

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00197 vom 28. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00197](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00197)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00197 du 28 février 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00197 del 28 febbraio 2011

## Erwägungen

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

- a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). 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 (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).



Orthopädie, am 8. Juli 2005 (Urk. 7/66/17-18) über einen frustranen Verlauf. Der Beschwerdeführer habe eine Kniestellung vor einem Monat wegen Schwäche und Schmerzen nicht durchführen können. Der Beschwerdeführer gebe an, dass eine bloss 15- bis 20-minütige schmerzlose Gehfähigkeit vorhanden sei. Dann komme eine ausgeprägte Müdigkeit beider unteren Extremitäten. Auch habe er das Gefühl, die Beine schliefen ein. Wichtig sei vor allem die Nacht, während der er wegen der diffusen Beinschmerzen beidseits kaum schlafen könne. Angegeben würden auch diffuse Knieschmerzen rechts mehr als links. Dr. B.\_\_\_\_ führte aus, falls überhaupt an eine Reintegration in eine Arbeitstätigkeit gedacht werde, sei von einer körperlich belastenden Arbeit in Anbetracht des Verlaufs und auch der Problematik abzusehen. Er attestierte weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

3.1.2. Anlässlich des Aufenthalts in der Klinik C.\_\_\_\_ vom 22. August bis 14. September 2005 klagte der Beschwerdeführer über deutlich geringere Schmerzen im Bereich der Tuberositas tibiae seit der letzten Operation vor ungefähr einmonatlich. Beide Knie würden aber oft schmerzen, es entstehe ein Hitzegefühl, ohne dass das äusserlich spürbar wäre, welches von den Kniekehlen bis ins Gesäss hinauf ziehe. Diese Beschwerden seien nach Aufhalten am Meer jeweils etwas geringer. Zudem fühle er sich in den Beinen kraftlos. Schmerzfreiheit erreiche er mit der Hochlagerung der Beine. Nach Anlaufschmerzen morgens (30 bis 60 Minuten) könne er für 20 bis 25 Minuten gehen. Dann nahmen Schmerzen, Müdigkeit und Hitzegefühl wieder zu. Treppensteigen sei nur schlecht möglich. Die Beschwerden im linken Knie seien seit 13 Jahren gleich. Zeitweise habe er ein Gefühl des Ameisenlaufens im Bereich des Nervus peroneus superior rechts (Urk. 7/66/34). Beim Eintritt waren weder links noch rechts eine Überwärmung, Rötung oder ein Erguss festzustellen. Beim Austritt fand sich ein Kniegelenkserguss beidseits. Auf den neu angefertigten Röntgenbildern waren eine leichte Gonarthrose beidseits, links vor allem femoropatellar, sowie eine Unschärfe der Eminentia tibiae rechts zu sehen. Eine Progredienz des Befundes seit den Aufnahmen im Jahr 2003 wurde verneint (Urk. 7/66/35). Klinisch erkannten die Ärzte eine Laxizität in beiden Knien, jedoch ein beidseitiger satter Anschlag beim Lachmann-Test, eine Schublade links von 6 mm und rechts von 10 mm (Urk. 7/66/29).

Die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ diagnostizierten (1) eine Laxizität im rechten Knie mit beginnender medialer und femoropatellarer Arthrose bei Status nach vollständiger Ruptur des vorderen Kreuzbandes rechts, Ruptur des vorderen Anteils des medialen Kollateralbandes, Status nach Teilruptur des lateralen Kollateralbandes sowie Riss im lateralen Drittel des Hinterhorns des lateralen Meniskus, (2) einen Status nach partieller, später vollständiger Ruptur des vorderen Kreuzbandes im linken Knie im Rahmen eines Sturzes 1992 sowie eines erneuten Knie Traumas 1993 bei Status nach verschiedenen Operationen und (3) eine Dysthymie bei andauernd gedrückter Stimmungslage, von Nervosität und innerer Unruhe begleitet, bei chronischem Schmerzsyndrom (Urk. 7/66/28). Die Ärzte befanden eine leichte bis mittelschwere Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Knie und ohne repetitives Treppensteigen mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag als ganztags zumutbar (Urk. 7/66/29).

3.1.3. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Innere Medizin FMH, verwies in seinem Bericht vom 26. September 2005 (Urk. 7/57) auf die Einschätzung der Klinik C.\_\_\_\_ und regte an, zu

Beginn nicht eine ganztägige Arbeit auszuführen, sondern bloss eine halbtägige mit sukzessiver Steigerung.

3.1.4.1.1. Am 24. November 2005 (Urk. 7/58) berichtete Dr. D.\_\_\_\_ über eine am 23. September 2005 festgestellte leichte Überwärmung (37.5° und 37° C) insbesondere des rechten Kniegelenks sowie einen leichten Erguss und führte aus, der Beschwerdeführer klage weiterhin über ein sehr unangenehmes Hitzegefühl. Auch bei der Konsultation vom 17. Oktober 2005 habe er eine leichte Schwellung der Kniegelenke festgestellt. Am 21. Oktober 2005 seien bei einem deutlichen Erguss im rechten Kniegelenk 36 ml abpunktiert und am 22. November 2005 erneut ein leichter Erguss beidseits festgestellt worden.

3.1.5.1.1. Am 15. Juni 2006 (Urk. 7/70/24) hielt Dr. D.\_\_\_\_ sodann fest, subjektiv bestehe eine grössere Schwellung im rechten Bein, im linken hingegen grössere Schmerzen und Instabilität im Knie. Ebenfalls persistierten die bekannten Beschwerden mit Hitzegefühl und konsekutiver Schlafstörung. Aktuell beständen keine sicheren Hinweise für einen Kniegelenkserguss. Die Umfangsmessungen an den Oberschenkeln ergäben rechts 51.5 cm und links 52 cm. Aus den Testergebnissen der Klinik A.\_\_\_\_ vom 20. März 2006 (Urk. 7/70/25-29) seien ein deutliches Kraftdefizit auf der rechten Seite von ca. 50 % sowie eine allgemein sehr geringe Beinkraft zu entnehmen.

3.2.1.1.1. Nach dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. September 2007 (Urk. 7/74) holte die Beschwerdegegnerin einen weiteren medizinischen Bericht sowie ein medizinisches Gutachten ein:

3.2.1.1.2. Das Zentrum E.\_\_\_\_ nannte in seinem Bericht vom 14. Januar 2008 (Urk. 7/81) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/81/8):

- rezidivierende depressive Störung, zur Zeit mittelgradig (ICD-10 F33.1) bei chronischem somatischem Leiden an beiden Knien nach Arbeitsunfällen 1992 und 2001 mit:

- dysphorischen Stimmungszuständen und aggressiven Impulsdurchbrüchen und
- schweren chronischen Schlafstörungen.

1.1.1.1.1. Er sei aus psychiatrischer Sicht in der bisherigen Berufstätigkeit seit Oktober 2002 zu 100 % arbeitsunfähig, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hingegen zu 20 %, mit einer sukzessiven Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von voraussichtlich 50 %. Durch eine den psychopathologischen Symptomen angepasste leichte körperliche Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden. Als Beginn einer Arbeitsintegration sei ungefähr der 1. März 2008 möglich (Urk. 7/81/9-10).

1.1.1.1.2. Der Beschwerdeführer fühle sich oft niedergeschlagen, deprimiert, überempfindlich, gereizt, emotional wenig belastbar und sei freudlos und interesselos. Tendenziell ziehe er sich sozial zurück. Er habe schwere Durchschlafstörungen und werde dauernd wegen Hitzegefühlen geweckt, beginnend in den Knien. Er schlafe selten mehr als zwei Stunden ununterbrochen, oft wache er auch häufiger auf. Gegenüber Geräuschen sei er überempfindlich. Er sei schreckhaft. Unkontrollierte aggressive Reaktionen seien selten. Der beidseitige Tinnitus sei rechts stärker als links (Urk. 7/81/13). Die therapeutischen und psychopharmakologischen Möglichkeiten seien ausgeschöpft. Günstig wäre eine teilweise Wiedereingliederung in eine regelmässige Beschäftigung, allenfalls an einem geschützten Arbeitsplatz, mit

körperlich und psychisch wenig belastender Tätigkeit (Urk. 7/81/12).

3.2.2.1 Dr. Z.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 10. Juli 2008 (Urk. 7/88) folgende Diagnosen fest (S. 9):

- rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig leichte Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.00);
- chronisches Schmerzsyndrom beider Kniegelenke;
- Restless legs - Syndrom;
- Tinnitus.

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei durch die depressive Episode für seine angestammte Tätigkeit zu 30 % gemindert. Es bestünden geringe, durch eine eigenständige Depression begründbare Einschränkungen der Anpassungsfähigkeit und der Belastbarkeit (S. 13 und S. 17). Für angepasste Tätigkeiten und für Arbeiten im Haushalt bestünden aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht hingegen keine Einschränkungen (S. 13 f. und S. 18).

Die aktuell leichte, im Verlauf auch mittelschwere, depressive Episode sei aus fachärztlicher Sicht nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher Sicht nicht vermutet werden, solange kein Settingwechsel stattgefunden habe und die psychopharmakologische Therapie der Depression nicht evaluiert worden sei. Eine intensiviertere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sei zumutbar und würde das Wohlbefinden des Beschwerdeführers innerhalb von drei bis sechs Monaten heben. Mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Überwindung der bekannten körperlichen Schmerzen, des Tinnitus und des Restless legs - Syndroms lägen zurzeit nicht vor (S. 17). Der Erfolg therapeutischer Interventionen hänge davon ab, inwieweit es gelinge, mit dem Beschwerdeführer gemeinsam ein Krankheitsmodell zu entwickeln. Er halte sich für aufgrund der körperlichen Beschwerden vollständig arbeitsunfähig und berechtigt, soziale finanzielle Unterstützung zu erhalten (S. 18). In somatischer Hinsicht könne im Gutachten nicht abschliessend Stellung genommen werden (S. 18 f.). Prognostisch gehe er bei intensivierter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung von einer Besserung bzw. Remission des depressiven Zustandsbildes aus (S. 22).

3.2.3 In seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2008 hielt Dr. Z.\_\_\_\_ fest, dem Beschwerdeführer sollten Veränderungen der Tätigkeit langsam, schrittweise und mit grösserer Fehlertoleranz nahe gebracht werden. Er sollte vermehrte Ruhepausen - z.B. alle zwei Stunden jeweils 15 Minuten - einlegen können. An Tagen, an denen die psychische Befindlichkeit besonders niedergestimmt sei, sollte es möglich sein, die Tagesarbeit verspätet beginnen oder früher beenden zu können (Urk. 7/100/2-3). Auch im Rahmen einer Arbeit als Magaziner/Lagerarbeiter und Ähnliches seien anspruchsvollere und weniger anspruchsvolle Aufträge durch Führungspersonen zu vergeben. Dem Beschwerdeführer sollten bevorzugt und flexibel Aufgaben zugeteilt werden, die seiner wechselnden psychischen Befindlichkeit entsprechen. In psychischer Hinsicht sei unter Berücksichtigung der genannten Aspekte, deren Liste nicht abschliessend sei, zeitlich wie

leistungsmässig eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Zur allfälligen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit durch Schlafmangel müsse eine spezialisierte ärztliche Fachperson Stellung nehmen. Psychiatrisch-psychotherapeutische Defizite, die objektiv einem tatsächlich krankhaften Schlafdauerdefizit zugeordnet werden können, seien nicht gefunden worden (Urk. 7/100/3). Aus medizinisch-theoretischer Sicht könnten die subjektiv genannten Symptome weder als von langer stabiler Dauer noch grundsätzlich als aussergewöhnlich schwerwiegend bezeichnet werden (Urk. 7/100/4). Die Frage nach der Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung könne definitiv beantwortet werden. Mögliche Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung lägen in psychischer Hinsicht nicht vor (Urk. 7/100/5).

3.2.4.4 Gemäss den Stellungnahmen des zuständigen RAD-Arztes Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, vom 8. Oktober 2008 und vom 24. Juli 2009 stellt die Stellungnahme von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2008 (Erw. 3.3.3) eine erschöpfende Beantwortung der Fragen seitens des Beschwerdeführers dar. Es könne vollumfänglich auf das Gutachten von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2008 abgestellt werden (Urk. 7/117/3-4).

3.3.4.4 Dr. med. G.\_\_\_\_, Co-Chefarzt Pneumologie, Rehabilitationszentrum der Klinik H.\_\_\_\_, stellte in seinem Bericht vom 27. Februar 2008 die Diagnose eines Restless legs - Syndroms. In der durchgeführten Polysomnografie hätten sich deutlich vermehrte periodische Beinbewegungen gezeigt, welche zu Arousals geführt hätten (Urk. 7/87/1).

#### **E. 3.4**

4.4.4.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, diagnostizierte einen rechtsbetonten Tinnitus bei asymmetrischer Hochtoninnenschwerhörigkeit rechts. Dieser bestehe seit rund drei Jahren und verstärke sich jeweils gegen Abend. Ebenso lasse sich linksseitig ein phasenweiser leichter Tinnitus empfinden. Auffallend sei ein deutlich undulierender Verlauf und der recht akute Beginn vor über drei Jahren. Anamnestisch sei der Tinnitus kein sicherer Grund für die Durchschlafstörung. Palpabel beständen sehr kleine anguläre Lymphknoten. Bei dem lang anhaltenden, aber recht akut begonnenen rechtsseitigen Tinnitus finde sich derzeit eine relevante Hochtoninnenschwerhörigkeit auf dem rechten Ohr, so dass eine Innenohrpathologie als Ursache des Tinnitus vorliege. Differentialdiagnostisch sei ein initiales Hörsturzereignis nicht ausgeschlossen (Urk. 7/87/28-29).

4.4.4.4 Strittig und zu präzisieren ist die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter und Gerüstmonteur bzw. Magazinier/Lagerarbeiter sowie seine Restarbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

4.1.4.4 Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Grad der Arbeitsunfähigkeit nur solange unter Berücksichtigung des bisherigen Berufs festzusetzen ist, als von der versicherten Person - nach einer gewissen Übergangsfrist - nicht verlangt werden kann, ihre restliche Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufszweig zu verwerten. Bei langer Dauer ist aufgrund von Art. 6 ATSG, Satz 2, auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu berücksichtigen (BGE 130 V 345 Erw. 3.1).

4.2.4.4 Der Beschwerdeführer erklärte Dr. Z.\_\_\_\_, aus gesundheitlichen Gründen gar nicht mehr arbeiten zu können (Erw. 3.2.2). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung des

Beschwerdeführers nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

#### 4.3.2.1

4.3.1.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer als Folge seiner beiden Stürze derart eingeschränkt ist, dass er seine angestammte Tätigkeit als Bauarbeiter und Gerüstmonteur nicht mehr ausüben kann. Anlässlich des Arthro-MRI des linken und des rechten Knies vom 13. Juli 2005 wurden folgende Befunde erhoben: links ein ausgeprägtes elongiertes vorderes Kreuzbandtransplantat mit geringen narbigen Veränderungen sowie ein verkürzter medialer Meniskus und rechts ein hypertropher vorderer Kreuzbandersatz mit Umgebungsveränderungen narbiger Art sowie ein verkürzter medialer Meniskus (vgl. Urk. 7/66/33-34). Angesichts dieser Befunde und dem über Jahre dauernden Heilungsverlauf sind sich die Ärzte einig, dass bloss noch eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich ist.

4.3.2.1 Der Austrittsbericht der Klinik C. \_\_\_ vom 5. Oktober 2005 (Urk. 7/66/28-36) entspricht in Bezug auf die somatische Problematik den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Einschätzung. So sind die Antworten für die zentrale Frage nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit umfassend. In der Klinik wurden sodann allseitige Untersuchungen durchgeführt und der Beschwerdeführer wurde - neben einer neurologischen und neuropsychologischen Abklärung - anlässlich seines dreieinhalbwöchigen Aufenthalts verschiedenen praktischen Tests unterzogen. Die Ärzte berücksichtigten weiter die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie nahmen detailliert Kenntnis von den Klagen des Beschwerdeführers und wärdigten diese entsprechend. Den Ärzten waren ferner die Vorakten bekannt, auf welche sie sich in der Diagnosestellung abstützten. Die Einschätzung leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann. In diesem Sinne leuchtet es durchaus ein, dass der Beschwerdeführer keiner schweren oder kniebelastenden Tätigkeit mehr nachgehen kann, in einer leichten bis mittelschweren Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Knie und ohne repetitives Treppensteigen mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag jedoch ganztags arbeitsfähig ist.

4.3.3.1 Der Operateur Dr. B. \_\_\_ verwies in seinem Bericht vom 8. Juli 2005 (Urk. 7/66/17-18) einzig auf die subjektiven Schilderungen des Beschwerdeführers, schloss aber immerhin die Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht aus. In seinem Bericht vom 9. Februar 2007 zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hielt Dr. B. \_\_\_ fest, anlässlich der beidseits durchgeführten arthroskopischen Evaluation der Kniegelenke hätten sich beidseits beginnende Arthrosen gezeigt. In Anbetracht der Befunde schein eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % durchaus vertretbar zu sein (Urk. 7/74/16).

4.3.3.2 Dr. D. \_\_\_ besttigte implizit eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit gemäss Bericht der Klinik C. \_\_\_ mit dem Hinweis, dass vorerst ein

halbtägiger Einsatz mit sukzessiver Steigerung stattfinden sollte. In der Folge musste Dr. D.\_\_\_\_ einmalig am 21. Oktober 2005 einen Erguss abpunktieren (Urk. 7/58). Indessen ist auch aus der dokumentierten verminderten Kraft in den Beinen (Urk. 7/70/25-29) nicht auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu schliessen, da diese ja gerade auf die Kniebeschwerden Rücksicht zu nehmen hat und entsprechend ausgestaltet sein muss.

4.3.4.1 Die Berichte von Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ (Erw. 3.3 f.) stellen lediglich fest, dass der Beschwerdeführer an einem Restless legs - Syndrom und an einem beidseitigen Tinnitus leidet. Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern sie sich nicht.

4.3.5.1 Demgemäss ergibt sich in Würdigung der medizinischen Akten, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht insbesondere an einem ausgedehnten elongierten vorderen Kreuzbandtransplantat links mit geringen narbigen Veränderungen sowie einem verkürzten medialen Meniskus links und an einem hypertrophen vorderen Kreuzbandersatz rechts mit Umgebungsveränderungen narbiger Art sowie an einem verkürzten medialen Meniskus rechts leidet (vgl. Erw. 4.3.1-4). Seit dem Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. September 2007 hat sich der somatische Gesundheitszustand in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht verschlechtert (vgl. Erw. 4.3.4), etwas anderes wurde vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (vgl. Urk. 1). Dem Beschwerdeführer sind entsprechend nach wie vor leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne Zwangshaltungen für die Knie und ohne repetitives Treppensteigen mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag ganztags zumutbar (vgl. Erw. 4.3.1-4). Damit ist dem Beschwerdeführer in somatischer Hinsicht in angepasster Tätigkeit und mit zusätzlichen Pausen von insgesamt einer Stunde pro Tag eine 100%ige Erwerbstätigkeit möglich.

4.4.1.1

4.4.1.1 Was die psychischen Störungen betrifft, gingen die Ärzte der Klinik C.\_\_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer Dysthymie leidet, diese indes ohne wesentliche Auswirkung auf seine Arbeitsfähigkeit bleibt. Im psychosozialen Konsilium wurde hierzu festgehalten, dass sich eine deutliche Schmerzfixierung feststellen lasse. Dabei beständen Stimmungsschwankungen, eine erhöhte Reizbarkeit, Nervosität, eine innere Unruhe sowie ein erhöhter Arousal (Grad der Aktivierung des zentralen Nervensystems). Dies im Zusammenhang mit den andauernden quälenden Schmerzen. Der Beschwerdeführer zeige unter multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren (anhaltender Schmerz, Arbeitsverlust, Verlust des mühsam erarbeiteten Hauses in der Heimat durch den Krieg) einen psychischen Leidensdruck im Rahmen einer dysthymen Stimmungslage, welche durch ungerichtete aggressive Impulse (Reizbarkeit/Rückzug) in Erscheinung trete und einzelne depressive Symptome aufweise (Störung der Vitalgeföhle, Anhedonie, Antriebsreduktion, Schlafstörungen). Eine somatoforme Komponente erscheine wahrscheinlich im Zusammenhang mit Überforderungs- und Überlastungsgeföhlen sowie mit existentiellen Fragen. Es habe sich eine passiv-abwartende Haltung eingestellt (Urk. 7/66/29-30).

4.4.1.2 Die Ärzte des Zentrums E.\_\_\_\_ diagnostizierten im Bericht vom 3. April 2006 (Urk. 7/66/5-7) demgegenüber eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradige Episode, und schlossen das Vorliegen einer somatoformen Störung aus. Die Ärzte sahen einen unmittelbaren Zusammenhang zwischen den körperlichen

Unfallfolgen (chronische Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Arbeitsunfähigkeit) und dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild bei Fehlen einer vorbestehenden psychopathologischen Symptomatik oder psychischen Störungen. Die Prognose sei ungünstig. Bestenfalls könne eine Stabilisierung des jetzigen Zustandsbildes aufrecht erhalten werden. Weitere, auch psychopharmakologische Therapiemöglichkeiten und damit Aussichten auf eine wesentliche Besserung des Befindens beständen jedoch nicht. Sie attestierten eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch diese Einschätzungen erachtete das hiesige Gericht in seinem Urteil vom 3. September 2007 (Urteil-Nr. IV.2006.00557) als ungenügend in Bezug auf die Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Einschätzung (vgl. Urk. 7/74/11-13).

4.4.2 Ä Ä Der danach eingeholte Bericht des Zentrums E. \_\_\_ vom 14. Januar 2008 (Erw. 3.2.1) entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Einschätzung ebenfalls nicht. Es wurden zwar allseitige Untersuchungen durchgeführt, der Beschwerdeführer ist dort seit dem 9. Februar 2005 in regelmässiger Behandlung (vgl. Urk. 7/81/14). Die Ärzte berücksichtigten auch die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Sie nahmen detailliert Kenntnis von den Klagen des Beschwerdeführers und wurdigten diese entsprechend. Den Ärzten waren ferner die Vorakten bekannt, auf welche sie sich in der Diagnosestellung abstützten. Die Frage nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit wird aber unklar beantwortet: In Bezug auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit geht das Zentrum E. \_\_\_ einerseits von einer Arbeitsfähigkeit von 20 % mit einer sukzessiven Steigerung auf eine Arbeitsfähigkeit von voraussichtlich 50 % aus, hält aber gleichzeitig fest, durch eine den psychopathologischen Symptomen angepasste leichte körperliche Tätigkeit könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (vgl. Erw. 3.2.1).

4.4.3 Ä Ä Das Gutachten vom 10. Juli 2008 (Erw. 3.2.2) und die Stellungnahme vom 6. Oktober 2008 (Erw. 3.2.3) von Dr. Z. \_\_\_ entsprechen in Bezug auf die psychische Problematik den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Einschätzung. Die Frage nach der verbleibenden Arbeitsfähigkeit wird umfassend beantwortet. Dr. Z. \_\_\_ hat allseitige Untersuchungen durchgeführt, insbesondere wurde der Beschwerdeführer mehreren psychiatrischen Tests unterzogen (Urk. 7/89). Dr. Z. \_\_\_ berücksichtigte die geklagten Beschwerden und setzte sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Was die vom Beschwerdeführer monierte kurze Dauer der psychiatrischen Untersuchung (vgl. Urk. 1) anbelangt, ist gemäss Bundesgericht der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig (Urteil des Bundesgerichts vom 14. November 2007 in Sachen L., I 1094/06, Erw. 3.1.1 mit Hinweisen). Er beantwortete auch die Fragen nach der Zumutbarkeit einer Schmerzüberwindung, nach der Art der angepassten Tätigkeit und nach den Betätigungseinschränkungen hinreichend (vgl. Erw. 3.2.2 f.). Die Einschätzung von Dr. Z. \_\_\_ leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen des psychiatrischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie prägend nachvollziehen kann. In diesem Sinne kann darauf abgestellt werden, dass der Beschwerdeführer in einer seinem psychischen Leiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, wenn er





Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 E. 4b; Urteil 9C\_121/2008 vom 4. August 2008 E. 5.1).

5.2 Die Beschwerdeführerin ermittelte einen Invaliditätsgrad von 36 %, indem sie das Einkommen des Beschwerdeführers im Jahre 2003 in Höhe von Fr. 71'500.-- der Lohnentwicklung anpasste und einem - gestützt auf die Lohnstrukturerhebung des Bundes und einem Leidensabzug von 20 % errechneten - Invalideneinkommen gegenüberstellte (Einkommensvergleich der Berufsberatung vom 20. August 2008, Urk. 7/92). Diese Vorgehensweise ist methodisch richtig. Auch das Ergebnis, mithin die Ermessensausübung, gibt zu keinen Beanstandungen Anlass. Sowohl die Unfall- als auch die Invalidenversicherung gehen vom selben Invaliditätsbegriff nach Art. 8 ATSG aus. Nun hat die psychiatrische Begutachtung keine weitergehenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit zu Tage gebracht, als sie bereits aufgrund somatischer Leiden bestehen (Erw. 4.5). Sämtliche somatische Leiden wiederum sind unfallbedingt und im durch die SUVA errechneten Invaliditätsgrad von 36 % berücksichtigt worden (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. September 2007 in Sachen der Parteien, Prozess Nr. IV.2006.00557, Urk. 7/74 Erw 3.2), welcher mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 3. September 2007 in Sachen des Beschwerdeführers gegen die SUVA bestätigt wurde (Prozess Nr. UV.2007.00071, Urk. 7/79). Mithin sind vorliegend die Voraussetzungen, die es der Invalidenversicherung nicht erlauben, ohne triftigen Gründe von der Invaliditätsbemessung durch die Unfallversicherung abzuweichen, erfüllt (BGE 126 V 294 Erw. 2d).

6. Damit erweist sich die angefochtene Verfügung der Beschwerdeführerin als im Ergebnis rechtmässig. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

7. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG, in der seit dem 1. Juli 2006 geltenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
  - Rechtsanwältin Dr. Kathrin Hässig
  - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
  - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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