

SO_GERICHTE VSBES.2017.23 vom 6. Dezember 2016

SO Obergericht, 2016-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.23

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.23 du 6 décembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.23 del 6 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 6. Dezember 2016 sei aufzuheben.

E. 2

Dem Beschwerdeführer seien die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mehr als 40 % zuzusprechen und es seien Massnahmen beruflicher Art anzuordnen.

E. 3

Eventualiter sei die Angelegenheit zur Vornahme weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Mit der Beschwerdeschrift werden verschiedene Berichte der Klinik D.____ eingereicht (vgl. Beschwerdebeilagen / BB-Nrn. 3 – 16). 3. Mit Eingabe vom 28. Februar 2017 (A.S. 19) verzichtet die Beschwerdegegnerin im Rahmen der Beschwerdeantwort auf Ausführungen und beantragt die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer lässt am 7. März 2017 (A.S. 21) einen weiteren Bericht der Klinik D.____ vom 24. Februar 2017 (BB Nr. 17) einreichen.

E. 3.1

hiervor) nicht genügen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die Kosten des Gutachtens zu bezahlen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.3 f. S. 501 f.). Weil das Gutachten aber auch für das parallel laufende unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren VSBES.2017.60 eingeholt wurde, sind die Kosten der Begutachtung von insgesamt CHF 17'728.10 je hälftig auf die beiden Beschwerdeverfahren aufzuteilen. Der Beschwerdegegnerin ist also im vorliegenden Verfahren ein Teilbetrag von CHF 8'864.05 aufzuerlegen.

E. 4

4.1 Mit Verfügung vom 9. Oktober 2017 (A.S. 28 ff.) teilt der Präsident des Versicherungsgerichts den Parteien mit, zur Beurteilung der Streitfrage, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin habe, werde ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der polydisziplinären Begutachtung (Orthopädische Chirurgie, Neurologie, Psychiatrie) die Begutachtungsstelle E.____ Polydisziplinäre Medizinische Abklärungen, und die Gutachterpersonen Dr. med. F.____, Orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. G.____, Neurologie FMH, und Dr. med. H.____, Psychiatrie und Psychotherapie FHM, zu beauftragen. Die Parteien erhalten Gelegenheit, sich zur Gutachterstelle und den Gutachtern äussern sowie Zusatzfragen zum Fragenkatalog beantragen. Zudem wird festgestellt, dass im Rahmen des ebenfalls beim Versicherungsgericht hängigen unfallversicherungsrechtlichen Verfahren (VSBES.2017.60) ebenfalls ein Gerichtsgutachten bei derselben Gutachterstelle E.____ in

Auftrag gegeben werde. 4.2 Der Beschwerdeführer stellt mit Eingabe vom 30. Oktober 2017 (s. Akten VSBES.2017.60 / A.S. UV 65 ff.) durch den Beschwerdeführer gestellten Ausstands- und Ablehnungsbegehren gegen die Gutachterstelle E.____ und die Gutachterpersonen Dres. med. F.____, G.____ und H.____, welche der Präsident des Versicherungsgerichts mit Verfügung vom 9. November 2017 (A.S. 32 ff.) abweist und die Begutachtungsstelle E.____ mit der Begutachtung beauftragt. Auf die durch den Beschwerdeführer dagegen beim Bundesgericht erhobene Beschwerde vom 6. Dezember 2017 (A.S. 41 ff.) tritt dieses mit Urteil 8C_863/2017 vom 23. April 2018 (A.S. 63 ff.) nicht ein. 4.3 Die Begutachtungsstelle E.____ erstattet ihr Gutachten am 28. Dezember 2018 (A.S. 77 ff.). Der Beschwerdeführer nimmt am 28. Januar 2019 dazu Stellung (A.S. 180 ff.) und lässt gleichzeitig weitere Unterlagen einreichen. Die Beschwerdegegnerin lässt sich nicht vernehmen (vgl. A.S. 184). 5. Die am 4. März 2019 eingereichte Kostennote der Vertreterin des Beschwerdeführers (A.S. 188 f.) geht mit Verfügung vom 5. März 2019 (A.S. 190) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. 6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente und / oder auf berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. 2. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil zudem das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 6. Dezember 2016 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im Januar 2013 die ab Januar 2008 resp. 2012 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). 2.2 Anspruch auf eine Rente haben jene Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Art. 28 Abs. 1 IVG lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Der Anspruch auf eine ganze Rente besteht, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad auf Grund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt

der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

2.4 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (Art. 8 Abs. 1 IVG lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

3. 3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte 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 Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 195 f., 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob

der Bericht 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 begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E. 3b/aa S. 352 f.). 4. Bei Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2016 lagen der Beschwerdeführerin im Wesentlichen die folgenden für die Anspruchsbeurteilung relevanten medizinischen Unterlagen vor: 4.1 Im Bericht vom 27. März 2013 (IV-Nr. 15 S. 2 f.) stellten Dr. med. I. ____, Teamleiter Stv. Kniechirurgie, und Dr. med. J. ____, Assistenzärztin, Orthopädie, Klinik D. ____, folgende Diagnosen: - Chronische Knieschmerzen und Instabilitätsgefühl mit Blockaden und Giving ways Knie links mit / bei - Initial Kniedistorsion 17. April 1993 beim Fussballspielen mit - Ruptur vorderes Kreuzband und Korbhakenriss lateraler Meniskus - Laterale Teilmenishektomie 1993 - Bei persistierender Instabilität und Schmerzen VKB-Plastik (BTB 1995) - Status nach Schraubenentfernung bei störendem Osteosynthesematerial 1997 (alles in [...]) - Wiedervorstellung in [...] auf Grund progredienter Schmerzen und Giving way-Symptomatik im Februar 2012 - Arthroskopie und Gelenkskörperentfernung, sowie Knorpelshaving lateral im Februar 2012 - Bei persistierenden Schmerzen Ostenil-Infiltration Juni 2012 - November 2012 erneutes MRI mit Darstellung der bereits bekannten degenerativen Veränderungen (Pangonarthrose, vor allem lateral bereits Unregelmässigkeiten der Gelenksfläche, Osteophyten medial, lateral und retropatellär) - Bei Status nach Teilmenishektomie lateral nur kleiner Restmeniskus vorhanden In Bezug auf die Ätiologie der Schmerzen könnten sich die Ärzte den vorbehandelnden Kollegen anschliessen, am ehesten handle es sich um eine symptomatische Pangonarthrose. Zusätzlich bestünden wohl Schmerzen weiter distal, eher neuropathischen Schmerzen entsprechend. Diese stünden laut Beschwerdeführer jedoch aktuell nicht im Vordergrund. Eine weitere Problematik seien die rezidivierenden Giving ways und auch Blockadegefühle, die auch nach der Arthroskopie nicht ganz verschwunden seien. Aktuell lägen auch keine konventionellen Röntgenaufnahmen vor, diese wolle man bis zur nächsten Konsultation durchführen (Kniestatus links, Rosenbergaufnahme und Orthoradiogramm). Zusätzlich wolle man noch heute eine Kniegelenksinfiltration mit Lokalanästhesie und Steroiden durchführen und den Beschwerdeführer in sechs Wochen wiedersehen. Dann solle je nach Wirksamkeit erneut die weitere operative oder konservative Therapie besprochen werden. Die Arbeitsunfähigkeit werde weiterhin zu 100 % attestiert. Eine neue Physiotherapie oder Medikamentenverordnung sei nicht erfolgt. 4.2 PD Dr. med. I. ____, Dr. med. K. ____, Assistenzarzt, Orthopädie, Klinik D. ____, bestätigten im Bericht vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 67 S. 14 f.) die bereits im Bericht vom 27. März 2013 (vgl. E. II. 6.1 hiervor) gestellten Diagnosen und beurteilten diese wie folgt: Beim Beschwerdeführer bestehe eine

deutliche Pagonarthrose. Klinisch imponierten auch starke Schmerzen im Ansatzbereich des Pes anserinus. Angesichts des Nichtansprechens auf die Infiltration sowie die klinische Untersuchung bei relativ jungem Alter des Beschwerdeführers werde aktuell von einer Knie-Totalprothesenimplantation abgeraten. Andere operative Möglichkeiten bestünden auf Grund der doch fortgeschrittenen arthrotischen Veränderungen keine. Es werde eine physiotherapeutische Behandlung mit Aufdehnung und Kräftigung der ischiocruralen Muskulatur sowie lokale Entzündungshemmung mit Ultraschall oder Iontophorese am Pes anserinus durch die Physiotherapie empfohlen. Auf Grund der radiologisch objektivierbaren Befunde sei die Arbeit als Bodenleger für den Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar.

Dasselbe gelte auch nach Implantation einer Knieprothese. Ein Jobwechsel resp. eine Umschulung wäre angezeigt. Vorerst seien keine weiteren Kontrollen vereinbart worden.

4.3 Im Austrittsbericht vom 10. September 2013 (IV-Nr. 20) führten med. pract. L.____, Spitalfachärztin, arbeitsorientierte Rehabilitation, und med. pract. M.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Rehaklinik N.____, folgende während des Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 22. Juli bis 10. September 2013 festgestellten Diagnosen auf: A. Unfall vom 17. April 1993: Linkes Knie beim Fussballspielen verdreht A1 Kniedistorsion links mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Korbhakenriss lateral am Meniskus - 30. April 1993 Arthroskopie mit partieller Menishektomie - 14. August 1997 Vordere Kreuzbandplastik mit freiem Ligamentum patellae - 1997 Schraubenentfernung bei störendem Osteosynthesematerial A2 Lateralbetonte Pagonarthrose links - 27. Februar 2012 Kniearthroskopie und Gelenkkörperentfernung sowie Shaving laterales Kompartiment links - 22. Juni 2012 Infiltration mit Viscosupplementation Ostenil plus links intraartikulär, keine schmerzlindernde Wirkung - 19. Oktober 2012 MRI Knie links: Unveränderte lateralbetonte Gonarthrose mit leicht regredienten Aktivierungszeichen. Unveränderte subchondrale Zystenbildung am Tibiaplateau ventromedial. Vorbestehende mukoide Degeneration des Hinterhorns des lateralen Restmeniskus mit Verdacht auf kleinen radiären Einriss. VKB-Graft intakt. Regredienter Gelenkserguss. - 21. März 2013 Röntgen Knie links, Rosenberg-Aufnahme und Orthoradiogramm: Lateralbetonte Pagonarthrose links mit grossen osteophytären Anbauten ventral und an der Trochlea, Valgusachse links von 6 - 21. März 2013 Intraartikuläre Instillation von Lokalanästhetikum und Steroid, nur sehr geringgradige Beschwerdelinderung - 16. Mai 2013 Kniesprechstunde [Klinik] D.____: Von einer Knie totalprothesenimplantation werde aktuell abgeraten. Physiotherapie mit Aufdrehen und Kräftigen der Ischiokruralmuskulatur sowie lokale Entzündungshemmung mit Ultraschall oder Iontophorese am Pes anserinus. Arbeit als Bodenleger nicht mehr zumutbar. Keine weiteren Kontrollen geplant. B. Adipositas Grad I (BMI 30,9 kg/m²) Die Probleme beim Austritt seien: 1. Belastungs- und bewegungsverstärkte sowie nächtliche Schmerzen am Knie links medial, 2. Leicht regrediente Mobilitätseinschränkung (subjektiv maximal 15 Minuten Gehen am Stück, Treppensteigen mühsam), 3. Leicht regrediente Knie-Instabilität links, 4. Regrediente Einschränkung der Knieflexion links, 5. Verbesserte schmerzbedingte Schlafstörung. Es werde ein selbständiges Training in einem Fitnesscenter gemäss den Instruktionen im Trainingsprogramm der Rehaklinik sowie die Fortsetzung des instruierten Heimprogrammes empfohlen. Die Ziele seien der Erhalt und die sukzessive Verbesserung berufsspezifischer Kraft- und Ausdauerkomponenten, der Gelenks- und Muskelfunktion des linken Kniegelenks und die Schmerzlinderung. Auf Grund von prognostischen Überlegungen (weitere Zunahme der Gonarthrose links) sei die zumutbare Belastbarkeit gegenüber den Testergebnissen etwas reduziert worden. Die berufliche Tätigkeit als

Bodenleger (Arbeitsvertrag sei vorhanden), sei nicht zumutbar. Die Anforderungen einer mittelschweren, kniebelastenden Tätigkeit seien zu hoch. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit ganztags zumutbar. Spezielle Einschränkungen seien: wechselbelastende Tätigkeit (im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen), ohne Gehen auf unebenem Boden, ohne Einnehmen von Zwangshaltungen für das linke Knie (Hocken, Knien, Kauern), ohne Ersteigen von Treppen, Gerüsten und Leitern. Da eine Rückkehr in die bisherige Arbeit nicht mehr möglich sei, werde die Versicherung feststellen, ab wann die faktische Arbeitslosigkeit gelte. 4.4 Im Bericht über die «berufliche Grundabklärung» vom 13. September 2013 (IV-Nr. 22) hielten der Fachmann Berufliche Eingliederung, O.____, der stellvertretende Rehamanager Berufliche Eingliederung, Jobcoach CAS, P.____, sowie med. pract. Q.____, Oberarzt Arbeitsorientierte Rehabilitation, Rehaklinik N.____, auf Grund des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 13. August bis 10. September 2013 fest, dieser habe grösstenteils ungenügende Resultate in der Grundabklärung erreicht. Seine schlechten Deutschkenntnisse seien auffällig gewesen und hätten die Abklärung erschwert. Ohne eine Verbesserung seiner Sprachkenntnisse sei der Zugang zum Arbeitsmarkt stark erschwert. 4.5 Dr. med. R.____, Facharzt für Chirurgie FMH, Kreisarzt der Suva, hielt anlässlich seiner Untersuchung vom 27. November 2013 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 35 S. 4 ff.) Chronische Knieschmerzen und Instabilitätsgefühl im Sinne von Giving way-Phänomenen Knie links, lateralbetonter Pangoarthrose links mit / bei: - Status nach Kniedistorsion links mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes und Korbhellenkläsion lateraler Meniskus (April 1993) - Status nach Kniearthroskopie links mit partieller lateraler Meniskektomie (April 1993) - Status nach vorderer BTB-Kreuzbandplastik (August 1979) - Status nach Schraubenentfernung bei störendem Osteosynthesematerial (1997) - Status nach Kniearthroskopie mit Gelenkkörperentfernung und Shaving des lateralen Kompartiments links (Februar 2012) - Status nach Infiltration mit Ostenil plus, ohne schmerzlindernde Wirkung (Juni 2012) - Status nach intraartikulärer Infiltration von Lokalanästhetikum und Steroid ohne schmerzlindernde Wirkung (März 2013) Beim Beschwerdeführer bestünden nach wie vor sowohl Ruheschmerzen als auch belastungsabhängige Schmerzen im linken Kniegelenk bei obengenannten Diagnosen. Die Beschwerden seien eindeutig auf eine radiologisch gesicherte Pangoarthrose des linken Kniegelenks zurückzuführen. Von medizinischer Seite her bestehe aktuell ein Endzustand, da auf Grund des jungen Patientenalters derzeit von einer Implantation einer Kniegelenksprothese abgeraten werde, da die Beschwerden subjektiv derzeit noch moderat seien. Insofern sei die medizinische Behandlung für den Moment abgeschlossen und von administrativer Seite könne der Fallabschluss ins Auge gefasst werden. Bezüglich der Zumutbarkeit könne an der Beurteilung der Rehaklinik N.____ festgehalten werden, so dass eine Tätigkeit im angestammten Beruf als Bodenleger künftig nicht mehr zumutbar sei, da die Anforderungen zu hoch seien. Für andere berufliche Tätigkeiten bestehe eine Zumutbarkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit ganztägig. Dabei sollte die Möglichkeit zur Wechselbelastung (Sitzen, Gehen, Stehen) gegeben sein. Auf dauer- oder regelhaftes Begehen von unebenem Gelände, Einnehmen von Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk (Hocken, Knien, Kauern) sowie auf häufiges Besteigen von Treppen, Gerüsten oder Leitern müsse künftig verzichtet werden. Eine Integritätsentschädigung sei geschuldet. 4.6 Im Schlussbericht der Institution B.____ vom 28. Februar 2014 (IV-Nr. 53) wurde auf Grund des durchgeführten Aufbautrainings vom 2. Dezember 2013 bis 9. März 2014 zusammenfassend festgehalten, der Beschwerdeführer weise sehr viele Fehlzeiten auf. Während der gesamten Einsatzzeit habe er in den

Coachinggesprächen nahezu ausschliesslich über seine Schmerzen gesprochen. Er habe auf Impulse bezüglich Zukunft, Arbeit und Schmerzbewältigung stets immun reagiert und sich nicht darauf eingelassen. Selbst im Gespräch vom 28. Januar 2014 mit der Eingliederungsfachfrau C. ___ und der Unterstützung des Übersetzers habe er stetig nur über seine Schmerzen berichtet. Auf Fragen sei er nicht eingegangen. Da er in der Montageabteilung eine ungenügende Leistung im Vergleich zum ersten Arbeitsmarkt erbracht habe, sei er in der Metallabteilung eingesetzt worden. Dies, weil dort oft die Maschine den Takt angebe und damit ein gewisses Arbeitstempo gefordert werde. Aber auch in der Metallabteilung sei es ihm nicht gelungen, seine Leistungsfähigkeit in die Nähe des ersten Arbeitsmarktes zu bringen. Wobei zu bemerken sei, dass er eine gute Qualität habe abliefern können, sein Tempo aber noch steigerungsfähig gewesen sei. Der Arbeitsmarkttest habe unter diesen Umständen, d.h. angesichts der vielen Fehlzeiten und der ungenügenden Leistungsfähigkeit, nicht verwirklicht werden können. Es werde vermutet, dass ein Arbeitgeber, der den Beschwerdeführer im Arbeitsmarkttest so kennenlernen würde, ihn hernach wohl kaum einstellen würde. Dem Beschwerdeführer werde dringend empfohlen an seiner Motivation zu arbeiten. In beiden Abteilungen habe er stark gezeigt, dass er nicht gewillt sei, eine entsprechende Leistung zu erbringen. Spannend sei auch gewesen, zu beobachten, dass er angegeben habe, bei der Arbeit nicht stehen zu können. In der Mittagspause sei er dann aber knapp eine Stunde am Fenster im Gang gestanden. Mit der derzeitigen Einstellung zur Arbeit würde der Beschwerdeführer wohl kaum eine Anstellung finden. Man sei jedoch überzeugt, dass er sehr wohl eine gute Leistung bringen könnte, denn die Qualität seiner Arbeiten sei meist gut gewesen. Er müsste nun an seiner Haltung gegenüber der Arbeit und an seinem Tempo arbeiten. 4.7

Auf Grund der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. Mai 2014 (IV-Nr. 64 S. 6 ff.) bestätigte Dr. med. R. ___ im Bericht vom 2. Juni 2014 die bereits im Bericht vom 27. November 2013 ausgewiesenen Diagnosen (vgl. E. II. 4.5 hiervor). Beim Beschwerdeführer bestünden klinisch praktisch identische Untersuchungsbefunde im Vergleich zur letzten kreisärztlichen Untersuchung vor sechs Monaten. Subjektiv habe der Beschwerdeführer doch den Eindruck, dass die Schmerzen stetig zunehmen würden und fühle sich insgesamt durch die starken Beschwerden derart eingeschränkt, sowohl privat als auch im Arbeitsleben, dass er nun nach reiflicher Überlegung eine prothetische Versorgung des linken Kniegelenkes wünsche. Es seien heute nochmals im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung sämtliche Für und Wider des operativen Vorgehens erklärt und vor allem das junge Patientenalter angeführt worden, was per se gegen die Implantation einer Prothese zum jetzigen Zeitpunkt spreche. Der Beschwerdeführer wünsche dennoch eine ambulante Konsultation in der Klinik D. ___ zur Besprechung einer Kniegelenksprothese. Da er dort bereits durch PD Dr. med. I. ___ zweimalig persönlich gesehen und beurteilt worden sei, empfehle Dr. med. R. ___ eine erneute Vorstellung zur Besprechung des weiteren Procederes mittels Kniegelenksprothese. Ansonsten ändere sich bis auf weiteres nichts an der bisherigen Zumutbarkeitsbeurteilung im Rahmen der letzten abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung vom 27. November 2013. 4.8

Im Sprechstundenbericht vom 19. August 2014 (IV-Nr. 65 S. 2 f.) bestätigten Dr. med. S. ___, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. T. ___, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik D. ___, die bereits im Bericht vom 27. März 2013 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Beschwerden könnten nicht eindeutig der Gonarthrose auf der linken Seite zugeordnet werden. In der klinischen Untersuchung imponierten vor allem die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus-Ansatzes. Es werde nun als nächster diagnostischer Schritt

das Pes anserinus therapeutisch infiltriert. Gleichzeitig würden die physiotherapeutischen Massnahmen fortgeführt und gegebenenfalls auch lokal antiinflammatorische Massnahmen durchgeführt. 4.9 Im Sprechstundenbericht vom 6. November 2014 (IV-Nr. 67 S. 6 f.) bestätigten Dr. med. U.____, Oberarzt Orthopädie, und Dr. med. V.____, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik D.____, ebenfalls die bereits im Bericht vom 27. März 2013 (vgl. E. II. 4.1 hiervor) aufgeführten Diagnosen. Beim Beschwerdeführer zeige sich eine komplexe Situation im linken Kniebereich bei Zustand nach mehrmaligen Operationen. Klinisch wie auch radiologisch zeige sich eine ausgeprägte Pangoarthrose, welche nur mittels Totalendoprothese versorgt werden könne. Ob damit sämtliche Beschwerden, insbesondere im Pes anserinus Bereich, behoben werden könnten, sei fraglich. Letztendlich erscheine den Ärzten bei persistierenden Beschwerden und deutlich ausgeprägter Arthrose trotz jungem Alter die Totalendoprothese die einzig mögliche operative Versorgung. Sie seien so verblieben, dass der Beschwerdeführer sich die Möglichkeit der endoprothetischen Versorgung überlege und dies mit der Unfallversicherung rückbespreche. Sollte der Entscheid positiv ausfallen, könne er sich jederzeit wieder in der Kniesprechstunde vorstellen, wo dann die Prothesenimplantation zu planen wäre. Bezüglich der Valgusfehlstellung würden ihm Schuheinlagen mit medialer Schuhranderrhöhung zur möglichen konservativen Verbesserung der Beschwerden im Bereich des Pes anserinus verschrieben. 4.10 Der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. W.____, Innere Medizin FMH, führte im Arztbericht vom 4. November 2014 (IV-Nr. 67 S. 1 ff.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf: 1. Chronische Knieschmerzen mit Instabilitätsgefühl (Giving way-Phänomen) und Blockaden mit / bei: - Status nach komplexem Kniedistorsionsstrauma links mit vorderer Kreuzbandruptur und lateraler Meniskusläsion April 1993 - Status nach Kniearthroskopie links mit partieller lateraler Meniskektomie April 1993 - Status nach vorderer Kreuzbandplastik August 1997 - Status nach Entfernung des störenden Osteosynthesematerials 1997 2. Posttraumatische lateralbetonte Pangoarthrose links: - Status nach Kniearthroskopie mit Gelenkkörperentfernung und Shaving des lateralen Kompartiments Februar 2012 - Status nach intraartikulärer Infiltration mit Ostenil plus Juni 2012 (ohne Schmerzlinderung) - Status nach intraartikulärer LA-/ Steroidinfiltration September 2012 und März 2013 (ohne nennenswerte Schmerzlinderung) - Status nach (diagnostischer) Infiltration des Pes anserinus am 22. August 2014 Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Adipositas-Grad I (BMI 30 kg/m²) - Pollen-Allergie (Rhinitis allergica) Der Beschwerdeführer sei seit dem 27. Februar 2012 bis aktuell in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Unterlagsbodenverleger zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär und es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Ergänzende medizinische Massnahmen seien angezeigt. Durch die posttraumatische Gonarthrose links sei der Beschwerdeführer in seiner Gehleistung (Auftreten von Knieschmerzen ab einer Gehstrecke von ca. 300 m), beim Einnehmen von Zwangshaltungen im linken Kniegelenk (Niederknien, Hocke- und Kauerstellung) sowie beim häufigen Besteigen von Treppen, Gerüsten und Leitern deutlich eingeschränkt. Überdies verspüre er auf unebenem Gelände und bei repetitiver Belastung ein Instabilitätsgefühl im linken Kniegelenk. Durch die oben erwähnten gesundheitlichen Beschwerden und funktionellen Einschränkungen im linken Kniegelenk bestehe eine relevante Behinderung in der angestammten Tätigkeit als Unterlagsbodenverleger, so dass ihm diese nicht mehr zumutbar sei. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Ihm seien indes andere Tätigkeiten zumutbar. Dies könnten leichte

bis mittelschwere Arbeiten in einem Team sein (z.B. als Lagerist, Hilfsarbeiter, Montagearbeiter etc.). Dabei wäre besonders zu beachten, dass es sich um wechselbelastende Tätigkeiten (gehend, stehend, sitzend) handle, ohne Begehen von unebenem Boden oder Einnehmen von Zwangshaltungen für das linke Knie (hockend, kniend, kauend) sowie repetitives Besteigen von Treppen, Gerüsten und Leitern. Für leichte bis mittelschwere Arbeiten sei unter Beachtung dieser Einschränkungen eine ganztägige Arbeit (d.h. acht Stunden pro Tag) mit den vorgeschriebenen Pausen zumutbar. Während des Arbeitsversuchs in der Bildungswerkstätte B.____ im Dezember 2013 (Montage- und Metallabteilung) habe der Beschwerdeführer allerdings eine ungenügende Leistung infolge mangelnder Motivation und zahlreicher Absenzen gezeigt. Bei der derzeitigen Einstellung zur beruflichen Tätigkeit sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im allgemeinen Arbeitsmarkt kaum eine Anstellung mit verwertbarer Arbeitsleistung finden werde.

4.11 Im Operationsbericht vom 13. März 2015 (IV-Nr. 70 S. 2 f.) der Klinik D.____ über die Einsetzung einer Knie-Totalprothese links (Medacta, MyKnee, Femur narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay 10 mm fixed bearing, Palacos) wurde für vier Wochen eine Stockentlastung mit halbem Körpergewicht empfohlen, dann ein Belastungsaufbau. Die Flexion / Extension seien frei. Für sechs Wochen sollte eine Thromboseprophylaxe initial mit Clexane und beim Austritt mit Xarelto stattfinden. Die Hautklammern seien zwei Wochen postoperativ zu entfernen. Die klinisch-radiologische Verlaufskontrolle finde drei Monate postoperativ statt.

4.12 Im Austrittsbericht der Rehaklinik N.____ vom 11. November 2015 (IV-Nr. 74) stellten Dr. med. X.____, Assistenzärztin, und Dr. med. Y.____, Facharzt Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, Arbeitsorientierte Rehabilitation, in Bezug auf die Hospitalisation des Beschwerdeführers vom 6. Oktober bis 10. November 2015 folgende Diagnosen: A. Unfall vom 17. April 1993: Beim Fussballspielen das linke Knie verletzt A1 Ruptur des vorderen Kreuzbandes, Korbhellenläsion des lateralen Meniskus links - 27. Mai 1993 Arthroskopie mit partieller Menishektomie - 14. August 1997 Vordere Kreuzbandplastik mit freiem Ligamentum patellae - 27. Februar 2012 Kniearthroskopie und Gelenkskörperentfernung und Shaving laterales Kompartiment links - 19. August 2014 Orthoradiogramm: Es zeigt sich eine Valgusfehlstellung von 6 links und 2 Valgus rechts. Kniestatus links: Es zeigt sich eine bereits fortgeschrittene Pangenarthrose - 6. November 2014 MRI Knie links: Arthrotische Veränderung medial als auch lateral und retropatellär mit multiplen, osteophytären Anbauten. Massive Gelenkspaltverschmälerung mit z.T. kaum noch vorhandenen Menisci medial und lateral. Die Menisci zeigen starke, degenerative Veränderungen mit z.T. kleinen, radiären und longitudinalen Einrissen, insbesondere im Hinterhornbereich. Im Bereich des tibialen Bohrkanals und des Pes anserinus leichtes Kontrastmittel-Enhancement mit Zeichen einer lokalen Entzündung bzw. Bursitis. Das VKB-Implantat erscheint ausgedünnt, jedoch kontinuierlich, HKB intakt - 13. März 2015 Knie totalprothese links zementiert - 16. Juni 2015 Röntgen Kniestatus links und Orthoradiogramm: Unverändert gute Lage des eingebrachten Prothesematerials ohne Zeichen einer Lockerung oder Lyse. Insbesondere medial kein Überhang der tibialen Komponente. Leichte Lateralisation sowie ebenfalls leichter Tilt der Patella. Varus von 0,5.

B. Psychosomatisches Konsilium, Rehaklinik N.____ (November 2015) - Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) - Subdepressive affektive Auslenkung bei psychosozialer Belastung durch Arbeitslosigkeit und gesundheitliche Probleme der Ehefrau (ICD-10 F43.21, Z56, Z63) Die Probleme beim Austritt seien: 1. Belastungsverstärkte mediale, laterale und dorsale Knieschmerzen, 2.

Leichte schmerzbedingte Bewegungseinschränkung Knie links, 3. Unklare berufliche Situation. Aktuell seien keine weiteren Kontrollen geplant. Im März 2016 wäre die klinisch-radiologische Jahreskontrolle in der Klinik D.____ vorgesehen. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen. Das instruierte Heimprogramm sei fortzusetzen. Nach dem Austritt seien keine spezifischen Massnahmen aus dem psychosomatischen Bereich erforderlich. Es sei eine mässige Symptomausweitung beobachtet worden. Diese sei teilweise auf eine psychische Störung zurückzuführen. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm. Die festgestellte psychische Störung begründe keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Die nachfolgenden Beurteilungen der Zumutbarkeit erfolgten aus unfallkausaler Sicht: Die berufliche Tätigkeit als Bodenleger (Arbeitsvertrag sei nicht vorhanden) sei dem Beschwerdeführer nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch (ganztags kniende Tätigkeit, wiederholtes Hantieren mit schweren Lasten). Andere (mindestens) leichte bis mittelschwere Arbeiten seien ihm ganztags zumutbar mit den folgenden Einschränkungen betreffend das linke Knie: wechselbelastend (Stehen / Gehen am Stück bis maximal etwa 1,5 Stunden), ohne Tätigkeit in der Hocke und / oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und / oder Leitersteigen. Da eine Rückkehr in die bisherige Tätigkeit unter Berücksichtigung der unfallbedingten Verletzungsfolgen am linken Knie nicht mehr möglich sei, müsse sich der Beschwerdeführer beruflich neu ausrichten. Die Beschwerdegegnerin werde darum ersucht, ihn bei der Wiedereingliederung in eine neue, behinderungsangepasste Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu unterstützen. Erschwerend müsse jedoch entgegengehalten werden, dass der Beschwerdeführer angesichts fortdauernder Kniebeschwerden links derzeit grosse Bedenken hege, wieder einer geregelten Tätigkeit nachgehen zu können.

4.13 Dr. med. W.____ hielt im Arzzeugnis vom 2. Dezember 2015 (IV-Nr. 81), der Beschwerdeführer sei wegen des Unfalls vom 1. Januar 2012 bis 31. Januar 2016 zu 100 % arbeitsunfähig, ab 1. Februar 2016 jedoch wieder voll arbeitsfähig. Es bestünden indes spezielle Einschränkungen hinsichtlich des linken Kniegelenkes: Wechselbelastungen (Stehen / Gehen am Stück bis maximal ca. 1,5 Stunden) ohne Tätigkeit in der Hocke und / oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und/oder Leitersteigen. Dem Beschwerdeführer sei eine leichte bis mittelschwere Arbeit unter Berücksichtigung der erwähnten Einschränkungen ganztags zumutbar.

4.14 Dr. med. Z.____, behandelnder Arzt, [...], wies im «Notfall Bericht» vom 18. Dezember 2015 (IV-Nr. 78) die Hauptdiagnose eines «Status nach Knie-TP links, persistierende Knieschmerzen», aus. Der Beschwerdeführer sei seit der Knie-TP am 13. März 2015 im [...] in der Physiotherapie. Seit einer Woche habe er Schmerzen und eine Schwellung im Bereich des linken Knies und am Unterschenkel proximal. Der Status wurde wie folgt beschrieben: «Knie links ohne Erguss. DDo medialer und lateraler Tibiakopf. Verspannter Tractus links». Es sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

4.15 Mit Arzzeugnis vom 15. Februar 2016 wurde der Beschwerdeführer vom praktischen Arzt AA.____ ab dem 1. März 2016 für leichte Tätigkeiten wieder voll arbeitsfähig geschrieben (IV-Nr. 95).

4.16 Auf Grund der Sprechstunde vom 17. März 2016 (IV-Nr. 102 S. 7 f.) führten PD Dr. med. AB.____,

Oberarzt Kniechirurgie, und Dr. med. AC.____, Assistenzärztin Orthopädie, Klinik D.____, folgende Diagnosen auf: Ansatzdendinopathie Pes anserinus mit Bursitis anserina, anteriore Knieschmerzen nach Knie-Totalprothese-Implantation links 13. März 2015 mit / bei: - Medacta, MyKnee, Femor narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay, 10 mm fixed bearing, Palacos bei - Pangoarthrose links mit Instabilitätsgefühl mit / bei: - initial Kniedistorsion April 1993 mit Kniebinnenrauma Ruptur vorderes Kreuzband, Korbhakenriss lateraler Meniskus mit lateraler Teilmenisektomie, persistierender Instabilität und Schmerzen VKB-Plastik (BTB 1995, Metallentfernung 1997 ([...]), arthroskopisches Débridement Februar 2012) Der Beschwerdeführer habe klinisch klar eine Ansatzdendinopathie des Pes anserinus mit Bursitis anserina. Differenzialdiagnostisch werde diese unterhalten durch eine leicht vermehrte laterale Aufklappbarkeit insbesondere in Flexionsstellung. Daher erfolge nun ein Therapieversuch mittels in Koronarebene stabilisierender Kniescheibe (Bauerfeind Softtec), lokalen antiphlogistischen Massnahmen in der Physiotherapie (Stosswellen-, Ultraschalltherapie etc.), Einnahme von NSAR sowie lokal Flecotparin-Pflaster. Auf Grund der klar objektivierbaren Beschwerden werde die Arbeitsunfähigkeit zu 100 % als Unterlagsbodenangestellter bis mindestens Ende Mai 2016 weitergeführt. Mit ärztlichem Zeugnis vom 17. März 2016 (IV-Nr. 89 S. 2 f.) stellte Dr. med. AC.____ dem Beschwerdeführer sowohl eine Arbeitsunfähigkeit vom 17. März bis 31. Mai 2016 von 100 % als auch eine Verordnung Physiotherapie vom 17. März 2016 für neun Behandlungen (lokale antiphlogistische Massnahmen mit Stosswellentherapie, Ultraschall etc., muskulärer Aufbau und Dehnungsübungen) aus. Das Behandlungsziel sei eine Analgesie / Entzündungs-hemmung sowie eine Verbesserung der Gelenks- und Muskelfunktion. 4.17 Die dipl. Physiotherapeutin AD.____, [...], stellte aufgrund der vom 1. Dezember 2015 bis 29. Juni 2016 durchgeführten Therapie im Abschlussbericht vom 29. Juni 2016 (IV-Nr. 102 S. 12 f.) die Diagnosen «Bursitis anserina und Ansatzdendinopathie Pes anserinus, DD bei leichter Instabilität» sowie «persistierende Schmerzen nach Knie-Totalprothese-Implantation links 13. März 2015». Der Beschwerdeführer sei bezüglich seiner Schmerzsituation im linken Kniegelenk nach wie vor nicht zufrieden. Hauptsächlich hindere ihn das schmerzhaftes Klopfgefühl im Gelenk, um grössere Gehdistanzen von mehr als 15 Minuten zu bewältigen. Mit Hilfe der Physiotherapie habe dieser Schmerz nicht beeinflusst werden können. Die Kraft habe der Beschwerdeführer mit Hilfe des Heimprogramms und der medizinischen Trainingstherapie aufgebaut. Nach wie vor sei er nicht fähig als Bodenleger zu arbeiten. 4.18 Im Sprechstundenbericht vom 14. Juli 2016 (IV-Nr. 102 S. 9 f.) hielten Dr. med. AE.____, Oberarzt i.V. Orthopädie, und Dr. med. AF.____, Assistenzarzt Orthopädie, Klinik D.____, die Hauptdiagnose einer «Ansatzdendinopathie Pes anserinus und störende Schnappphänomene; DD Osteophyt mediale Patella, freier Gelenkskörper» fest. Einerseits beständen durch die Physiotherapie nicht beeinflussbare Schmerzen im Bereich des Pes anserinus, andererseits eine Symptomatik über der Patellaspitze, welche anamnestisch nach der VKB-Rekonstruktion nicht bestanden habe. Zudem sei ein störendes Knacken retropatellär, differentialdiagnostisch bei medialem Patella-Osteophyt und freiem Gelenkkörper gegeben. Zur genauen Differenzierung der Schmerzätiologie werde mit dem Beschwerdeführer die diagnostisch-therapeutische Infiltration des Pes anserinus sowie eine klinische und radiologische Verlaufskontrolle mit MRI (MARS-Sequenz) in sechs Wochen zum Ausschluss von freien Gelenkskörpern und einer Tendinopathie (Pes anserinus, Patellaspitze) vereinbart. Bei fehlender Beschwerdebesserung werde eine diagnostische intraartikuläre Infiltration stattfinden. 5. Im Verlauf des Beschwerdeverfahrens liess der

Beschwerdeführer zahlreiche weitere Berichte der Klinik D.____ einreichen. Diesen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen: 5.1 Im Sprechstundenbericht vom 14. September 2016 (BB-Nr. 7) führten Dr. med. AG.____, Supervisor Chiropraktische Medizin, und cand. med. AH.____, Unterassistent Chiropraktische Medizin, Klinik D.____, die folgenden Hauptdiagnosen auf: 1. Ansatzentzündung Pes anserinus und Verdacht auf störendes Narbengewebe hinter dem Hoffa-Körper. 2. Reaktives lumbospondylogenes Schmerzsyndrom infolge Entlastungsanomalie wegen chronischer Knieschmerzen. Der Beschwerdeführer leide an einer chronischen Ansatzentzündung des Pes anserinus links und im Bereich des Hoffa-Fettkörpers, dazu bestünden zusätzlich lumbospondylogene Schmerzen. Aus Sicht der Ärzte seien die Schmerzen in der Knieregion wie auch die Rücken- und Beckenbeschwerden durch die chronische Fehlbelastung und Entlastung nach den diversen Knie-Operationen links ausgelöst worden, dies bei vorbestehender statischer Insuffizienz der LWS. Für den Moment liege der Fokus auf der Neuraltherapie des linken Kniegelenkes, dazu würden tendomuskulär orientierte lokale Therapieformen im Knie- und Oberschenkelbereich in die Behandlung miteinbezogen. Die Behandlung der Rückenschmerzen werde noch drei bis vier Wochen in Reserve behalten, um das Ansprechen auf die verschiedenen Therapieformen klar abgrenzen zu können. Sobald die Schmerzen im linken Knie ameliorierten und das Körpergewicht gleichmässig auf beide Beine verteilt werden könne, werde auch ein Rückgang der Rückenschmerzen erwartet. Zur langfristigen Beschwerdelinderung werde weiterhin die Durchführung stabilisierender und aufbauender Massnahmen für die Knie- und Rumpfmuskulatur empfohlen. Des Weiteren werde das hausinterne Technische Orthopädie-Team um ein baldmögliches Aufgebot für Fusseinlagen zur linken medialen Abstützung des Längsgewölbes bei Knick-, Senk- und Spreizfuss gebeten. 5.2 Zur MRI der LWS vom 4. November 2016 (BB-Nr. 10) hielt Dr. med. AI.____, Oberärztin, Radiologie, Klinik D.____, folgende Beurteilung fest: Linkskonvexe Skoliose und multisegmentale degenerative Veränderungen sowie Discusprotrusion mit konsekutiver leichter Spinalkanalstenose im Segment LWK 4 / LWK 5 und Kompression der L5-Wurzel links. Discusprotrusion im Segment LWK 3 / LWK 4 mit Kompression der L4-Wurzel rechts. Multisegmentale foraminale Stenosen im Segment LWK 3 / LWK 4 auf der rechten Seite hochgradig und im Segment LWK 4 / LWK 5 auf der linken Seite mässig. 5.3 5.3.1 Im Abschlussbericht der Klinik D.____, Chiropraktik, vom 22. Dezember 2016 (BB-Nr. 9) bestätigten Dr. med. AJ.____, Supervisor Chiropraktische Medizin, und MChiro AK.____, Unterassistent Chiropraktische Medizin, auf Grund der vom 14. September bis 22. Dezember 2016 durchgeführten Behandlung die im Bericht vom 14. September 2016 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) gestellten Diagnosen. Der Beschwerdeführer sei bezüglich seiner chronischen Kniegelenksschmerzen während sechs Sitzungen mittels Neuraltherapie therapiert und bezüglich seiner lumbalen Schmerzen während sieben Sitzungen mit chiropraktischer Impulstherapie und muskulär detonisierenden Massnahmen behandelt worden. Es müsse über einen sehr fluktuierenden Verlauf berichtet werden. Der Beschwerdeführer habe leider immer nur sehr kurzfristig von der Therapie profitieren können. Ein Nervenwurzelblock L4 links habe am 21. November 2016 zu einer Schmerzprogredienz von sieben Punkte auf acht bis neun Punkte auf der visuell-analogen Skala geführt. In Rücksprache mit dem Beschwerdeführer werde die Behandlung abgeschlossen und das hausinterne WS-Team um Aufgebot des Beschwerdeführers gebeten. Er werde weiterhin die Physiotherapie besuchen und die ihm gezeigten Übungen zur Kräftigung und Stabilisation der Kniemusculatur auch in Zukunft durchführen, was sehr begrüsst werde. 5.3.2 Die Ärzte der Klinik D.____, Orthopädie,

Abteilung Kniechirurgie, hielten in ihrem Sprechstundenbericht vom 22. Dezember 2016 (BB-Nr. 8) fest, der Beschwerdeführer berichte über keinerlei Veränderung. Nach wie vor bestünden Schmerzen über der Aussen- und insbesondere der Innenseite des Kniegelenks. Dort lokalisiere der Beschwerdeführer die Schmerzen im Bereich des Pes anserinus; es handle sich um belastungsabhängige Schmerzen und zudem bestehe eine Druckempfindlichkeit. Eine mechanisch fehlerhafte Verbauung der Prothesenkomponente habe ausgeschlossen werden können. Zudem zeige sich auch kein Infekt im Bereich der Knieprothese. Eine Verbesserung sei möglich durch Physiotherapie, Chiropraktik und lokal-analgetische Massnahmen. Von chirurgischer Seite könne dem Beschwerdeführer nichts angeboten werden.

5.4 Auf Grund der neurologischen und neurophysiologischen Untersuchung vom 16. Februar 2017 (BB-Nr. 17) stellten PD Dr. med. AL.____, Leitender Arzt Paraplegie, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. AM.____, Oberarzt Paraplegie, Facharzt Neurologie, Zentrum für Paraplegie an der Klinik D.____, folgende Diagnosen: 1. Lumbalgie sowie pseudoradikuläre Schmerzen links mit / bei - unspezifischer Hyposensibilität laterales Knie links - deutliche Foramenstenose L3/4 rechts mit Kompression der Wurzel L3 rechts - Foramenstenose L4/5 links mit Kompression der Wurzel L4 links 2. Ansatzendinose Pes anserinus und Verdacht auf störendes Narbengewebe hinter dem Hoffa-Körper mit / bei: - Status nach Knie-Totalprothese-Implantation, Medacta, MyKnee, Femor narrow 5 zementiert, Tibia 4 zementiert, PS-Inlay, 10 mm fixed bearing, Palacos bei links 13. März 2015 mit / bei: - Pangenarthrose links mit Instabilitätsgefühl mit / bei: - initial Kniedistorsion April 1993 mit Kniebinnenraumtrauma Ruptur vorderes Kreuzband, Korbhenkelriss lateraler Meniskus mit lateraler Teilmeniskektomie, persistierender Instabilität und Schmerzen VKB-Plastik (BTB 1995, Metallentfernung 1997 [...]), arthroskopisches Débridement Februar 2012) Der Schmerz des Beschwerdeführers scheine einerseits bei deutlicher Belastungsabhängigkeit eine mechanisch / orthopädische Ursache zu haben. Andererseits berichte der Beschwerdeführer auch über brennende Schmerzen am lateralen Knie. In diesem Gebiet gebe er auch eine Sensibilitätsstörung an, so dass sich hier der Verdacht auf eine neuropathische Schmerzkomponente ergebe. Die neurophysiologischen Zusatzuntersuchungen fielen regelrecht aus, ohne Anhalt für eine Polyneuropathie oder Radikulopathie als Ursache der Schmerzsymptomatik. Pragmatisch werde dem Beschwerdeführer eine Schmerzbasistherapie mit Tramadol 2 x 50 mg retardiert, weiterhin werde Pregabalin aufdosiert. Eine lokale Behandlung des lateralen Knies werde mit Capsaicin erfolgen. Der Beschwerdeführer werde die weitere medikamentöse Therapieführung mit dem Hausarzt durchführen.

5.5 Im Sprechstundenbericht vom 28. Dezember 2017 (Beilage 2 zur Eingabe des Beschwerdeführers vom 28. Januar 2019, A.S. 180 ff.) diagnostizieren die Ärzte der Klinik D.____ neben der bekannten Ansatzendinopathie Pes anserinus Knie links (vgl. E. II. 4.16 hiervor) einen Verdacht auf eine L5 Wurzelclaudicatio mit / bei Foramenstenose L3/4 und L4/5 links sowie mässiger Recessusstenose L4/5 links. In der Beurteilung wird ausgeführt, der Beschwerdeführer leide schon seit mehr als zwei Jahren unter persistierenden Schmerzen im vorderen Kniebereich. Eine Infektion sei Ende 2016 weitgehend ausgeschlossen worden und eine Fehlstellung bzw. Lockerung der Implantatkomponenten falle nicht auf. Der Zustand sei aktuell unverändert. Die Kollegen der Schmerzsprechstunde könnten allenfalls helfen mit einer Anpassung der Schmerztherapie, allenfalls einer Infiltration des Pes anserinus bzw. Abklärung eines möglichen Neuroms des Nervus infrapatellaris.

5.6 Dem Bericht der Schmerzklinik des Spitals AN.____ vom 10. Dezember 2018 (Beilage 3 zur Eingabe des

Beschwerdeführers vom 28. Januar 2019) ist in der Beurteilung zu entnehmen, beim Beschwerdeführer lägen muskuloskelettale und vor allem neuropathische Schmerzen im linken Knie nach multiplen Operationen vor. Multiple konservative Therapien wie auch infiltrative und z.T. medikamentöse Therapien hätten keinen Effekt gezeigt. Empfohlen werde eine Abkehr von der bisherigen Medikation und – leitliniengerecht zur Therapie neuropathischer Schmerzen – die Austestung mit einem Antikonvulsivum oder Antidepressivum. 6. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung in medizinischer Hinsicht auf die Verfügung der Suva vom 25. April 2016 (IV-Nr. 97). Dementsprechend wurde in der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2016 ausgeführt, gemäss der erwähnten Suva-Verfügung seien dem Beschwerdeführer leichte bis mittelschwere und wechselbelastendes Tätigkeiten ganztags zumutbar. Auch in den neuesten Berichten seien diesbezüglich keine objektiven Hinderungsgründe erkennbar (s. A.S. 2).

6.1 Mit Blick auf die Verfügung der Suva vom 25. April 2016 (IV-Nr. 97) ist in koordinationsrechtlicher Hinsicht vorab festzuhalten, dass die IV-Stellen und die Unfallversicherer die Invaliditätsbemessung in jedem Einzelfall selbstständig vorzunehmen haben. Keinesfalls dürfen sie sich ohne weitere eigene Prüfung mit der blossen Übernahme des IV-Grads des Unfallversicherers bzw. der IV-Stelle begnügen (BGE 133 V 549 E. 6 S. 553, 126 V 288 E. 2d S. 193). Die Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung entfaltet gegenüber dem Unfallversicherer keine Bindungswirkung (vgl. BGE 131 V 362), was auch in umgekehrter Hinsicht gilt (BGE 133 V 549 E. 6.2 S. 554). Auch wenn die Invaliditätsbemessung für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbstständig vorzunehmen ist, soll die Schätzung der Invalidität mit Bezug auf den gleichen Gesundheitsschaden jedoch im Regelfall zum selben Ergebnis führen (BGE 126 V 288 E. 2a S. 291 f.). Zumindest rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzung dürfen nicht einfach unbeachtet bleiben, sondern sind als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung in den Entscheidungsprozess des anderen Versicherungsträgers einzubeziehen (BGE 126 V 288 E. 2d S. 294). Die Verfügung der Suva vom 25. April 2016 wurde jedoch angefochten und erwuchs nicht in Rechtskraft (vgl. IV-Nr. 105.4). Die Beschwerdegegnerin hat daher zwar zu Recht die UV-Akten beigezogen, sie durfte aber nicht unbesehen auf den Entscheid der Suva abstellen.

6.2 Im vorliegenden Fall bestehen ein Unfallereignis vom 17. April 1993 (vgl. Unfallmeldung vom 6. Mai 1993, IV-Nr. 6.2 S. 170) sowie mehrere Rückfälle (vgl. Unfallmeldungen vom 12. August 1997 und 28. Februar 1999 sowie Schadenmeldung vom 26. März 2012, IV-Nrn. 6.2 S. 158, 149 f., 135). Da sich die somatische Gesundheitsproblematik des Beschwerdeführers seit dem Unfallereignis vom April 1993 in erster Linie auf das linke Knie bezieht, ist nicht zu beanstanden, dass die Suva als Unfallversicherung bei ihrer Beurteilung einzig diese gesundheitlichen Beeinträchtigungen berücksichtigte. Die Verfügung der Suva datiert vom 25. April 2016 (IV-Nr. 97). Zu diesem Zeitpunkt konnte die Suva indes die beim Beschwerdeführer ebenfalls diagnostizierten Beschwerden in der LWS noch nicht berücksichtigen, da diese erst später dokumentiert sind. So finden sich erstmals im Sprechstundenbericht vom 14. September 2016 (vgl. E. II. 5.1 hiervor) Hinweise auf eine entsprechende Problematik, indem ein «reaktives lumbospondylogenes Schmerz-syndrom infolge Entlastungsantalgie wegen chronischer Rückenschmerzen» festgestellt wurde. Im Rahmen der am 4. November 2016 durchgeführten MRI-Untersuchung (vgl. E. II. 5.2 hiervor) konnten entsprechende Beeinträchtigungen im Bereich der LWS objektiviert werden. Diese Untersuchungen lagen der Beschwerdegegnerin nicht vor, als sie die Verfügung vom 6. Dezember 2016 erliess. Sie

betreffen aber den relevanten Prüfungszeitraum (vgl. E. II. 2 hiervor) und sind daher im Beschwerdeverfahren zu berücksichtigen. Die neu genannten Befunde sind grundsätzlich geeignet, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit und damit auch die Anspruchsbeurteilung zu beeinflussen. Es kommt hinzu, dass im Austrittsbericht der Rehaklinik N. ___ vom 11. November 2015 (E. II. 4.12 hiervor), der für die damalige Beurteilung durch die Suva begleitend war, ein psychosomatisches Konsilium erwähnt und der Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine subdepressive affektive Auslenkung bei psychosozialer Belastung erwähnt wurden. Eine allfällige psychische Symptomatik wäre für die Unfallversicherung möglicherweise aus Gründen der Unfalladäquanz (vgl. BGE 115 V 133) nicht massgebend, durch die Beschwerdegegnerin dagegen auf jeden Fall zu berücksichtigen gewesen. Weiter ist zu beachten, dass die Rehaklinik N. ___ in einer engen Verbindung zur Suva steht und ihre Berichte daher im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren nur den Stellenwert einer versicherungsinternen Beurteilung aufweisen, so dass bereits relativ geringe Zweifel ausreichen, um ergänzende Abklärungen als erforderlich erscheinen zu lassen (vgl. BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229). Solche geringen Zweifel sind mit Blick auf die verschiedenen Berichte der Klinik D. ___ und die darin gestellten neuen Diagnosen einer Ansatzendinopathie Res anserinus, des Verdachts auf störendes Narbengewebe hinter dem Hoffa-Körper und eines reaktiven lumbospondylogenen Schmerzsyndroms (vgl. etwa den Bericht vom 14. September 2016, E. II. 6.19 hiervor) selbst für das unfallversicherungsrechtliche Verfahren zu bejahen. Dies muss erst recht im vorliegenden IV-Verfahren gelten, wo die Unfallkausalität keine Rolle spielt. Diese Zweifel wurden noch verstärkt durch die im Beschwerdeverfahren eingereichten zusätzlichen Berichte der Klinik D. ___.

6.3 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt durch die bei Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2016 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Die im Beschwerdeverfahren neu aufgelegten Unterlagen bilden ebenfalls keine hinreichende Grundlage für die abschliessende Beurteilung. Um diese Abklärungslücke zu füllen, hat das Versicherungsgericht das Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ vom 28. Dezember 2018 eingeholt. 7. Wie dargelegt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen (E. II. 3.4 hiervor). 7.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ basiert auf den vollständigen, damals vorhandenen Akten und eigenen spezialärztlichen Untersuchungen durch Dr.med. F. ___, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Dr. med. G. ___, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. H. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Es basiert damit auf vollständigen Grundlagen. Die Expertise enthält ein vom jeweiligen Facharzt verfasstes Teilgutachten (neurologisch, orthopädisch, psychiatrisch) und eine gutachterliche Konsensbeurteilung, welche die Unterschriften aller beteiligten Gutachter trägt. Gestützt auf die Akten und ihre eigenen Feststellungen gelangen die Experten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 3.3 hiervor) grundsätzlich gerecht. Zu prüfen bleibt, ob das Gutachten auch inhaltlich zu überzeugen vermag. 7.2 In der gutachterlichen Konsensbeurteilung (A.S. 77 f.) führen die Experten aus, auf neurologischem sowie psychiatrischem Fachgebiet lägen keine Unfallfolgen und keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Orthopädisch sei seit 2012 eine zu 100 % dauerhaft erloschene Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit anzunehmen, dies auf Grund einer unfallkausalen progredienten

Kniegelenkspathologie links, die letztlich 2015 in einen notwendigen Gelenkersatz eingemündet sei. In angepassten Tätigkeiten sei jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Es bleibt zu prüfen, ob die Teilgutachten eine hinreichende Grundlage für diese Aussagen bilden.

7.2.1 Der Neurologe Dr. med. G.____, der den Beschwerdeführer am 10. September 2018 untersuchte, gab in seinem Teilgutachten (A.S. 79 ff.) nach einer Darstellung der Anamnese und einer zusammengefassten Wiedergabe der medizinischen Vorgeschichte den klinischen Untersuchungsbefund wieder (A.S. 80 – 104). Anschliessend hält der Gutachter fest, die als neurologische Zusatzdiagnostik durchgeführte elektrophysiologische Untersuchung der Beine (vgl. A.S. 171 f.) habe regelrechte Ergebnisse in der motorischen und sensibel-antidromen Neurographie der untersuchten Beinnerven, keinen Anhalt für eine Polyneuropathie, eine Mononeuritis multiplex oder eine anderweitige peripher-neurogene Schädigung der untersuchten Beinnerven ergeben (A.S. 104 f.). In seiner Beurteilung hält der neurologische Gutachter fest, im neurologischen Untersuchungsbefund werde eine Sensibilitätsstörung des linken Unterschenkels, auch den Fussrücken und die dorsalen Zehen betreffend, angegeben, Ästhesie, Algesie und Thermästhesie an den Fusssohlen seien dagegen intakt. Es fänden sich keine Paresen oder Atrophien, insbesondere keine Atrophie des linken Beins. Die Muskeleigenreflexe seien seitengleich erhältlich, die lumbale Beweglichkeit sei ungestört, das Lasègue-Zeichen beidseits negativ. Die angegebene Sensibilitätsstörung sei weder radikulär noch peripher-nerval oder zentral ausreichend schlüssig zuzuordnen. Für ein lumboradikuläres Wurzelreiz- oder Wurzelkompressionssyndrom ergebe sich kein Anhalt. Das Gangbild sei flüssig und hinkfrei, es zeige sich eine seitengleiche Beschwielung der Fusssohlen. Vegetative Auffälligkeiten am linken Knie seien nicht nachweisbar (A.S. 105). Angesichts der angegebenen Sensibilitätsstörung sei eine elektroneurographische Zusatzdiagnostik erfolgt, welche in den motorischen Neurographien Normalbefunde gezeigt habe. Auch eine aktendokumentierte neurologische und neurophysiologische Untersuchung von Februar 2017 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) habe kein Korrelat für die angegebenen Sensibilitätsstörungen gezeigt. Damals seien ergänzend auch Elektromyographien des M. vastus medialis links und des linken M. tibialis anterior erfolgt, welche ebenfalls unauffällige Befunde ergeben hätten. Zusammengefasst sei auf neurologischem Fachgebiet keine Störung des zentralen oder peripheren Nervensystems mit der versicherungsmedizinisch gebotenen Wahrscheinlichkeit attestierbar, auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei somit auf neurologischem Fachgebiet nicht belegt. In der Antwort auf die Frage nach den pathologischen Befunden hält Dr. med. G.____ dementsprechend fest, biologisch ausreichend plausible pathologische Befunde seien auf neurologischem Gebiet nicht nachweisbar; für die angegebene Sensibilitätsstörung am linken Unterschenkel bestehe kein organisches Korrelat (A.S. 106). Auch für das in den Akten diskutierte Lumbovertebralsyndrom ergebe sich nach den gutachterlichen Befunden kein Anhalt (A.S. 108). Diese Beurteilung lässt sich anhand der erhobenen Befunde sowie der Ergebnisse der elektrophysiologischen Untersuchung nachvollziehen. Sie ist gut mit der vom Gutachter erwähnten Voruntersuchung im Februar 2017 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) vereinbar und inhaltlich überzeugend. Entgegenstehende ärztliche Stellungnahmen aus dem Fachgebiet der Neurologie sind nicht aktenkundig.

7.2.2 Der orthopädische Gutachter Dr. med. F.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 10. September 2018. Er beginnt sein Teilgutachten (A.S. 111 ff.) ebenfalls mit der Anamnese und der medizinischen Vorgeschichte und gibt anschliessend den klinischen Untersuchungsbefund wieder (A.S. 112 – 136). In seiner Beurteilung führt er aus, der Beschwerdeführer klage über nadelstichartige, elektrisierende

Schmerzen medial am linken Kniegelenk und von dort in den Bereich der medialen Schienbeinkante abstrahlend, wobei sich der Schmerzcharakter seit der Knie-Totalendoprothesen-Implantation links im Jahr 2015 geändert habe. Die klinische Untersuchung während der Begutachtung habe ein reizfreies linkes Kniegelenk ohne Anzeichen für einen Infekt gezeigt. Aktenkundig seien im Dezember 2016 eine Infektion und eine Fehlimplantation der Prothesenkomponente verneint worden (vgl. E. II. 5.3.2 hiervor). Ebenfalls aktenkundig sei bereits mehrmals auf den auch bei der aktuellen Untersuchung angegebenen Druckschmerz im Bereich des Pes anserinus hingewiesen worden, eine Therapie mittels Infiltration habe jedoch keine anhaltende Linderung gebracht. Dr. med. F.____ weist weiter darauf hin, dass die durch ihn veranlasste SPECT-CT-Untersuchung des linken Kniegelenks (vgl. Bericht vom 8. Oktober 2018, A.S. 176) keinen Hinweis auf einen Infekt oder eine Prothesenlockerung ergeben habe. Er gelangt zum Ergebnis, zusammenfassend finde sich kein die geklagten Schmerzen erklärendes klinisches Substrat auf orthopädischem Fachgebiet. Für die geklagten lumbalen Schmerzen, so Dr. med. F.____ weiter, finde sich ebenfalls kein klinisches Korrelat (keine Funktionseinschränkung, keine Tonuserhöhung der paravertebralen Muskulatur, keine namhafte Einschränkung der spontanen Mobilität). Der spinale Bildbefund eines engen Spinalkanals bleibe also ohne ausreichendes Korrelat. Für die angegebene Hypästhesie am linken Bein werde auf das neurologische Teilgutachten verwiesen. Die im durch den Gutachter ebenfalls veranlassten aktuellen MRI (vgl. A.S. 174 f.) nachgewiesenen degenerativen Veränderungen seien bereits aktenkundig erwähnt worden (vgl. E. II. 5.2 hiervor und die im orthopädischen Teilgutachten erwähnten Berichte, A.S. 128 f.), damals ohne ein messbares neurophysiologisches Defizit (A.S. 137, vgl. E. II. 5.4 hiervor). Auffallend sei die hier erfolgte Medikamentenbestimmung (vgl. A.S. 173), bei der für Novalgin und Tramadol die Ergebnisse weit unter den zu erwartenden Werten lägen, was als Inkonsistenzhinweis bezüglich der Schmerzangaben und des damit verbundenen Analgetikabedarfs anzusehen sei. Die anamnestischen Schmerzangaben seien zumindest hinsichtlich der reklamierten Ausprägung nicht ausreichend plausibel und im klinischen Befund habe kein namhaft schmerzgeplagter Eindruck bestanden (A.S. 138). Zu diagnostizieren seien eine Knie-Totalendoprothesen-Implantation links 2015 mit gutem funktionellem Ergebnis, eine bildmorphologische Spinalkanalstenose mit Punctum maximum bei LWK 4 / LWK 5 ohne klinisches Befundkorrelat sowie eine Adipositas Grad I (A.S. 139). Zur Arbeitsfähigkeit führt der orthopädische Gutachter aus, auf Grund der implantierten Knieprothese und der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei die Arbeitsfähigkeit dauerhaft qualitativ limitiert. Als nicht mehr leistbar seien körperlich schwere Arbeiten sowie Arbeiten in Körperzwangshaltungen und Tätigkeiten mit ständigem Knien anzusehen. Mithin sei auch die Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Bodenleger auf Dauer erloschen (Arbeitsfähigkeit 0 %). Für körperlich leichte bis maximal mittelschwere, wechselbelastend oder sitzend auszuübende Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht angesichts des gutachterlichen Befunds und der guten spontanen Mobilität eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, was Pensum und Rendement angehe (A.S. 138). Die volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten und die volle Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit seien spätestens seit 2012 anzunehmen. Therapeutische Massnahmen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ergäben sich auf orthopädischem Gebiet keine. Es liege ein Defekt (Kniegelenksersatz) vor, dies mit einem objektiv guten chirurgischen Ergebnis. Notwendig sei jedoch eine Gewichtsreduktion zur Entlastung der grossen Gelenke (und des Achsenskeletts). Eine Umschulung auf eine körperlich leichte,

wechselbelastend oder überwiegend sitzend zu verrichtende Arbeit sei empfehlenswert (A.S. 141). Auch diese Beurteilung lässt sich anhand der durch den Gutachter erhobenen Befunde und seiner Erläuterungen gut nachvollziehen. Sie vermag zu überzeugen und lässt sich auch mit den übrigen medizinischen Stellungnahmen weitestgehend vereinbaren. Diese attestieren dem Beschwerdeführer zwar regelmässig eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %, beziehen sich dabei aber auf die angestammte Tätigkeit als Bodenleger, welche auch Dr. med. F. ___ als unzumutbar erachtet. Der Beschwerdeführer lässt in der Stellungnahme vom 28. Januar 2019 diesbezüglich bemängeln, der Gutachter habe nicht berücksichtigt, dass gemäss dem Bericht über die 3-Phasen-Skelettszintigraphie und die SPECT/CT des Knies links vom 8. Oktober 2018 (A.S. 176) eine vermehrte Radionuklidanreicherung an der Tuberositas tibia, ein leichter Gelenkserguss und ein kleines Ossikel im Rec. suprapatellaris festgestellt worden sei (A.S. 181). Dazu ist zu bemerken, dass der Gutachter auf diese durch die Begutachtungsstelle selbst eingeholte Untersuchung durchaus Bezug nimmt (A.S. 137). Dem erwähnten Befund, der teilweise auch am rechten Knie festgestellt wurde, muss er offensichtlich angesichts der klinischen Befunderhebung keine für die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit relevante Bedeutung bei. Dies lässt sich nachvollziehen, ist doch die Umschreibung der adaptierten Tätigkeit (leicht bis maximal mittelschwer, wechselbelastend oder vorwiegend sitzend) auf die Notwendigkeit zugeschnitten, die Belastung für die Knie zu reduzieren. Diese Umschreibung ist hinreichend konkret, denn es kann ohne weiteres davon ausgegangen, dass diesen Anforderungen entsprechende Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt vorhanden und nicht bloss theoretischer Natur sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_837/2016 vom 13. Juni 2017 E. 4.1). Die Behauptung, der Beschwerdeführer könne weder während längerer Zeit gehen noch sitzen (A.S. 181), wird durch die gutachterlichen Feststellungen nicht gestützt.

7.2.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. H. ___ untersuchte den Beschwerdeführer mithilfe einer Dolmetscherin am 10. Oktober 2018. Auch sein Teilgutachten beginnt mit der Anamnese und der medizinischen Vorgeschichte. Es folgt der psychiatrische Untersuchungsbefund, dargestellt nach dem System AMDP. Es werden weitgehend unauffällige Befunde erhoben (A.S. 144 – 166). In der Beurteilung führt der Gutachter aus, der Beschwerdeführer berichte vorrangig über Schmerzen im Bereich des linken Knies, der Hüfte und des Rückens sowie assoziiert dazu Bedrückung und Zukunftsängste. Eine höhergradige psychische Beeinträchtigung komme nicht zum Vortrag und sei auch in der vertiefenden Exploration nicht zu eruieren. Auch eine somatoforme Schmerzstörung sei nicht zu diagnostizieren, da ein den berichteten Schmerzen zugrundeliegender erheblicher seelischer oder psychosozialer Konflikt anamnestisch nicht herauszuarbeiten sei (A.S. 166 f.). Zusammenfassend liege keine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit vor (A.S. 167). Auch diese Ausführungen sind in sich stimmig und plausibel, zumal der Beschwerdeführer nach Lage der Akten zu keinem Zeitpunkt in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung war. Dies gestützt auf das psychosomatische Konsilium im Austrittsbericht der Rehaklinik N. ___ vom 11. November 2015 geäusserte Verdachtsdiagnose (vgl. E. II. 4.12 hiervor) hat sich mit Blick auf die klaren gutachterlichen Ausführungen nicht bestätigt. Der Gutachter hält fest, der Beschwerdeführer habe auch ihm gegenüber von Traurigkeit, Bedrücktheit und Zukunftsängste geschildert, ordnet diese Äusserungen aber, zumal sie assoziiert zu den Schmerzen geäussert wurden, nicht einer höhergradigen psychischen Beeinträchtigung zu. Diese Einschätzung leuchtet ein. Der in der Stellungnahme vom 28. Januar 2019 erhobene Vorwurf, das psychiatrische Teilgutachten sei oberflächlich ausgefallen, überzeugt nicht.

Das Gutachten enthält eine sorgfältig erhobene Anamnese, eine Darstellung der Vorakten und eine systematische Darstellung der erhobenen Befunde anhand des anerkannten Systems AMDP. Da dieser AMDP-konform erhobene Befund weitgehend unauffällig ausfiel und auch die Akten keine anderslautenden Hinweise erhalten (namentlich befand sich der Beschwerdeführer, wie erwähnt, nach Lage der Akten nie in einer psychiatrischen Behandlung), bestand keine Grundlage für weitere Abklärungen. Für die vom Gutachter überdies diskutierte Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fehlt es, wie er zu Recht festhält, sowohl an einem hierfür vorausgesetzten Ausgangsereignis als auch an der spezifischen Symptomatik. Auch das psychiatrische Teilgutachten vermag somit inhaltlich zu überzeugen und bildet grundsätzlich eine taugliche Beurteilungsgrundlage.

7.3 Der Beschwerdeführer lässt in seiner Eingabe vom 28. Januar 2019 grundsätzliche Einwände gegen das Gutachten vorbringen.

7.3.1 Der Beschwerdeführer weist darauf hin (A.S. 180), dass er die Begutachtungsstelle E.____ nach wie vor ablehne. Der medizinische und fachliche Leiter dieser Begutachtungsstelle, Prof. Dr. med. AP.____, habe in der jüngeren Vergangenheit wegen einer Einladung zur Vortragsreihe der Begutachtungsstelle E.____ mit dem Titel «Vermeidung ungerechtfertigter Krankentaggeld-, IV und UV-Leistungen» in der Kritik gestanden. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass das Bundesgericht – wie der Beschwerdeführer selbst erwähnt – in mehreren Urteilen eine daraus resultierende Befangenheit von Prof. Dr. med. AP.____ verneint hat (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C_548/2016 vom 4. Januar 2017 E. 4.1). Es ist kein Grund ersichtlich, um von dieser höchststrichterlichen Praxis abzuweichen (vgl. auch Ziffer 1.1 der Kurzbegründung zu Ziffer 3 der Zwischenverfügung vom 9. November 2017, A.S. 34). Wenn der Beschwerdeführer geltend machen lässt, es sei eine Vortragsreihe veranstaltet worden, «wie IV- und UV-Leistungen abgelehnt werden können», muss präzisierend ergänzt werden, dass es um die Vermeidung ungerechtfertigter Bezüge und nicht generell von Leistungen ging.

7.3.2 Der Beschwerdeführer weist weiter darauf hin, dass in einer Fernsehsendung die Arbeit der Begutachtungsstelle, insbesondere eine konkrete psychiatrische Begutachtung, kritisiert wurde (A.S. 181, vgl. Beilage 1 zur Eingabe vom 28. Januar 2019). Aus diesem Fernsehbericht und den darin enthaltenen Behauptungen lässt sich jedoch für das vorliegende Beschwerdeverfahren nichts ableiten, zumal die genauen Sachverhalte und Hintergründe unbekannt sind und der Fall ohnehin länger zurückliegt (offenbar ging es um eine Begutachtung im Dezember 2013).

7.3.3 In Bezug auf die durch den Beschwerdeführer in der Stellungnahme zum Gutachten vom 28. Januar 2019 geltend gemachten Ausstandsgründe gegen Dr. med. AQ.____ und Dr. med. AR.____, wonach es sich bei den in Deutschland praktizierenden Ärzten um «fliegende Gutachter» handle, die nur für die einmalige Untersuchung des Beschwerdeführers in die Schweiz einreisen würden und denen die hiesigen Normen des UVG nicht bekannt seien (A.S. 182), kann festgehalten werden, dass der Beschwerdeführer dies bereits in seiner Eingabe ans Versicherungsgericht vom 30. Oktober 2017 (A.S. UV 65 ff.) sowie in seiner Beschwerde ans Bundesgericht vom 6. Dezember 2017 (A.S. 41 ff.) vorbrachte. Wie in Ziffer 1.2 der Kurzbegründung zu Ziffer 3 der Zwischenverfügung vom 9. November 2017 (A.S. 34) festgehalten wurde, verfügen beide Ärzte gemäss dem Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch, alle Websites zuletzt besucht am 21. August 2019) über die deutschen Facharzt diplome als Neurologe bzw. Psychiater. Aus dem Register geht weiter hervor, dass ihre im Ausland erworbenen Weiterbildungstitel in der Schweiz anerkannt sind: So verfügt der Neurologe Dr. med. AQ.____ seit dem 1. Juli 2010 über die Anerkennung seines Weiterbildungstitels «Neurologie». Zudem wurde ihm im Jahr 2012 die Berufsausübungsbewilligung für den

Kanton [...] erteilt. Der Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. AR.____ verfügt seit dem 28. Juli 2011 über die Anerkennung des Weiterbildungstitels «Psychiatrie und Psychotherapie» und seit 2012 die Berufsausübungsbewilligung. Die beiden Ärzte verfügen offensichtlich über die erforderliche Befähigung. Ein Ausstandsgrund ist nicht ersichtlich.

7.3.4 Der Beschwerdeführer bringt ferner vor (A.S. 181), er sei durch die Gutachter nur sehr kurz untersucht und befragt worden. So hätten die Untersuchungen und Erhebungen, welche hätten übersetzt werden müssen, nicht mehr als 45 Minuten gedauert, was angesichts der Tatsache, dass Erhebungen mit Dolmetschern deutlich länger dauerten als solche in Deutsch, übermässig kurz sei. Dazu kann festgehalten werden, dass das Gerichtsgutachten ausführliche Angaben enthält, welche für eine längere Untersuchungsdauer sprechen. Die Dauer der einzelnen Untersuchungen und Befragungen wird im Gutachten allerdings nicht konkret festgehalten. Einen Anhaltspunkt liefern immerhin die beiden Rechnungen der Dolmetscherin, welche für den 10. September 2018 (neurologische und orthopädische Begutachtung) auf eine Einsatzdauer (ohne Weg-Zeitpauschale) von 4,25 Stunden und für den 10. Oktober 2018 (psychiatrische Begutachtung) auf eine solche von 2,5 Stunden lauten. Die einzelnen Untersuchungen / Explorationen haben also mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erheblich länger gedauert als die vom Beschwerdeführer angegebenen 45 Minuten. Selbst wenn jedoch davon auszugehen wäre, dass sich die Gutachter mit vergleichsweise kurzen Untersuchungen begnügt hätten, wäre diese Tatsache nicht geeignet, die Qualität der Expertise an sich in Frage zu stellen. Denn für den Aussagegehalt einer medizinischen Untersuchung kommt es nicht in erste Linie auf deren Dauer an, sondern es ist massgebend, ob eine Beurteilung inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_354/2018 vom 20. Dezember 2018 E. 4.2 mit weiteren Hinweisen und 8C_356/2018 vom 14. März 2019 E. 4.2). Dies trifft hier, wie dargelegt, zu.

7.3.5 Der Beschwerdeführer stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 183), es sei unerklärlich, weshalb der psychiatrische Gutachter zur Begutachtung Dr. med. AS.____ für einen Bluttest beigezogen habe, was aus der vom gleichen Tag wie die psychiatrische Begutachtung datierenden Rechnung vom 10. Oktober 2018 hervorgehe. Inwiefern diese Blutentnahme notwendig gewesen sei, ergebe sich weder aus den Akten noch liege ein Laborbefund bei den Akten. Dazu ist festzuhalten, dass sich der Laborbefund (wenn auch mit dem Datum 22. Oktober 2018) als Anhang zum Gutachten bei den Gerichtsakten befindet (A.S. 173); er wird auch in der gutachterlichen Konsensbeurteilung vom 28. Dezember 2018 als Beilage erwähnt (A.S. 78). Derartige Untersuchungen zur Klärung der Frage, ob und in welchem Ausmass bestimmte Medikamente eingenommen werden, können im Rahmen einer Begutachtung sinnvoll sein. Inwiefern diese zusätzliche Abklärung geeignet sein sollte, Zweifel an der Korrektheit des Gutachtens zu säen, ist nicht ersichtlich.

7.4 Zusammenfassend wird das Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 28. Dezember 2018 den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme gerecht. Ein Anlass, um von den Ergebnissen des Gutachtens abzuweichen, ist nicht ersichtlich. Erst recht bestehen keine zwingenden Gründe, wie sie für ein Abweichen von einem Gerichtsgutachten erforderlich wären (vgl. E. II. 3.4 hiavor). Dem Gerichtsgutachten ist daher der volle Beweiswert zuzusprechen. Demnach liegen auf neurologischem und psychiatrischem Fachgebiet weder Unfallfolgen noch Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Orthopädischerseits besteht seit 2012 auf Grund einer unfallkausalen progredienten Kniegelenkspathologie links, die letztlich 2015 in einen notwendigen Gelenkersatz mündete, eine zu 100 % dauerhaft erloschene Arbeitsfähigkeit in

der angestammten Tätigkeit. In angepassten Tätigkeiten ist jedoch keine Minderung der Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Im Ergebnis bestätigt das Gutachten somit weitgehend die Ergebnisse des Austrittsberichts der Rehaklinik N.____ vom 11. November 2015 (E. II. 4.12 hiervor). Dort wurde festgehalten, leichte bis mittelschwere Arbeiten seien dem Beschwerdeführer mit folgenden Einschränkungen ganztags zumutbar: Wechselbelastend (Stehen / Gehen am Stück bis maximal etwa 1,5 Stunden), ohne Tätigkeit in der Hocke und / oder auf den Knien sowie ohne häufiges Treppen- und / oder Leitersteigen). Dieses Zumutbarkeitsprofil entspricht weitgehend demjenigen, das sich aus dem Gerichtsgutachten ableiten lässt. 8. Zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich. Dieser ist auf den frühestmöglichen Rentenbeginn zu beziehen (E. II. 2.3 hiervor). Dies ist angesichts der im Januar 2013 erfolgten Anmeldung der 1. Juli 2013 (Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG). 8.1 Es ist zunächst auf das Valideneinkommen einzugehen: 8.1.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (hier: 2013) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, weil es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325 f. und 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 je mit Hinweisen). 8.1.2 Für die Bemessung des Einkommens ohne Invalidität können auch Zusatzeinkommen wie die hier streitigen Überstundenentschädigungen berücksichtigt werden, wenn es sich um Entgelt mit Lohncharakter und nicht um Spesenentschädigungen handelt. Da aber die Invaliditätsschätzung der dauernd oder für längere Zeit bestehenden Erwerbsunfähigkeit entsprechen muss, bildet Voraussetzung für die Berücksichtigung eines derartigen Zusatzeinkommens, dass der Versicherte aller Voraussicht nach damit hätte rechnen können. Massgebend ist nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 129 V 177 E. 3.1 S. 181), ob der Versicherte aufgrund seiner konkreten erwerblichen Situation und seines tatsächlichen Arbeitseinsatzes vor dem Unfall wahrscheinlich weiterhin ein Zusatzeinkommen zufolge Überstundenarbeit hätte erzielen können; die blosser Möglichkeit dazu genügt nicht (Urteile des Bundesgerichts 8C_647/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.3 mit Hinweisen und 8C_653/2016 vom 16. Januar 2017 E. 4.1). 8.1.3 Laut den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 11 + 21 S. 8) besuchte der Beschwerdeführer von 1973 bis 1978 die Primarschule und von 1979 bis 1984 die Oberstufe im Land [...]. Er absolvierte keine Berufsausbildung. Im Dezember 1988 reiste er unter dem Namen AT.____ (vgl. IV-Nr. 6.2 S. 156 ff.) in die Schweiz ein, wo er zunächst von Juni 1989 bis August 1990 im Restaurant [...] als Küchenhilfe arbeitete und dann von Januar 1991 bis Mai 2001 bei der Firma [...] (später: [...]), tätig war, wobei er Tätigkeiten als Bodenleger ausführte. Ab Juni 2001 war der Beschwerdeführer wiederum als «Glätter, Bodenleger» bei der Firma AU.____ AG in [...] angestellt. Diese kündigte das Arbeitsverhältnis schliesslich per 31. Januar 2014, da der Beschwerdeführer den Beruf als Bodenleger infolge Unfall nicht mehr ausüben könne (IV-Nr. 25 S. 4). 8.1.4 Im Jahr 2013 war der Beschwerdeführer noch als Bodenleger bei der Firma AU.____ AG angestellt. Es ist davon auszugehen, dass diese Anstellung im Gesundheitsfall fortgesetzt worden wäre. Die Arbeitgeberin bezifferte den Lohn im Jahr 2013 auf CHF 6'170.00 x 13 (vgl. IV-Nrn. 14 S. 3 / 25 S. 2), was einem Jahresverdienst von CHF 80'120.00 entspricht. Der Beschwerdeführer weist aber darauf hin, dass der Verdienst in den Vorjahren höher war. So

verzeichnet der IK-Auszug für das Jahr 2011 ein Einkommen von CHF 89'153.00 (IV-Nr. 106 S. 4). Dem Gericht ist allerdings aus dem parallel laufenden unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren bekannt, dass die Arbeitgeberin gegenüber der Suva für die Jahre 2014 bis 2016 einen Lohn von 13 x CHF 6'220.00 (plus Familienzulagen, die beim Valideneinkommen nicht zu berücksichtigen sind), entsprechend einem Jahresverdienst von CHF 80'860.00, nannte, wobei die Rubrik «Überstunden» durchgestrichen wurde. Es spricht somit einiges für die Annahme, dass in den letzten Jahren vor dem Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2016 keine Überstunden mehr möglich gewesen wären. Die Frage kann aber letztlich offen bleiben, da auch auf der Basis des (höchsten) Einkommens aus dem Jahr 2011 kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert.

8.1.5 Wird das im IK-Auszug für das Jahr 2011 verzeichnete Einkommen von CHF 89'153.00 der Nominallohnentwicklung für Männer im Baugewerbe bis 2013 angepasst (2011: 101,0 Indexpunkte / 2013: 102,3; Tabelle T1.1.10 Lit. F 41 – 43, s. unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/loehne-erwerbseinkommen-arbeitskosten/lohnentwicklung.assetdetail.8046226.html>), so resultiert ein Betrag von CHF 90'301.00.

8.2 Im Weiteren ist auf das Invalideneinkommen einzugehen:

8.2.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person auf Grund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so ist nach der Rechtsprechung auf statistische Werte zurückzugreifen. In der Invalidenversicherung stehen dabei die Löhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik jeweils in den «geraden» Jahren herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) im Vordergrund (vgl. BGE 143 V 295 E. 2.2 S. 296 f.).

8.2.2 Da der Beschwerdeführer die gutachterlich für den Zeitraum seit 2012 bestätigte Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer angepassten Tätigkeit nicht erwerblich verwertet, ist das Invalideneinkommen ausgehend von den Werten der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) zu bestimmen. Auf Grund des Rentenbeginns im Jahr 2013 ist auf die LSE 2012 abzustellen. Herangezogen wird regelmässig die Tabelle TA1_tirage_skill-level (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.6286466.html>), und zwar der Totalwert für den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Die versicherte Person ist im Lichte der Schadenminderungspflicht gehalten, ihre verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihr zumutbaren und ihren Fähigkeiten entsprechenden Segmenten des Arbeitsmarktes zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Dass die Beschwerdegegnerin die entsprechenden Werte direkt der Internet-Publikation entnommen hat, entspricht der Praxis und kann nicht als Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör gewertet werden, auch wenn es nicht falsch gewesen wäre, die angewandte Tabelle auszudrucken und den Akten beizulegen. Der Totalwert des standardisierten Monatslohns der im (untersten) Kompetenzniveau 1

beschäftigten Männer belief sich im Jahr 2012 auf CHF 5'210.00. Da dieser Wert 40 Wochenstunden entspricht, ist er praxisgemäss auf die durchschnittliche betriebsübliche Arbeitszeit des jeweiligen Jahres hochzurechnen (2012 und 2013 jeweils 41,7 Stunden; vgl. Tabelle Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen 1990 – 2018, Total, s. unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.8467484.html>). Weiter ist der Tabellenlohn an die allgemeine Nominallohnentwicklung für Männer von 2012 bis 2013 anzupassen (2012: 101,7 Indexpunkte / 2013: 102,5; Tabelle T1.1.10 Total, s. Link in E. II. 8.1.5 hiervor). Damit resultiert ein Ausgangswert für die Bestimmung des Invalideneinkommens von CHF 65'690.00. Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481). Der Beschwerdeführer ist in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig, so dass sich ein «leidensbedingter Abzug» im engeren Sinn nicht rechtfertigt. Er verfügt über die Niederlassungsbewilligung (vgl. IV-Nr. 21 S. 8), was gemäss LSE 2012 bei Männern ohne Kaderfunktion im Vergleich zum Gesamtwert einen Lohnnachteil von rund 5 % begründet (Tabelle T12_b, Monatlicher Bruttolohn, Schweizer/innen und Ausländer/innen, s. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/tabellen.assetdetail.5126413.html>). Das Lebensalter (der Beschwerdeführer ist 1968 geboren, war also im relevanten Zeitpunkt 45-jährig) lässt ebenso wenig eine Lohneinbusse vermuten wie die fehlende Berufspraxis im neuen Bereich, da dieser Aspekt im Kompetenzniveau 1 von geringer Bedeutung ist. Dasselbe gilt für die Sprachkenntnisse. Insgesamt rechtfertigt sich ein Abzug von 10 %, so dass sich das Invalideneinkommen auf CHF 59'088.00 reduziert. Verglichen mit dem Valideneinkommen von höchstens (vgl. E. II. 8.1.4 hiervor) CHF 90'508.00 resultiert ein Invaliditätsgrad von höchstens 35 %, der keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung begründet. 8.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin eine rentenbegründende Invalidität zu Recht verneint hat. Die Beschwerde ist in diesem Punkt unbegründet. 9. Zum Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wird in der angefochtenen Verfügung vom 6. Dezember 2016 ausgeführt, der Beschwerdeführer habe gemäss dem Bericht der beruflichen Eingliederung vom 22. April 2016 (vgl. IV-Nr. 96) keine ausreichende Motivation an den Tag gelegt. Wenn er sich inskünftig subjektiv arbeitsfähig fühle und gewillt sei, seinen Beitrag zur beruflichen Eingliederung zu leisten, stehe einer erneuten Hilfeleistung durch die Invalidenversicherung nichts entgegen. Der Beschwerdeführer werde gebeten, der Beschwerdegegnerin schriftlich mitzuteilen, wenn er die Unterstützung in Anspruch nehmen wolle. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde

somit wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit verneint. Dieser Beurteilung ist zuzustimmen, geht doch aus den Akten über die beruflichen Eingliederungsbemühungen deutlich hervor, dass sich der Beschwerdeführer nicht vorstellen konnte, wieder einer Arbeit nachzugehen (vgl. z.B. E. II. 4.6 hiervor sowie die Aufforderung zur Mitwirkung vom 11. März 2016, IV-Nr. 87, und den Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 22. April 2016, IV-Nr. 96). Wenn der Beschwerdeführer ausführen lässt, ihm sei mit Wirkung ab 21. März 2016 ein Assessment bei der Institution B.____ zugesprochen worden und es bestehe kein Grund, darauf zurückzukommen (Beschwerdeschrift A.S. 12 Ziff. 9), ist darauf hinzuweisen, dass es sich dabei um eine Programm-Zuweisung durch das RAV handelte (vgl. IV-Nr. 86 S. 2 f.). Ein Anspruch auf Leistungen der Beschwerdegegnerin lässt sich daraus von vornherein nicht ableiten. Abgesehen davon konnte das Assessment nicht stattfinden, weil der Beschwerdeführer arbeitsunfähig geschrieben wurde (IV-Nr. 89 S. 2). Wegen der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit des Beschwerdeführers versprochen berufliche Eingliederungsmassnahmen während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2016 keinen Erfolg. Die Beschwerdegegnerin hat sich jedoch zu Recht bereit erklärt, solche Massnahmen zu prüfen, wenn der Beschwerdeführer bereit ist, seine medizinisch ermittelte Arbeitsfähigkeit auszuschöpfen. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt unbegründet.

10. 10.1 Die obsiegende Beschwerde führende Partei hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG). Da die Beschwerde abgewiesen wird, gilt der Beschwerdeführer nicht als obsiegend. Daran ändert der Umstand nichts, dass ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde (Urteil des Bundesgerichts 8C_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, bestätigt u.a. in den Urteilen 8C_194/2016 vom 14. Juni 2016 E. 4.2 und 8C_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5). Dem Beschwerdeführer ist daher keine Parteientschädigung zuzusprechen.

10.2 Das Beschwerdeverfahren ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat der Beschwerdeführer als unterliegende Partei die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

10.3 Das Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle E.____ musste deshalb eingeholt werden, weil der rechtserhebliche Sachverhalt in medizinischer Hinsicht bei Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2016 nicht hinreichend abgeklärt war (vgl. E. II. 6.2 hiervor). Der zusätzliche Abklärungsbedarf ergab sich zwar teilweise aus Dokumenten, welche der Beschwerdegegnerin bei Erlass der Verfügung vom 6. Dezember 2016 noch nicht bekannt waren, wie z.B. dem Bericht der Klinik D.____ vom 14. September 2016 (E. II. 5.1 hiervor). Aber auch die beim Entscheid vorliegende Aktenlage hätte weitere Abklärungen erfordert: Der Austrittsbericht der Rehaklinik N.____ vom 11. November 2015 (IV-Nr. II. 4.12 hiervor), auf den sich der angefochtene Entscheid massgeblich stützte, weist einen beschränkten Beweiswert auf (vgl. E. II. 6.2 hiervor) und enthält einen Hinweis auf ein mögliches psychisches Krankheitsbild. In den späteren, der Beschwerdegegnerin bekannten Berichten findet sich die zuvor nicht gestellte Diagnose einer Ansatzendinopathie des Pes anserinus, welche weiterer diagnostischer Abklärungen bedürfe (vgl. E. II. 4.16 und 4.18 hiervor). Weiter war das im März 2016 durch das RAV veranlasste Assessment gescheitert, weil der Beschwerdeführer durch die Klinik D.____ arbeitsunfähig geschrieben worden war (IV-Nr. 89 S. 2). Vor diesem Hintergrund wäre die Beschwerdegegnerin jedoch gehalten gewesen, den

medizinischen Sachverhalt zumindest durch den regionalen ärztlichen Dienst beurteilen zu lassen, anstatt sich ohne weiteres an der nicht rechtskräftigen Verfügung der Suva zu orientieren und über den Anspruch zu entscheiden. Die Verfügung vom 6. Dezember 2016 basiert somit auf Abklärungen, die den Anforderungen des Untersuchungsgrundsatzes (vgl. E. II.

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