

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00467 vom 19. Juli 2004

ZH Sozialversicherungsgericht, 2004-07-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00467

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00467 du 19 juillet 2004

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00467 del 19 luglio 2004

Erwägungen

E. 1

92) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 4. Juni 2020 eine befristete ganze Rente von Juli bis Dezember 2019 zu (Urk. 12/203+195 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts , ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen 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

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversiche rung (IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliede rungs massnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei aus geglichener Arbeits marktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkom men ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestim men lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2, 128 V 29 E. 1).

E. 1.3

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrschein lichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es

empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; Meyer/ Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 f. zu Art. 28a). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3).

E. 1.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den LSE herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

E. 1.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei

der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

E. 1.6

Gemäss Art. 43 Abs. 1 Satz 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein.

Auch unter der Herrschaft des ATSG fällt es der IV-Stelle zu, nach Eingang der Anmeldung zum Leistungsbezug die Verhältnisse abzuklären (Art. 57 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung ,

IVG, in Verbindung mit Art. 69 ff. der Verordnung über die Invalidenversicherung ,

IVV). In Ergänzung und Präzisierung zu Art. 43 Abs. 1 ATSG hält Art. 69 Abs. 2 IVV (in der seit 1. Januar 2003 in Kraft stehenden Fassung in Verbindung mit Art. 1 und Art. 57 Abs. 2 IVG) fest, dass die IV-Stelle, wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind, die erforderlichen Unterlagen, insbesondere über den Gesundheitszustand, die Tätigkeit, die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person sowie die Zweckmässigkeit bestimmter Eingliederungsmassnahmen, beschafft und zu diesem Zwecke Berichte und Auskünfte verlangen, Gutachten einholen, Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen sowie Spezialisten der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe beiziehen kann. 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. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden (BGE 132 V 93 E. 4). 1.

E. 2

Der Versicherte erhob am 6. Juli 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 4.

Juni 2020 (Urk. 2) und beantragte, diese sei teilweise aufzuheben und es sei ihm über den 31. Dezember 2019 hinaus eine Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. I.1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 14. August 2020 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 1. September 2020 zur Kenntnis gebracht, wobei gleichzeitig und antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. I.2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt wurde (Urk. 13).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Begründung zur angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die angestammte Tätigkeit als Gerüstbauer sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, doch nach Abschluss der Rehabilitation per 25. September 2019 habe sich sein Gesundheitszustand verbessert und eine angepasste Tätigkeit sei ihm zu 70 % zumutbar (S. 2 oben) . Dabei werde auf Beurteilungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) abgestützt. Die behandelnde Kardiologin habe , obschon

sie mehrfach darum gebeten wurde, keinen Bericht eingereicht. Dem RAD sei es möglich gewesen, unter anderem anhand der Messwerte der kardiologischen Behandlerin, ein Belastungsprofil und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit festzustellen. Von einer Begutachtung werde deshalb abgesehen (S. 2 unten).

Beim Einkommensvergleich sei kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Der Beschwerdeführer sei in angepasster Tätigkeit hochgradig arbeitsfähig. Das zumutbare Belastungsprofil sei für den ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht stark eingeschränkt (S. 3 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), die Beschwerdegegnerin stütze sich auf zwei RAD-Beurteilungen, einmal eines Orthopäden, einmal einer Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, die ihn nicht gesehen hätten. Diese Berichte seien trotz Fehlens eines kardiologischen Berichtes zur Arbeitsfähigkeit beziehungsweise zum Belastungsprofil erstellt worden (S. 6 f. Ziff. 15).

Eine Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von lediglich 30 % sei nicht nachvollziehbar. Die Beschwerdegegnerin habe selber im Vorfeld der Beschlussfassung erhebliche Zweifel daran gehabt, ob der medizinische Sachverhalt ausreichend abgeklärt sei (S. 7 Ziff. 16). Es sei ein Gutachten einzuholen, das über die tatsächliche Arbeitsunfähigkeit per 1. Januar 2020 unter Berücksichtigung sämtlicher gesundheitlicher Einschränkungen Auskunft gebe (S. 8 f. Ziff. 19).

Beim Einkommensvergleich sei hinsichtlich des Valideneinkommens von den Zahlen der Lohnstrukturerhebung (LSE) von 2018 auszugehen (S. 10 Ziff. 22) und beim Invalideneinkommen sei ein Leidensabzug von mindestens 20 % vorzunehmen (S. 11 Ziff. 24).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen sind die Befristung des Rentenanspruchs bis Dezember 2019 und die Höhe der Vergleichseinkommen. 3.

E. 2.7

ff.).

Med. pract. Z. ___ und lic. phil. A. ___ führten mit psychologischem Bericht vom 11. Januar 2019 (Urk. 12/149/4) aus, es fänden seit 19. März 2018 psychotherapeutische Gespräche statt. Psychisch mache der Patient einen depressiven und niedergeschlagenen Eindruck. Er fühle sich oft nervös, könne keine Ruhe finden. Seine Stressempfindlichkeit erscheine erhöht, die psychische Belastbarkeit deutlich reduziert. Dabei bereite ihm vor allem auch die desolante finanzielle Situation immer wieder Sorgen und es quälten ihn Zukunftsängste. Als Diagnosen nannten sie eine längere depressive Episode (ICD-10 F32) und eine Anpassungsstörung

/ ein posttraumatisches Belastungssyndrom (ICD-10 F43.2). Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf längere Sicht, die Prognose sei relativ schlecht.

E. 3

Gemäss Einspracheentscheid

der Suva vom 5. Dezember 2007 hat der Beschwerdeführer seit Januar 2004 bei einem Invaliditätsgrad von 34 % Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (Urk. 12/115 S. 2 lit. B). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

1

Dipl. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte mit Stellungnahme vom 6. November 2019 (Urk. 12/177/S. 7 f.) aus, die psychiatrischen Diagnosen seien nicht fachärztlich belegt, sie seien vom Hausarzt und der Psychologin gestellt worden. Der psychopathologische Befund erfülle die Kriterien für eine depressive Episode nicht, es sei eher von einer Anpassungsstörung auszugehen (S. 7 Mitte).

Aufgrund diverser somatischer Erkrankungen könne der Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit als Gerüstmonteur nicht mehr verrichten, diesbezüglich betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 %. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer hingegen weniger eingeschränkt. Die von Dr. B.____ getroffene Beurteilung könne aus allgemeinmedizinisch-internistischer Sicht unterstützt werden. Es könne von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ab September 2019 ausgegangen werden (S. 7 unten).

E. 3.2

Vom 2. bis 4. August 2018 weilte der Beschwerdeführer stationär in der Wochenklinik des Y.____, wo gemäss Austrittsbericht vom 3. August 2018 (Urk. 12/149/7-8) die bereits genannten Diagnosen gestellt wurden (S. 1), dies mit folgender Ergänzung: Am 2. August 2018 habe eine Koronarangiographie stattgefunden. Koronarangiographisch sei eine äusserst schwierige Hauptstamm-Trifurkationsintervention erfolgt, es seien einzelne Stents gelegt worden. Der Patient sei in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen worden (S. 2).

E. 3.3

Im Bericht vom 7. September 2018 über die pneumologische Sprechstunde im Y.____ vom 4. September 2018 (Urk. 12/149/5-6) wurde ausgeführt, im Rahmen der Hospitalisation aufgrund eines Myokardinfarktes im Februar 2018 (vorstehend E. 3.1) habe ein bei anhaltenden Thoraxschmerzen

erfolgtes CT-Thorax als Zufallsbefund ein partiell abgekapseltes

Pneumomediastinum hochparatracheal rechts mit Verdacht auf diverse tracheomediastinale Fistelgänge in der proximalen Trachea rechts sowie subkarinär ergeben. Der Patient klagt diesbezüglich über keine Beschwerden (S. 2 oben). Im Rahmen der Erstkonsultation habe der Patient über

gelegentliche nächtliche Kurzatmigkeit geklagt, die sich im Verlauf bereits gebessert habe. Es habe sich eine nur leichte, positionsabhängige obstruktive Schlafapnoe gezeigt und aus näher dargelegten Gründen werde auf eine Therapie

mittels CPAP (continuous positive airway

pressure) verzichtet (S. 2 Mitte). Der Patient klagt über eine belastungsabhängige Kurzatmigkeit letztlich auch noch unklarer Ätiologie (S. 2 unten).

E. 3.4

Med. pract . Z.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte mit
Zeugnis vom 23. Oktober 2018 (Urk. 12/137 =
Urk. 3/4)

folgende

Diagnosen (S. 1 Mitte): - koronare 3-Gefäss-Gefässerkrankung - arterielle Hypertonie - Adipositas - Nikotinkonsum - zystische thorakale Formation - DD (Differentialdiagnose) angeboren

/

Positionierungsschaden - Zufallsbefund im CT Thorax (Pneumomediastinum paratracheal rechts mit Fistulierung zur Trachea) - Hyperkämie - Uretrolithiasis - Status nach Pigtailkathetereinlage links am 26. Juni 2018 - chronische Gastritis - depressiver Zustand nach mehrmaligen Herzeingriffen und Interventionen

Er führte aus, beim Patienten seien mehrmalige Herzinterventionen mit mehrmaligen Koronariographien durchgeführt worden . Er benötige regelmässige kardiologische Kontrollen, ebenfalls brauche er nach diesen Herzeingriffen

Rehabilitation, regelmässige hausärztliche Betreuung, Blutuntersuchung und regelmässige Medikamenteneinnahme . Wegen psychischer Dekompensation sowie Depression brauche er auch psychologische Betreuung (S. 1) .

Der Patient sei für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 oben).

Mit Bericht vom 24. Dezember 2018 zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/149/2-3) führte med. pract . Z.____ aus, der Patient befinde sich seit 2006 in seiner hausärztlichen Betreuung (Ziff. 1.1), dies mit 1-2 Konsultationen pro Monat (Ziff. 1.2). Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 1. Februar 2018 (Ziff. 1.3) und führte aus, die Prognose sei nicht gut. Neben Handbeschwerden bestehe neu eine koronare 3-Gefässerkrankung . Der Patient habe nach

zweimaliger Herzintervention vermehrte Angstzustände, Panikattacken und eine

depressive Entwicklung. Dazu kämen ein Schlafapnoesyndrom und Atembeschwerden bei multiplen tracheomediastinalen Fisteln unklarer Ätiologie (Ziff.

E. 3.5

Dr. med. B.____ , Facharzt für Chirurgie sowie für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte mit Stellungnahme vom 1. April 2019 (Urk. 12/177 S. 4) aus, die Angaben zur kardialen und psychiatrischen Erkrankung seien nicht ausreichend. Es sei bei der Kardiologie des Y.____

ein Bericht mit Angaben zu Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

und Belastungsprofil einzuholen (S. 4 oben) . 3 . 6

Dr. med. C.____ , Oberarzt Pneumologie , Y.____ , führte mit Bericht vom 20. Mai 2019 (Urk. 12/161/3-9 = Urk. 3/9) aus, die letzte Kontrolle sei am 28.

März 2019 erfolgt (Ziff. 1.1). Aus rein pneumologischer Sicht lägen aktuell lungenfunktionelle Normalbefunde vor. Die tracheomediastinalen Fisteln hätten keinen wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit . Das medizinische Hauptproblem sei

sicherlich die schwere koronare Dreifässerkrankung, so dass die Arbeitsfähigkeit durch die Kollegen der Kardiologie beurteilt werden müsse (Ziff. 2.7) .

E. 3.7

D.____ , Assistenzärztin Departement Medizin, Kardiologie, Y.____ , nannte mit Bericht vom 21. Mai 2019 (Urk. 12/160/1-5 = Urk. 3/8) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine koronare Herzkrankheit (KHK) und AV-Blockierung 2. Grades Wenckebach und Mobitz (Ziff. 2.5). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie multiple tracheomediastinale Fisteln unklarer Ätiologie und eine leichte, positionsabhängige obstruktive Schlafapnoe (Ziff. 2.6) .

Aus kardiologischer Sicht sei eine Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht möglich (Ziff. 2.7). Eine Schrittmacherimplantation sei für 22. Mai 2019 geplant (Ziff. 2.8) .

Die Frage, wie viele Stunden die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, konnte sie nicht beantworten (Ziff. 3).

E. 3.8

Dr. B.____ , RAD (vorstehend E. 3.5) , führte mit Stellungnahme vom 27. Juni 2019 (Urk. 12/177 S. 4 f.) aus, es liege kein Bericht über die geplante Implantation eines Herzschrittmachers vor. Die jetzige Arbeitsunfähigkeit von 100 % sei nur auf kardiologischem Fachgebiet ausgewiesen (S. 4 unten) . In der angestammten Tätigkeit als Gerüstmonteur sei der Beschwerdeführer bereits seit 7. März 2003 zu 100 % arbeitsunfähig (S. 5 oben).

E. 3.9

Dr. med. E.____ , Leitende Ärztin Kardiologie, Y.____ , führte mit Bericht vom 25. September 2019

an den Hausarzt (Urk. 12/172 = Urk. 3/10) aus , der Beschwerdeführer habe vom 26. April bis 25. September 2019 eine ambulante kardiologische Rehabilitation absolviert (S. 1 Mitte). Am 22. Mai 2019 sei eine Schrittmacherimplantation erfolgt. Der Patient habe motiviert am medizinischen Trainingsprogramm teilgenommen und habe gute Fortschritte erzielt. So sei die ergonometrisch erfasste Leistung - mit 94 Watt bei Eintritt (S. 2 unten) bei 55 % des Solls - mit 155 Watt bei Austritt (S. 3 oben) bei 87 % des Solls gewesen (S. 3 Mitte).

Mit Bericht vom 3. Oktober 2019 an die Beschwerdegegnerin (Urk. 12/174 = Urk. 3/11) führte Dr. E.____ aus, der Gesundheitszustand sei verbessert, es bestehe eine normale linksventrikuläre systolische Funktion (Ziff. 1.3). Betreffend Ressourcenprofil für eine berufliche Tätigkeit führte sie aus, die bisherige Tätigkeit sei nicht bekannt, laut Akten sei der Beschwerdeführer IV-Rentner (Ziff. 2.1). Die Frage betreffend Verminderung der Leistungsfähigkeit erklärte sie nicht beantworten zu können (Ziff. 2.2). Zur Prognose vermerkte sie «stabile KHK (koronare Herzkrankheit) derzeit» (Ziff. 3.3). Die Frage, ob eine Belastbarkeit für Massnahmen der Wiedereingliederung bestehe, erklärte sie nicht beantworten zu können (Ziff. 4.2) .

E. 3.10

Dr. B.____ , RAD (vorstehend E. 3.5) ,

nannte mit Stellungnahme vom 5. November 2019 (Urk. 12/177 S. 5 f.) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine traumatisierte Radioscaphoidal -Arthrose rechts und eine koronare 3-Gefässerkrankung (S. 5 unten). Das Belastungsprofil für angepasste Tätigkeiten umschrieb er folgendermassen: körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderung an die Kraft und Haltefunktion der Hände, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben

und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am Handgelenk, ohne repetitive Beanspruchung der Hände und ohne erhöhte Anforderungen an das fein motorische Geschick der Hände (S. 6 oben).

Als Gerüstmonteur sei der Beschwerdeführer seit 7. März 2003 zu 100 % arbeits unfähig. Die Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit bezifferte Dr. B.____ wie folgt (S. 6 Mitte): - 100 % vom 7. März bis 30. November 2003 - 0 % vom 1. Dezember 2003 auf Dauer - 100 % vom 18. Juli 2018 bis 25. September 2019 (Abschluss Rehabilitation) - 30 % vom 26. September 2019 auf Dauer

Eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes sei nicht zu erwarten, medizinische Massnahmen seien nicht erforderlich. Aus rein pneumologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Gemäss dem im Bericht von Dr. E.____

vom 3. Oktober 2019 (vorstehend E. 3.9) angegebenen Ergebnis der Belastung liege eine normale linksventrikuläre systolische Funktion vor. In der Ergometrie könne auf 155 Watt belastet werden. Dies entspreche einer leichtgradigen funktionellen Einschränkung. Eine psychiatrische Behandlung erfolge nicht (S. 6) .

E. 3.12

In einem Dokument vom 19. November 2019 (Urk. 3/14)

listete Dr. Z.____ die (bekannten) Diagnosen (S. 1) und die aktuelle Medikation (S. 2) auf . Dr. E.____ , Y.____ (vorstehend E. 3.

E. 7

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. 3.5). 1.

E. 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). 2.

E. 9

), führte mit Bericht vom 28. April 2020 an den Hausarzt (Urk. 3/12) aus, gleichentags habe aufgrund eines lokalen Schmerzes eine vorzeitige Schrittmacherkontrolle stattgefunden. Sie hielt eine regelrechte DDD-Funktion (DDD: 2-Kammerschrittmacher), normale Sensing- und Reizschwellenwerte und normale Elektrodenimpedanzen fest. Auf Druck lateral am Aggregat bestehe ein Druckschmerz, ebenso bestehe bei Bewegung der linken Schulter ein

leichter Schmerz an lateraler Kante Aggregat. Sie verordnete Voltaren für 3 Wochen. Der Patient solle sich bei fehlender Besserung wieder melden. Der nächste Kontrolltermin sei vorgesehen für April 2021.

Der Hausarzt notierte in der Krankengeschichte (Urk. 3/13) am 2. Mai 2020 «Schrittmacherkontrolle 28. April 2019 alles ok» (S. 2 unten). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin hat am 4. April 2019 (Urk. 12/156) telefonisch sowie am 13. Mai 2019 (Urk. 12/158 = Urk. 12/159) brieflich einen Arztbericht der Y.____-Kardiologie erbeten. In der Folge erhielt sie ein von einer Assistenzärztin am 21.

Mai 2019 handschriftlich ausgefülltes Berichtsformular (vorstehend E. 3.7), dem hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit lediglich zu entnehmen war, eine Arbeitsfähigkeit von 100 % sei nicht möglich (Ziff. 2.7), und die Fragen, wie viele Stunden die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit zumutbar wäre, könnten nicht beantwortet werden (Ziff. 3).

Daraufhin wurde die Y.____-Kardiologie erneut um einen Arztbericht ersucht, schriftlich am 7. August 2019 (Urk. 12/169) und telefonisch am 14. August 2019 (Urk. 12/170). In der Folge erstattete Dr. E.____, Leitende Ärztin Kardiologie, am 25. September 2019 und am 3. Oktober 2019 einen Bericht (vorstehend E. 3.9). 4.2

Dr. E.____

berichtete dem Hausarzt am 25. September 2019, der Patient habe gute Fortschritte gemacht. Namentlich habe sich die ergonomisch erfasste Leistung von 55 % bei Eintritt auf 87 % des Soll verbessert. Im Bericht vom 3. Oktober 2019 an die Beschwerdegegnerin bezeichnete sie den Gesundheitszustand als verbessert und die koronare Herzkrankheit als derzeit stabil. Fragen zur Arbeitsfähigkeit erklärte sie nicht beantworten zu können (vorstehend E. 3.9).

Im Bericht vom 28. April 2020 über eine aufgrund lokaler Schmerzen vorzeitige Schrittmacherkontrolle erwähnte sie bestimmte Schmerzbefunde, verordnete Voltaren für 3 Wochen und nahm den nächsten Kontrolltermin für April 2021 - mithin in einem Jahr - in Aussicht.

Der Hausarzt hielt daraufhin in seiner Krankengeschichte fest, bei der Schrittmacherkontrolle sei «alles ok» gewesen (vorstehend E. 3.12).

4.3

Die Y.____-Berichte vermitteln zwei wesentliche Erkenntnisse.

Zum gesundheitlichen Verlauf ist ihnen zu entnehmen, dass im Juli 2018 koronare Beschwerden aufgetreten sind (vorstehend E. 3.1), die zu einer koronarangiographischen

Intervention im August 2018 (vorstehend E. 3.2) und zum Einsetzen eines Schrittmachers im Mai 2019 mit anschliessender ambulanter Rehabilitation im Y.____ führte, so dass im September 2019 ein verbesserter Gesundheitszustand und eine normale linksventrikuläre systolische Funktion festgehalten werden konnten (vorstehend E. 3.9). Damit kann die kardiologische Behandlung als abgeschlossen betrachtet werden. Ihr folgten sehr weitmaschig terminierte Schrittmacherkontrollen (vorstehend E. 3.12).

Zur Arbeitsfähigkeit ist den Berichten nur, aber immerhin, zu entnehmen, dass im Mai 2019 eine volle Arbeitsfähigkeit als aus kardiologischer Sicht nicht möglich bezeichnet wurde (vorstehend E. 3.7). Konkretere Angaben erklärten die angefragten Ärztinnen explizit nicht machen zu können. 4.4

Dr. B.____, RAD, verwertete bei seiner Beurteilung im November 2019 (vorstehend E. 3.10) die anamnestischen Angaben und Befund schilderungen in den Y.____-Berichten. Er bezeichnete körperlich leichte, wechselbelastende und der Beeinträchtigung am rechten Handgelenk Rechnung tragende Tätigkeiten als angepasst. Darauf bezogen attestierte er eine vollständige Arbeitsfähigkeit von Dezember 2003 bis im Juli 2018, sodann eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (für die Dauer der akuten koronaren Problematik) und eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab 26. September 2019.

Mit den qualitativen Einschränkungen wurde somit - ab 2003 - der Handproblematik Rechnung getragen und mit der quantitativen Einschränkung ab Ende September 2019 um 30 % der durchgemachten koronaren Problematik mit einer daraus resultierenden dauernden Reduktion der Leistungsfähigkeit. 4.5

Die Beurteilung durch Dr. B.____ erfüllt alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.8) vollumfänglich. Demnach ist auf sie abzustellen, was umso mehr gilt, als es gerade Aufgabe des RAD ist, auf der Basis der ihm erstatteten Berichte die Arbeitsfähigkeit festzulegen (vorstehend E. 1.7).

Von weiteren Abklärungen sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, so dass in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 136 I 229 E. 5.3) davon abzu sehen ist. 4.6

Die Beschwerdegegnerin hat im Rahmen des Einkommensvergleichs (Urk. 12/175 = Urk. 12/176) für die Festsetzung des Valideneinkommens auf LSE-Tabellenlöhne zurückgegriffen, was angesichts des vom Beschwerdeführer als Gerüstbauer letztmals im Jahr 2002 ganzjährig erzielten Einkommens (vgl. Urk. 12/135 S. 5, Urk. 12/136 S. 1) nicht zu beanstanden ist (vorstehend E. 1.3). Gleiches gilt für die Verwendung der Lohndaten im Baugewerbe (Ziff. 41-43).

Dieser betrug im Jahr 2018 für ungelernete Männer (was bei m Beschwerdeführer zutrifft) Fr. 5'622.--, was umgerechnet auf ein Jahr und angepasst an eine branchenübliche Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden sowie die Nominallohnentwicklung (Tabelle T1.15) vom Indexstand 2018 (101.2) auf den Indexstand 2019 (102.2) rund Fr. 70'856.-- ergibt (Fr. 5'622.-- x

E. 12

: 40.0 x 41.6 : 101.2 x 102.2). 4.7

Für das Invalideneinkommen ist auf den (tiefsten) LSE-Tabellenlohn von Kompetenzniveau 1 abzustellen, der im Jahr 2018 für Männer in allen Wirtschaftszweigen Fr. 5'417.-- betrug, was umgerechnet auf ein Jahr und angepasst an eine durchschnittliche

Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden sowie die Nominallohnentwicklung (Tabelle T1.15) vom Indexstand 2018 (101.6) auf den Indexstand 2019 (102.5) bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % rund Fr. 47'857.-- ergibt (Fr. 5'417.-- x 12 : 40.0 x 41.7 : 101.6 x 102.5).

Mit der Beschwerdegegnerin ist sodann davon auszugehen, dass kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist. Weder das Vorhandensein der im Anforderungsprofil genannten - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers nicht sehr zahlreichen - Einschränkungen noch die von ihm angeführten schlechten Deutschkenntnisse (Urk. 1 S. 11 Ziff. 24) rechtfertigen beim gegebenen relativ hohen Grad der Arbeitsfähigkeit und den für das Kompetenzniveau typischen bescheidenen Anforderungen einen Abzug. 4.8

Somit steht dem Valideneinkommen von Fr. 70'856.-- (vorstehend E. 4.6) ein Invalideneinkommen von Fr. 47'857.-- (vorstehend E. 4.7) gegenüber, was eine Einkommenseinbusse von Fr. 22'999.-- und damit einen Invaliditätsgrad von rund 32 % ergibt.

Somit hat die Beschwerdegegnerin die Rentenzusprache zu Recht bis Ende 2019 befristet und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen. 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, in Folge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung indes einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf §

E. 16

Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) . 5.2

Der unentgeltliche Rechtsvertreter hat mit Kostennote vom 10. September 2020 (Urk. 16) einen Aufwand von 29.9 Stunden, eine Auslagenpauschale von 4 % sowie Fr. 80.-- für «Mandatsadministration / Archivierung» in Rechnung gestellt. 5.3

Nach § 34 Abs. 3 GSVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 5.4

Der geltend gemachte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von 25 Stunden für Aktenstudium, Verfassen und Versenden (!) der Beschwerdeschrift als deutlich überhöht.

Angesichts der im Rahmen der erneuten Anmeldung und der angefochtenen Verfügung zu studierenden gut 60 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/137 bis Urk. 12/201), wovon - wie den Beschwerdebeilagen zu entnehmen ist - deren 15 relevant waren, sowie der etwa zehn Textseiten umfassenden Beschwerde, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung sowie mit Blick auf die in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge sind insgesamt 11 Stunden zu entschädigen, womit die Entschädigung beim gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) und der grosszügig bemessenen Spesenpauschale von 4 %

auf Fr. 2'711. -- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist . Das Gericht erkennt:

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