

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00614 vom 3. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00614

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00614 du 3 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00614 del 3 aprile 2014

Erwägungen

E. 1.1

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

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

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 3

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, her abgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabebereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts

bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen). 1. 4

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31).

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). 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).

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). 1. 5

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. 1.6

und 1.7). 4.3

Dr. med. A.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, RAD, führte in der Stellungnahme vom 7. August 2013 (Urk. 8/25

S. 4) aus, es bestehe ein

somatischer Gesundheitsschaden mit einer daraus abzuleitenden Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit bei einer

Rotatorenmanschetten-Insuffizienz/Schulterfunktionsstörung nach Sturz vom 12. Dezember 2011. Der Gesundheitsschaden sei stabil. Für die bisherige Tätigkeit habe ab dem 12. Dezember 2011 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom

1. Mai bis zum 29. November 2012

eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestanden. Seit dem 30. November 2012 bestehe bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Für eine angepasste Tätigkeit bestehe seit dem 30. November 2012 ganztags eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. In einer angepassten Tätigkeit seien dem Beschwerdeführer als Belastungsprofil leichte und mittelschwere Arbeiten möglich, ohne repetitiven Einsatz des linken Armes und ohne die Anforderung eines raschen Arbeitstempos

bezüglich des linken Arms. Zu vermeiden seien zudem Tätigkeiten links über Kopf oder mit nach vorn angehebenem Arm, das Hantieren mit Gewichten körperfern und Arbeiten an sturzexponierten Stellen. 4.4

Mit Verfügung vom 11. Juli 2013 (Urk. 8/24) sprach die Suva dem Beschwerdeführer ausgehend von einer vollen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bei näher formuliertem Belastungsprofil (vgl. Urk. 8/25 S. 4 oben) eine Invalidenrente von 23 % zu. Die Beschwerdegegnerin stellte in der Verfügung vom 3. April 2014 auf den von der Suva durchgeführten Einkommensvergleich mit einem Invaliditätsgrad von 23 % ab und verneinte daher

einen Rentenanspruch (Urk. 8/37 S. 2 oben). 5.5.1

Der Beschwerdeführer schlug sich bei einem weiteren Unfall vom

25. Mai 2015 das linke Kniegelenk an (Urk. 8/86/164 Ziff. 4-6). 5.2

Dr. Z.____

stellte im Bericht vom 29. Juni 2015 (Urk. 8/86/133-134) die Diagnose Kniekontusion/-distorsion links mit sagittaler Instabilität (Ziff. 5). Am 12. Oktober 2015 wurde der Beschwerdeführer am linken Kniegelenk operiert (mediale und laterale Meniskusläsion links; vgl. den Operationsbericht vom 16. Oktober 2015, Urk. 8/86/118-119). 5.3

Suva-Kreisarzt Dr. med. B.____, Facharzt für Chirurgie, erstattete am 15. November 2016 (Urk. 8/86/37-46) einen Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom gleichen Tag. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe angegeben, dass es ihm bezüglich des linken Armes immer gleich gehe. Er habe keine Schmerzen. Ein Problem sei aber die Kraftlosigkeit. Die Beweglichkeit der Schulter habe sich in den letzten Jahren eher etwas eingeschränkt. Bezüglich des linken Knies habe er keine Schmerzen, er verspüre aber ebenfalls eine gewisse Kraftlosigkeit. Der Beschwerdeführer habe auf einen Motorradunfall vor über 30 Jahren hingewiesen. Die Kraftlosigkeit und die weitaus grössten Einschränkungen im Bereich des linken Beins seien auf diesen Unfall und nicht auf die Problematik im Bereich des linken Knies zurückzuführen. Schmerzmittel nehme er nicht regelmässig ein (S. 5 unten). Der Beschwerdeführer arbeite aktuell nur halbtags zu 50 % ohne körperliche

Arbeit. Er könne nicht mehr arbeiten, da nicht mehr Arbeit vorhanden sei. Dr. Z.____ habe ihm gesagt, dass eine angepasste, körperlich leichte Arbeit mit einem vollen Arbeitspensum möglich sein werde (S. 6 oben).

Nach dem Unfall vor über 30 Jahren in Portugal sei es zu einer Verkürzung der Beinlänge um zirka 5 Zentimeter zuungunsten des linken Beines gekommen. Treppensteigen sei daher etwas unharmonisch (S. 6 Mitte). Das linke Knie zeige weder eine Rötung noch eine Schwellung oder eine Überwärmung. Die Gelenkspalten seien unauffällig indolent (S. 7 unten).

Dr. B.____ nannte als Diagnosen (S. 8 unten): - Status nach Treppensturz im Dezember 2011 mit Anprall der linken Schulter - Status nach Schulterarthroskopie und Rekonstruktion der Rotatorenmanschette über Mini-Open-Zugang, vordere Acromioplastik links vom 3. Februar 2012 - Status nach Sturz vom 25. Mai 2015 beim Reinigen mit Knieanprall/Distorsion links mit - Schrägriss im lateralen Meniskusvorderhorn - (intraoperativ): Rissbildung im Bereich des Meniskus medialis - Kniearthroskopie mit Teilmenisektomie medial und lateral vom 12. Oktober 2015

Der Kreisarzt nannte sodann als unfallfremde Nebendiagnose (S. 9 oben): - Status nach Motorradsturz vor über 30 Jahren mit Oberschenkel- und Unterschenkelfraktur mit osteosynthetischer Versorgung in Portugal mit - Osteosynthese-Materialentfernung am Unterschenkel links - liegende Platte am Oberschenkel links (keine OSME mehr vorhanden) - seit Unfall Beinverkürzung um zirka 5 cm mit subsequentem Zehenspitzengang (etabliert seit Motorradunfall) - arterielle Hypertonie

Gemäss der klinischen Untersuchung sei es hinsichtlich der Beweglichkeit der linken Schulter gegenüber den Vorbefunden aus dem Jahr 2013 zu einer weiteren Einschränkung gekommen. Die damalige Integritätsentschädigung sei daher anzupassen. Eine Veränderung des Zumutbarkeitsprofils ergebe sich allerdings nicht. Im Bereich der linken Schulter sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Verbesserung mehr zu erwarten (S. 9 oben). Bezüglich des linken Knies sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ebenfalls keine Verbesserung mehr zu erwarten. Die Reinigungstätigkeit könne dem Beschwerdeführer nicht vollumfänglich zugemutet werden. Die Anforderungen seien sowohl im Bereich der Schulter

sowie der Knie zu hoch.

Gemäss dem Zumutbarkeitsprofil für den allgemeinen Arbeitsmarkt sei das Heben und Tragen auf der linken Seite nur für leichte Lasten möglich. Auf der rechten Seite bestehe keine Einschränkung. Diesbezüglich dürften Lasten von 5 kg überschritten werden. Arbeiten über Brusthöhe seien auf der linken Seite nicht statthaft. Weiter solle der linke Arm nicht repetitiv eingesetzt werden und das Hantieren sei links auf feinmotorische oder leichte Werkzeuge zu beschränken. Arbeiten über Kopf seien ebenso zu vermeiden wie Arbeiten mit

nach vorne angehobenem linken Arm und das Hantieren mit Gewichten körperfern mit langem Hebel. Möglich sei eine wechselbelastende Tätigkeit mit Sitzen und Stehen in einem ausgewogenen Verhältnis. Gehen sei bis 50 Meter uneingeschränkt möglich, lange Strecken sollten selten gegangen werden.

Gehen auf unebenem Gelände sei zu vermeiden, Treppensteigen sei möglich. Das Besteigen von Leitern sei zu vermeiden. Arbeiten, die zu Vibrationen oder Schlägen auf die linke

Schulter oder auf das linke Knie führten, dürften nicht durchgeführt werden. Zu vermeiden seien sodann repetitive Kniebewegungen, Arbeiten mit Zwangsbewegungen im linken Kniegelenk und Arbeiten, die ein Balancieren erforderten (S. 9 unten).

5.4

Die Ärzte des C.____

gaben im Bericht vom 1. Februar 2018 (Urk. 8/53) an, der Beschwerdeführer sei seit dem 1. Februar 2018 im C.____ in ambulanter Behandlung. 5.5

Am

2. Juli 2018 (Urk. 8/55/1-2) wurde über die

Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 23. Juni bis 3. Juli 2018 berichtet. Die Ärzte des C.____

nannten

im Bericht als Diagnosen äthyltoxische Leberzirrhose, Child Stadium C, und asymptotische Umbilicalhernie im Rahmen von ersterer Diagnose (S. 1). 5.6

Im Bericht vom 9. September 2018 (Urk. 8/69/11-12) stellten die Ärzte des C.____

folgende Diagnose (S. 1): - äthyltoxische Leberzirrhose, aktuell Child A - Alkoholabusus bis Februar 2018 - Gastroskopie 23. Juni 2018: hochgradiger Verdacht auf stattgehabte Varizenblutung bei Ösophagusvarizen Grad I-II mit « red

spots » - Status nach 2x sekundärprophylaktischer Gummibandligatur der Ösophagusvarizen - hepatische Enzephalopathie, im Rahmen dekompensierter Leberzirrhose und Varizenblutung, Juni 2018 5.7

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, stellte im Bericht vom 22. Februar 2019 (Urk. 8/69/16-17) folgende Diagnosen (S. 1): - proximale rechtsbetonte Beinparese beidseits seit einer Hospitalisation im Juli 2018 - Ätiologie unklar, Differentialdiagnose CIDP - MRI der Lendenwirbelsäule (LWS)

6. Februar 2019: leichte neuroforaminale Enge bei LWK 4/5, keine Spinalkanalstenose, Spondylarthropathie der Facettengelenke lumbosakral - vorbestehende Spitzfußstellung links bei wahrscheinlicher Sehnenverkürzung des Musculus gastrocnemius, Status nach mehreren Tibia-Operationen in der Jugend - Status nach hepatischer Enzephalopathie bei dekompensierter Leberzirrhose, Juni 2018, abstinent

seit Februar 2018

Dr. D.____ führte zur Anamnese aus, es bestehe unverändert eine Beinschwäche rechtsbetont. Im Verlauf nach der Hospitalisation im C.____

sei es zu einer leichten Besserung der Beschwerden gekommen. Der Beschwerdeführer sei weiterhin sehr schwach. Nach einer Gehstrecke von 50-100 Metern werde es noch schwieriger. Einmal pro Woche erfolge eine Physiotherapie (S. 1 unten).

Die Ursache der proximalen Beinparese bleibe weiterhin unklar. Eine lumbale Spinalkanalstenose sei nicht nachgewiesen worden. Eine chronische Variante des Guillain-Barré-Syndromes (CIDP) mit proximaler Betonung sei möglich (S. 2 Mitte). 5.8

Dr. D.____ gab in einem weiteren Bericht vom 26. März 2019 (Urk. 8/69/18-19) an, der Patient habe über einen erfreulichen Verlauf berichtet mit objektiver und subjektiver Besserung der proximal betonten Parese, die differentialdiagnostisch am ehesten auf eine CIDP zurückzuführen sei . Aufgrund des günstigen Verlaufs sei auf weitere Ab klärungen verzichtet worden (S. 2). 5 .9

Der Beschwerdeführer war seit dem 4. Juli 2018 bei med. pract. E.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Tropen- und Reisemedizin, in hausärztlicher Behandlung (Urk. 8/69/2 Ziff. 1.1).

Med. pract. E.____

nannte in einem Bericht vom April 2019 (Urk. 8/69/2-5) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine proximale Beinparese beidseits seit einer Hospitalisation im Juni 2018

(S. 2 Ziff. 2.5). Sie attestierte für die bisherige Tätigkeit in der Reinigung seit Beginn der Behandlung im Juli bis Ende November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . Zuvor sei die Arbeitsunfähigkeit durch Dr. med. O.____

attestiert worden. Im Dezember 2018 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % bestanden. Seit dem 1. Januar 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (S. 1 Ziff. 1.3). Für die Tätigkeit in der Reini gung beziehungsweise für eine körperliche Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit blei bend eingeschränkt (S. 2 Ziff. 2.7). Der Beschwerdeführer sei gegenwärtig im Bereich Planung und Organisation bezüglich der Angestellten seines Reinigungs unternehmens tätig (S. 2 Ziff. 3.1). Von den organisatorischen Arbeiten abge sehen sei die Arbeit körperlich eher streng und repetitiv (S. 3 Ziff. 3.3). 5 .10

Dr. D.____ gab im Bericht vom 9. Juni 2019 (Urk. 8/70/1-2) an, er habe keine Arbeitsunfähigkeitszeugnisse ausgestellt. Er erachte den Patienten aber seit der Hospitalisation im C.____ im Juli 2018 für Reinigungsarbeiten als arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 1.3). Eine l ansame Erholung der Kraft in den Beinen sei grundsätzlich möglich. Dies könnte jedoch mehrere Jahre in Anspruch neh men. Er vermute, dass der Beschwerdeführer zumindest in den nächsten Jahren für körperlich anstrengende Arbeiten wie Reinigungsarbeiten nicht mehr arbeits fähig sei (S. 1 Ziff. 2.7).

In einer angepassten eher sitzenden od er wechselbelastenden Tätigkeit ohne körperliche Anstrengung sei wahrscheinlich ein Arbeitspensum von 100 % mög lich (S. 2 Ziff. 4.2). 5 .11

Dr. med. F.____ , Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, RAD, führte in der Stellungnahme vom 27. September 2019 (Urk. 8/74 S. 4 ff.) aus, bei der ersten Prüfung eines Leistungsanspruches sei ein Invaliditätsgrad v on 23 % festgestellt worden. Die Beschwerdegegnerin habe dabei auf das Belastungsprofil der Suva abgestellt. Zu diesem Zeitpunkt hätten nach dem Sturz vom Dezember 2011

vor allem Beschwerden aufgrund einer Rotatorenmanschetten -Insuffizienz der linken Schulter vorgelegen

(S. 4 oben). Der Beschwerdeführer habe in der Folge mit einem Anteil vom 70 % in der Reinigung und von 30 % in der Administration seines Geschäftes gearbeitet. Zu einer gesundheitlichen Verschlechterung bestün den folgende Diagnosen (S. 4 Mitte): - proximale Beinparesen beidseits - fortgeschrittene Leberzirrhose (Child C)/Aszites -

asymptomatische Umbilicalhernie - Aethylabusus (seit Februar 2018 gestoppt)

Der Beschwerdeführer sei von hausärztlicher Seite seit dem 1. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden aufgrund der fortgeschrittenen Leberzirrhose mit Aszites. Vom 23. Juni bis 3. Juli 2018 sei eine Hospitalisation im C.____

erfolgt wegen einer hepatischen Enzephalopathie im Rahmen der dekompensierten Leberzirrhose bei einer Ösophagus-Varizenblutung. Der Aszites sei im Verlauf rückläufig gewesen. Für die Tätigkeit in der Reinigung sei seit der Hospitalisation vom 23. Juni bis Ende November 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und im Dezember 2018 von 80 % attestiert worden. Seit dem 1. Januar 2019 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % . Die Hausärztin habe wohl berücksichtigt, dass dem Beschwerdeführer administrative Arbeiten weiter hin zu 30 % möglich seien , aber

für reine Reinigungsarbeiten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe (S. 4 unten).

Ein MRI der LWS

vom 6. Februar 2019 zeige eine leichte neuroforaminale Enge bei LWK 4/ 5. Eine Spinalkanalstenose bestehe nicht. Ein MRI des Myelons vom 1. März 2019 (zur weiteren Klärung der proximalen Beinpareesen beidseits) zeige eine relative, links führende Spinalkanalstenose bei BWK 7/8 durch eine intraspinale Lipomatose. Eine ossäre Stenose sei nicht festgestellt worden. Zudem bestünden moderate degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule (HWS) 5/6 mit möglicher linksbetonter recessaler Einengung. Bei der Kontrolle vom 26. März 2019 sei eine deutliche Verbesserung bezüglich der möglichen Gehstrecke von 1 km und der Schwäche im rechten Bein festgestellt worden. Dr. D.____ habe am 9. Juni 2019 für die Reinigung weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % prognostisch für weitere 18-24 Monate attestiert. Bezüglich einer eher sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeit ohne körperliche Belastung sei von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (S. 4 f.).

Der RAD hielt fest, dass die Rotatorenmanschetten -Insuffizienz, die beidseitigen Beinpareesen sowie die asymptomatische Umbilicalhernie sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Für den linken Arm gelte weiterhin das Belastungsprofil gemäss der Stellungnahme des RAD vom 7. August 2013 (vgl. E. 3.3 hiervor). Demzufolge seien leichte bis mittelschwere Arbeiten möglich ohne repetitiven Einsatz des linken Armes und ohne die Anforderung eines raschen Arbeitstempos bezüglich des linken Arms. Zu vermeiden seien zudem Tätigkeiten mit dem linken Arm über der Schulterhöhe, mit nach vorne angehobenen Arm und das Hantieren mit Gewichten körperfern. Die Beinbefunde seien im Verlauf langsam rückläufig gewesen. Seit dem 9. Juni 2019 sei eine angepasste eher sitzende oder wechselbelastende Tätigkeit ohne grosse Belastung der Beine (maximal 5-10 kg) möglich. Gehen sei für eine Strecke von maximal 1 km am Stück möglich. Der Beschwerdeführer könne eine solche Tätigkeit mit einer Arbeitsfähigkeit von 100 % ausüben (S. 5 oben).

Für die bisherige Tätigkeit habe ab 1. Februar 2018 und weiterhin prognostisch für eine Dauer von 18 bis 24 Monaten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Für eine angepasste Tätigkeit habe seit dem 1. Februar 2018 ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden. Seit Beendigung der Hospitalisation im C.____

habe bis Ende Dezember 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % und seit Januar 2019 von 70 % bestanden. Anschliessend sei es zu einer langsamen Besserung der Beschwerden gekommen mit der Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 10 % pro Monat. Gemäss Dr. D.____ habe ab dem 9. Juni 2019 in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden. Eine langsame weitere Verbesserung sei möglich, sodass bezüglich der Schulter in zirka 24 Monaten wieder eine Arbeitsfähigkeit möglich sein sollte, wie 2012 durch die Suva bestimmt (S. 5 unten). 5.12

Dr. F.____ führte in der ergänzenden Stellungnahme vom 20. Mai 2020 (Urk. 8/87 S. 4) zum Unfall vom 25. Mai 2015 und den Akten der Suva aus,

beim Unfall sei es zu einer Kniekontusion/-distorsion links gekommen. Das von ihm beschriebene Belastungsprofil sei bezüglich des linken Knies noch anzupassen:

Das Gehen bis 50 m sei nicht eingeschränkt, lange Strecken und das Gehen auf unebenem Gelände sollten vermieden werden. Das Treppensteigen sei möglich, nicht aber ein Besteigen von Leitern. Auszuschliessen seien Schläge und Vibrationen am linken Knie, repetitive Kniebeugebewegungen und Zwangshaltungen des linken Knies sowie Arbeiten, welche ein sicheres Balancieren erforderten. Dies werde den festgelegten Invaliditätsgrad jedoch nur minim beeinflussen. Weitere Abklärungen seien nicht erforderlich. 5.13

Dr. D.____ stellte im Bericht vom 3. September 2020 (Urk. 3) folgende Diagnosen (S. 1): - proximale Beinparese beidseits seit einer Hospitalisation im Juli 2018 - am ehesten im Rahmen einer CIDP - MRI

HWS, Brustwirbelsäule 1. März 2019: Lipomatose intraspinal auf Höhe BWK 7/8 mit Spinalkanalstenose, jedoch ohne Signalalteration im Myelon - MRI LWS 6. Februar 2019: leichte neuroforaminale Enge bei LWK 4/5, keine Spinalkanalstenose, Spondylarthropathie der Facettengelenke lumbosacral - vorbestehende Spitzfussstellung links bei wahrscheinlicher Sehnenverkürzung des Musculus gastrocnemius, Status nach mehreren Tibia-Operationen in der Jugend - Status nach hepatischer Enzephalopathie bei dekompensierter Leberzirrhose, Juni 2018, seit Juli 2018 abstinent

In seiner Beurteilung hielt Dr. D.____ fest, dass der Beschwerdeführer bei stabiler proximal betonter Paraparese nun auch mit Physiotherapie beginnen werde (S. 2). 6.6.1

Der Beschwerdeführer erlitt vor über 30 Jahren einen Motorradunfall, welcher zu einer Verkürzung des linken Beins um 5 cm führte. Aktenkundig ist ferner die Schulterverletzung aus dem Jahre 2011, welche zur Zusprache einer Invalidenrente der Unfallversicherung bei einem IV-Grad von 23 % sowie einer Integritätsentschädigung führte (Urk. 8/24), während er in Rentenanspruch der Invalidenversicherung im Rahmen der Erstanmeldung mit Verfügung vom 3. April 2014 (Urk. 8/37) verneint wurde. 6.2

Seit Verfügungserlass hinzugekommen ist der

Unfall

aus dem Jahre 2015, bei welchem

der Beschwerdeführer sich das linke Kniegelenk anschlug. Kreisarzt Dr. B.____

diagnostizierte im Bericht vom 15. November 2016 diesbezüglich

einen Status nach Sturz vom 25. Mai 2015 beim Reinigen mit Knieanprall /Distorsion links mit Schrägriss im lateralen Meniskusvorderhorn, Rissbildung im Bereich des

Meniskus medialis und Kniearthroskopie mit Teilmeniskektomie medial und lateral und formulierte ein ausführliches

Belastungsprofil. In Bezug auf die linke Schulter hielt er fest, dass seit dem Sturz im Dezember 2011 und dem damals formulierten Belastungsprofil zwar weitere Einschränkungen hinsichtlich der Beweglichkeit hinzugekommen seien, sich diese aber nicht auf das Zumutbarkeitsprofil auswirken

(vorstehend E. 5.3).

Die behandelnden Ärzte stellten zudem neu

die Diagnosen äthyltoxische Leberzirrhose, asymptotische Umbilicalhernie, proximale, rechtsbetonte Beinparese

beidseits seit einer Hospitalisation im C.____ und Status nach hepatischer Enzephalopathie bei dekompensierter Leberzirrhose

(E. 5.4-5.10, 5.13).

RAD-Arzt

Dr. F.____

gelangte aufgrund der Einschätzungen des Suva-Kreisarztes,

von Dr. D.____

und der Ärzte des C.____

zum nachvollziehbaren Schluss, dass der Beschwerdeführer seit 1. Februar 2018 in angestammter wie angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig gewesen ist. In angepasster Tätigkeit ist er von Juli 2018 bis Ende Dezember 2018 zu 80 % arbeitsunfähig und seit Januar 2019 zu 70 % arbeitsunfähig gewesen. Ferner zeigte Dr. F.____ anhand des von den behandelnden Ärzten beschriebenen Verlaufs schlüssig auf, dass es anschliessend zu einer langsamen Besserung der Beschwerden gekommen ist mit einer

Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 10 % pro Monat, und dass ab 9. Juni 2019 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit unter Berücksichtigung des formulierten Belastungsprofils besteht (E. 5.11-12). 6.3

Nicht zu folgen ist den Einwendungen des Beschwerdeführers, wonach die Einschätzung des RAD nicht überzeugend und krankheitsbedingte Beschwerden nicht berücksichtigt und wonach ein polydisziplinäres Gutachten anzuordnen sei (Urk. 1 S. 6

Ziff. 4, Urk.

E. 2

Der Versicherte meldete sich am 13. Juni 2018 unter Hinweis auf eine Hernie sowie auf eine Entzündung der Leber und des Darms

erneut bei der Invalidenversicherung an (Urk. 8/43). Die IV-Stelle trat auf die Neuanmeldung ein und holte medizinische Berichte (Urk. 8/53-57, 8/69-70, Urk. 8/72) ein. Am 15. November 2019 (Urk. 8/77) erliess sie den Vorbescheid. Der Versicherte brachte dagegen Einwände (Urk. 8/84) vor. Die IV-Stelle zog in der Folge Akten des Unfallversicherers (Urk. 8/86) zum Verfahren bei. Mit Verfügung vom 5. August 2020 (Urk. 8/96, Urk. 8/90 = Urk. 2) sprach sie dem Versicherten befristet für die Zeit vom 1.

Februar bis

E. 2.1

Vorab zu prüfen ist in formeller Hinsicht

die geltend gemachte Verletzung des rechtlichen Gehörs.

Der Beschwerdeführer brachte diesbezüglich vor, die Beschwerdegegnerin habe am 5. August 2020 verfügt, ohne ihm vorgängig die erst nach Erlass des Vorbescheids beigezogenen S uva - Akten und die dazu eingeholte Stellungnahme des RAD zuzustellen. Auch sein Akteneinsichtsgesuch vom 6. August 2020 sei bis zur Beschwerdeerhebung nicht beantwortet worden (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 3).

E. 2.2

Aus Inhalt und Funktion des Akteneinsichtsrechts als Teil des Anspruchs auf rechtliches Gehör folgt, dass grundsätzlich sämtliche beweisheblichen Akten den Beteiligten gezeigt werden müssen, sofern in der sie unmittelbar betreffenden Verfügung darauf abgestellt wird. Denn es gehört zum Kerngehalt des rechtlichen Gehörs, dass die Verfügungsadressaten vor Erlass eines für sie nachteiligen Verwaltungsaktes zum Beweisergebnis Stellung nehmen können. Das Akteneinsichtsrecht ist somit eng mit dem Äusserungsrecht verbunden, gleichsam dessen Vorbedingung. Die Betroffenen können sich nur dann wirksam zur Sache äussern und geeignete Beweise führen oder bezeichnen, wenn ihnen die Möglichkeit eingeräumt wird, die Unterlagen einzusehen, auf welche sich die Behörde bei ihrer Verfügung gestützt hat. Das rechtliche Gehör dient in diesem Sinne einerseits der Sachaufklärung und stellt andererseits ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht im Verfahren dar. Daraus ergibt sich, dass der Versicherer, welcher neue Akten bezieht, auf die er sich in seiner Verfügung zu stützen gedenkt, grundsätzlich verpflichtet ist, die Beteiligten über den Akten bezug zu informieren. Das Akteneinsichtsrecht bezieht sich auf sämtliche verfahrensbezogene Akten, die geeignet sind, Grundlage des Entscheids zu bilden. Die Einsicht in die Akten, die für ein bestimmtes Verfahren erstellt oder beigezogen wurden, kann nicht mit der Begründung verweigert werden, die fraglichen Akten seien für den Verfahrensausgang belanglos. Es muss vielmehr den Betroffenen selber überlassen sein, die Relevanz der Akten zu beurteilen (BGE 132 V 387 E. 3 mit Hinweisen).

E. 2.3

Die Beschwerdegegnerin hatte das Akteneinsichtsgesuch des Beschwerdeführers vom 6. August 2020 (Urk. 8/102) zum Zeitpunkt der Beschwerde vom 14. September 2020 noch nicht behandelt. In der Vernehmlassung vom 28. Oktober 2020 äusserte sie sich nicht dazu (Urk. 7). Eine Nachfrage bei der Beschwerdegegnerin ergab, dass das Gesuch am 9. Oktober 2020 behandelt worden war (vgl. Urk.

E. 2.4

Vorliegend stellt der Umstand, dass die Beschwerdegegnerin die fragliche kreisärztliche und regionalärztliche Beurteilung dem Beschwerdeführer erst nach Beschwerdeerhebung zukommen liess, grundsätzlich eine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs dar, handelte es sich dabei doch um Unterlagen, auf welche sich die Beschwerdegegnerin bei ihrem Entscheid abstützte. Keine Rolle spielt dabei, dass sich die darin formulierten Einschränkungen lediglich auf das Belastungsprofil und nicht auf die Arbeitsfähigkeit

auswirken. Zudem wurde der Beschwerdeführer durch dieses Verhalten der Beschwerdegegnerin gleichsam auf den Rechtsweg gezwungen. Da eine Rückweisung einzig aus diesem Grund jedoch zu einer unnötigen Verzögerung und einem formalistischen Leerlauf führen würde und der Beschwerdeführer im Gerichtsverfahren nunmehr Gelegenheit hatte, sich zu äussern, ist von einer Aufhebung des angefochtenen Entscheides aus formellen Gründen abzusehen. Der Verletzung des rechtlichen Gehörs ist jedoch bei der Festsetzung der Entschädigung Rechnung zu tragen .

3.

E. 3

1. August 2019 eine ganze Rente zu. 2.

Der Versicherte erhob am 14. September 2020 Beschwerde gegen die Verfügung vom 5. August 2020 (Urk. 2) und beantragte, es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihm eine unbefristete Rente auszurichten (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2020 (Urk. 7) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 2. November 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 9). Mit Verfügung vom 5. Oktober 2021 (Urk. 13) wurde dem Beschwerdeführer Gelegenheit zur Stellungnahme zu den von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheids eingeholten Akten der Suva sowie des regionalärztlichen Dienstes gewährt. Am 24. Januar

2022 nahm der Beschwerdeführer dazu Stellung (Urk. 1

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) fest, gemäss den medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die Tätigkeit in der Reinigung seit dem 1. Februar 2018 nicht mehr zumutbar gewesen . Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit sei ihm keine Tätigkeit mehr zumutbar gewesen und es habe daher

ab dem 1. Februar 2019 bei einem Invaliditätsgrad von 100 % Anspruch auf eine ganze Rente bestanden . Seit Januar 2019 habe sich die gesundheitliche Situation wieder verbessert und der Beschwerdeführer habe sein Arbeitspensum stetig steigern können . Seit dem 9. Juni 2019 sei ihm eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit zu 100 % zumutbar , weshalb bis 31. August 2019 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe (S. 4 unten).

Gemäss dem vom

RAD

erstellten Belastungsprofil

mit Berücksichtigung des Unfalles vom 25. Mai 2015 sei dem Beschwerdeführer das Heben und Tragen von Lasten auf der linken Seite nur mit leichten Gewichten möglich . Arbeiten über Brusthöhe seien links nicht statthaft . Weiter sei das Hantieren links auf fein motorische und leichte Tätigkeiten zu beschränken . Auf der rechten Seite bestünden keine Einschränkungen. Diesbezüglich könne der Beschwerdeführer mit Gewichten von über 5 kg hantieren . Gehen sei bis zu einer Strecke von 50 Metern möglich. Längere Strecken und Gehen auf unebenem Gelände sollten hingegen vermieden werden. Das Besteigen von

Leitern sei zu unterlassen. Weiter sollten Arbeiten, die zu Schlägen oder Vibrationen auf das linke Knie führten sowie repetitive Kniebeugen und Zwangshaltungen für das linke Knie vermieden werden

(S. 5 oben). Das ergänzende Belastungsprofil (Kniekontusion/-distorsion links) des RAD beeinflusse den festgelegten Invaliditätsgrad nicht. Da es sich um reine Unfallfolgen handle, könne mit der Suva koordiniert werden, welche den Rentenanspruch mit Verfügung vom 23. Februar 2017 auf einen Invaliditätsgrad von 27 % erhöht habe (S. 5 unten).

E. 3.2

Der Beschwerdeführer führte aus, dass er nebst an den Unfallfolgen auch an krankheitsbedingten, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen leide und eine Arbeitsfähigkeit von 100 % nicht erstellt sei. Eine fachärztliche Gesamtbeurteilung sei unerlässlich. Die Stellungnahme durch den RAD genüge nicht. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung zu veranlassen (Urk. 1 S. 6 Ziff. 4). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit sei sodann erst nach drei Monaten zu berücksichtigen. Die Rente wäre daher bis Ende September 2020 auszurichten (S. 6 Ziff. 5).

Mit Stellungnahme vom 24. Januar 2022 (Urk. 17) ergänzte er, dass

die vom RAD am 20. Mai 2020 neu formulierte Zumutbarkeitsbeurteilung weitgehend mit der kreisärztlichen Beurteilung der Suva vom 15. November 2016 übereinstimme. Sie beruhe auf nicht aktualisierten Akten ohne persönliche Untersuchung und berücksichtige unfallfremde Beschwerden und Einschränkungen nicht (S. 2).

E. 3.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer über den 31. August 2019 hinaus Anspruch auf eine Rente hat. 4.4.1

Der Beschwerdeführer verletzte sich beim Unfall vom 12. Dezember 2011 an der linken Schulter (Urk. 8/16/116 Ziff. 4, 6 und 9). 4.2

Dr. med. Z. ____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte im Bericht vom 5. März 2013 (Urk. 8/17/5-7) die Diagnose Rotatorenmanschetten-Insuffizienz/Schulterfunktionsstörung links bei Status nach Naht der Rotatorenmanschette vom 30. Januar 2012 (S. 1 Ziff. 1.1).

Dr. Z. ____ führte zur Anamnese aus, der Beschwerdeführer sei im Dezember 2012 (richtig: 2011) auf die linke Schulter gestürzt, wodurch es zur Massentraktur der Rotatorenmanschette gekommen sei. Nach der Operation vom 30. Januar 2012 habe eine verzögerte Rehabilitationsphase bestanden

bei einer wegen Schmerzen verminderten Kraft bei passiv guter Beweglichkeit. Nach dem Reha-Aufenthalt vom 30. Oktober bis 5. Dezember 2012 sei die Arbeitsfähigkeit für die Tätigkeit als Inhaber eines Reinigungsunternehmens auf 30 % angesetzt worden. Der Patient sei bei der letzten Kontrolle vom 22. Februar 2013 nicht schmerzfrei gewesen (S. 2 Ziff. 1.4).

Für die Tätigkeit als Inhaber eines Reinigungsunternehmens habe seit dem 6. Dezember 2012 bis zum 5. März 2013 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % bestanden. Es bestünden Einschränkungen bezüglich der Funktion der linken Schulter. Arbeiten oberhalb der Brusthöhe könnten nicht durchgeführt werden. Die bisherige Tätigkeit sei zu 30 % zumutbar. Für Tätigkeiten ohne Überkopf arbeiten bestehe ab sofort eine Arbeitsfähigkeit

von mindestens 50 %

(S. 2 Ziff.

E. 7

). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 10

und Urk. 12/1) .

Weiter trifft es zu, dass die Beschwerdegegnerin die beigezogenen Akten der Suva und die ergänzende Stellungnahme des RAD dem Beschwerdeführer vor Erlass der Verfügung vom 5. August 2020 nicht zur Stellungnahme unterbreitet hat.

Mit Gerichtsverfügung vom 5. Oktober 2021 (Urk.

E. 13

) wurde n dem Beschwerdeführer die nach Erlass des Vorbescheids von der Beschwerdegegnerin eingeholten Suva-Akten (Urk. 8/86) sowie die

Beurteilung des RAD vom 20. Mai 2020 (Urk. 8/87 S. 4) zur Stellungnahme unterbreitet . Am 24. Januar 2022 (Urk. 17) ging die Stellungnahme des Beschwerdeführers dazu ein.

E. 17

- Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5 .

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

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