

SO_GERICHTE VSBES.2017.30 vom 16. Dezember 2016

SO Obergericht, 2016-12-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.30

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.30 du 16 décembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.30 del 16 dicembre 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 Der 1958 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführer) arbeitet seit dem 2. Juli 1990 als Elektromonteur bei der B.____, [...] (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 7 S. 2 ff.). Am 19. Februar 2013 erlitt er einen Arbeitsunfall, als beim Laden des Anhängers eine Kabelrolle herunterfiel und auf sein linkes Bein stürzte; dabei zog er sich eine Oberschenkelfraktur (Trümmerbruch) links zu (IV-Nr. 11 S. 74). Gleichentags wurde er im C.____ operiert (Platten-osteosynthese Femur links mit NCB-Platte; IV-Nr. 11 S. 59). Nach dem Spitalaufenthalt hielt er sich vom 6. März bis 1. Mai 2013 stationär zur Behandlung in der D.____ auf (IV-Nr. 11 S. 40 ff.). Am 17. Juni 2013 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 2). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach dem Beschwerdeführer daraufhin Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 26. Mai bis 29. August 2014 in der E.____ zu (Mitteilung vom 14. Mai 2014; IV-Nr. 19). Diese Massnahme wurde in der Folge aus gesundheitlichen Gründen am 25. Juli 2014 abgebrochen (IV-Nr. 27). Am 16. Februar 2015 wurde der Beschwerdeführer in der F.____, [...], am linken Knie mit einer Arthroskopie behandelt (IV-Nr. 39 S. 5 f.). Sodann wurde am 16. März 2015 das Osteosynthesematerial in der vorerwähnten Klinik operativ entfernt (OSME; IV-Nr. 39 S. 3 f.). Vom 26. Mai bis 30. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer zur Rehabilitation erneut in der D.____ auf (IV-Nr. 53.1). In der Folge veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Begutachtung des Beschwerdeführers im G.____, [...], welche am 2. Dezember 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 5. Januar 2016; IV-Nr. 63 S. 2 ff.). Mit Vorbescheid vom 8. März 2016 stellte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente in Aussicht und hielt im Weiteren fest, aufgrund seiner Einschränkungen habe er Anspruch auf Hilfe bei der Eingliederung durch die IV (IV-Nr. 74 S. 2 ff.).

1.2 In der Folge erteilte die Beschwerdegegnerin nach Durchführung eines Standortgesprächs Kostengutsprache für einen Beitrag an die Arbeitgeberin bei einer Weiterbeschäftigung des Beschwerdeführers im Betrieb im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2016 (Mitteilung vom 25. Mai 2016; IV-Nr. 89). Sodann stellte sie dem Beschwerdeführer mit Vorbescheid vom 31. Mai 2016 die Zusprache einer befristeten ganzen Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 30. September 2015 in Aussicht und hob den vorerwähnten Vorbescheid vom 8. März 2016 auf (IV-Nr. 90 S. 2 ff.). Der Beschwerdeführer konnte am 1. Juni 2016 bei seiner Arbeitgeberin eine neu geschaffene Stelle in der Abteilung «Schaltanlagen» mit einem Arbeitspensum von 50 % im Rahmen eines Arbeitsversuchs antreten, wobei das Arbeitspensum in der Folge nicht erhöht werden konnte. Die Arbeitgeberin änderte daraufhin den bisherigen Arbeitsvertrag und beschäftigte

den Beschwerdeführer ab 1. November 2016 als «Elektromonteur Schaltanlagebau» mit einem Pensum von 50 % (IV-Nr. 100 S. 2 f.). Die berufliche Eingliederung wurde daraufhin abgeschlossen (Bericht vom 12. Oktober 2016; IV-Nr. 101). Die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva) gewährte dem Beschwerdeführer das Unfalltaggeld bis zum 31. Oktober 2016 (IV-Nr. 103.3 S. 1 f.) und sprach ihm mit Verfügung vom 10. November 2016 aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 26 % eine Invalidenrente ab 1. November 2016 zu (IV-Nr. 105). Die Beschwerdegegnerin gewährte dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 16. Dezember 2016 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine befristete ganze Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 30. September 2015; aufgrund einer gesundheitlichen Verbesserung per Ende Juni 2015 wurde die ganze Rente am 1. Oktober 2015 eingestellt (IV-Grad von nurmehr 25 %; IV-Nr. 111).

Aufgrund einer Vereinbarung vom 12. Dezember 2016 sprach die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 6. Januar 2017 eine Invalidenrente bei einem nun festgesetzten IV-Grad von 30 % zu und schloss mit diesem Vergleich das Einspracheverfahren ab (IV-Nr. 112).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Gutachten des G.____ vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 63 S. 2 ff.) auf den vollständigen Vorakten beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und aufgrund der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch die beiden Fachärzte am 2. Dezember 2015 erstellt wurde, wobei eine Dolmetscherin beigezogen wurde (vgl. IV-Nr. 63 S. 10). Auf dieser Grundlage gelangen die Experten im Rahmen ihrer bidisziplinären Beurteilung zu schlüssigen Ergebnissen, die nachvollziehbar hergeleitet und begründet werden. Ausserdem setzen sich die Gutachter mit den abweichenden Arztberichten auseinander und legen nachvollziehbar dar, weshalb diesen Einschätzungen nicht oder nur teilweise gefolgt werden kann. Das G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.2 hiavor).

7.3 Gemäss der bidisziplinären Beurteilung der beiden Fachärzte steht in subjektiver und objektiver Hinsicht die Evaluation hinsichtlich der Oberschenkel- und Kniefraktur links nach dem Unfall vom 19. Februar 2013 mit konsekutiven osteosynthetischen Operationen

im Vordergrund. Nach den Feststellungen der Experten zeigt sich aktuell klinisch und bildgebend eine konsolidierte Situation mit in korrekter Position verheilte Femurfraktur. Auffällig sei eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich, was hinsichtlich angegebener Symptome eine Rolle zu spielen scheine. Anderweitige wesentliche Befunde am Bewegungsapparat seien jedoch nicht vorhanden. Aus orthopädischer Sicht besteht nach den gutachterlichen Angaben aufgrund der deutlich verminderten Belastbarkeit der linken unteren Extremität bzw. der Hüfte eine Arbeitsunfähigkeit in schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten, wozu die angestammte Tätigkeit gezählt werden müsse. Für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen, ohne Überwinden von Treppen und ohne Gehen auf unebenem Grund, besteht nach den Angaben der Gutachter aus Sicht des Bewegungsapparates keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren konnten die Fachärzte aus psychiatrischer Sicht auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode feststellen; eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Das Ausmass der affektiven Störung sei zu gering, um eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu haben. Demnach liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die vom psychiatrischen Gutachter im Rahmen der Beurteilung vorgenommene Indikatorenprüfung ergab, dass die festgestellte leichte depressive Episode keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Zusammenfassend kamen die G.____-Gutachter aus bidisziplinärer Sicht zum Schluss, in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Dezember 2015 zu bestätigen, liege aufgrund der Akten mit erheblicher Wahrscheinlichkeit aber schon seit Juni 2015 vor (IV-Nr. 63 S. 21 f.; vgl. E. II. 6.14 hiervor). Die Würdigung dieses bidisziplinären Gutachtens durch den RAD-Arzt ergab, gestützt auf dieses schlüssige und nachvollziehbare Gutachten sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit von 100 % ab 30. Juni 2015 (Austritt aus der D.____ [vgl. IV-Nr. 53.1 S. 1]) auszugehen (IV-Nr. 69). Es gilt im Folgenden zu prüfen, ob die ins Recht gelegten weiteren medizinischen Unterlagen den Beweiswert des bidisziplinären G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 zu schmälern vermögen.

7.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe sich vom 26. Mai bis 30. Juni 2015 in der D.____ aufgehalten. Dort seien neben den somatischen Diagnosen auch die psychiatrischen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit zusätzlichen posttraumatologischen Symptomen sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischem und psychischen Faktoren festgestellt worden (Beschwerde, S. 4 Ziff. 4). Dazu hielt der psychiatrische G.____-Teilgutachter Dr. med. I.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 2. Dezember 2015 detailliert fest, beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch (lediglich) eine leichte depressive Episode ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (ICD-10 F32.0). Diese sei gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen mit traumatischen Alpträumen und einem etwas verminderten Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation sowie auch durch Schuldgefühle. Im Rahmen der affektiven Symptomatik sei auch eine psychische Überlagerung mit subjektiv verstärkten Schmerzen möglich. Dr. med. I.____ wies jedoch klar darauf hin, die zusätzliche Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, da der Explorand die Schmerzsymptomatik relativ lokalisiert angegeben habe und eine deutlich ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik fehle (IV-Nr. 63 S. 13).

Im Weiteren nahm der psychiatrische Gutachter zu früheren ärztlichen Einschätzungen dahingehend Stellung, unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 handle es sich hier um eine leichte depressive Episode. Die Schmerzen seien hier vor allem aus somatischer Sicht zu beurteilen. Die von der D. ___ im Jahr 2013 angegebene regrediente Symptomatik einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; vgl. E. II. 6.2 hiervor) bzw. die Diagnose einer PTBS könne nicht bestätigt werden. Für diese Diagnose fordere die ICD-10 das Vorliegen eines deutlich schwereren traumatischen Ereignisses (z.B. das Erleben von Folter, eines Katastrophenereignisses oder eines sonstigen schweren Verbrechens, wie z.B. einer Vergewaltigung). Ein schweres traumatisches Erlebnis sei mit dem Unfallereignis, das der Beschwerdeführer erlitten habe, nicht gegeben. Bei der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. M. ___ handle es sich (lediglich) um eine andere Beurteilung (IV-Nr. 63 S. 13 f. Ziff. 3.6). Dieser überzeugenden Argumentation und Einschätzung des psychiatrischen G. ___-Gutachters ist zu folgen. Wie oben (unter E. II. 4.4 hiervor) erwähnt, können die Berichte der D. ___ sowie diejenigen des behandelnden Psychiaters nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie das von der Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre Gutachten. Wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, gehen weder aus den Berichten und psychosomatischen Konsilien der D. ___ noch aus den Berichten des behandelnden Psychiaters hervor, weshalb keine ergänzenden Abklärungen angezeigt sind (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Dementsprechend würdigte auch der RAD-Arzt den vorliegend jüngsten psychiatrischen Bericht von Dr. med. M. ___ vom 21. April 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) im Vergleich zu dessen Bericht vom 29. Mai 2015 (E. II. 6.12 hiervor) dahingehend, es seien keine wesentlichen subjektiven Beschwerden und Befunde erkennbar, die nicht schon im Jahr 2015 aufgeführt worden seien. Es handle sich ■ wie damals ■ um eine andere Beurteilung des gleichen Zustandes, wie er von Dr. med. I. ___ in seiner Begutachtung vom Dezember 2015 festgestellt worden sei. Der Gutachter habe begründet, weshalb er den Zustand des Beschwerdeführers nicht als mittelgradig depressiv beurteile (IV-Nr. 109).

Im Weiteren geht aus dem psychosomatischen Konsilium der D. ___ vom 29. Juni 2015, auf welches im entsprechenden Austrittsbericht vom 30. Juni 2015 eingegangen wurde (vgl. IV-Nr. 53.1 S. 3; der vorerwähnte Austrittsbericht der D. ___ wurde im G. ___-Gutachten aufgeführt und damit im Rahmen der Beurteilung mitberücksichtigt; vgl. IV-Nr. 63 S. 7 f. Ziff. 2.2), hervor, das traumatische Unfallereignis scheine noch Restsymptome (Nachhallerinnerungen vom Unfall, Albträume und Ängstlichkeit) hinterlassen zu haben. Zum Procedere wurde angegeben, nach dem Austritt sei eine psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. M. ___ in der Muttersprache des Patienten indiziert, um ihn ressourcenorientiert weiter zu unterstützen und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Empfehlenswert wäre eine Eingliederung in seiner bisherigen Firma mit anfänglich reduzierter Leistung und reduzierter Arbeitszeit (IV-Nr. 53.3 S. 2). Angesichts dieser Angaben kann ■ entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ■ nicht davon ausgegangen werden, dass sich bei ihm eine Therapieresistenz eingestellt hätte und deswegen auf das G. ___-Gutachten nicht abgestellt werden könnte. Ebenso wenig bestehen Hinweise, dass der psychiatrische Gutachter «verniedlichende» Gutachten erstellt, wie dies vom Beschwerdeführer einfach behauptet wird (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 7 und Replik, S. 4). Demnach ist auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. I. ___ und abzustellen.

7.5 Sodann weisen die G.____-Gutachter aus somatischer bzw. orthopädischer Sicht darauf hin, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig erklären. An Hüfte, Oberschenkel und Knie der linken Seiten seien bei konsolidierter, in korrekter Position verheilter Femurfraktur keine relevanten Veränderungen vorhanden. Augenfällig sei eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich, was hinsichtlich der angegebenen Symptome eine Rolle zu spielen scheine. Aus orthopädischer Sicht seien keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen, da der Explorand angezeigte physiotherapeutische Massnahmen hinsichtlich der Muskelverkürzungen ablehne (vgl. IV-Nr. 63 S. 18 f. und 21 f.). Nach den gutachterlichen Angaben liegen anderweitige wesentliche Befunde am Bewegungsapparat nicht vor. Zum Austrittsbericht der D.____ vom 30. Juni 2015 äusserten sich die Gutachter dahingehend, der Explorand zeige ein auffälliges Schmerzverhalten, wobei gewisse Inkonsistenzen festgestellt worden seien. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe auf einem tiefen Niveau leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit des linken Kniegelenkes hätten im Seitenvergleich keine relevanten Einschränkungen bestanden. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen, doch sollten das instruierte Heimprogramm fortgeführt und Ausdauersportarten wie Nordic-Walking und Aquajogging vorgenommen werden. Als Elektromonteur sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig, für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen bestehe dagegen eine ganztägige Zumutbarkeit. Der Einschätzung der Ärzte der D.____, es bestehe eine wesentliche Diskrepanz zwischen der Zumutbarkeit aus medizinischer Sicht und der Selbsteinschätzung (vgl. IV-Nr. 53.1 S. 3), stimmen die G.____-Gutachter aufgrund ihrer Untersuchung zu. Auch der Einschätzung von Dr. med. N.____ vom 28. (recte: 16.) April 2015 (zufriedenstellender Verlauf sechs Wochen nach Entfernung des Osteosynthesematerials und zehn Wochen nach Arthroskopie) konnten die G.____-Gutachter aufgrund ihrer aktuellen Untersuchungen gut folgen (vgl. IV-Nr. 63 S. 19 f. Ziff. 4.8). Demnach ist aufgrund der weitgehend übereinstimmenden fachärztlichen Angaben davon auszugehen, dass für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen, ohne Überwinden von Treppen und ohne Gehen auf unebenem Grund, keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers besteht. Auch dieser nachvollziehbaren und schlüssigen Einschätzung des begutachtenden orthopädischen Facharztes Dr. med. J.____ ist zu folgen.

Aufgrund der oben (unter E. II. 6 hiavor) wiedergegebenen zahlreichen Arztberichte bestehen vorliegend keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des G.____-Gutachtens sprechen. Anhaltspunkte, dass sowohl die orthopädische als auch die psychiatrische Begutachtung «qualifiziert falsch» vorgenommen sein soll, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird (vgl. Replik, S. 5), sind nicht ersichtlich. Demnach besteht auch kein Anlass, die Begutachtung wiederholen zu lassen oder eine gerichtliche Expertise in Auftrag zu geben.

7.6 Nach dem Gesagten ist somit aufgrund des G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 erstellt, dass beim Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 19. Februar 2013, welches eine andauernde Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten zur Folge hatte und einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Februar 2014 begründete, insoweit eine relevante gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, als er seit dem Austritt aus der D.____ Ende Juni 2015 in der Lage ist, körperlich leichte, angepassten Verweistätigkeiten

mit einem Arbeitspensum von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben (IV-Nr. 63 S. 21). Damit kann er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG liegt somit vor (vgl. E. II. 3. hiervor).

8. Im Folgenden ist zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin aufgrund der gesundheitlichen Verbesserung per 30. Juni 2015 ermittelte Invaliditätsgrad von nurmehr 25 % korrekt ermittelt wurde.

8.1 Der Beschwerdeführer konnte am 1. Juni 2016 eine von der bisherigen Arbeitgeberin neu geschaffene, seinen Einschränkungen angepasste Stelle im Rahmen eines Arbeitsversuchs antreten (vgl. Stellenbeschreibung «Mitarbeiter Schaltanlagen»; IV-Nr. 85), wobei die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für einen Betrag an die Arbeitgeberin als Integrationsmassnahme gemäss Art. 14a Abs. 5 IVG erteilte (vgl. Mitteilung vom 25. Mai 2016; IV-Nr. 89). Gemäss dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 12. Oktober 2016 wurde das Ziel formuliert, das Arbeitspensum in der angepassten Tätigkeit per August 2016 auf 60 %, per September 2016 auf 75 % und per Oktober 2016 auf 100 % zu steigern (vgl. auch IV-Nr. 103.25 ff., 103.39 und Protokolleinträge vom 24. Mai und 15. Juli 2016). Der Beschwerdeführer habe jedoch das Stellenangebot der Arbeitgeberin (Pensum von 50 %) per 1. November 2016 akzeptiert. Demnach wurde die berufliche Eingliederung mit dem Vermerk «Eingegliedert» abgeschlossen (IV-Nr. 101). Einer Telefonnotiz der Suva vom 5. Juli 2016 kann entnommen werden, dass die zuständige Sachbearbeiterin der Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mitteilte, der Beschwerdeführer habe den Arbeitsversuch am 5. Juli 2016 abgebrochen. Sein Bein schwellte an und er könne in der Nacht vor Schmerzen nicht schlafen. Die Sachbearbeiterin habe den Beschwerdeführer von Zeit zu Zeit an seinem Arbeitsplatz besucht, wobei jener stets gesessen sei. Es wurde erneut ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % ab 18. Juli 2016 begonnen (IV-Nr. 103.29). Laut den Telefonnotizen der Suva vom 23. August 2016 berichtete der Beschwerdeführer, er habe ab dem 15. August 2016 versucht, 5 Stunden pro Tag zu arbeiten. Am dritten Tag habe er jedoch abbrechen müssen. Sein Bein sei angeschwollen, er habe unter starken Schmerzen gelitten und nicht schlafen können. Seine Hausärztin habe ihn wieder vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben. Der Beschwerdeführer sei der Ansicht, dass seine Leistungsgrenze bei 50 % liege (IV-Nr. 103.17 und 103.18). Gemäss einer weiteren Aktennotiz der Suva vom 30. August 2016 teilte die zuständige Sachbearbeiterin mit, dem Beschwerdeführer sei von der Arbeitgeberin ein Arbeitsvertrag mit einem 50%-Pensum angeboten worden. Der Arbeitsversuch habe klar die Grenzen aufgezeigt, welche bei einer Anwesenheit von 50 % liege. Die vom Kreisarzt definierte Zumutbarkeit erachte der Betrieb als zu streng. Im Weiteren teilte die Sachbearbeiterin mit, die Tätigkeit entspreche dem Anforderungsprofil des Kreisarztes. Der Beschwerdeführer arbeite wechselbelastend und könne die Stellung sogar mehrheitlich frei wählen. Weshalb der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. N. ___ eine vorwiegend stehende Arbeit angegeben habe, sei unklar (IV-Nr. 103.14).

Sodann teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 13. Oktober 2016 mit, gemäss ihren Unterlagen sei von einer weiteren ärztlichen Behandlung leider keine wesentliche Besserung der Unfallfolgen mehr zu erwarten. Der Fall werde daher abgeschlossen; sie könne grundsätzlich keine weiteren Heilkosten mehr bezahlen. In einer angepassten, wechselbelastenden (überwiegend sitzend, gehend und stehend) körperlich leichten Tätigkeit bestehe für den Beschwerdeführer unter folgenden Voraussetzungen eine

volle Arbeitsfähigkeit: Heben und Tragen bis 10 kg, das Besteigen von Gerüsten und repetitives Treppensteigen und/oder Besteigen von Leitern sowie das Begehen von unebenem Gelände seien nicht mehr zumutbar. Es sollten Schläge und Vibrationen auf die linke untere Extremität vermieden werden. Das häufige Einnehmen von Zwangshaltungen (Kauern und Knien) sei ebenfalls nicht mehr zumutbar. Des Weiteren bestünden keine anderen Einschränkungen, insbesondere nicht zeitlicher Natur. Leider habe der Beschwerdeführer bei der neuen Tätigkeit für die bisherige Arbeitgeberin nur eine Leistungsfähigkeit von 50 % erreichen können, was nicht der vorerwähnten Zumutbarkeit entspreche. Die Suva werde die Rentenfrage somit anhand des allgemeinen Arbeitsmarktes beurteilen. Das Taggeld werde noch bis zum 31. Oktober 2016 erbracht (IV-Nr. 103.3 S. 1 f.). Seit dem 1. November 2016 arbeitet der Beschwerdeführer als «Elektromonteur Schaltanlagebau» bei der bisherigen Arbeitgeberin im Rahmen eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses mit einem Pensum von 50 % (vgl. Änderung des Arbeitsvertrages vom 15. September 2016 [IV-Nr. 100 S. 2 f.]).

8.2 Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflichen 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 erzielt, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_307/2017 vom 26. September 2017 E. 5.2 und 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4.2.2, je mit Hinweisen auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 und 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.).

Es gilt vorliegend zu beachten, dass es dem Beschwerdeführer trotz unfallbedingter Gesundheitsschädigung aus medizinischer Sicht zuzumuten wäre, die neu geschaffene, seinen Einschränkungen angepasste Stelle als «Elektromonteur Schaltanlagebau» bei der bisherigen Arbeitgeberin oder eine andere angepasste Verweistätigkeit mit einem Arbeitspensum von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben. Gemäss dem beweiskräftigen bidisziplinären G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 ist ihm ab Juni 2015 eine körperlich leichte, überwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit, ohne das Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen und ohne Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund vollumfänglich zuzumuten. Obwohl ein Einsatz bei der für den Beschwerdeführer neu geschaffenen Stelle als «Elektromonteur Schaltanlagebau» mit einem Arbeitspensum von zunächst 50 % und einer Steigerung des Pensums auf 60 % (ab August 2016), 75 % (ab September 2016) und schliesslich 100 % (ab Oktober 2016) sowie ein Bruttomonatslohn von CHF 5'300.00 (bei einem Vollzeitpensum) vorgesehen waren (IV-Nr. 100 S. 2, 101 S. 2), konnte eine Steigerung des Arbeitspensums auf über 50 % nicht erreicht werden, obwohl davon auszugehen ist, dass die neue Tätigkeit seinen körperlichen Einschränkungen Rechnung trägt (vgl. Stellenbeschreibung «Mitarbeiter Schaltanlagen» der B.____, IV-Nr. 103.50 S. 2; IV-Nr. 103.14). Vor diesem Hintergrund muss angesichts der gutachterlichen Angaben

davon ausgegangen werden, dass die Selbstlimitierung des Beschwerdeführers auf seine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung zurückzuführen ist (IV-Nr. 63 S. 12 und 22). Wie erwähnt ist er der Auffassung, seine Leistungsgrenze liege bei 50 % (vgl. IV-Nr. 103.18). Für das Abstellen auf das tatsächlich erzielte Einkommen besteht dann kein Raum, wenn mit der zumutbaren Ausschöpfung des noch vorhandenen Leistungspotentials eine Rente zu vermeiden wäre. Der relevante ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet zahlreiche Optionen an, die im vorliegenden Fall behinderungsbedingt in Frage kämen. Es sprechen weder das Alter noch andere Faktoren dagegen, dass der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nachkommt und ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2012 vom 15. Januar 2013 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Demnach kann zur Festsetzung des Invalideneinkommens nicht auf den in der neuen Funktion mit einem Pensum von 50 % ab 1. November 2016 erzielten Lohn von CHF 2'650.00 (x 13; vgl. IV-Nr. 100 S. 2) abgestellt werden, da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft bzw. nicht bestmöglich verwertet. Daran ändert der Umstand nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung des Beschwerdeführers mit Beiträgen an die Arbeitgeberin unterstützt hat.

8.3 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Festsetzung des Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 (Tabelle TA1_tirage-skill_level 2014, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) ab, wobei sie beim entsprechenden Tabellenwert von CHF 5'312.00 die durchschnittliche betriebliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2015 aufrechnete, die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 berücksichtigte und für die leidensbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers einen leidensbedingten Abzug in Höhe von 10 % vornahm. Dies ergab ein Invalideneinkommen von CHF 60'039.00 pro Jahr. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Sowohl die Höhe dieses Invalideneinkommens als auch diejenige des Valideneinkommens von CHF 80'250.00 (vgl. Arbeitgeberbericht der B. ____ vom 28. Juni 2013 [IV-Nr. 7 S. 2 f.] und telefonische Auskunft der Arbeitgeberin vom 8. März 2016, Jahreslohn 2015: CHF 6'150.00 x 13 plus CHF 300.00 Pikett/Jahr = CHF 80'250.00 [telefonische Auskunft der Arbeitgeberin vom 8. März 2016; vgl. Protokolleintrag vom gleichen Tag]) werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Demnach besteht ab Juni 2015 ein Invaliditätsgrad von 25 %, der keinen Rentenanspruch mehr begründet (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

9. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Suva habe unter Berücksichtigung der somatisch unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 30 % zugesprochen. Der Invaliditätsgrad der Invalidenversicherung dürfe nicht geringer sein als jener der Suva (Beschwerde, S. 3).

Dazu ist festzuhalten, dass die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. November 2016 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 19. Februar 2013 ab 1. November 2016 zunächst eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 26 % zusprach (IV-Nr. 105). Das daraufhin anhängig gemachte Einspracheverfahren schloss die Suva in der Folge mit einem Vergleich ab (Vereinbarung vom 12. Dezember 2016), wobei die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invaliditätsgrad neu auf 30 % festgesetzt wurde (Verfügung vom 6. Januar 2017; IV-Nr. 112). Rechtsprechungsgemäss besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung (BGE 133 V 549). Dies gilt insbesondere auch dann, wenn der von

einem Unfallversicherer angenommene Invaliditätsgrad auf einem Vergleich mit der anspruchsberechtigten Person beruht (BGE 112 V 174). Für die Beilegung von Meinungsverschiedenheiten über das Ausmass der Invalidität mittels Vergleich ist es gerade charakteristisch, dass von einer präzisen Bestimmung der streitigen Ansprüche, welche häufig nur nach Beschreitung des Rechtsmittelweges erreicht werden könnte, ■ vorwiegend aus ökonomischen, gelegentlich auch aus praktischen Gründen ■ Abstand genommen wird. Die Möglichkeit, dass eine der beteiligten Parteien dabei unter Umständen gewisse finanziell nachteilige Auswirkungen zu gewärtigen hat, wird in solchen Fällen in Kauf genommen. Die Ausweitung dieses Risikos auf andere Versicherungsträger, welche weder das Zustandekommen noch den Inhalt eines solchen Vergleichs beeinflussen konnten, lässt sich nicht rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_740/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 3 mit weiteren Hinweisen).

Demnach kann der Beschwerdeführer aus dem mit der Suva abgeschlossenen Vergleich bzw. dem gestützt darauf festgesetzten Invaliditätsgrad von 30 % nichts zu seinen Gunsten ableiten. Namentlich ist auch nicht relevant, von welchen Überlegungen sich die Suva bei der vergleichsweise erfolgten Einigung leiten liess. Der Einwand des Beschwerdeführers, der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad könne nicht geringer sein als jener der Suva, verfängt somit nicht. Ebenso wenig relevant ist der Umstand, dass die Suva dem Beschwerdeführer bis zum 31. Oktober 2016 Taggelder zusprach (vgl. Schreiben der Suva vom 13. Oktober 2016 [IV-Nr. 103.3 S. 2] und Telefonnotiz der Suva vom 14. Oktober 2016 [IV-Nr. 103.2]). Die Befristung der Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin auf den 30. September 2015 erfolgte aufgrund der fachärztlich festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers per Ende Juni 2015; die erst per 31. Oktober 2016 erfolgte Einstellung der Suva-Taggelder vermag daran nichts zu ändern.

10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2016, worin die dem Beschwerdeführer ab 1. Februar 2014 zugesprochene ganze Invalidenrente aufgrund seines verbesserten Gesundheitszustands und damit eines Invaliditätsgrades von nurmehr 25 % ab Juni 2015 auf den 30. September 2015 eingestellt wurde (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV), nicht zu beanstanden. Angesichts des vollumfänglich beweiswertigen bidisziplinären G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 besteht kein Anlass, weitere Abklärungen zu veranlassen. Von weiteren Beweiserhebungen ■ insbesondere auch vom beantragten Augenschein am aktuellen Arbeitsplatz des Beschwerdeführers ■ sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Die Beschwerde ist abzuweisen.

11.

11.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Zusprechung einer Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu

bezahlen.

Demnach wird erkannt:

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zuzüglich 8 % Mehrwertsteuer zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 10. März 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (A.S. 18 f.). 2.3 In seiner Replik vom 3. April 2017 lässt der Beschwerdeführer an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren vollumfänglich festhalten (A.S. 23 ff.). 2.4 Mit Verfügung vom 16. Mai 2017 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik verzichtet hat (A.S. 30). 2.5 Am 17. Mai 2017 reicht der Vertreter des Beschwerdeführers seine Kostennote ein (A.S. 31 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob der Beschwerdeführer ab 1. Oktober 2015 weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 16. Dezember 2016 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder

Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 4

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche

Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). 4.3 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 4.4 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäußerten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

E. 5

5.1 Zunächst lässt der Beschwerdeführer in formeller Hinsicht geltend machen, die Beschwerdegegnerin habe eine bidisziplinäre Begutachtung in Auftrag gegeben, ohne einen Einigungsversuch zu initialisieren. Er habe sich bemüht, eine polydisziplinäre Abklärung durchführen zu lassen. Dies sei aber am Widerstand der Beschwerdegegnerin gescheitert. Dennoch habe sie es nicht für notwendig erachtet, einen Einigungsversuch über die Begutachtung zu starten, was bei mono- und bidisziplinären Gutachten zwingend notwendig sei. Wegen dieser unheilbaren Rechtsverletzung werde eine erneute – vor allem psychiatrische – Begutachtung verlangt, zumal G.____-Begutachtungen nicht über jeden

Zweifel erhaben seien (Beschwerde, S. 2 II. Ziff. 3; Replik, S. 2). Dazu ist festzuhalten, dass polydisziplinäre Gutachten, das heisst solche, an denen drei oder mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, nach dem Wortlaut von Art. 72 bis Abs. 1 IVV (SR 831.201; in der seit 1. März 2012 gültigen Fassung) bei einer Gutachterstelle zu erfolgen haben, mit welcher das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Vereinbarung getroffen hat. Gemeint sind die Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) im Sinne von Art. 59 Abs. 3 IVG. Die Vergabe der Aufträge erfolgt nach dem Zufallsprinzip (Art. 72 bis Abs. 2 IVV). Zu dessen Umsetzung hat das BSV die webbasierte Vergabepattform SuisseMED@P eingerichtet, über welche der gesamte Verlauf der Gutachtenseinholung gesteuert und kontrolliert wird. Bei mono- und bidisziplinären Gutachten dagegen werden die Aufträge nicht nach diesem System vergeben. Damit ist der Kreis der in Frage kommenden Sachverständigen hier weitaus grösser (z.B. Universitätskliniken, frei praktizierende Ärzte und Gutachter; BGE 137 V 210 E. 3.1.1 S. 242). Nicht ausgeschlossen ist freilich, dass Begutachtungsinstitute, die für den Bereich der polydisziplinären Expertisen mit dem BSV eine Vereinbarung nach Art. 72 bis IVV abgeschlossen haben, auch bidisziplinäre Expertisen erstatten; dies erfolgte allerdings ausserhalb des MEDAS-Statuts. Da solche bidisziplinären Gutachten keine MEDAS-Gutachten im Rechtssinne sind, rechtfertigt es sich nicht, die betreffenden Aufträge anders abzuwickeln als diejenigen an andere Sachverständige, die schon faktisch, mangels eines numerus clausus, nicht der Zufallszuweisung unterstellt werden können (BGE 139 V 349 E. 2.2 S. 351). Bei mono- und bidisziplinären Begutachtungen ist im Falle aller zulässigen Einwendungen konsensorientiert vorzugehen. Erst wenn eine Einigung ausbleibt, ergeht eine (einheitliche) Zwischenverfügung über die Beweisvorkehr an sich (Notwendigkeit einer Begutachtung, Beschränkung auf eine oder zwei Fachdisziplinen, Bezeichnung von Disziplinen) und die Person der Gutachter. Das Kreisschreiben sieht vor, dass Einwände und Zusatzfragen innert zehn Tagen seit der Mitteilung einzureichen sind; die Frist kann auf schriftliches Gesuch hin verlängert werden (BGE 139 V 349 E. 5.2.2.3 und 5.2.3 S. 356; Kreisschreiben des BSV über das Verfahren in der Invalidenversicherung [KSVI], gültig ab 1. Januar 2010, Stand: 1. Januar 2015, Rz. 2083.2 ff.).

5.2 Im vorliegenden Fall teilte die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer am 22. September 2015 mit, er sei am 10. Juni 2015 informiert worden, dass eine umfassende medizinische Untersuchung notwendig sei, wobei die Begutachtungsstelle H.____, [...], vorgeschlagen worden sei. Die Begutachtung könne jedoch aus Kapazitätsgründen nicht in dieser Begutachtungsstelle durchgeführt werden. Es werde deshalb die Begutachtungsstelle G.____, [...], mit den Fachbereichen «Psychiatrie» (Dr. med. I.____) und «Orthopädie» (Dr. med. J.____) vorgeschlagen. Im Weiteren wurde u.a. darauf hingewiesen, triftige Einwendungen gegen eine oder mehrere der genannten Gutachtenspersonen seien bis zum 6. Oktober 2015 bei der Beschwerdegegnerin schriftlich einzureichen. Im Weiteren bestehe innert dieser Frist auch die Möglichkeit, zum neuen Fragekatalog an die Gutachter Stellung zu nehmen. Mit dieser Mitteilung wurde jene vom 10. Juni 2015 (IV-Nr. 44) aufgehoben und ersetzt (IV-Nr. 55). Sodann erliess die Beschwerdegegnerin am 23. September 2015 gegenüber dem Beschwerdeführer eine Verfügung, worin sie ausführte, es sei bereits vorwegzunehmen, dass die Notwendigkeit der Begutachtung nicht in Frage gestellt worden sei. An den vorgesehenen Fachdisziplinen und der Art der Begutachtung werde mit Verweis auf die Stellungnahme des RAD vom 12. August 2015 (IV-Nr. 54 S. 2), welche integrierenden Bestandteil dieser Verfügung bilde, festgehalten. Die vom Beschwerdeführer verlangte zusätzliche internistische Begutachtung sei nach den Angaben des RAD aus medizinischer Sicht nicht notwendig. Zudem gehöre es zum auftragsrechtlichen

Aufgabenbereich des Gutachters, darüber zu befinden, ob allfällige weitere Untersuchungen erforderlich seien. Im Rahmen der Abklärungspflicht erachte sie die Durchführung einer Begutachtung als absolut notwendig und sie ersuche den Beschwerdeführer, sich in seinem eigenen Interesse den vorgesehenen Abklärungen in den beiden erwähnten Disziplinen zu unterziehen (IV-Nr. 56).

5.3 Aus den ins Recht gelegten Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer gegen die Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 10. Juni 2015 (IV-Nr. 44), worin eine orthopädische und psychiatrische Begutachtung in der Begutachtungsstelle H.____, Basel, mitgeteilt worden war, am 14. Juli 2015 den Einwand erhob, es sei zusätzlich zumindest eine internistische Begutachtung zu veranlassen (IV-Nr. 48). Daraufhin befragte die Beschwerdegegnerin ihren RAD-Arzt, welcher in seiner Stellungnahme vom 12. August 2015 darauf hinwies, dem Bericht der Hausärztin Dr. med. K.____ vom 23. Januar 2015 (IV-Nr. 34) könne entnommen werden, dass weder der Zustand nach einer Cholecystektomie (Gallenblasenentfernung) im Jahr 2013 noch der Zustand nach einer Inguinalhernie (Leistenbruch) links einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Ferner seien sämtlichen Folgeberichten keine Hinweise auf eine entsprechende Problematik zu entnehmen. Eine viszeralchirurgische Begutachtung (der Internist wäre ohnehin nicht die richtige Fachperson) erübrige sich somit. Im Fall des Beschwerdeführers gehe es ausschliesslich um orthopädische und psychiatrische Probleme. An der bidisziplinären Begutachtung werde festgehalten (IV-Nr. 54). Auf die daraufhin erfolgte, obgenannte Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 22. September 2015 (IV-Nr. 55), worin die (neue) Begutachtungsstelle (G.____), wiederum eine Abklärung ausschliesslich in den Fachbereichen «Orthopädie» und «Psychiatrie» sowie die Gutachter Dres. med. J.____ und I.____ angegeben wurden und abschliessend vermerkt wurde, mit dieser Mitteilung werde jene vom 10. Juni 2015 aufgehoben bzw. ersetzt, reagierte der bereits damals vertretene Beschwerdeführer innert der ihm für triftige Einwendungen angesetzten Frist nicht. Auch gegen die von der Beschwerdegegnerin tags darauf erlassene Verfügung vom 23. September 2015, worin im Wesentlichen erläutert wurde, die vom Beschwerdeführer verlangte zusätzliche internistische Begutachtung sei gemäss dem RAD-Bericht vom 12. August 2015 nicht notwendig, liess der Beschwerdeführer keine Beschwerde erheben (vgl. Rechtsmittelbelehrung, IV-Nr. 56 S. 2). Vor diesem Hintergrund durfte die Beschwerdegegnerin davon ausgehen, dass der Beschwerdeführer mit der neuen Begutachtungsstelle, den namentlich genannten Gutachtern und insbesondere auch mit der ausschliesslichen Begutachtung in den beiden Fachdisziplinen «Orthopädie» und «Psychiatrie» einverstanden war. Dem Beschwerdeführer wurden die Überlegungen der Beschwerdegegnerin mit dem Hinweis auf den RAD-Bericht vom 12. August 2015 (IV-Nr. 54), welche für eine bidisziplinäre Begutachtung sprechen, mit Zwischenverfügung vom 23. September 2015 erläutert (vgl. IV-Nr. 56), worauf sich der Beschwerdeführer nicht (mehr) veranlasst sah, durch seinen Rechtsvertreter Einwände gegen die neue Mitteilung oder Beschwerde gegen die Zwischenverfügung zu erheben. Ein Einigungsversuch war unter den gegebenen Umständen nicht erforderlich. Dies wird auch dadurch erhärtet, dass der Beschwerdeführer im Rahmen der Gewährung des rechtlichen Gehörs in seiner Stellungnahme zum Gutachten vom 25. Januar 2016 im Wesentlichen darauf hinwies, es seien nun geeignete berufliche Eingliederungsmassnahmen zu veranlassen (IV-Nr. 65). Auch in seiner an die Beschwerdegegnerin gerichteten Stellungnahme vom 5. Februar 2016 wurden keine formellen oder materiellen Einwände gegen die bidisziplinäre Begutachtung erhoben; vielmehr wies der Beschwerdeführer erneut darauf hin, es seien nun lösungsorientierte und zielversprechende berufliche Eingliederungsmassnahmen zu

ergreifen (IV-Nr. 70). Sodann geht auch aus den im Rahmen der Vorbescheidverfahren eingereichten Stellungnahmen des Beschwerdeführers nicht hervor, dass er das bidisziplinäre G.____-Gutachten, insbesondere die Beschränkung auf die beiden erwähnten Fachdisziplinen, in Frage gestellt hätte (vgl. IV-Nr. 77, 81, 82, 91, 99 und 106 S. 1). Demnach standen seit der neuen Mitteilung der Beschwerdegegnerin vom 22. September 2015 (IV-Nr. 55) keine Einwände mehr im Raum, welche ein konsensorientiertes Vorgehen der Beschwerdegegnerin angezeigt hätten. Nach der Rechtsprechung ist nur im Falle von zulässigen Einwendungen zwingend konsensorientiert vorzugehen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_718/2013 vom 12. August 2014 E. 4 und 9C_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2.3, je mit Hinweisen). Eine Verletzung der in BGE 137 V 210 statuierten Beteiligungsrechte ist demnach nicht ersichtlich. Dem entsprechenden, vom Beschwerdeführer nun erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren geltend gemachten Einwand kann somit nicht gefolgt werden. 6. Der Beschwerdeführer lässt im Weiteren geltend machen, sowohl dem somatischen (bzw. orthopädischen) als auch dem psychiatrischen G.____-Gutachten komme kein Beweiswert zu. Die Begutachtungen seien zu wiederholen (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 7; Replik, S. 3 ff.). Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen: 6.1 Der Beschwerdeführer erlitt am 19. Februar 2013 bei seiner beruflichen Tätigkeit als Elektromonteur bei der B.____ einen Unfall, als beim Laden eines Anhängers eine schwere Kabelrolle auf ihn herunterfiel und er sich dabei eine Trümmerfraktur am linken Oberschenkel zuzog. Gleichentags wurde er im C.____, Orthopädische Klinik, operiert (vgl. Schadenmeldung UVG vom 20. Februar 2013 [IV-Nr. 11 S. 74], Operationsbericht des C.____ vom 22. Februar 2013 [IV-Nr. 11 S. 59 f.]). Dem Austrittsbericht des C.____, Orthopädische Klinik, vom 5. März 2013 (Hospitalisation vom 19. Februar bis 6. März 2013) können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «Distale Femurfraktur links AO 33-C2 vom 19.02.2013, distal intercondyläre Spaltung; ausgeprägter Hämarthros Knie links; akute Blutungsanämie». Zur Therapie und zum Verlauf wurde ausgeführt, die Operation habe am 19. Februar 2013 komplikationslos durchgeführt werden können. Der postoperative Verlauf sei regelrecht. Die postoperative Bildgebung zeige eine regelrechte Frakturposition mit korrekter Osteosynthesemateriallage. Postoperativ bestehe noch eine recht ausgeprägte Ödemschwellung des linken Beins, welche unter Lymphdrainage gut rückläufig sei. Der Patient habe unter Teilbelastung des linken Beins mit max. 15 kg gut an Gehstützen in der Ebene und auf der Treppe mobilisiert werden können. Es sei eine tägliche Beübung des Kniegelenkes auf der Kinetekschiene mit dem Ziel einer 90°-Flexion und vollständiger Streckung erforderlich (IV-Nr. 15 S. 164 f.). 6.2 6.2.1 Im Austrittsbericht der D.____ vom 1. Mai 2013 (Hospitalisation vom 6. März bis 1. Mai 2013) wurden zusätzlich leichte, regrediente Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert. Im Weiteren wurde ausgeführt, es bestehe eine ärztlich attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit. Als Hauptziel für die Phase der Rehabilitation sei das teilselbstständige Wohnen zu Hause mit interner Hilfsperson gesetzt worden. Dieses Ziel sei weitgehend erreicht worden. Beim Eintritt hätten eine eingeschränkte Mobilität, belastungsabhängige Beschwerden im Knie und Oberschenkel links sowie eine Beinschwellung links und eine eingeschränkte Kniegelenksbeweglichkeit links bestanden. Anlässlich der ambulanten Verlaufskontrolle vom 15. April 2013 im C.____ habe sich weiterhin eine deutliche Schwellung des linken Beines gezeigt. Es sei die Anwendung eines Kompressionsstrumpfes empfohlen worden. Radiologisch hätten sich unveränderte Stellungsverhältnisse gezeigt, worauf mit einem Belastungsaufbau begonnen worden sei. Während des Aufenthaltes habe

der Patient eine psychosomatische Begleittherapie bei Symptomen einer PTBS erhalten, welche im Verlauf leicht regredient gewesen seien. Es sei mit einer medikamentösen Therapie mit Surmontil begonnen worden. Unter den angeordneten therapeutischen Massnahmen habe bis zum Klinikaustritt erreicht werden können, dass sich die Kniegelenksfunktion deutlich verbessert habe. Ebenfalls habe die Mobilität deutlich gesteigert werden können. Der Patient sei bei Austritt im Dreipunktengang mit zwei Unterarmstöcken mobil gewesen unter Einhaltung der Teilbelastung. Treppen steigen sei gut möglich gewesen. Die Schwellung am rechten Bein habe im Verlauf deutlich reduziert werden können. Zusätzlich seien eine psychiatrische Gesprächstherapie sowie eine Musiktherapie durchgeführt worden. Am 1. Mai 2013 habe der Patient nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 11 S. 40 ff.).

6.2.2 Dem psychosomatischen Konsilium der D.____ (med. pract. L.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom 1. Mai 2013 kann folgende psychiatrische Diagnose entnommen werden: «Regrediente Symptomatik einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung, ICD-10 F43.1». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, der Patient habe einen subjektiv lebensbedrohlichen Arbeitsunfall erlitten. Er erhole sich bisher zeitgerecht von den erlittenen körperlichen Unfallfolgen. Psychisch habe das Unfallereignis wegen der Eindrücklichkeit einige Symptome einer PTBS zur Folge, nicht aber das Vollbild einer PTBS. Im Vordergrund stünden häufiges Erinnern an den Unfallablauf, Unfallträume und eine subdepressive, mit Zukunftsangst verbundene Grundstimmung, welche jedoch im Laufe des Aufenthaltes rückläufig seien unter Behandlung. Prognostisch könne noch nicht gesagt werden, wie die weitere Genesung fortschreite, insbesondere werde ein schwieriger Moment die Konfrontation am gewohnten Arbeitsplatz mit der immer wieder auftretenden Gefahrensituation sein. Die wenigen möglichen entlastenden und stützenden Gespräche hätten in Verbindung mit dem neu verordneten Surmontil zu einer spürbaren psychischen Entlastung des Patienten beigetragen. Ausserdem schätze er die emotionale Unterstützung durch die begonnene Musiktherapie. Der Patient werde seine weitere Behandlung ambulant fortsetzen. Zunächst könne unter hausärztlicher Kontrolle der weitere Verlauf abgewartet werden. Falls sich keine psychische Stabilisierung mit weiterer Reduktion der Symptome einstelle, wäre eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsergänzung angezeigt (IV-Nr. 11 S. 37 ff.).

6.3 Dem Bericht des C.____ vom 18. Juni 2013 kann entnommen werden, der Patient stelle sich vier Monate postoperativ zur geplanten klinischen und radiologischen Nachkontrolle in der Sprechstunde vor. Seit dem 1. Mai 2013 sei er wieder zu Hause. Er absolviere zweimal wöchentlich Physiotherapie. Die Analgesie bestehe mit 2 g Dafalgan täglich. Es bestehe eine aktuelle Teilbelastung von 30 kg für das linke Bein. Die Kompressionsstrümpfe trage er regelmässig. Zur Beurteilung wurde angegeben, unter 30 kg Teilbelastung gehe es dem Patienten relativ gut. Eine höhere Belastung sei bislang schmerzmässig noch nicht toleriert worden. Radiologisch zeigten sich achsgerechte Stellungsverhältnisse ohne sekundäre Dislokation. Die Frakturspalten stellten sich zunehmend unschärfer dar, vor allem dorsalseits habe man den Eindruck einer progredienten Konsolidation. Die Physiotherapie müsse weitergeführt werden. Ziel sei die Teilbelastung mit halbem Körpergewicht, sofern dies schmerzmässig möglich sei. Die Arbeitsunfähigkeit als Elektriker auf der Baustelle müsse vorerst bei 100 % belassen werden (IV-Nr. 11 S. 21 f.).

6.4 Aus dem Bericht des C.____ vom 13. August 2013 geht hervor, 6 Monate postoperativ habe der Patient eine Teilbelastung von 50 % des Körpergewichts (entsprechend 40 kg) erreicht. Diese müsse nun weiter gesteigert werden. Der Patient sei angewiesen worden, unter Anleitung der Physiotherapie die Belastung nach

Massgabe der Beschwerden weiter zu steigern. Der Patient werde bei nur noch leicht vorhandener Schwellneigung den Oberschenkelkompressionsstrumpf links weiterhin tragen. Es bestehe weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Elektriker auf der Baustelle (IV-Nr. 15 S. 150 f.). 6.5 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. M. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 6. September 2013 folgende Diagnosen: «PTBS, Angst- und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F43.1; F41.8) mit/bei Status nach distaler Femurfraktur links A0-33-C2 vom 19.02.2013, distaler interkondylärer Spaltung, offener Reposition, Plattenosteosynthese Femur links mittels NCB-Platte am 19.02.2013 und laparoskopischer Cholezystektomie am 23.07.2013». Im Weiteren führte der Psychiater aus, der Patient teile mit, dass seine somatische und psychische Problematik nach dem Unfall begonnen habe. Vor dem Unfall habe er weder Operationen noch Brüche oder nennenswerte gesundheitliche Probleme gehabt. Ebenfalls sei er vorher nie bei einem Psychiater oder Psychologen gewesen. Am Morgen des 19. Februar 2013 habe er mit einem Kollegen und Schüler Kabelrollen auf den Anhänger geladen. Hierbei sei ihm die Kabelrolle, welche ca. 1.5 Tonnen schwer sei, auf das linke Bein gefallen, wobei es zu Frakturen am linken Knie und an mehreren Punkten des Oberschenkelknochens gekommen sei. Danach sei er im Spital in [...] operiert worden und danach während zwei Monaten in der D. ____ gewesen. Der Patient laufe immer noch an Krücken, weil seine Knochenfrakturen noch nicht verheilt seien. Wenn er länger laufe oder Übungen mache, bekomme er Schmerzen in den Beinen. Im Weiteren wurde ausgeführt, der Patient klage über Schlafstörungen; er brauche lange, bis er einschlafen könne. Vor dem Schlafen quälten ihn Gedanken über den Unfall, die Gesundheit und die Zukunft. Wenn er einmal eingeschlafen sei, wache er bald wieder auf. Ausserdem habe er jede Nacht Alpträume, welche mit dem Unfall verbunden seien. Manchmal habe er die Bilder vom Unfallablauf vor den Augen. Neben all dem habe er Angst um die künftige Existenz. Nach dem Unfall habe er sich sehr verändert. Er fühle sich unsicher und hilflos. Bis zum Unfall habe er alles alleine machen können. Jetzt sei er auf seine Familienangehörigen angewiesen. Er fühle sich wertlos und unfähig. Er denke oft daran, dass sein Leben keinen Sinn mehr mache. Manchmal komme ihm der Gedanke, dass es für ihn besser gewesen wäre, wenn er beim Unfall gestorben wäre. Er berichte von Stimmungsschwankungen; er sei weitgehend deprimiert und niedergeschlagen. In Bezug auf soziale Kontakte habe er sich zurückgezogen. Auch dies habe Einfluss auf die gesundheitliche Situation. Aufgrund seiner Schmerzen könne er nicht lange sitzen oder stehen, er müsse oft liegen. Wenn er Schmerzen bekomme, werde er nervös, dann könne er sich nicht auf das Gespräch konzentrieren. Er werde schnell müde und habe keine Kraft und Energie wie vorher. Er sei jetzt sehr ungeduldig und kritisiere oft die Familienangehörigen ohne einen besonderen Grund. Neben all den erwähnten Beschwerden seien noch Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme sowie Probleme mit dem Kurzzeitgedächtnis vorhanden. Schliesslich gab Dr. med. M. ____ an, der Patient stehe bei ihm seit dem 18. Mai 2013 in fachärztlicher Behandlung. Es finde eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten statt. Die Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie finde im vierwöchentlichen Rhythmus statt. Neben dem Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung sei in erster Linie Ziel der Therapie ein besserer Umgang mit dem durch die gesundheitlichen Beschwerden verursachten Einschränkungen und Befürchtungen. Der Patient werde ansatzweise auch mit einer psychodynamischen Traumatherapie behandelt. Hier versuche man – neben der Vermittlung von

Bewältigungsstrategien, Entspannungstechniken und der Aktivierung von Ressourcen – seine persönlichen Werte als Mensch zu ergründen, welche durch das traumatisierende Erlebnis beeinträchtigt worden seien (IV-Nr. 15 S. 122 ff.). 6.6 Dr. med. M.____ hielt in seinem Bericht vom 7. Januar 2014 fest, im bisherigen Therapieverlauf habe eine Stabilisierung erreicht und eine tragfähige therapeutische Beziehung aufgebaut werden können. Bis zum jetzigen Zeitpunkt habe jedoch keine signifikante Veränderung erzielt werden können, die Therapieeffekte seien bescheiden und instabil. Dabei spielten Faktoren wie mangelnde Introspektionsfähigkeit, Persönlichkeitsstruktur und ungünstige externe Faktoren eine wichtige Rolle. Aus therapeutischer Sicht werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächstherapie mit vor allem auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategie empfohlen sowie die psycho-pharmakologische Medikation. Die medikamentös-antidepressive Behandlung sollte zum Zwecke der Depressionsbehandlung und gleichzeitig erleichterten Schmerzdistanzierung fortgesetzt und intensiviert werden (IV-Nr. 15 S. 36 f.). 6.7 Aus dem Bericht des C.____ vom 25. Februar 2014 geht hervor, der Patient beschreibe seit der letzten Konsultation eine leichte Beschwerdelinderung. Er verspüre jedoch nach wie vor einen deutlichen Belastungsschmerz sowie auch eine Anlaufschmerzkomponente. Ruheschmerz und Blockaden seien nicht vorhanden. Er berichte aber über ein Gefühl der Angst beim Bewegen des Knies. Er benutze immer noch einen Gehstock und gehe zwei Stunden täglich in den ursprünglichen Arbeitsbetrieb, ohne körperlich zu arbeiten. Zusätzlich beschreibe er noch die bekannten Beschwerden im Oberschenkel mittig, die seines Erachtens gleich stark seien wie diejenigen im Kniegelenk. Die MRT vom 13. Februar 2014 zeige eine horizontale Rissbildung im Bereich des Innenmeniskus vom Hinterhorn bis zur Intermedia ziehend, keine luxierten Anteile und eine diskrete Knorpelausdünnung femorotibial medial. Das laterale Kompartiment zeige einzig leicht degenerative Veränderungen im Bereich des Menikushinterhorns. Lateral am Kondylus bestehe eine minime Stufenbildung bei Status nach intraartikulärer Fraktur. Es bestehe eine ausgeprägte Femorotibialarthrose. Zur Beurteilung wurde angegeben, die geäußerten Beschwerden würden dem pathomorphologischen Korrelat der ausgeprägten Femoropatellararthrose entsprechen. Eine mediale Meniskusläsion liege bilddiagnostisch vor und könne teilweise klinisch auch reproduziert werden. Grundsätzlich könne man die angedachte arthroskopische Sanierung dieser Meniskusläsion angehen. Der Patient wünsche jedoch im Moment kein weiteres operatives Vorgehen (IV-Nr. 15 S. 12 f.). 6.8 Dr. med. M.____ stellte in seinem Bericht vom 4. Juli 2014 folgende Diagnosen: «PTBS; chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren i.R. der PTBS; Angst- und depressive Störung, gemischt bei akzentuierter Persönlichkeit mit vermeidenden Anteilen (ICD-10 F43.1; F45.41 F41.8); DD: mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.2)». Zum Behandlungsverlauf wurde angegeben, der Patient nehme die therapeutischen Sitzungen mit einer Sitzungshäufigkeit von ca. 14-tägigem Rhythmus zuverlässig wahr. Es fänden eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache des Patienten, die Behandlung mit Psychopharmaka sowie flankierend eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie statt. Der Patient habe weiterhin Vertrauen fassen und sich öffnen können. Gemäss seinen Angaben habe er weiterhin Mühe mit dem Einschlafen und leide weiterhin an Albträumen. Darüber hinaus beklage er starke Schmerzen und anhaltende Angstzustände. Er habe seine sozialen Kontakte stark reduziert und fühle sich minderwertig. Die PTBS sei noch nicht abgeklungen; Nachhallerinnerungen, Albträume usw. seien noch fassbar. Unverändert

gegenüber der früheren Beurteilung bestehe eine Angst- und depressive Störung sowie eine anhaltende Schmerzstörung bei einer akzentuierten Persönlichkeit mit vermeidenden Anteilen. Im weiteren Behandlungsverlauf sei keine Verbesserung hinsichtlich des psychischen Befindens und daher auch des Leidensdruckes zu verzeichnen. Der Patient sei nur eingeschränkt leistungsfähig und gering belastbar. Bereits kleinere Anforderungen führten zu einer Überforderung und einer damit verbundenen Verschlechterung der psychischen Verfassung. Einschränkend und mit der Störung konform sei ein deutlich gestörter Tagesablauf geprägt von Schlafstörungen, Albträumen und deutlichem Rückzugsverhalten, welche die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten klar auf 0 % reduzierten. Aus therapeutischer Sicht werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächstherapie mit vor allem auch verhaltenstherapeutischen Ansätzen zur Veränderung der dysfunktionalen Bewältigungsstrategien sowie die psycho-pharmakologische Medikation empfohlen. Von diesen Massnahmen könne aus rein psychiatrischer Sicht mittelfristig eine weitere Stabilisierung und auch eine gewisse Verbesserung der depressiven Symptomatik und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit erwartet werden. Die Prognose erscheine nach dem bisherigen Krankheitsverlauf langwierig zu sein, trotz regelmässiger psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung sei keine wesentliche Besserung des psychischen Zustandsbilds eingetreten. Jedoch seien noch nicht alle therapeutischen Optionen ausgenutzt worden (IV-Nr. 26 S. 2 f.). 6.9 Dr. med. N.____, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht im Sinne einer Zweitmeinung vom 2. September 2014 fest, 1 ½ Jahre nach dem Arbeitsunfall und durchgeführter Osteosynthese bestehe eine persistierende Funktionseinschränkung im linken Bein ab Hüfte bis und mit Knie. Die Ursache sei unklar. Rein klinisch betrachtet könne es sich nicht um einen grossen Rotationsfehler handeln, der die Funktion derart beeinträchtigen würde. Auffällig sei nebst der Schwellung des ganzen Beines im Seitenvergleich die Hyperextension im linken Kniegelenk gegenüber rechts (mindestens 5 bis 7 Grad mehr). Zum jetzigen Zeitpunkt sei von einer Metallentfernung abgeraten worden. Aktuell bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Der Patient wäre höchstens für eine sitzende Tätigkeit ohne Belastung anfänglich halbtags arbeitsfähig. Eine Rückkehr an seine ursprüngliche Arbeitsstelle als Elektriker sei kaum mehr denkbar (IV-Nr. 29 S. 2). 6.10 Die Hausärztin, Dr. med. K.____, stellte in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 23. Januar 2015 folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): «St.n. bicondylärer Femurfraktur mit metaphysarer Trümmerzone Femur links, St.n. Plattenosteosynthese Femur links, Mediale Meniskusläsion Knie links, Traumatische Gonarthrose Knie links». Die weiteren Diagnosen (St.n. laparoskopischer Cholezystektomie einer gangränösen Cholezystitis, St.n. Leistenhernien-Operation links) hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Weder die bisherige noch eine andere Tätigkeit seien zuzumuten (IV-Nr. 34). 6.11 Dr. med. N.____ (F.____) hielt in seinem Bericht vom 16. April 2015 folgende Diagnosen fest: «St.n. OSME Femur links (16.03.15) mit/bei St.n. Osteosynthese einer langgezogenen Femurschaftfraktur (19.02.13) und St.n. KAS + med. + lat. TME + Knorpelglättung patellär links (16.02.15) mit/bei Med. + lat. Men.läsion, Knorpelschaden femoropatellär». Zum Verlauf wurde angegeben, seit der Metallentfernung gehe es dem Patienten besser. Es seien hauptsächlich noch Belastungsschmerzen vorhanden, die er sowohl lateral im Narbenbereich als auch über den Adduktoren am Übergang «proximales zu mittleres Drittel» angebe. Dies in Verbindung mit einem muskulären Ermüdungsgefühl, sodass er mehrheitlich immer noch an einem

Stock rechts gehe. Zudem bestehe eine Schwellung des rechten Beines im Verlauf des Tages. Es bestehe ein zufriedenstellender Verlauf

E. 6

Wochen nach OSME bzw. 10 Wochen nach KAS links. Die Arbeitsunfähigkeit betrage weiterhin 100 % (IV-Nr. 39). 6.12 Dr. med. M.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. Mai 2015 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom sowie eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (F 41.8; F 32.2; F 43.1; F 45.41). Im Weiteren gab der behandelnde Psychiater auf dem Beiblatt an, der Patient sei bei allen Tätigkeiten aus psychiatrischer Sicht durch die depressive Symptomatik (Müdigkeit, Verlangsamung, sozialer Rückzug, mit vegetativen und kognitiven Symptomen) beeinträchtigt, sodass sich eine mindestens 50%ige Leistungsminderung ergebe. Durch die Schmerzstörung erhöhe sich die Einschränkung jedoch noch relevant. Aus klinisch-psychiatrischer Erfahrung erscheine es unwahrscheinlich, dass der Patient in der Lage sei, ein Arbeitspensum von 25 % zu leisten. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Auch andere Tätigkeiten seien nicht zuzumuten. Der Patient sei aus psychiatrischer und somatischer Sicht als schwer krank zu beurteilen. Sämtliche therapeutischen Bemühungen in den letzten Jahren hätten keinerlei Besserungstendenz zeigen können. Aus psychiatrischer Sicht sei dem Patienten aktuell lediglich eine Tätigkeit im geschützten Rahmen zumutbar (IV-Nr. 42). 6.13 Vom 26. Mai bis 30. Juni 2015 hielt sich der Beschwerdeführer erneut stationär in der D.____ auf. Im Bericht vom 30. Juni 2015 wurden folgende Diagnosen gestellt: «A. Unfall vom 19.02.2013: Kabelrolle von 1.5 Meter Durchmesser ist auf die Beine gefallen, A1 Bikondyläre distale Femurfraktur mit Trümmerfraktur des distalen Schaftes links, 19.02.2013 Offene Reposition, Plattenosteosynthese Femur links mit NCB-Platte, 13.02.2014 MRI Knie links: Suszentabilitätsartefakte, kein Kniegelenkserguss, Baker-Zyste 1,8 x 1,5 x 4,5 cm, kein Knochenmarksödem, posttraumatischer distaler diaphysärer Knochenmarksinfarkt, Aussenmeniskus mit mukoider Degeneration ohne Nachweis eines Risses, Retropatellärer im medialen Gelenkkompartiment drittgradige Chondropathie mit 3 mm messendem osteochondralem Defekt, Femorotibiale Knorpelverhältnisse altersentsprechend, 26.11.2014 Intraartikuläre Infiltration Knie links in LA mit insgesamt 7 ml Bupivacain 0.5 %, gemäss Angaben des Patienten Beschwerdelinderung für 2 – 3 Stunden, 21.01.2015 Röntgen Oberschenkel links: In unveränderter Stellung konsolidierte Fraktur, OSM stabil in situ, keine Lockerungszeichen, 16.02.2015 Arthroskopie Knie links, mediale und laterale Teilmeniskektomie inklusive Knorpelglättung patellär links bei medialer und lateraler Meniskusläsion, 16.03.2015 OSME Femur links». Die psychiatrischen Diagnosen (06/2015 Psychosomatisches Konsilium, D.____) lauteten wie folgt: «B1 Mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.11) mit zusätzlichen psychotraumatologischen Symptomen, B2 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), B3 Akzentuierte (ängstlich-vermeidende) Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1). Zu den Problemen beim Austritt wurde angegeben, es bestünden belastungsabhängige Schmerzen im Oberschenkel und Knie links sowie ein Kraft- und Koordinationsdefizit des linken Beins, eine eingeschränkte Mobilität an einem Unterarmgehstock, belastungsabhängige Schmerzen des rechten Beins sowie Schlafstörungen und Zukunftssorgen. Im Weiteren wurde ausgeführt, im Rahmen der stationären Rehabilitation habe keine namhafte Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen. Es werde die Fortsetzung des instruierten Heimprogramms und das Durchführen einer Ausdauersportart (Nordic-Walking,

Aquajogging) empfohlen. Um den Patienten ressourcenorientiert weiter zu unterstützen und einer Verschlechterung entgegenzuwirken, sei nach dem Austritt eine psychotherapeutische Behandlung auf Serbokroatisch, der Muttersprache des Patienten, indiziert. Er werde von seinem bisher ambulant behandelnden Psychiater, Dr. med. M. ____, weiterbetreut, zu welchem er bereits ein grosses Vertrauen aufgebaut habe. Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht wurde festgehalten, die festgestellte psychische Störung begründe aktuell eine mindestens leichte bis mittelschwere arbeitsrelevante Leistungsminderung (zusätzlich zu den muskuloskelettal bedingten Einschränkungen). Bei der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit seien die Konzentrationsschwierigkeiten sowie die reduzierte psychophysische Belastbarkeit zu berücksichtigen. Höhere Anforderungen an die Leistungsfähigkeit würden den Patienten zum aktuellen Zeitpunkt überfordern. Empfehlenswert wäre eine Eingliederung in seiner bisherigen Tätigkeit mit anfänglich reduzierter Leistung und reduzierter Arbeitszeit. Im Weiteren lautete die psychosomatische Beurteilung dahingehend, während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung durch lic. phil. O. ____ mit folgenden Resultat erfolgt: Der bald 57-jährige Elektromonteur, ursprünglich diplomierter Geologe, sei am 19. Februar 2013 von einer 1.5 Meter breiten Kabelrolle überrollt worden und habe dabei eine Oberschenkelfraktur links erlitten. Der Patient leide unter anhaltenden starken Schmerzen im linken Oberschenkel und Knie, sodass er sich auf einen Gehstock stütze. Das traumatische Unfallereignis scheine noch Restsymptome hinterlassen zu haben. Der Patient berichte über Nachhallerinnerungen vom Unfall, Alpträumen und Ängstlichkeit. Im Laufe der Jahre habe sich die Schmerzproblematik chronifiziert und sein psychischer Zustand habe sich weitgehend verschlechtert. Die aktuell bestehenden Symptome wie Gedankenkreisen, Niedergeschlagenheit, Insuffizienzgefühle, Antriebsverminderung, Erschöpfung, Konzentrations- und Schlafstörungen entsprächen einer mittelgradigen depressiven Störung. In der Psychotherapie präsentiere sich der Patient mit traurigem Blick, monotonem Tonfall und gleichzeitig innerlich nervös/unruhig mit gesteigerter Motorik der Hände. Er klage über pessimistische Zukunftsperspektiven, die Schwierigkeit, die aktuelle Situation zu akzeptieren, finanzielle Unsicherheit, diffuse Ängste, gleichzeitig sei aber auch eine vermeidende Persönlichkeitsstruktur spürbar. Er leide darunter, seinen Beruf nicht mehr ausüben zu können, und äussere sich wenig bereit für einen weiteren beruflichen Rückschritt. Bereits vor 24 Jahren habe er die Rückstufung vom Geologen zum Elektromonteur akzeptiert, damit er für seine Familie sorgen könne. Diagnostisch seien eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine mittelgradige depressive Episode mit vereinzelt psychotraumatologischen Symptomen festzustellen. Zur somatischen Situation wurde Folgendes festgehalten: Knapp 2,5 Jahre nach operativ versorgter bikondylärer, distaler Femurfraktur mit Trümmerfraktur des distalen Schaftes links mit Osteosynthesematerialentfernung vor 3 Monaten und 4 Monate nach Kniearthroskopie links mit Teilmenisektomie lateral und medial sowie Knorpelglättung sowie kernspintomographischem Nachweis einer drittgradigen Chondropathie mit 3 mm messendem osteochondralem Defekt retropatellär im medialen Gelenkkompartiment lasse sich das Ausmass der Einschränkungen mit den Befunden der klinischen Untersuchung sowie den Diagnosen aus somatischer Sicht nur teilweise erklären. Der Patient habe ein auffälliges Schmerzverhalten gezeigt und man habe gewisse Inkonsistenzen gefunden. Der Patient habe sich schmerzbedingt nicht zu einem Stockabbau in der Lage gesehen. Bei den Hebe- und Tragetests habe er sich im Rahmen des Zumutbaren leistungsbereit gezeigt. Während des Aufenthaltes sei kein Reizknie zu

beobachten gewesen. Die vorbestehende Schwellung sei mit dem neuen Kompressionsstrumpf regredient gewesen. Nach den ärztlichen Angaben konnte zusammenfassend eine leichte Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten auf einem tiefen Niveau leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit des linken Kniegelenks seien keine relevanten Einschränkungen im Seitenvergleich vorhanden gewesen (IV-Nr. 53.1; vgl. auch provisorischer Kurzbericht vom 29. Juni 2015 [IV-Nr. 53.2] und psychosomatisches Konsilium vom 29. Juni 2015 [IV-Nr. 53.3]). 6.14 Aus dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten bidisziplinären Gutachten des G.____ vom 5. Januar 2016 geht hervor, dass der Beschwerdeführer dort am 2. Dezember 2015 psychiatrisch (Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und orthopädisch (Dr. med. J.____, FMH Orthopädische Chirurgie) untersucht und begutachtet wurde, wobei eine Dolmetscherin hinzugezogen wurde. Die bidisziplinären Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «Chronische Beschwerden an Oberschenkel und Knie links (ICD-10 T93 1/Z98 8), Status nach bikondylärer distaler Femurfraktur mit Trümmerfraktur des distalen Schaftes am 19.02.2013, Status nach Plattenosteosynthese und Cerclage am 19.02.2013 (Orthopädie C.____), Status nach Kniearthroskopie, medialer und lateraler Teilmeniskektomie sowie patellärer Knorpelglättung am 16.02.2015 (Dr. N.____, F.____, [...]), intraoperativer Befund, Knorpel femoropatellär deutlich verdünnt, medial und lateral dagegen unauffällig, Status nach Entfernung der Platte und Schrauben am 16.03.2015 (Dr. N.____, F.____, [...]), Status nach intraartikulärer Knieinfiltration am 26.11.2014 mit Bupivacain (Dr. N.____, [...]), radiologisch keine relevante Veränderung an Hüfte, Oberschenkel und Knie (CT 20.11.2015), klinisch bis auf erhebliche muskuläre Verkürzung keine klar fassbare Veränderung». Die weiteren Diagnosen (1. Leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0]; 2. Chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts ohne radikuläre Symptomatik [ICD-10 M54 5/M79 65], radiologisch deutliche Osteochondrose LWK5/SWK1 und weniger LWK4/5 [CT 20.11.2015], freie Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der bidisziplinären Beurteilung wurde im Wesentlichen angegeben, der Explorand sei nach der Einreise in die Schweiz im Jahr 1990 bei der gleichen Arbeitgeberin als Elektromonteur im Vollzeitpensum angestellt gewesen. Nach dem Unfall vom 19. Februar 2013 sei er andauernd arbeitsunfähig geschrieben worden. Eine Wiedereingliederung sei nicht gelungen. Ein Belastbarkeitstraining in der E.____ ab dem 26. Mai 2014 sei wegen Absenzen und Arbeitsausfällen per 25. Juli 2014 sistiert worden. Auch ein zweiter Rehaaufenthalt in [...] bis zum Juni 2015 habe keine Wiedereingliederung gebracht. Der Explorand halte sich aktuell weiterhin für gänzlich arbeitsunfähig. Er erhalte derzeit noch Suva-Taggeldzahlungen. Subjektiv und objektiv im Vordergrund stehe die Evaluation hinsichtlich der Oberschenkelfraktur und der Kniefraktur links nach dem Unfall vom 19. Februar 2013 mit konsekutiven osteosynthetischen Operationen. Aktuell zeige sich klinisch und bildgebend eine konsolidierte Situation mit in korrekter Position verheilte Femurfraktur. Auffällig sei eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich, was hinsichtlich angegebener Symptome eine Rolle zu spielen scheine. Anderweitige wesentliche Befunde seien am Bewegungsapparat nicht vorhanden. Aus orthopädischer Sicht bestehe aufgrund der deutlich verminderten Belastbarkeit der linken unteren Extremität bzw. der Hüfte eine Arbeitsunfähigkeit in schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten, wozu die angestammte Tätigkeit gezählt werden müsse. Für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne Heben und

Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen, ohne Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund, bestehe ansonsten aus Sicht des Bewegungsapparates keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode festgestellt werden. Eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Das Ausmass der affektiven Störung sei zu gering, als dass die Arbeitsfähigkeit wesentlich tangiert würde. Folglich bestehe aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass beim Exploranden eine bleibende Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, allgemein in schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten bestehe. In körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab dem Dezember 2015 zu bestätigen, liege aufgrund der Akten mit erheblicher Wahrscheinlichkeit aber schon seit dem Juni 2015 vor. Vorangehend sei für mehrere Monate nach dem Unfallereignis vom Februar 2013 von einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen, welche aufgrund der vorliegenden Akten schwierig im Verlauf der Abheilung zurückzudatieren seien. Aus diesem Grund sei arbiträr eine länger andauernde Arbeitsunfähigkeit zu bestätigen, welche dann ab Juni 2015 sicher nicht mehr für leichte, adaptierte Tätigkeiten vorliege, weshalb die stufenweise Erhöhung der Arbeitsfähigkeit ab jenem Zeitpunkt zu bestätigen sei. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen sei in den Teilgutachten Stellung bezogen worden, allfällige Diskrepanzen seien diskutiert worden. Aus orthopädischer Sicht seien keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen, da der Explorand angezeigte physiotherapeutische Massnahmen hinsichtlich der Muskelverkürzungen ablehne. Aus psychiatrischer Sicht könne auf die bestehende Behandlung verwiesen werden. Diese weise offenbar einen günstigen Einfluss auf die depressive Episode auf. Die negative Selbsteinschätzung lasse sich allerdings durch eine derartige Behandlung nicht wesentlich beeinflussen. Berufliche Massnahmen wären aus medizinisch-theoretischer Sicht indiziert. Da der Explorand sich allerdings für gänzlich arbeitsunfähig halte, könnten diese realistischerweise nicht umgesetzt werden. Es sei zu befürchten, dass sich an dieser Situation auch nach einer möglichen Beendigung der Taggeldzahlungen kaum etwas ändern werde (IV-Nr. 63 S. 2 ff.).

6.15 RAD-Arzt Dr. med. P.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 3. Februar 2016 fest, das vorerwähnte bidisziplinäre Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Es bestehe eine leichte depressive Episode. Die Selbsteinschätzung des Versicherten, er könne nicht mehr arbeiten, könne durch die psychiatrischen Befunde nicht gestützt werden. Es bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in allen Tätigkeiten. Orthopädisch könne zusammenfassend gesagt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. An Hüfte, Oberschenkel und Knie der linken Seite seien bei konsolidierter, in korrekter Position verheilte Femurfraktur keine relevanten Veränderungen vorhanden. Augenfällig sei aber eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich links, welche bezüglich der beklagten Symptomatik eine erhebliche Rolle zu spielen scheine. Die angestammte Tätigkeit oder eine andere mittelschwere bis schwere Tätigkeit sei ab dem Unfall vom 19. Februar 2013 nicht mehr zumutbar. Hingegen bestehe für eine leichte, überwiegend sitzende Tätigkeit eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit unter Beachtung der Zumutbarkeiten. Diese Arbeitsfähigkeit gelte ab dem 30. Juni 2015 (IV-Nr. 69).

6.16 Die Beurteilung im Bericht der Suva über die kreisärztliche Untersuchung vom 17. Februar 2016 (Q.____, Facharzt für Chirurgie, Kreisarzt) lautete

dahingehend, der Versicherte habe über mässige Schmerzen im linken Oberschenkel sowie im linken Knie geklagt. Unter Belastung bestehe eine deutliche Beschwerdezunahme. Die Physiotherapie sei zweimal pro Woche durchgeführt worden. Klinisch habe sich eine minimal eingeschränkte Flexion des linken Hüftgelenkes gezeigt, ansonsten bestünden keine Bewegungseinschränkungen im Bereich des linken Hüftgelenks sowie des Kniegelenks. Klinisch seien aktuell auch keine Hinweise für Meniskuszeichen vorhanden. Es seien keine Kniegelenksinstabilitäten linksseitig im Vergleich mit der Gegenseite festzustellen. Auch bestehe kein Hinweis für einen Infekt oder ein komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS), neurologische Defizite oder eine Muskelatrophie. Aus chirurgischer Sicht handle es sich um einen medizinisch stabilen Zustand. Von weiteren Behandlungen sei aktuell mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes zu erwarten. An der im Rahmen der G.____-Begutachtung vom 5. Januar 2016 ausgesprochenen Zumutbarkeit ändere sich nichts, insofern sollte in einer angepassten, wechselbelastenden (überwiegend sitzend, gehend und stehend) körperlich leichten Tätigkeit unter folgenden Voraussetzungen eine Arbeitsfähigkeit gegeben sein: Heben und Tragen bis 10 kg, das Besteigen von Gerüsten und repetitives Treppen- und/oder Leiternsteigen sowie das Begehen von unebenem Gelände seien nicht mehr zumutbar. Es sollten Schläge und Vibrationen auf die linke untere Extremität vermieden werden. Das häufige Einnehmen von Zwangshaltungen (Kauern und Knien) sei ebenfalls nicht mehr zumutbar. Des Weiteren bestünden keine anderen Einschränkungen, insbesondere nicht zeitlicher Natur. Die gerade begonnene Physiotherapie-Serie sollte bis zum Ende durchgeführt werden. Danach seien zum weiteren Erhalt des Gesundheitszustandes eigene Übungen in einem Fitnesscenter durchzuführen. Eine Integritätsentschädigung sei bei guter Beweglichkeit und radiologisch fehlendem Hinweis von arthrotischen Veränderungen nicht geschuldet (IV-Nr. 73).

6.17 Dr. med. N.____ hielt in seinem Bericht über die Konsultation vom 15. März 2016 zum Verlauf fest, es gehe im Grossen und Ganzen betrachtet besser. Zu Hause sei der Patient mehr und mehr stockfrei. Ausser Haus benötige er zum Spazieren weiterhin einen Stock rechts. Spaziergänge von 2 km und mehr seien möglich, allerdings fühle er sich auf unebenem Boden (nicht asphaltiert) weiterhin unsicher. Längeres Sitzen sei retropatellär unangenehm. Er nehme unregelmässig 2 bis 3 Dafalgan à 1 g im Tag sowie abends 20 Tropfen Tramal vor dem Schlafengehen. Er trainiere fleissig im Fitnessraum. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde ausgeführt, seit der letzten Konsultation vor 5 Monaten habe der Patient die Muskelfunktion verbessern können, was er auch spüre. Es sei ihm empfohlen worden, das tägliche Training fortzusetzen. Eine MR-Abklärung des linken Kniegelenkes, wie vom Patienten angesprochen, sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht unbedingt nötig. Die angegebenen vorderen Beschwerden dürften bestimmt mit dem arthroskopisch befundenen femoropatellären Knorpelschaden zusammenhängen. Die Arbeitsfähigkeit wurde dahingehend beurteilt, die Suva habe im Rahmen ihrer kreisärztlichen Untersuchung durch Q.____ zum Zumutbarkeitsprofil Stellung genommen. Der Patient sei weiterhin 100 % arbeitsunfähig. Von der IV sei eine Eingliederungsabklärung geplant (IV-Nr. 103.59).

6.18 Aus dem Arztzeugnis von Dr. med. M.____ vom 21. April 2016 gehen folgende Diagnosen hervor: «Anhaltende depressive Störung, ggw. mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F34.1 F32.3), Chronisches Schmerzsyndrom mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Im Weiteren wurde im Wesentlichen angegeben, subjektiv klagt der Patient in erster Linie über Schmerzen und Schwellungsbeschwerden am linken Oberschenkel und Knie sowie über Rückenbeschwerden. Im weiteren Verlauf habe sich

eine zunehmende depressive Symptomatik mit depressiver Stimmung, Interessen-, Freud- und Selbstwertverlust, starken Schmerzen, vermindertem Antrieb, Konzentrationsstörungen und erhöhter psychischer Sensitivität mit Reizbarkeit entwickelt. Er befinde sich hier seit dem 18. Mai 2013 in fachärztlicher Behandlung. Die vermehrten somatischen Probleme stellten eine zusätzliche Belastung dar. Der Verlaufskarakter der vorliegenden Störung – folge man den Arztberichten – spreche für eine depressive Entwicklung, die unmittelbar nach dem Unfall zu verzeichnen gewesen sei, ohne vollständige Remission im Verlauf. Der Verlauf der Störung sei gesamthaft durch eine weitgehende Fixierung der Beschwerden im Sinne einer Chronifizierung der depressiven Symptomatik gekennzeichnet. Es zeigten sich in prognostischer Hinsicht angesichts des nun schon prolongierten Verlaufs deutliche Hinweise auf eine Chronifizierung, die durch Gehemmtheit und Passivität sowie eine resignative Grundhaltung und einen resultierenden sozialen Rückzug gekennzeichnet sei. Der Krankheitsverlauf und der aktuelle Zustand des Patienten bestätigten die Diagnose einer andauernden depressiven Störung, welche die Arbeitsfähigkeit auch für leichte Arbeiten auf mindestens 50 % reduziere. Die Leistungsfähigkeit werde beeinträchtigt durch eine depressive Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Aus psychiatrischer Sicht sei prognostisch in Anbetracht der Komorbidität, des langjährigen Krankheitsverlaufs mit Tendenz zur Verschlechterung und der generell verminderten psychischen Belastbarkeit und regressiven Abwehrhaltung auf absehbare Zeit keine weitere Besserung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten. Zum psychiatrischen G. ___-Teilgutachten nahm der behandelnde Psychiater dahingehend Stellung, es sei festzuhalten, dass er den Beschwerdeführer in einem Zeitraum von 3 Jahren (seit Mai 2013) etwa 60 mal jeweils für 30 bis 60 Minuten gesehen habe, weshalb er behaupten dürfe, bezüglich seiner psychischen Störungen und deren Folgen Bescheid zu wissen. Demnach könne die kurze und wohl einseitige Beobachtung von Dr. med. I. ___ nicht im gleichen Mass aussagekräftig sein. Die psychopathologischen Befunde, insbesondere die Antriebsverminderung, der Interessenverlust begleitet von einem sozialen Rückzug, mit vegetativen und kognitiven Symptomen würden für eine anhaltende depressive Störung, gegenwärtig eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom, sprechen. Der Patient sei dadurch vermindert belastbar, kaum leistungsfähig, blockiert, und auf der Beziehungsebene kaum erreichbar. Es sei von einer vom Schmerzsyndrom losgelösten psychischen Komorbidität auszugehen, welche die Arbeitsfähigkeit in relevanter Weise einschränke. Es handle sich um ein eigenständiges psychisches Leiden mit Krankheitswert, wobei die psychosozialen Belastungsfaktoren keinen wesentlichen Einfluss auf die depressive Episode hätten. Die Arbeitsfähigkeit sei auch für leichte Tätigkeiten auf mindestens 50 % reduziert. Die Leistungsfähigkeit werde beeinträchtigt durch eine depressive Apathie mit Energiemangel und Konzentrationsstörungen. Eine Besserung der Arbeitsfähigkeit sei nicht zu erwarten (IV-Nr. 106 S. 2 ff.).

6.19 Dr. med. N. ___ hielt in seinem Bericht über die Konsultation vom 23. August 2016 fest, der Kompressionsstrumpf habe während der verweigend stehenden Arbeit (4 Std. pro Tag) nicht mehr getragen werden können, da er wegen der durch das Stehen und die sommerlichen Temperaturen verursachten Schwellung zu eng sei. Wegen dieser Beschwerden sei der Patient gemäss seinen Angaben von seiner Hausärztin, Dr. med. K. ___, ab letzter Woche bis Ende Monat arbeitsunfähig geschrieben worden. Das Heimprogramm mit Muskelkräftigung sei selbstständig fortzusetzen. Die Arbeitsunfähigkeit werde von der Hausärztin bestimmt, eine Wiederaufnahme der Arbeit (4 Std. wie bis anhin) sei ab Anfang September 2016 unbedingt anzustreben, damit der Patient im Arbeitsprozess integriert bleibe (IV-Nr. 103.15).

E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin sprach dem Beschwerdeführer mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 16. Dezember 2016 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. Februar 2014 bis 30. September 2015 zu, wobei sie den Rentenanspruch ab 1. Oktober 2015 wegen einer gesundheitlichen Verbesserung einstellte. Zur Begründung wurde im Wesentlichen festgehalten, dem Beschwerdeführer seien gemäss dem bidisziplinären G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 seit dem 30. Juni 2015 (Austritt aus der D.____) körperlich leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten wieder vollumfänglich zuzumuten. Mit einer solchen Tätigkeit könnte er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Seit dem 1. November 2016 arbeite er nun als Elektromonteur für Schaltanlagen mit einem Pensum von 50 % bei der bisherigen Arbeitgeberin. Gemäss den Akten entspreche der aktuelle Arbeitsplatz weitgehend seinen gesundheitlichen Einschränkungen. Es lasse sich aus medizinischer Sicht nicht erklären, weshalb er das Arbeitspensum nicht auf über 50 % steigern könne. Der seit dem 1. November 2016 effektiv erzielte Lohn könne nicht als Invalideneinkommen herangezogen werden, da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpfe (IV-Nr. 111 ff.; A.S. 1 ff.). Die Verwertung der verbleibenden Einsatzfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt sei im Rahmen der Schadenminderungspflicht zuzumuten. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihm ab 1. Oktober 2015 eine halbe Invalidenrente zu gewähren; eventualiter sei eine neue psychiatrische Begutachtung vom Amtes wegen in Auftrag zu geben. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Suva habe dem Beschwerdeführer die vollen Taggelder bis zum 30. Oktober 2016 ausgerichtet. Ausserdem habe sie ihm eine Rente auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 30 % gewährt, ohne dass sie für die psychischen Beschwerden aufkomme. Der von der Beschwerdegegnerin ermittelte IV-Grad könne nicht geringer sein als jener der Suva. Es sei irritierend, dass die G.____-Gutachter davon ausgegangen seien, der Beschwerdeführer sei an seiner Eingliederung überhaupt nicht interessiert. Die Eingliederung sei ihm bei der bisherigen Arbeitgeberin in einer adaptierten Tätigkeit auf der Basis einer 50%igen Anstellung gelungen. Ausserdem habe die Beschwerdegegnerin bei der Anstellung des Beschwerdeführers bei seiner bisherigen Arbeitgeberin selber mitgewirkt, weshalb sie nun nicht behaupten könne, er sei nicht adäquat eingegliedert. Er sei bereit, eine andere Stelle, bei welcher er mehr arbeiten und verdienen könne, sofort anzunehmen, wenn die Beschwerdegegnerin ihm dabei helfe. Schliesslich stelle sich die zu klärende Frage der Therapieresistenz. In der Replik wird noch geltend gemacht, sowohl die somatische als auch die psychiatrische G.____-Begutachtungen seien nicht korrekt erfolgt. Die Schmerzproblematik habe sich im Laufe der Jahre chronifiziert und der psychische Gesundheitszustand weitgehend verschlechtert. Es sei davon auszugehen, dass sich eine Therapieresistenz eingestellt habe. Beide Gutachten seien zu wiederholen. Es müsse geklärt werden, was die vorgenommene Eingliederung ergeben habe. Der Beschwerdeführer könne maximal die Hälfte seines früheren Lohnes erzielen. Es rechtfertige sich, ihm eine halbe Rente zu gewähren.

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre (orthopädische und psychiatrische) Gutachten des G.____ vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 63 S. 2 ff.) auf den vollständigen Vorakten beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und aufgrund der persönlichen Untersuchung des Beschwerdeführers durch die beiden Fachärzte am 2. Dezember 2015 erstellt wurde, wobei eine Dolmetscherin beigezogen wurde (vgl. IV-Nr. 63 S. 10). Auf dieser Grundlage gelangen die Experten im Rahmen ihrer bidisziplinären Beurteilung zu schlüssigen

Ergebnissen, die nachvollziehbar hergeleitet und begründet werden. Ausserdem setzen sich die Gutachter mit den abweichenden Arztberichten auseinander und legen nachvollziehbar dar, weshalb diesen Einschätzungen nicht oder nur teilweise gefolgt werden kann. Das G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

7.3 Gemäss der bidisziplinären Beurteilung der beiden Fachärzte steht in subjektiver und objektiver Hinsicht die Evaluation hinsichtlich der Oberschenkel- und Kniefraktur links nach dem Unfall vom 19. Februar 2013 mit konsekutiven osteosynthetischen Operationen im Vordergrund. Nach den Feststellungen der Experten zeigt sich aktuell klinisch und bildgebend eine konsolidierte Situation mit in korrekter Position verheilte Femurfraktur. Auffällig sei eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich, was hinsichtlich angegebener Symptome eine Rolle zu spielen scheine. Anderweitige wesentliche Befunde am Bewegungsapparat seien jedoch nicht vorhanden. Aus orthopädischer Sicht besteht nach den gutachterlichen Angaben aufgrund der deutlich verminderten Belastbarkeit der linken unteren Extremität bzw. der Hüfte eine Arbeitsunfähigkeit in schweren und anhaltend mittelschweren Tätigkeiten, wozu die angestammte Tätigkeit gezählt werden müsse. Für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen, ohne Überwinden von Treppen und ohne Gehen auf unebenem Grund, besteht nach den Angaben der Gutachter aus Sicht des Bewegungsapparates keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren konnten die Fachärzte aus psychiatrischer Sicht auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode feststellen; eine psychiatrische Komorbidität liege nicht vor. Das Ausmass der affektiven Störung sei zu gering, um eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu haben. Demnach liege aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Die vom psychiatrischen Gutachter im Rahmen der Beurteilung vorgenommene Indikatorenprüfung ergab, dass die festgestellte leichte depressive Episode keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hat. Zusammenfassend kamen die G.____-Gutachter aus bidisziplinärer Sicht zum Schluss, in körperlich leichten, adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 %. Diese Einschätzung sei mit Sicherheit ab Dezember 2015 zu bestätigen, liege aufgrund der Akten mit erheblicher Wahrscheinlichkeit aber schon seit Juni 2015 vor (IV-Nr. 63 S. 21 f.; vgl. E. II. 6.14 hiervor). Die Würdigung dieses bidisziplinären Gutachtens durch den RAD-Arzt ergab, gestützt auf dieses schlüssige und nachvollziehbare Gutachten sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit von 100 % ab 30. Juni 2015 (Austritt aus der D.____ [vgl. IV-Nr. 53.1 S. 1]) auszugehen (IV-Nr. 69). Es gilt im Folgenden zu prüfen, ob die ins Recht gelegten weiteren medizinischen Unterlagen den Beweiswert des bidisziplinären G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 zu schmälern vermögen.

7.4 Der Beschwerdeführer macht geltend, er habe sich vom 26. Mai bis 30. Juni 2015 in der D.____ aufgehalten. Dort seien neben den somatischen Diagnosen auch die psychiatrischen Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode mit zusätzlichen posttraumatologischen Symptomen sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischem und psychischen Faktoren festgestellt worden (Beschwerde, S. 4 Ziff. 4). Dazu hielt der psychiatrische G.____-Teilgutachter Dr. med. I.____ aufgrund seiner Untersuchung vom 2. Dezember 2015 detailliert fest, beim Beschwerdeführer bestehe diagnostisch (lediglich) eine leichte depressive Episode ohne Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit (ICD-10 F32.0). Diese sei gekennzeichnet durch verminderte Freudeempfindungsfähigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen mit traumatischen Albträumen und einem etwas verminderten Selbstwert mit negativen Zukunftsperspektiven bezüglich seiner gesundheitlichen und beruflichen Situation sowie auch durch Schuldgefühle. Im Rahmen der affektiven Symptomatik sei auch eine psychische Überlagerung mit subjektiv verstärkten Schmerzen möglich. Dr. med. I. ___ wies jedoch klar darauf hin, die zusätzliche Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, da der Explorand die Schmerzsymptomatik relativ lokalisiert angegeben habe und eine deutlich ausgeweitete, diffuse Schmerzsymptomatik fehle (IV-Nr. 63 S. 13). Im Weiteren nahm der psychiatrische Gutachter zu früheren ärztlichen Einschätzungen dahingehend Stellung, unter Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10 handle es sich hier um eine leichte depressive Episode. Die Schmerzen seien hier vor allem aus somatischer Sicht zu beurteilen. Die von der D. ___ im Jahr 2013 angegebene regrediente Symptomatik einer leichten posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS; vgl. E. II. 6.2 hiervor) bzw. die Diagnose einer PTBS könne nicht bestätigt werden. Für diese Diagnose fordere die ICD-10 das Vorliegen eines deutlich schwereren traumatischen Ereignisses (z.B. das Erleben von Folter, eines Katastrophenereignisses oder eines sonstigen schweren Verbrechens, wie z.B. einer Vergewaltigung). Ein schweres traumatisches Erlebnis sei mit dem Unfallereignis, das der Beschwerdeführer erlitten habe, nicht gegeben. Bei der Einschätzung des behandelnden Psychiaters Dr. med. M. ___ handle es sich (lediglich) um eine andere Beurteilung (IV-Nr. 63 S. 13 f. Ziff. 3.6). Dieser überzeugenden Argumentation und Einschätzung des psychiatrischen G. ___-Gutachters ist zu folgen. Wie oben (unter E. II. 4.4 hiervor) erwähnt, können die Berichte der D. ___ sowie diejenigen des behandelnden Psychiaters nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie das von der Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre Gutachten. Wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, gehen weder aus den Berichten und psychosomatischen Konsilien der D. ___ noch aus den Berichten des behandelnden Psychiaters hervor, weshalb keine ergänzenden Abklärungen angezeigt sind (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Dementsprechend würdigte auch der RAD-Arzt den vorliegend jüngsten psychiatrischen Bericht von Dr. med. M. ___ vom 21. April 2016 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) im Vergleich zu dessen Bericht vom 29. Mai 2015 (E. II. 6.12 hiervor) dahingehend, es seien keine wesentlichen subjektiven Beschwerden und Befunde erkennbar, die nicht schon im Jahr 2015 aufgeführt worden seien. Es handle sich – wie damals – um eine andere Beurteilung des gleichen Zustandes, wie er von Dr. med. I. ___ in seiner Begutachtung vom Dezember 2015 festgestellt worden sei. Der Gutachter habe begründet, weshalb er den Zustand des Beschwerdeführers nicht als mittelgradig depressiv beurteile (IV-Nr. 109). Im Weiteren geht aus dem psychosomatischen Konsilium der D. ___ vom 29. Juni 2015, auf welches im entsprechenden Austrittsbericht vom 30. Juni 2015 eingegangen wurde (vgl. IV-Nr. 53.1 S. 3; der vorerwähnte Austrittsbericht der D. ___ wurde im G. ___-Gutachten aufgeführt und damit im Rahmen der Beurteilung mitberücksichtigt; vgl. IV-Nr. 63 S. 7 f. Ziff. 2.2), hervor, das traumatische Unfallereignis scheine noch Restsymptome (Nachhallerinnerungen vom Unfall, Albträume und Ängstlichkeit) hinterlassen zu haben. Zum Procedere wurde angegeben, nach dem Austritt sei eine psychotherapeutische Behandlung bei Dr. med. M. ___ in der Muttersprache des Patienten indiziert, um ihn ressourcenorientiert weiter zu unterstützen und einer Verschlechterung entgegenzuwirken. Empfehlenswert wäre eine Eingliederung in seiner

bisherigen Firma mit anfänglich reduzierter Leistung und reduzierter Arbeitszeit (IV-Nr. 53.3 S. 2). Angesichts dieser Angaben kann – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers – nicht davon ausgegangen werden, dass sich bei ihm eine Therapieresistenz eingestellt hätte und deswegen auf das G.____-Gutachten nicht abgestellt werden könnte. Ebenso wenig bestehen Hinweise, dass der psychiatrische Gutachter «verniedlichende» Gutachten erstellt, wie dies vom Beschwerdeführer einfach behauptet wird (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 7 und Replik, S. 4). Demnach ist auf die psychiatrische Beurteilung von Dr. med. I.____ und abzustellen. 7.5 Sodann weisen die G.____-Gutachter aus somatischer bzw. orthopädischer Sicht darauf hin, die vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig erklären. An Hüfte, Oberschenkel und Knie der linken Seiten seien bei konsolidierter, in korrekter Position verheilte Femurfraktur keine relevanten Veränderungen vorhanden. Augenfällig sei eine deutliche muskuläre Verkürzung im Becken- und Beinbereich, was hinsichtlich der angegebenen Symptome eine Rolle zu spielen scheine. Aus orthopädischer Sicht seien keine spezifischen Massnahmen vorzuschlagen, da der Explorand angezeigte physiotherapeutische Massnahmen hinsichtlich der Muskelverkürzungen ablehne (vgl. IV-Nr. 63 S. 18 f. und 21 f.). Nach den gutachterlichen Angaben liegen anderweitige wesentliche Befunde am Bewegungsapparat nicht vor. Zum Austrittsbericht der D.____ vom 30. Juni 2015 äusserten sich die Gutachter dahingehend, der Explorand zeige ein auffälliges Schmerzverhalten, wobei gewisse Inkonsistenzen festgestellt worden seien. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit habe auf einem tiefen Niveau leicht gesteigert werden können. Bezüglich der Beweglichkeit des linken Kniegelenkes hätten im Seitenvergleich keine relevanten Einschränkungen bestanden. Weitere physiotherapeutische Massnahmen seien nicht vorgesehen, doch sollten das instruierte Heimprogramm fortgeführt und Ausdauersportarten wie Nordic-Walking und Aquajogging vorgenommen werden. Als Elektromonteur sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig, für körperlich leichte bis mittelschwere Verrichtungen bestehe dagegen eine ganztägige Zumutbarkeit. Der Einschätzung der Ärzte der D.____, es bestehe eine wesentliche Diskrepanz zwischen der Zumutbarkeit aus medizinischer Sicht und der Selbsteinschätzung (vgl. IV-Nr. 53.1 S. 3), stimmen die G.____-Gutachter aufgrund ihrer Untersuchung zu. Auch der Einschätzung von Dr. med. N.____ vom 28. (recte: 16.) April 2015 (zufriedenstellender Verlauf sechs Wochen nach Entfernung des Osteosynthesematerials und zehn Wochen nach Arthroskopie) konnten die G.____-Gutachter aufgrund ihrer aktuellen Untersuchungen gut folgen (vgl. IV-Nr. 63 S. 19 f. Ziff. 4.8). Demnach ist aufgrund der weitgehend übereinstimmenden fachärztlichen Angaben davon auszugehen, dass für körperlich leichte, überwiegend im Sitzen durchzuführende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen, ohne Überwinden von Treppen und ohne Gehen auf unebenem Grund, keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers besteht. Auch dieser nachvollziehbaren und schlüssigen Einschätzung des begutachtenden orthopädischen Facharztes Dr. med. J.____ ist zu folgen. Aufgrund der oben (unter E. II. 6 hiervor) wiedergegebenen zahlreichen Arztberichte bestehen vorliegend keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit des G.____-Gutachtens sprechen. Anhaltspunkte, dass sowohl die orthopädische als auch die psychiatrische Begutachtung «qualifiziert falsch» vorgenommen sein soll, wie dies vom Beschwerdeführer gerügt wird (vgl. Replik, S. 5), sind nicht ersichtlich. Demnach besteht auch kein Anlass, die Begutachtung wiederholen zu lassen oder eine gerichtliche Expertise

in Auftrag zu geben. 7.6 Nach dem Gesagten ist somit aufgrund des G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 erstellt, dass beim Beschwerdeführer nach dem Unfallereignis vom 19. Februar 2013, welches eine andauernde Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten zur Folge hatte und einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. Februar 2014 begründete, insoweit eine relevante gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist, als er seit dem Austritt aus der D.____ Ende Juni 2015 in der Lage ist, körperlich leichte, angepassten Verweistätigkeiten mit einem Arbeitspensum von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben (IV-Nr. 63 S. 21). Damit kann er ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen. Ein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG liegt somit vor (vgl. E. II. 3. hiervor). 8. Im Folgenden ist zu prüfen, ob der von der Beschwerdegegnerin aufgrund der gesundheitlichen Verbesserung per 30. Juni 2015 ermittelte Invaliditätsgrad von nunmehr 25 % korrekt ermittelt wurde. 8.1 Der Beschwerdeführer konnte am 1. Juni 2016 eine von der bisherigen Arbeitgeberin neu geschaffene, seinen Einschränkungen angepasste Stelle im Rahmen eines Arbeitsversuchs antreten (vgl. Stellenbeschreibung «Mitarbeiter Schaltanlagen»; IV-Nr. 85), wobei die Beschwerdegegnerin Kostengutsprache für einen Betrag an die Arbeitgeberin als Integrationsmassnahme gemäss Art. 14a Abs. 5 IVG erteilte (vgl. Mitteilung vom 25. Mai 2016; IV-Nr. 89). Gemäss dem Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 12. Oktober 2016 wurde das Ziel formuliert, das Arbeitspensum in der angepassten Tätigkeit per August 2016 auf 60 %, per September 2016 auf 75 % und per Oktober 2016 auf 100 % zu steigern (vgl. auch IV-Nr. 103.25 ff., 103.39 und Protokolleinträge vom 24. Mai und 15. Juli 2016). Der Beschwerdeführer habe jedoch das Stellenangebot der Arbeitgeberin (Pensum von 50 %) per 1. November 2016 akzeptiert. Demnach wurde die berufliche Eingliederung mit dem Vermerk «Eingegliedert» abgeschlossen (IV-Nr. 101). Einer Telefonnotiz der Suva vom 5. Juli 2016 kann entnommen werden, dass die zuständige Sachbearbeiterin der Arbeitgeberin der Beschwerdegegnerin mitteilte, der Beschwerdeführer habe den Arbeitsversuch am 5. Juli 2016 abgebrochen. Sein Bein schwellte an und er könne in der Nacht vor Schmerzen nicht schlafen. Die Sachbearbeiterin habe den Beschwerdeführer von Zeit zu Zeit an seinem Arbeitsplatz besucht, wobei jener stets gesessen sei. Es wurde erneut ein Arbeitsversuch mit einem Pensum von 50 % ab 18. Juli 2016 begonnen (IV-Nr. 103.29). Laut den Telefonnotizen der Suva vom 23. August 2016 berichtete der Beschwerdeführer, er habe ab dem 15. August 2016 versucht, 5 Stunden pro Tag zu arbeiten. Am dritten Tag habe er jedoch abbrechen müssen. Sein Bein sei angeschwollen, er habe unter starken Schmerzen gelitten und nicht schlafen können. Seine Hausärztin habe ihn wieder vollumfänglich arbeitsunfähig geschrieben. Der Beschwerdeführer sei der Ansicht, dass seine Leistungsgrenze bei 50 % liege (IV-Nr. 103.17 und 103.18). Gemäss einer weiteren Aktennotiz der Suva vom 30. August 2016 teilte die zuständige Sachbearbeiterin mit, dem Beschwerdeführer sei von der Arbeitgeberin ein Arbeitsvertrag mit einem 50%-Pensum angeboten worden. Der Arbeitsversuch habe klar die Grenzen aufgezeigt, welche bei einer Anwesenheit von 50 % liege. Die vom Kreisarzt definierte Zumutbarkeit erachte der Betrieb als zu streng. Im Weiteren teilte die Sachbearbeiterin mit, die Tätigkeit entspreche dem Anforderungsprofil des Kreisarztes. Der Beschwerdeführer arbeite wechselbelastend und könne die Stellung sogar mehrheitlich frei wählen. Weshalb der Beschwerdeführer gegenüber Dr. med. N.____ eine vorwiegend stehende Arbeit angegeben habe, sei unklar (IV-Nr. 103.14). Sodann teilte die Suva dem Beschwerdeführer mit Schreiben vom 13. Oktober 2016 mit, gemäss ihren Unterlagen sei von einer weiteren ärztlichen Behandlung leider keine wesentliche Besserung der Unfallfolgen mehr zu erwarten. Der

Fall werde daher abgeschlossen; sie könne grundsätzlich keine weiteren Heilkosten mehr bezahlen. In einer angepassten, wechselbelastenden (überwiegend sitzend, gehend und stehend) körperlich leichten Tätigkeit bestehe für den Beschwerdeführer unter folgenden Voraussetzungen eine volle Arbeitsfähigkeit: Heben und Tragen bis 10 kg, das Besteigen von Gerüsten und repetitives Treppensteigen und/oder Besteigen von Leitern sowie das Begehen von unebenem Gelände seien nicht mehr zumutbar. Es sollten Schläge und Vibrationen auf die linke untere Extremität vermieden werden. Das häufige Einnehmen von Zwangshaltungen (Kauern und Knien) sei ebenfalls nicht mehr zumutbar. Des Weiteren bestünden keine anderen Einschränkungen, insbesondere nicht zeitlicher Natur. Leider habe der Beschwerdeführer bei der neuen Tätigkeit für die bisherige Arbeitgeberin nur eine Leistungsfähigkeit von 50 % erreichen können, was nicht der vorerwähnten Zumutbarkeit entspreche. Die Suva werde die Rentenfrage somit anhand des allgemeinen Arbeitsmarktes beurteilen. Das Taggeld werde noch bis zum 31. Oktober 2016 erbracht (IV-Nr. 103.3 S. 1 f.). Seit dem 1. November 2016 arbeitet der Beschwerdeführer als «Elektromonteur Schaltanlagebau» bei der bisherigen Arbeitgeberin im Rahmen eines unbefristeten Arbeitsverhältnisses mit einem Pensum von 50 % (vgl. Änderung des Arbeitsvertrages vom 15. September 2016 [IV-Nr. 100 S. 2 f.]).

8.2 Bei der Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflicherwerblichen 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 können insbesondere Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_307/2017 vom 26. September 2017 E. 5.2 und 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4.2.2, je mit Hinweisen auf BGE 129 V 472 E. 4.2.1 S. 475 und 139 V 592 E. 2.3 S. 593 f.). Es gilt vorliegend zu beachten, dass es dem Beschwerdeführer trotz unfallbedingter Gesundheitsschädigung aus medizinischer Sicht zuzumuten wäre, die neu geschaffene, seinen Einschränkungen angepasste Stelle als «Elektromonteur Schaltanlagebau» bei der bisherigen Arbeitgeberin oder eine andere angepasste Verweistätigkeit mit einem Arbeitspensum von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben. Gemäss dem beweiskräftigen bidisziplinären G.____-Gutachten vom 5. Januar 2016 ist ihm ab Juni 2015 eine körperlich leichte, überwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit, ohne das Heben und Tragen von Lasten von über 10 kg, ohne Einnahme von kniender und kauender Positionen und ohne Überwinden von Treppen und Gehen auf unebenem Grund vollumfänglich zuzumuten. Obwohl ein Einsatz bei der für den Beschwerdeführer neu geschaffenen Stelle als «Elektromonteur Schaltanlagebau» mit einem Arbeitspensum von zunächst 50 % und einer Steigerung des Pensums auf 60 % (ab August 2016), 75 % (ab September 2016) und schliesslich 100 % (ab Oktober 2016) sowie ein Bruttomonatslohn von CHF 5'300.00 (bei einem Vollzeitpensum) vorgesehen waren (IV-Nr. 100 S. 2, 101 S. 2), konnte eine Steigerung des Arbeitspensums auf über 50 % nicht erreicht werden, obwohl davon auszugehen ist, dass die neue Tätigkeit seinen körperlichen Einschränkungen Rechnung trägt (vgl. Stellenbeschreibung «Mitarbeiter Schaltanlagen»

der B.____, IV-Nr. 103.50 S. 2; IV-Nr. 103.14). Vor diesem Hintergrund muss angesichts der gutachterlichen Angaben davon ausgegangen werden, dass die Selbstlimitierung des Beschwerdeführers auf seine ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung zurückzuführen ist (IV-Nr. 63 S. 12 und 22). Wie erwähnt ist er der Auffassung, seine Leistungsgrenze liege bei 50 % (vgl. IV-Nr. 103.18). Für das Abstellen auf das tatsächlich erzielte Einkommen besteht dann kein Raum, wenn mit der zumutbaren Ausschöpfung des noch vorhandenen Leistungspotentials eine Rente zu vermeiden wäre. Der relevante ausgeglichene Arbeitsmarkt bietet zahlreiche Optionen an, die im vorliegenden Fall behinderungsbedingt in Frage kämen. Es sprechen weder das Alter noch andere Faktoren dagegen, dass der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nachkommt und ein rentenausschliessendes Einkommen erzielt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_799/2012 vom 15. Januar 2013 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Demnach kann zur Festsetzung des Invalideneinkommens nicht auf den in der neuen Funktion mit einem Pensum von 50 % ab 1. November 2016 erzielten Lohn von CHF 2'650.00 (x 13; vgl. IV-Nr. 100 S. 2) abgestellt werden, da der Beschwerdeführer seine Arbeitsfähigkeit nicht voll ausschöpft bzw. nicht bestmöglich verwertet. Daran ändert der Umstand nichts, dass die Beschwerdegegnerin die Wiedereingliederung des Beschwerdeführers mit Beiträgen an die Arbeitgeberin unterstützt hat.

8.3 Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Festsetzung des Invalideneinkommens zu Recht auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2014 (Tabelle TA1_tirage-skill_level 2014, Total, Kompetenzniveau 1, Männer) ab, wobei sie beim entsprechenden Tabellenwert von CHF 5'312.00 die durchschnittliche betriebliche Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden im Jahr 2015 aufrechnete, die Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2015 berücksichtigte und für die leidensbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers einen leidensbedingten Abzug in Höhe von 10 % vornahm. Dies ergab ein Invalideneinkommen von CHF 60'039.00 pro Jahr. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Sowohl die Höhe dieses Invalideneinkommens als auch diejenige des Valideneinkommens von CHF 80'250.00 (vgl. Arbeitgeberbericht der B.____ vom 28. Juni 2013 [IV-Nr. 7 S. 2 f.] und telefonische Auskunft der Arbeitgeberin vom 8. März 2016, Jahreslohn 2015: CHF 6'150.00 x 13 plus CHF 300.00 Pikett/Jahr = CHF 80'250.00 [telefonische Auskunft der Arbeitgeberin vom 8. März 2016; vgl. Protokolleintrag vom gleichen Tag]) werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten. Demnach besteht ab Juni 2015 ein Invaliditätsgrad von 25 %, der keinen Rentenanspruch mehr begründet (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

9. Der Beschwerdeführer macht geltend, die Suva habe unter Berücksichtigung der somatisch unfallbedingten Arbeitsunfähigkeit eine Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 30 % zugesprochen. Der Invaliditätsgrad der Invalidenversicherung dürfe nicht geringer sein als jener der Suva (Beschwerde, S. 3). Dazu ist festzuhalten, dass die Suva dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 10. November 2016 für die verbliebene Beeinträchtigung aus dem Unfall vom 19. Februar 2013 ab 1. November 2016 zunächst eine Invalidenrente aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit von 26 % zusprach (IV-Nr. 105). Das daraufhin anhängig gemachte Einspracheverfahren schloss die Suva in der Folge mit einem Vergleich ab (Vereinbarung vom 12. Dezember 2016), wobei die Erwerbsunfähigkeit bzw. der Invaliditätsgrad neu auf 30 % festgesetzt wurde (Verfügung vom 6. Januar 2017; IV-Nr. 112).

Rechtsprechungsgemäss besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung (BGE 133 V 549). Dies gilt insbesondere auch dann, wenn der von einem Unfallversicherer angenommene Invaliditätsgrad auf einem Vergleich mit der anspruchsberechtigten Person beruht (BGE 112 V 174). Für die

Beilegung von Meinungsverschiedenheiten über das Ausmass der Invalidität mittels Vergleich ist es gerade charakteristisch, dass von einer präzisen Bestimmung der streitigen Ansprüche, welche häufig nur nach Beschreitung des Rechtsmittelweges erreicht werden könnte, – vorwiegend aus ökonomischen, gelegentlich auch aus praktischen Gründen – Abstand genommen wird. Die Möglichkeit, dass eine der beteiligten Parteien dabei unter Umständen gewisse finanziell nachteilige Auswirkungen zu gewärtigen hat, wird in solchen Fällen in Kauf genommen. Die Ausweitung dieses Risikos auf andere Versicherungsträger, welche weder das Zustandekommen noch den Inhalt eines solchen Vergleichs beeinflussen konnten, lässt sich nicht rechtfertigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_740/2013 vom 12. Dezember 2013 E. 3 mit weiteren Hinweisen). Demnach kann der Beschwerdeführer aus dem mit der Suva abgeschlossenen Vergleich bzw. dem gestützt darauf festgesetzten Invaliditätsgrad von 30 % nichts zu seinen Gunsten ableiten. Namentlich ist auch nicht relevant, von welchen Überlegungen sich die Suva bei der vergleichsweise erfolgten Einigung leiten liess. Der Einwand des Beschwerdeführers, der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Invaliditätsgrad könne nicht geringer sein als jener der Suva, verfängt somit nicht. Ebenso wenig relevant ist der Umstand, dass die Suva dem Beschwerdeführer bis zum 31. Oktober 2016 Taggelder zusprach (vgl. Schreiben der Suva vom 13. Oktober 2016 [IV-Nr. 103.3 S. 2] und Telefonnotiz der Suva vom 14. Oktober 2016 [IV-Nr. 103.2]). Die Befristung der Invalidenrente durch die Beschwerdegegnerin auf den 30. September 2015 erfolgte aufgrund der fachärztlich festgestellten Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers per Ende Juni 2015; die erst per 31. Oktober 2016 erfolgte Einstellung der Suva-Taggelder vermag daran nichts zu ändern. 10. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 16. Dezember 2016, worin die dem Beschwerdeführer ab 1. Februar 2014 zugesprochene ganze Invalidenrente aufgrund seines verbesserten Gesundheitszustands und damit eines Invaliditätsgrades von nurmehr 25 % ab Juni 2015 auf den 30. September 2015 eingestellt wurde (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV), nicht zu beanstanden. Angesichts des vollumfänglich beweiswertigen bidisziplinären G.____-Gutachtens vom 5. Januar 2016 besteht kein Anlass, weitere Abklärungen zu veranlassen. Von weiteren Beweiserhebungen – insbesondere auch vom beantragten Augenschein am aktuellen Arbeitsplatz des Beschwerdeführers – sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.). Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 11

11.1 Ausgangsgemäss besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Zusprechung einer Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG). 11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat der Beschwerdeführer die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.