

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00228 vom 26. November 2025**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2025-11-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2024.00228](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2024.00228)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00228 du 26 novembre 2025

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2024.00228 del 26 novembre 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1973 geborene X.\_\_\_\_\_

erlitt am 21. April 2005 einen Motorradunfall, wobei er sich eine Radiusköpfchenfraktur links zuzog, welche am 29. April 2005 operativ behandelt wurde (Osteosynthese). Am 8. November 2005 wurde eine Arthrolyse des linken Ellbogengelenkes durchgeführt (Urk. 6/23/4). Am 16. Oktober 2006 erfolgte eine Arthrotomie des linken Ellbogens bei sekundärer Dislokation eines Fragmentes des Radiusköpfchens und Entfernung der Schrauben (Urk. 6/23/

#### **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. Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022.

Aufgrund der im Oktober 2016 anhängig gemachten Anmeldung bei der Invalidenversicherung wurde

eine Rente ab 1. April 2017 zugesprochen und diese bis 30. Juni 2021

befristet.

Der bei befristeten Rentenzusprachen für das anwendbare Recht entscheidende Zeitpunkt der massgebenden Änderung nach Art. 88a IVV (vgl. Rz. 9102 des vom Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] herausgegebenen Kreisschreibens über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR]) ist im Juni 2021. In dieser übergangsrechtlichen Konstellation ist die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesene Rechtslage massgebend, die im Folgenden

soweit nichts anderes vermerkt ist jeweils in dieser Version wiedergegeben, zitiert und angewendet wird.

#### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 4

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 148 V 321 E. 7.3.1, 145 V 209 E. 5.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2023 vom 18. September 2023 E. 3.3.1). 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). 1. 5

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 versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 140 V 193 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 6

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

des Bundesgerichts 9C\_406/2014 vom 31. Oktober 2014 E. 3.5 mit Hinweis auf BGE 135 V 254 E. 3.3.2).

Seit dem 1. Januar 2022 sind die (gleichgebliebenen) Aufgaben des RAD in Art. 54a IVG geregelt. Neu bestimmt Art. 49 Abs. 1 bis IVV, dass bei der Festsetzung der funktionellen Leistungsfähigkeit (Art. 54a Abs. 3 IVG) die medizinisch attestierte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und für angepasste Tätigkeiten unter Berücksichtigung sämtlicher physischen, psychischen und geistigen Ressourcen und Einschränkungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu beurteilen und zu begründen ist.

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

Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 145 V 97 E. 8.5, 142 V 58 E. 5.1 mit Hinweisen).

Reine Aktengutachten sind beweiskräftig, sofern ein lückenloser Befund vorliegt und es im Wesentlichen nur um die fachärztliche Beurteilung eines an sich feststehenden medizinischen Sachverhalts geht, mithin die direkte ärztliche Befassung mit der versicherten Person in den Hintergrund rückt (Urteile des Bundesgerichts 8C\_574/2023 vom 9. Januar 2024 E. 3.2, 8C\_812/2021 vom 17.

Februar 2022 E. 5.2, je mit Hinweisen) . 2.

### **E. 2.1**

In der angefochtenen Verfügung erwog die Beschwerdegegnerin, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Servicemonteur sei dem Beschwerdeführer dauerhaft nicht mehr möglich. Bei Ablauf des Wartejahrs resultiere eine Einkommenseinbusse von 100 % und somit ein Anspruch auf eine ganze IV-Rente. Die Rente könne frühestens sechs Monate nach Eingang des Gesuchs ausgerichtet werden, konkret ab 1. April 2017. Seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juni 2021 bestehe eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Rahmen von 100

%. Mit einem Invaliditätsgrad von 17 % habe der Beschwerdeführer keinen Anspruch mehr auf eine Rente . Die Befristung erfolge per 30. Juni 2021 (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, er habe nicht nur die von der Suva anerkannten unfallkausalen Einbussen , sondern auch noch eine erhebliche Funktionseinbusse durch unfallfremde Faktoren. Die Beschwerdegegnerin müsse den Einfluss der unfallfremden Einschränkungen der Gesundheit auf die Arbeitsfähigkeit eingehend abklären. Es fehle eine Abklärung der Auswirkungen des Morbus Bechterew und

des Pronator Teres Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit durch Fachleute der Rheumatologie und Neurologie.

Bei der Berechnung des Validenlohns müsse die Beschwerdegegnerin von denselben Grundlagen ausgehen wie die Suva

(Urk. 1 S. 3 ff. ). 3.

3.1

Versicherungsmediziner Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, und Versicherungsmedizinerin Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie, nannten in ihrem Bericht vom 23. Juni 2021 betreffend die Untersuchung vom 22. Juni 2021 (Urk.

7/85/7-28) die folgenden Diagnosen:

Ereignis vom 24. 04. 2005, Sturz mit Motorrad mit mehrfragmentärer Radiusköpfchenfraktur links und 1. Operation – Status nach ORIF Radiusköpfchen ,

B.\_\_\_\_ 29.04.2005 2. Operation – Arthrolyse Ellbogen 08.11.2005 3. Operation – Radiusköpfchenzurichtung 16.10.2006 4. Operation – Ulnaverkürzungsosteotomie wegen ulnocarpaler

Impaktion

25.02.2016 5. Operation – Re- Ulnaverkürzungsosteotomie ,

C.\_\_\_\_ 18.04.2017 6. Operation – anteriore und posteriore

Column

Precedure , Arthrolyse , Osteophytenresektion , Radiusköpfchenresektion, Anconeus -Interpositions- Arthroplastik, LUCL Raffung Ellbogen, C.\_\_\_\_ 23.03.2018 7. Operation – OSME und Narbenkorrektur Ulna , C.\_\_\_\_ 16.08.2019 8. Operation – Ossikelentfernung ulnarseitig , Osteophytenentfernung

radio ulnar und Nachresektion Radiusstumpf Ellbogen 27.02.2020

- Funktionseinschränkung bei mässiger Ellbogengelenksarthrose links -  
Funktionseinschränkung bei leichter Handgelenksarthrose (DRUG, TFCC-Läsion und zentraler SL- und LT-Bandläsion) links und (unfall fremdem ) Status nach Resektionsarthroplastik Daumensattelgelenk - abgeheilte Fussverletzung links

Als unfallfremde Diagnosen wurden die folgenden genannt: - M. Bechterew/ankylosierende Spondylitis, Behandlung ab 2011, aktuell ohne Behandlung - Status nach Daumengrundgelenks-Operation beidseits 2007 und 2009, bildgebend einer Resektionsarthroplastik des Os trapezium links entsprechend

Es wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer habe sich 2005 am linken Ellbogen verletzt, als er mit dem Motorrad gestürzt sei. Im Verlauf nach drei Operationen 2005 und 2006 habe er wieder die volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bis 2016 erlangt. 2016 sei es zu einem Rückfall der Beschwerden im linken Arm gekommen. Es seien im Verlauf fünf weitere Operationen im Jahresrhythmus erfolgt, jedoch habe die gewünschte Beschwerdefreiheit hierdurch nicht wiedererlangt werden können. Seit dem letzten Eingriff seien mehr als 16 Monate vergangen, so dass der natürliche Reparatursmechanismus und

das Remodelling abgeschlossen seien und der bestmögliche Zustand durch Anpassung und Angewöhnung erreicht sei. Erhebliche Zeichen einer Dekonditionierung fehlten, das muskuläre Relief sei seitengleich symmetrisch, die Kraft links sei diskret vermindert und vereinbar mit der Funktionseinbusse. Die geklagten Beschwerden an der linken Ellbogenregion und am Handgelenk entsprächen lässional üblichen Beschwerden nach acht Eingriffen und objektivierter manifester Arthrose und könnten durch eine Fortsetzung von ärztlichen Behandlungen nicht namhaft gebessert werden. Die zu erwartende mögliche Besserung durch weitere Heilbehandlungen falle nicht ins Gewicht. Es sei höchstens eine unbedeutende Besserung zu erwarten. Ein stabiler medizinischer Zustand liege vor. Eine namhafte Besserung im Sinne einer Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr zu erreichen. Möglich seien leichte Tätigkeiten ausser dem Bedienen von rüttelnden oder schlagenden Geräten mit der linken Hand, kein Lastentragen links, keine repetitiven Drehbewegungen Hand links. Das Hantieren mit Werkzeugen links (dominante Hand) sei nur leicht zulässig. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei dem Beschwerdeführer eine vollzeitige Tätigkeit mit voller Leistung zumutbar.

Bei der unfallfremden Erkrankung, dem Morbus Bechterew, handle es sich um eine Wirbelsäulenerkrankung. Diese fange häufig mit Entzündungen in den Kreuz-Darmbein-Gelenken (Iliosakralgelenken) an und die Entzündung greife von hier aus auf die ganze Wirbelsäule über und die Wirbelsäule versteife. Es handle sich um eine Autoimmunkrankheit. Die Operationen an beiden Daumen sattelgelenken seien wegen dieser Erkrankung durchgeführt worden (Urk. 6/85 /25

ff.) . 3.2

RAD-Arzt Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, nannte in seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2021 die folgenden Diagnosen: - Status nach Ossikelentfernung

ulnarseitig und offene Osteophytenentfernung

radioulnar, Nachresektion Radiusstumpf Ellenbogen links vom 27.02.2020 m/b - Status nach anteriorer und posteriorer

Column

Procedure, Arthrolyse, Osteophytenresektion, Radiusköpfchenresektion, Anconeus-Interpositions-Arthroplastik, LUCL Raffung links am 26.03.2018 - Sekundärer (posttraumatischer) radiohumeralbetonter Ellenbogenarthrose links (dominant) m/b Status nach Osteosynthese einer Radiusköpfchenfraktur 2005 und OSME 2006 und 2007 - DRUG-Arthrose mit dorsaler Subluxation m/b Status nach OSME Ulnarschaft, Re-Ulnaverkürzungsosteotomie 25.02.2016 bei Ulnarimpaktionsyndrom und Arthrose DRUG und TFCC-Läsion, zentrale SL- und LT-Bandläsion, aktuell störende Platte Ulna - Status nach Pronator Teres Syndrom links m/b Kribbelparästhesien linke Hand N. medianus - M. Bechterew m/b HLA B27 positiv, Sacroileitis beidseits, Status nach Remicade-Infusionen 2011-12 und Simponi-Infusion 2013

Seitens der Unfallversicherung liege ein stabiler Gesundheitszustand mit seit 2016 dauerhafter 100%iger Arbeitsunfähigkeit angestammt als Servicemonteur und angepasst vor. Ab dem Kreisarztuntersuch vom 22. Juni 2021 gelte unfallrelevant eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit angestammt sowie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster

Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ausser dem Bedienen von rüttelnden oder schlagenden Geräten mit der linken Hand, kein Lasttragen links, keine repetitiven Drehbewegungen Hand links, Hantieren mit Werkzeugen links [ dominante Hand ] nur leicht zulässig ). Gleichzeitig seien die Diagnosen M.

Bechterew/ Ankylosierende Spondylitis, Behandlung ab 2011, aktuell ohne Behandlung , sowie ein Status nach Daumengrundgelenks-OP beidseits 2007 und 2009 als unfallfremd davon ausgenommen worden. Da es sich bei den letzteren Diagnosen um unveränderte, nicht behandlungsbedürftige medizinische Sachverhalte ohne aktuelle Funktionseinbußen handle und der Beschwerdeführer damit bis zum UVG-Rückfall 2016 erwerbstätig gewesen sei, werde daraus jetzt keine zusätzliche Arbeitsunfähigkeits-Relevanz abgeleitet. Es könne das Ergebnis des Kreisarztuntersuchung vom 22. Juni 2021 übernommen werden. Weitere versicherungsmedizinische Abklärungen seien nicht notwendig (Urk. 6/93/12 f.). 3.3

Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 26. April 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, in Bezug auf den Ellbogen/Arm links könne er bestätigen, dass die Funktionalität des linken Armes ungenügend sei. Eine mechanische Belastbarkeit sei infolge der Handgelenkinstabilität nicht denkbar. Sicherlich könne eine Handwerker-tätigkeit wie bisher nicht mehr durchgeführt werden. Bezüglich des M. Bechterew komme es gehäuft zu belastungsabhängigen Schmerzexazerbationen mit NSAR- und Physiotherapie-Bedarf. Bei einer angepassten Tätigkeit könne eine Funktionalität erhalten bleiben. Er überlasse es den Spezialisten zu entscheiden, ob 50 % machbar sei oder nicht. Es seien nur ausserlesene leichte Tätigkeiten zumutbar (Urk. 6/103). 3.4

Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_, Abteilung für Handchirurgie, vom 20.

Juni 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei am 27. Januar 2016 erstmalig und zuletzt am 9. Mai 2022 vorstellig gewesen. Die Prognose bezüglich einer ellbogenbelasteten Arbeitsfähigkeit sei schlecht, da der Beschwerdeführer an einer posttraumatischen Ellbogenarthrose leide. Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit, zum Beispiel einer rein administrativen Tätigkeit, sei basierend auf der Aktenlage durchaus gut. Eine körperlich anspruchsvolle Tätigkeit sei zum jetzigen Zeitpunkt und wahrscheinlich auch in Zukunft nicht zumutbar. Eine rein administrative Tätigkeit sei ihm gegebenenfalls im reduzierten Pensum möglich (Urk. 6/110/6 ff.). 3.5

Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_, Schulter/Ellbogen, vom 3. Oktober 2022 zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei seit dem 18. Januar 2017 in Behandlung. Am 27.

Februar 2020 sei eine Entfernung eines ulnarseitigen

Ossikels sowie von Osteophyten radioulnar linksseitig erfolgt. In der Verlaufskontrolle am 8.

April 2020 habe sich ein erfreulicher Verlauf gezeigt, sodass die physiotherapeutisch instruierte Beübung der Mobilisation und ein Belastungsaufbau gestartet worden seien. In der Verlaufskontrolle vom 5.

Mai 2020 habe sich weiterhin ein positiver Verlauf mit noch Restbefund gezeigt, am ehesten im Rahmen einer postoperativen Bursa. In der weiteren Verlaufskontrolle am 27.

Mai 2020 hätten sich störende Dysästhesien gezeigt, welche sie am ehesten im Rahmen eines Karpaltunnelsyndroms oder Pronator-Teres-Syndroms interpretiert hätten, sodass der Beschwerdeführer in die handchirurgische Betreuung überwiesen worden sei. Eine erneute Verlaufskontrolle sei zwei Jahre und zwei Monate später am 13. Juli 2022 erfolgt, wo sich unveränderte Beschwerden gezeigt hätten. Aus schulterchirurgischer Sicht bestünden aktuell keine evidenzbasierten Therapieoptionen mehr. Die Prognose bezüglich Ellbogen-belastender Arbeitstätigkeit werde als eher schlecht eingeschätzt. Eine angepasste Tätigkeit sei gegebenenfalls denkbar (Urk. 6/112/6 ff.). 3.6

Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_, Universitäres Wirbelsäulenzentrum, vom 12. Oktober 2022 zuhanden der IV-Stelle wurde ausgeführt, es sei eine ambulante Behandlung vom 17. Februar bis 25. Mai 2020 erfolgt. Aktuell sei der Beschwerdeführer nicht in wirbelsäulenchirurgischer Behandlung. Bezüglich der Wirbelsäule sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Beschwerdeführer habe sich erstmals am 17.

Februar 2020 mit Verdacht auf C5/C6-Radikulopathie auf der linken Seite vorgestellt. Es sei eine Infiltration in das entsprechende Segment epidural erfolgt. In der weiterführenden Sprechstunde am 25.

Mai 2020 habe keine Verbesserung der Beschwerden attestiert werden können. Es sei eine Vorstellung bei den Neurologen im Hause erfolgt. Anschliessend sei keine weitere Konsultation erfolgt (Urk.

6/113/6 ff.) . 3. 7

RAD-Arzt Dr. D.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2023 fest, die in den Berichten der Klinik C.\_\_\_\_ thematisierte linksseitige Ellenbogensymptomatik gelte als UV-relevant und sei dort bezüglich Einschränkungen und Restarbeitsfähigkeit entsprechend gewürdigt worden. Die C5/6 Radikulopathie links sei zuletzt am 17. Februar 2020 sowie am 25. Mai 2020 in der Klinik C.\_\_\_\_ behandelt worden. Danach sei keine weitere Konsultation erfolgt, weshalb versicherungsmedizinisch kein hoher Leidens- und Behandlungsdruck angenommen werde. Auch dieser Sachverhalt sei mit dem bereits formulierten Eignungsprofil vereinbar. Gleiches gelte für die erwähnte Diagnose M. Bechterew. Gesamthaft attestierten auch die neuen Berichte, dass eine angepasste Tätigkeit denkbar sei. Es werde auch unter Berücksichtigung der unfallfremden Fakten weiterhin an der letzten RAD-Stellungnahme festgehalten (Urk. 6/130/8 f.). 3. 8

Im Bericht der Klinik C.\_\_\_\_, Universitäres Wirbelsäulenzentrum, vom 2.

November 2023 zuhanden der Beschwerdegegnerin wurde ausgeführt, seitens der Wirbelsäule sei der Beschwerdeführer seit dem 25.

Mai 2020 nicht mehr vorstellig gewesen. Zwischenzeitlich sei er durch die Kollegen der Schulterchirurgie und der Handchirurgie behandelt worden. Aus dem letzten Sprechstundenbericht der Handchirurgie vom 21.

August 2023 ergebe sich ein beschwerdefreier Status. Erstmals habe sich der Beschwerdeführer in der Wirbelsäulen-Sprechstunde am 17.

Februar 2020 vorgestellt. Hier sei eine Brachialgie auf der linken Seite mit Nachweis einer Diskushernie im Segment C4/5 links und eine Neuroforamenstenose ebendort festgestellt worden. Es seien periradikuläre Infiltrationen bei C6 durchgeführt worden, von denen der Beschwerdeführer jedoch nicht habe profitieren können. Somit sei als Schmerzursache die

radiologisch festgestellte Neuroforamenstenose C5/6 weitestgehend ausgeschlossen worden. Der Beschwerdeführer habe sich seit 2016 des Öfteren in der Klinik C.\_\_\_\_ vorgestellt und über persistierende Schmerzen, die aus der Radiusköpfchenfraktur aus dem Jahr 2005 ergingen, geklagt. Nach operativer Versorgung sowohl durch die Kollegen des Hand-Teams als auch des Schulter-Teams sei der Beschwerdeführer zuletzt nun beschwerdefrei geworden. Aus den Untersuchungen der Wirbelsäulenchirurgie habe sich nie eine behandelbare Pathologie dargestellt. Es liege keine Funktionseinschränkung vor .

(Urk.

6/119/11

ff.). 4.

#### **E. 4**

f. ).

Der Versicherte war vom 1. September 2000 bis 30. November 2016 bei der Y.\_\_\_\_ AG als Servicetechniker in einem vollen Pensum angestellt, wobei der letzte effektive Arbeitstag der 24. Februar 2016 war (Urk. 6/24 und Urk. 6/23/189 ). Am 25. Februar 2016 wurde eine Ulnaverkürzungsosteotomie links durchgeführt ( Urk.

6/23/126 =

Urk. 6/42). Mit Schadenmeldung vom

#### **E. 4.1**

Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer im Wesentlichen gestützt auf den Untersuchungsbericht der Versicherungsmediziner der Suva vom 23. Juni 2021 sowie die Aktenbeurteilungen des RAD mit Verfügung vom 21. März 2024 rückwirkend ab 1. April 2017 eine bis 30. Juni 2021 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu.

Bei einer rückwirkend befristeten Rentenzusprache wird gleichzeitig eine Rente zugesprochen und diese revisionsweise aufgehoben.

#### **E. 4.2**

Der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente ab 1. April 2017 ist unbestritten und steht mit der Akten- und Rechtslage im Einklang. So gelangte der RAD gestützt auf die medizinische Aktenlage zum Schluss, dass seit dem Rückfall vom 25. Februar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestand. Ausgehend von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 25. Februar 2016 und einem entsprechenden Invaliditätsgrad hat der Beschwerdeführer nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs ( IV-Anmeldung vom 20. Oktober 2016) ab 1. April 2017 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Art. 29 Abs. 1 IVG) .

#### **E. 4.3**

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die dem Beschwerdeführer ab 1.

April 2017 zugesprochene Rente zu Recht

per

30. Juni 2021

aufgehoben hat .

Unbestritten und gestützt auf die Aktenlage ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Servicemonteur weiterhin voll ständig arbeitsunfähig ist. Umstritten ist hingegen, in welchem Umfang er

seit jedenfalls Juni 2021 ( Zeitpunkt der Rentenaufhebung ) in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist .

#### **E. 4.4**

Zur Beurteilung der Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers stützt sie sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht insbesondere

auf den Untersuchungsbericht der Suva vom 23. Juni 2021

(vgl. vorne E. 3.1).

Dr.

Z.\_\_\_\_ hielt darin

fest, dass – nach dem Rückfall 2016 und fünf weiteren Operationen im Jahresrhythmus – im Zeitpunkt der Untersuchung (22. Juni 2021) – 16 Monate nach dem letzten Eingriff – ein stabiler medizinischer Zustand vorliege.

Der natürliche Reparatursmechanismus und das Remodelling seien abgeschlossen und der bestmögliche Zustand durch Anpassung und Angewöhnung sei erreicht. Eine Steigerung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr zu erreichen. Möglich seien leichte Tätigkeiten ausser dem Bedienen von rüttelnden oder schlagenden Geräten mit der linken Hand, kein Lasttragen links, keine repetitiven Drehbewegungen Hand links. Das Hantieren mit Werkzeugen links (dominante Hand) sei nur leicht zulässig. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen sei dem Beschwerdeführer eine vollzeitige Tätigkeit mit voller Leistung zumutbar.

Dementsprechend ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass seit der kreisärztlichen Untersuchung vom 22. Juni 2021 unter Beachtung des Belastungsprofils eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestand und damit eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten war. 4. 5

Der Beschwerdeführer macht geltend, die Beschwerdegegnerin habe die Auswirkungen unfallfremder Faktoren (Morbus Bechterew und Pronator - Teres - Syndrom) nicht abgeklärt.

In Bezug auf die Kribbelparästhesien der linken Hand, welche im Rahmen eines Pronator -Teres-Syndroms interpretiert worden sind, ist den medizinischen Akten zu entnehmen, dass die neurologische Untersuchung vom 4. Dezember 2019 einen unauffälligen Befund des Nervus medianus radialis und ulnaris ergab (Urk. 6/ 81/104

f. ). MR-tomographisch konnte keine eindeutige Engstelle dokumentiert und damit keine anatomische Entsprechung gefunden werden ( MRI vom 2. September 2020, Urk. 6/ 82/52 f. , vgl. auch Urk. 6/ 82/48 f.

und Urk. 6/ 82/39 ). Aus den medizinischen Akten geht des Weiteren hervor, dass die Kribbelparästhesien bereits im November 2020 deutlich zurückgegangen waren und keine Notwendigkeit für eine operative Massnahme bestand ( vgl. Urk. 6/84/60 f. ).

Anschliessend

sind in diesem Zusammenhang bis zum Verfügungszeitpunkt keine weiteren Untersuchungen oder Behandlungen aktenkundig, weshalb sich weitere Abklärungen erübrigen.

RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ führte in seiner Stellungnahme vom 20. Juli 2021 aus, bei den unfallfremden Diagnosen M. Bechterew/ ankylosierende Spondylitis (Behandlung ab 2011, aktuell ohne Behandlung) und einem Status nach Daumengrundgelenks-OP beidseits (2007 und 2009) handle es sich um nicht behandlungsbedürftige medizinische Sachverhalte ohne aktuelle Funktionseinschränkung und der Beschwerdeführer sei damit bis zum UVG-Rückfall 2016 erwerbsfähig gewesen (vgl. vorne E. 3.2).

Den Berichten der Klinik C. \_\_\_, Universitäres Wirbelsäulenzentrum, vom Oktober 2022 und November 2023 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer aktuell nicht in wirbelsäulenchirurgischer Behandlung ist und bezüglich der Wirbelsäule bisher keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ist (vgl. vorne E. 3.6). Ebenso

wenig ist in diesem Zusammenhang eine aktuelle neurologische Behandlung aktenkundig. RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_

wies darauf hin, dass

die C5/6 Radikulopathie links zuletzt am 17. Februar 2020 sowie am 25. Mai 2020 in der Klinik C. \_\_\_ behandelt worden sei. Sowohl diese Diagnose wie auch diejenige des Morbus Bechterew seien mit dem formulierten Eignungsprofil vereinbar. Gesamthaft sei auch gemäss den neuen Berichten eine angepasste Tätigkeit zumutbar (vgl. vorne E. 3.7).

Dementsprechend drängen sich auch diesbezüglich keine weiteren Abklärungen auf. 4.6

Insgesamt erfüllen die – gestützt auf die den Verlauf seit der Operation vom 25. Februar 2016 lückenlos dokumentierenden Berichte der behandelnden Ärzte – vorgenommenen Aktenbeurteilungen von RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ die von der Rechtsprechung verlangten Anforderungen an eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage und vermögen in ihren nachvollziehbar begründeten Schlussfolgerungen zu überzeugen. Es liegen keine medizinischen Berichte vor, welche auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen begründen würden.

Es kann somit auf die beweiskräftige Einschätzung von RAD-Arzt Dr. D. \_\_\_ abgestellt und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit jedenfalls ab Juni 2021

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_23/2023 vom 21. August 2023 E. 5.1 mit Hinweisen) in einer angepassten Tätigkeit unter Beachtung des umschriebenen Belastungsprofils ausgegangen werden.

#### **E. 4.7**

Soweit der Beschwerdeführer den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich beanstandet und

vorbringt, sie hätte von den gleichen Grundlagen ausgehen müssen wie die Suva (Urk. 1 S. 3 f.), ist festzuhalten, dass auch mit den von der Suva herangezogenen Grundlagen zur Berechnung des Validen- und des Invalideneinkommens

– unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10

% –

ein rentenausschliessende r Invaliditätsgrad von 3 5 % resultiert . Daraus ergibt sich zum Vornherein keine Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin , weshalb offenbleiben kann, anhand welcher Grundlagen der Invaliditätsgrad vorliegend zu ermitteln ist.

#### **E. 4.8**

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die ab 1. April 2017 zuge sprochene ganze Rente zu Recht bis 30. Juni 2021 befristet. Damit erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen . 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss de m Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Dr. Marco Mona - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art.

46

BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin Arnold GramignaLeicht

#### **E. 9**

Juni 2016 meldete der Versicherte de r Suva einen Rückfall vom 25. Februar 2016 zum Motorradunfall vom 21. April 2005 (Urk.

6/23/115).

Nach erfolgter Früherfassung (Urk. 6/3) meldete sich der Versichert e am

20. Oktober 2016 (Eingangsdatum) unter Hinweis auf den Motorradu nfall vom 21. April 2005 und damit zusammenhängende Ellenbogen-Beschwerden sowie auf Rückenbeschwerden wegen eines Mo r bus Bechterew bei der Sozialversicherungs anstalt

des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 6/10). Die IV-Stelle zog die Akten der Suva bei und klärte den medizinischen und beruflichen

Sachverhalt ab. Am 20. März 2017 teilte sie dem Versicherten mit, dass keine beruflichen Massnahmen möglich seien (Urk. 6/65).

Am 18. April 2017 wurde eine Osteosynthesematerialentfernung (OSME) sowie eine Re-Ulnaverkürzungsosteotomie links durchgeführt (Urk. 6/67/22 f.). Am 26. März 2018 erfolgte ein weiterer operativer Eingriff (anteriore und posteriore

Column

Procedure, Arthrolyse, Osteophytenresektion, Radiusköpfchenresektion, Anconeus-Interpositions-Arthroplastik, LUCL Raffung links, Urk. 6/78/118 f.). Am 16. August 2019 wurde eine Schrauben- und Plattenentfernung sowie eine Narbenkorrektur durchgeführt (Urk. 6/79/8 f.). Am 27. Februar 2020 wurde eine Ossikelentfernung

ulnarseitig sowie eine Osteophytenentfernung

radioulnar und eine Nachresektion des Radiusstumpfs links durchgeführt (Urk. 6/81/36 f.).

Am 22. Juni 2021 erfolgte eine ärztliche Untersuchung durch Versicherungsmediziner der Suva (Urk. 6/85/7 ff.).

Am 24.

Juni 2021 stellte die Suva die Heilkosten- und Taggeldleistungen per 31.

Juli 2021 ein (Urk. 6/86). Mit Verfügung vom 25. August 2021 sprach

die Suva dem

Versicherten

eine

Invalidenrente

basierend

auf

einem

Invaliditätsgrad

von

35

%

ab

1.

August

2021

sowie

für

die  
verbliebene  
Beeinträchtigung  
aus  
dem

Unfall vom 21. April 2005 eine auf einer Integritäts einbusse von 42 .5 % beruhende  
Integritätsentschädigung  
zu (Urk. 6/88).

Nach Einholung einer Stellungnahme des regionalen ärztlichen Dienstes ( RAD )  
(Urk. 6/93/12

f.) stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Zusprache einer vom 1. April 2017 bis 30. Juni  
2021 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht ( Vorbescheid vom 12. November 2021,  
Urk. 6/95). Im Rahmen des Einwandver fahrens tätigte sie weitere Abklärungen und holte  
Stellungnahmen des RAD ein (Urk.

6/130/4

ff.).

Mit Verfügung vom 21. März 2024 sprach sie dem Versicherten wie vorbeschieden eine  
vom 1. April 2017 bis 30. Juni 2021 befristete ganze Rente zu (Urk. 6/143 und Urk. 6/133 =  
Urk. 2). 2.

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 18. April 2024 Beschwerde und  
beantragte, die angefochtene Verfügung sei insoweit abzuändern, als sie ihm ab dem 1. Juli  
2021 keine IV-Rente zuspreche. Die Akten seien an die Beschwer degegnerin zurückzuw ei  
sen, damit sie ihm nach den sich aufdrängenden Abklä rungen eine IV-Teilrente zuspreche  
(Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2024 beantragte die  
Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer  
mit Verfügung vom 13. Juni 2024 mitgeteilt wurde (Urk. 7). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen ist, soweit für die  
Entscheidfindung erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen einzuge hen. Das Gericht  
zieht in Erwägung: 1.

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