteren Unfall. Die Beschwerdegegnerin beurteilte den Gesundheitszustand im Wesentlichen gestützt auf das Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten vom August 2019 (vorstehend E. 3.12 ) sowie die Stellungnahme des RAD vom August 2019 (vorstehend E. 3.14 ). Im Rahmen des Polytraumas vom 9. Dezember 2017 zog sich der Beschwerdeführer insbesondere Rippenserienfrakturen beidseits, eine Fraktur des rechten Schulterblattes und des Sternums , LWK1- und LWK4-Frakturen sowie eine Fraktur des linken Schambeinastes zu. Das Unfallereignis führte des Weiteren zu einer milden Aktivierung der vorbestehenden Coxarthrose sowie einem Visusverlust aufgrund einer Purtscher- Retinopathie (vgl. vorstehend E. 3.8- E. 3.12 ). Damit hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem ersten Unfallereignis vom 8. Februar 2015 unstreitig wesentlich verändert (vgl. vorstehend E. 1.3)

.

### **E. 6.2**

Im somatischer Hinsicht

wurden im Verlaufsgutachten (vorstehend E. 3.12) die bereits im Rahmen der erstmaligen orthopädisch-traumatologischen Begutachtung vom Juni 2017 (vorstehend E. 3.4) genannten posttraumatische Handgelenksarthrose sowie das chronische zervikospondylogene Schmerzsyndrom bei multisegmentaler Bandscheibendegeneration ohne Nachweis einer radikulären Defizitsymptomatik diagnostiziert, welchen auch aktuell keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde .

Anlässlich der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung

zeigte sich nach dem Polytrauma ein günstiger Verlauf. So waren alle erlittenen Knochenbrüche konsolidiert . Die demonstrierte Funktionseinschränkung des Schultergelenks, liess sich klinisch nicht feststellen . Die Schultergürtelmuskulatur zeigte ein seitengleiches Profil, die Armmuskulatur rechts war ausserdem in einem kräftigeren Zustand . Insgesamt liess sich eine fortbestehende Funktionseinschränkung des betroffenen rechten Schultergelenks nach Abheilung der Scapulafraktur und der Rippenfrakturen nicht objektivieren, was aus medizinischer Sicht auf keine diesbezüglich verminderte Arbeitsfähigkeit schliessen lässt.

Eine wesentliche Funktionseinschränkung des leicht arthrotischen Hüftgelenks wurde sodann nicht verzeichnet. Lediglich im Bereich der LWS liess sich eine diskrete Deformierung des Wirbelkörpers feststellen, welche jedoch für angepasste Tätigkeiten nachvollziehbar keine Einschränkung zu bewirken vermochte.

Überdies zeigte sich der Beschwerdeführer während der gesamten Exploration in einer entspannten Haltung und machte keinen schmerzgeplagten Eindruck, was ferner gegen eine starke Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde spricht.

Im Übrigen wurde aus neurologischer Sicht nachvollziehbar dargelegt, dass sich aus den vorgetragenen neurologischen Beschwerden, welche ausschliesslich sensibler Art waren, keine alltagsrelevante Einschränkung in den vergleichbaren Lebensbereichen ergab. Zusammenfassend zeigte sich eineinhalb Jahre nach dem Polytrauma ein insgesamt guter Verlauf; so waren alle erlittenen Brüche konsolidiert. Insbesondere aufgrund dessen und da der Beschwerdeführer bezüglich der geklagten Funktionseinschränkungen anlässlich der Begutachtung ein weitgehend inkonsistentes Verhalten zeigte, erscheint die ab Zeitpunkt der Begutachtung attestierte Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. vorstehend E. 2.2)

als umfassend dargelegt und schlüssig begründet. Zumal

das im Verlaufsgutachten genannte Belastungsprofil die relevanten, insbesondere auch ophthalmologischen, Befunde vollumfänglich berücksichtigt. Darüber hinaus ist in der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kein Widerspruch zu den Berichten der behandelnden Fachärzte der Universitätsklinik F.\_\_\_\_ zu erblicken, welche keine Arbeitsunfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestiert und bezüglich des genauen Ausmasses der Einschränkungen eine arbeitsmedizinische Evaluation empfohlen hatten (vorstehend E. 3.8 und E. 3.11).

### **E. 6.3**

Aus psychiatrischer Sicht wurde wie bereits bei der Begutachtung vom Juni 2017 (vorstehend E.3.4) die subjektive Funktionsstörung der rechten Hand als dissoziativ eingeschätzt, welcher keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zuerkannt wurde.

Eine Diagnose aus dem depressiven Spektrum konnte hingegen klinisch und psychopathologisch in nachvollziehbar begründeter Weise ausgeschlossen werden. So berichtete der Beschwerdeführer anlässlich der Exploration vorwiegend von belastenden invaliditätsfremden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren, welche der Gutachter vor dem Hintergrund der gesundheitlichen und psychosozialen Situation

schlüssig als eine normalpsychologische Reaktion beurteilte. Auch insbesondere das Aktivitätenniveau des Beschwerdeführers liess auf keine Diagnose aus dem depressiven Spektrum schliessen. Der Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. H.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.10) vermag

die gutachterliche Einschätzung

nicht in Zweifel zu ziehen, zumal es sich hierbei um keine fachärztliche Beurteilung handelt. Des Weiteren ist daraus nicht ersichtlich, inwiefern die psychiatrischen Beschwerden eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in jeglicher angepassten Tätigkeit bedingen würden. Schliesslich ist in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen

beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auf tragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Im Rahmen des beweismässigen fachärztlichen Gutachtens wurde somit eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint. Eine

vertiefte Auseinandersetzung mit den Standardindikatoren erweist sich vorliegend als entbehrlich (vgl. auch BGE 125 V 351).

#### **E. 6.4**

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachtens sprechen. Der medizinische Sachverhalt ist dahingehend erstellt, dass ab dem zweiten Unfallereignis vom 9. Dezember 2017 von einer Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen und in angepassten Tätigkeiten auszugehen ist. Seit spätestens 26. Juni 2019, dem letzten Untersuchungstermin der Verlaufsbeurteilung, ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit unter Berücksichtigung des Belastungsprofils zu 100 %

zumutbar. Damit ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer vom 1. Dezember 2018 bis zum 31. September 2019 eine ganze Rente zusprach. Wie es sich mit der Rente nach diesem Zeitpunkt verhält, ist nachfolgend zu prüfen. 7. 7.1

Hinsichtlich des am 23. Oktober 2019 erfolgten dritten Unfalls liegen lediglich die Berichte der behandelnden Ärzte des Stadtspitals B.\_\_\_\_ vom Oktober und November 2019 (vorstehend E. 3.16-3.17) vor, welche dem RAD zur Beurteilung vorgelegt wurden (vgl. vorstehend E. 3.18). Den Berichten ist zu entnehmen, dass sich der Beschwerdeführer beim Sturz eine Commotio cerebri, eine Radiusköpfchenfraktur sowie einen ossären Ausriss des dorsalen Os triquetrum der rechten Hand zuzog en hatte.

Dr. I.\_\_\_\_ ging

im November 2019 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 24. Oktober bis 16. Dezember 2019 aus, danach beurteile sich die Arbeitsfähigkeit je nach Befund und Arbeitstätigkeit (vgl. vorstehend E.

#### **E. 9**

in stationärer Behandlung im Stadtspital B.\_\_\_\_ gewesen sei (Urk. 1.1). Er nannte die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5): - Radiusköpfchenfraktur rechts - Fraktur des Os triquetrum der rechten Hand Es liege eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 24. Oktober bis 16. Dezember 2019 vor, danach beurteile sich die Arbeitsfähigkeit je nach Befund und Arbeitstätigkeit (Ziff. 1.3). Für zirka 8 Wochen dürfe keine Belastung des rechten Arms erfolgen (Ziff. 3.4). Eine Wiedereingliederung sei je nach Tätigkeit und aktuellem Befund nach dem 16. Dezember 2019 möglich (Ziff. 3.5). 3. 18

Dr. D.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.5)

nahm am 6. Januar 2020 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (Urk. 6/186). Er hielt fest, dass aufgrund der erneuten Verletzung des rechten Arms am 23. Oktober 2019 medizinisch-theoretisch für einen Zeitraum von längstens 3 Monaten, vom 23. Oktober 2019 bis maximal 31. Januar 2020, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit auszugehen sei. Danach gelte prinzipiell wieder das Belastungsprofil, welches

bereits im Gutachten (vgl. E.

### **E. 9.1.1**

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).

Zudem rechtfertigt eine "Überklagung" – falls das Quantitative einer Leistung streitig ist – eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteientschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (SZS 2011 S. 74, 9C\_580/2010 E. 4.1; vgl. auch Urteil 8C\_471/2007 vom 1. Februar 2008 E.

### **E. 9.1.2**

Der Beschwerdeführer beantragte betreffend Rente zur Hauptsache eine ganze Invalidenrente ab Juni 2016 (Urk. 1 S. 2) und nahm auf rund 15 von 16 Seiten zu diesem Antrag Stellung.

Für den Zeitraum zwischen dem ersten Unfall vom Februar 2015 beziehungsweise der Anmeldung im Dezember 2015 und dem zweiten Unfall im Dezember 2017 kam das Gericht zum Schluss, dass auf das Y.\_\_\_\_-Gutachten vom Juni 2017 abgestellt werden könne und verneinte damit einen Rentenanspruch ab Juni 2016 (vgl. vorstehend E. 5.3). Damit unterlag der Beschwerdeführer in diesem Punkt und es ist festzuhalten, dass der Antrag des Beschwerdeführers einen Einfluss auf den prozessualen Aufwand hatte.

Für den Zeitraum zwischen dem Unfall im Dezember 2017 und dem dritten Unfall im Oktober 2019 kam das Gericht ebenfalls zum Schluss, dass auf das Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten abzustellen sei und schützte die zugesprochene ganze Rente von Dezember 2018 bis September 2019 (vgl. vorstehend E. 6.4). Damit unterlag der Beschwerdeführer auch in diesem Punkt und es ist festzuhalten, dass der Antrag des Beschwerdeführers einen Einfluss auf den prozessualen Aufwand hatte, zumal auch das Y.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten keine Arbeitsunfähigkeit ab Juni 2016 attestierte.

Für die Zeit ab dem dritten Unfall im Oktober 2019 obsiegt der Beschwerdeführer, indem das Gericht zum Schluss gelangte, dass diesbezüglich weitere Abklärungen nötig seien.

In Bezug auf die Frage nach dem Anspruch auf eine Hilfflosenentschädigung kann angesichts des diesbezüglichen Antrags (Antrag auf Aufhebung der Verfügung und Sistierung des [gerichtlichen] Verfahrens bis zum Entscheid betreffend den IV-Leistungsanspruch, Urk. 7/1 S. 2 f.), was keinem materiellen Antrag hinsichtlich der Hilfflosenentschädigung gleichkommt, in der Rückweisung zu weiteren Abklärungen nur mit Entgegenkommen ein teilweises Obsiegen gesehen werden.

Insgesamt rechtfertigt es sich vorliegend, aufgrund des antragsbedingten prozessualen Mehraufwands von einem teilweisen Obsiegen des Beschwerdeführers zu ½ und einem Obsiegen der Beschwerdegegnerin zu ½ auszugehen.

### **E. 9.2**

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. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen.

### **E. 9.3**

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

Vorliegend erscheint eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'350.-- (inkl. Mehrwertsteuer und Barauslagen) als angemessen, welche der Beschwerde gegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht verfügt: 1.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 27. Februar 2020 ( Urk. 2) betreffend Rente wird in dem Sinne gut geheissen, dass die se - soweit damit der Rentenanspruch per 30. September 2019 befristet wurde - aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch ab 1. Oktober 2019 neu verfüge. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Dezember 2019 ( Urk. 7/2) betreffend Hilfenentschädigung wird

in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die se aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurück gewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfüge. 3 .

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine um die Hälfte reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'350.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 5 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Abdullah Karakök - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen,

soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin MosimannRämi

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