

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00662 vom 11. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00662](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00662)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00662 du 11 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00662 del 11 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 10. Juni 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 28/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültigen gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 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).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 396 ff. E. 5.3 und E. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

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

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

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

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

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumachende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.6. Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f.).

E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfallungsweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

## **E. 2**

2.1. Im angefochtenen Entscheid wurde erwogen, dass der Beschwerdeführer infolge einer unfallbedingten Beeinträchtigung seines Gesundheitszustandes seit dem 20. September 2005 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt gewesen sei. Auch nach Ablauf der einjährigen Wartezeit sei ihm weder die angestammte Tätigkeit als Chauffeur und Raumpfleger noch eine andere Tätigkeit zumutbar gewesen. Nach einer Verbesserung des Gesundheitszustandes sei dem Beschwerdeführer ab Februar 2008 die angestammte Tätigkeit wieder zumutbar. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes sei zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentlichen Unterbruch drei Monate gedauert habe und angenommen werden könne, dass sie weiter andauere. Entsprechend habe er von 1. September 2006 bis 31. Mai 2008 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 2).

Mit der Beschwerdeantwort machte die IV-Stelle geltend, aus den medizinischen Unterlagen des Unfallversicherers gehe hervor, dass dem Beschwerdeführer bereits ab August 2006 eine überwiegend sitzende Verweisungstätigkeit zumutbar gewesen wäre. Mit einer solchen Tätigkeit hätte er auch bei Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen können. Damit erweise sich die Zusprechung einer befristeten Rente von 1. September 2006 bis 31. Mai 2008 als rechtswidrig, weshalb in dieser Hinsicht eine reformatio in peius in Betracht zu ziehen sei (Urk. 7).

2.2. Demgegenüber bringt der Beschwerdeführer vor, der medizinische Sachverhalt sei unklar und nicht genügend abgeklärt. Die IV-Stelle sei den Hinweisen für eine psychische Problematik zu Unrecht nicht nachgegangen. Er habe deshalb Anspruch auf eine Begutachtung durch unabhängige Sachverständige (Urk. 1 und 11).

## **E. 3.1**

3.1.1. Aus dem Bericht des Spitals B. über den operativen Eingriff am linken Knie vom 21. September 2005 (Arthroskopie, Teilmeniskektomie medialer Meniskus links) geht hervor, dass der Operateur, Dr. med. C., Leitender Arzt Orthopädie/Traumatologie, eine Mobilisation mit Belastung nach Massgabe der Beschwerden erlaubte und empfahl, belastete Rotationen und tiefe Hocke während ungefähr zwei Wochen postoperativ zu vermeiden; er hielt sodann dafür, dass der Patient während zwei bis drei Wochen arbeitsunfähig sei (Urk. 8/5 S. 99).

Am 8. Dezember 2005 hielt Dr. C. fest, seit der Arthroskopie im September hätten andauernd Schmerzen im linken Kniegelenk bestanden. Ungefähr zehn Tage postoperativ habe sich eine erhebliche Schwellung im Bereich des linken Unterschenkels und Fusses entwickelt. Trotz negativer Duplexsonographie habe er klinisch den Verdacht, dass es sich um ein postthrombotisches Syndrom handeln könnte, da er keine andere Ursache für die ausgeprägte Schwellung des linken Beines sehe. Der Patient erhalte ein Rezept für Kompressionsstrümpfe Klasse II; zusätzlich werde er für eine MRI-Untersuchung des linken Kniegelenks angemeldet. Da aktuell keine

Anhaltspunkte bestehen wÄ¼rden, die klar in Richtung einer Restmeniscuspathologie deuteten, mÄ¼sse eine konservative Behandlung weitergefÄ¼hrt werden (Urk. 8/5 S. 97). Am 20. Dezember 2005 berichtete Dr. C.\_\_\_\_, die MRI-Untersuchung vom 13. Dezember 2005 habe im Bereich des teilweise entfernten Meniscus noch einen kurzen Einriss des Restmeniscus gezeigt. Dieser Befund schein allerdings zu gering, um fÄ¼r das gesamte klinische Bild verantwortlich zu sein; insbesondere die ausgeprÄ¼gte Schwellung des ganzen Unterschenkels kÄ¼nne damit nicht erklÄ¼rt werden (Urk. 8/5 S. 95). Am 1. Februar 2006 Ä¼sserte Dr. C.\_\_\_\_ den Verdacht, es kÄ¼nnte sich um eine Algodystrophie handeln, und Ä¼berwies den BeschwerdefÄ¼hrer an Dr. D.\_\_\_\_ zur konsiliarischen Beurteilung (Urk. 8/5 S. 84).

Ä¼ Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt fÄ¼r Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Chefarzt an der Klinik E.\_\_\_\_, berichtete am 24. Februar 2006, in der aktuellen klinischen Untersuchung zeige sich das Bild eines Sudeckstadiums I mit Ä¼dematischer Schwellung der ganzen linken unteren ExtremitÄ¼t, FunktionseinschrÄ¼nkung des Kniegelenkes, Allodynie, VasomotorikstÄ¼rung und vermehrtem Haarwachstum. Er diagnostizierte ein CPRS I (Algodystrophie) links mit/bei Status nach Meniskektomie und hielt eine stationÄ¼re Therapie fÄ¼r indiziert (Urk. 8/5 S. 89).

Ä¼ Die Ä¼rzte der Klinik F.\_\_\_\_ fÄ¼hrten im Austrittsbericht vom 7. April 2006 aus, der Patient sei zur stationÄ¼ren Therapie eines CRPS I des linken Knies zugewiesen worden. Der BeschwerdefÄ¼hrer leide seit einer Teilmeniskektomie am 21. September 2005 unter therapieresistenten Kniegelenksbeschwerden mit BewegungseinschrÄ¼nkung, Schwellung und gestÄ¼rter Vasomotorik. Klinisch zeige sich eine leichte Schwellung, zeitweise eine diskrete Ä¼berwÄ¼rmung. ZusÄ¼tzlich habe eine Allodynie Ä¼ber der gesamten linken unteren ExtremitÄ¼t mit diffus verminderter SensibilitÄ¼t ab Mitte Oberschenkel und ParÄ¼sthesien Ä¼ber Unterschenkel und Fuss links erhoben werden kÄ¼nnen. Daneben habe eine FunktionseinschrÄ¼nkung des linken Knies mit einer maximalen Flexion bis 45Ä¼ und endphasigem Schmerz bestanden. Im Verlauf der Hospitalisation sei eine Behandlung des CRPS mit sechs lumbalen Grenzstrangblockaden versucht und eine Optimierung der Analgesie unter Ausbau der Schmerzmedikation durchgefÄ¼hrt worden; begleitend habe eine multimodale Physiotherapie stattgefunden. Leider habe die Symptomatik nicht positiv beeinflusst werden kÄ¼nnen. Mittels MR-tomographischer Diagnostik hÄ¼tten ossÄ¼re (Nekrosen) oder kapsulÄ¼re (Arthrofibrose) Pathologien ausgeschlossen werden kÄ¼nnen. Der Patient sei in unverÄ¼ndertem Allgemeinzustand in die hausÄ¼rztliche Nachbetreuung entlassen worden. Die KlinikÄ¼rzte attestierten sodann bis am 30. April 2006 eine 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit (Urk. 8/5 S. 76-78).

3.1.2Ä¼ In seinem Bericht vom 30. August 2006 fÄ¼hrte der Kreisarzt der SUVA, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH OrthopÄ¼dische Chirurgie, aus, im Anschluss an ein banales Knie Trauma links am 13. MÄ¼rz 2004 sei eine mediale MeniskuslÄ¼sion links diagnostiziert und eine Arthroskopie empfohlen worden. Diese sei dann erst am 21. September 2005 durchgefÄ¼hrt worden. Der Verlauf nach der Arthroskopie sei durch eine ausgeprÄ¼gte Schwellung des linken Unterschenkels und Fusses sowie durch eine BewegungseinschrÄ¼nkung kompliziert worden. Die intensive Physiotherapie habe keine Verbesserung ergeben. Schliesslich sei der Verdacht auf eine Algodystrophie des linken Beines bestÄ¼tigt worden. Die stationÄ¼re Behandlung in der Klinik F.\_\_\_\_ mit

Grenzstrangblockaden habe praktisch keine Verbesserung der Situation ergeben. Aktuell klagt der Versicherte über eine massive Schmerzhaftigkeit seines linken Knies mit starker Beeinträchtigung der Belastbarkeit und der Kniebeweglichkeit. Die klinische Untersuchung zeige ein offensichtliches Residuum nach schwerer Algodystrophie. Die ausgeprägte Hypotrophie der Oberschenkelmuskulatur links beweise die langzeitige und andauernde Entlastung des linken Beines. Die klinische Untersuchung sei durch ein teils eindeutig dysfunktionales Verhalten des Patienten massiv erschwert: Während der Untersuchung sitze er zwanglos auf dem Untersuchungstisch mit extendiertem Knie links, wenn er aber im Liegen den Lasègue-Test mache, könne er die Hüfte nur bis 40° oder 45° flektieren, bevor eine massive Schmerzäusserung die weitere Bewegung verhindere. Medizinisch ebenfalls nicht begründbar sei die massive Berührungsschmerzhaftigkeit, welche bereits die Palpation der medialen Kniegelenkspalte zum späteren Messen des Oberschenkelumfangs verhindere. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Kreisarzt Dr. G. \_\_\_ aus, als Reiniger sei der Patient arbeitsunfähig. Eine stehende oder gehende Arbeit erscheine als nicht zumutbar. Hingegen wäre eine rein sitzende Tätigkeit mit nur gelegentlichem Aufstehen und kurzstreckigem Herumgehen vollzeitig zumutbar. Schliesslich hielt Dr. G. \_\_\_ dafür, dass eine Integritätsentschädigung geschuldet sei, wobei eine zuverlässige Schätzung erst in einem Jahr möglich sei. Zu jenem Zeitpunkt könne anhand neuer Röntgenbilder nicht nur der Zustand des linken Kniegelenks evaluiert werden, sondern auch die vom Patienten angegebene Minderleistung durch eine Differenz der Knochenstruktur objektiviert werden (Urk. 8/5 S. 67 f.).

Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher den Beschwerdeführer konsiliarisch untersuchte, kam in seinem Bericht vom 11. Januar 2007 zum Schluss, dass ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich des linken Kniegelenks bestehe. Für einen fortgeschrittenen Sudeck (CRPS I) sei das Röntgenbild erstaunlich unauffällig. Aufgrund der ausgeprägten Schmerzhaftigkeit sei das Kniegelenk aber praktisch nicht untersuchbar. Es bestehe kein Erguss. In Frage komme auch eine sehr schmerzhaft Arthrofibrose mit Einsteifung des Gelenkes. Eine ambulante Behandlung erscheine ihm ohne Aussicht auf Erfolg; er empfehle deshalb eine nochmalige stationäre Behandlung. Eventuell könne durch eine Untersuchung in Narkose mit Mobilisation bereits eine Verbesserung erreicht werden (Urk. 8/5 S. 39, vgl. die lesbare Version in Urk. 8/16 S. 9 f.).

Am 1. Februar 2007 führte Dr. H. \_\_\_ aus, die genaue Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines Patienten bei einem derartigen Verlauf nach Kniearthroskopie sei anhand einer Sprechstundenkonsultation äusserst schwierig. Aufgrund der Akten scheine doch eine gewisse Konstanz in der Beschwerdeäusserung und in den Untersuchungsbefunden vorzuliegen. Für eine stehende oder gehende Arbeit sei der Patient sicherlich weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. In einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit Wechselbelastung sollte eine reduzierte Arbeitstätigkeit zumutbar sein oder zumindest versucht werden. Nach Angaben des Patienten sei eine rein sitzende Tätigkeit auch nicht möglich, weil er wegen den Schmerzen immer wieder aufstehen müsse. Dr. H. \_\_\_ fuhr fort, er glaube, ein vorsichtiger Belastungsaufbau sei notwendig. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit, halbtags, in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit mit der Möglichkeit aufzustehen, sollte aber möglich sein. Für eine definitive Bewertung des Integritätsschadens sei es zu früh, er erachte den Fall als noch nicht abgeschlossen

(Urk. 8/5 S. 36; vgl. auch die vollständige Version des Berichtes in Urk. 10/53 des Verfahrens UV.2009.00132).

Im Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 21. März 2007 hielt Dr. G. fest, aktuell klagte der Versicherte über gleichbleibende, massive Beschwerden im linken Bein. Die klinische Untersuchung dieses Beins sei erneut praktisch nicht möglich, bereits die Berührung mit einem Papierbausch über der Tuberositas tibiae löse eine markante Schmerzreaktion aus. Das Verhalten sei auch aktuell mindestens teilweise unerklärbar und dysfunktional, beispielsweise werde bereits eine Flexion in der linken Hüfte von 25° bis 30° mit extendiertem Knie nicht toleriert, während des Entkleidens demonstrierte der Versicherte beim Aus- und Anziehen der Socken aber eine Hüftflexion von mindestens 90°. Das Röntgenbild vom 20. Dezember 2006 zeige erstaunlicherweise praktisch unauffällige osteoartikuläre Verhältnisse, insbesondere auch eine normale Knochenstruktur, wodurch die vom Patienten angegebene subjektive massive Beeinträchtigung der Gebrauchsfähigkeit des linken Beines in Frage gestellt werde. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. G. aus, das anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 30. August 2006 formulierte Zumutbarkeitsprofil schein ihm nach wie vor zutreffend; er werde diesbezüglich noch weitere Informationen beschaffen und sich danach nochmals ergänzend äussern (Urk. 8/5 S. 19 f.).

In einem Schreiben vom 4. Mai 2007 an den Kreisarzt der SUVA führte Dr. H. aus, es sei ganz schwierig, chronifizierte Schmerzpatienten anhand einer Sprechstundenkonsultation richtig einzuschätzen. Aufgrund der langen Leidensgeschichte mit chronischen Schmerzen, "Analgetikaabusus" und doch objektivierbaren massiven Befunden glaube er, dass eine 50%ige Teilzeitarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit momentan sogar eher optimistisch sei. Es sei durchaus möglich, dass der Patient bei geeigneter Arbeit die Arbeitsbelastung auch werde steigern können (Urk. 10/94 im Verfahren UV.2009.00132).

3.1.3 Die Ärzte des Rehabilitationszentrums der Klinik I. diagnostizierten in ihrem Bericht vom 6. August 2007 eine chronische Algodystrophie des Knies und ein Lymphödem links bei Status nach medialer Teilmenisektomie links am 14. September 2005 und Status nach Knieinstabilität links März 2004 bei Sturz ohne ossäre Nekrosen oder Arthrofibrosen gemäss MRI und eine Pankreatitis unklarer Genese. Als Behandlungsziele seien eine verbesserte allgemeine körperliche Belastbarkeit, eine Verbesserung der Beininstabilität und der Kniegelenkbeweglichkeit, das Kennen und Anwenden lernen von ergonomischem Verhalten, das Abtrainieren der Unterarmstärke, eine Verlängerung der Gehstrecke, das Erarbeiten eines neuen Krankheitskonzeptes sowie das Erlernen von Schmerz copingstrategien vereinbart worden. Medikamentös seien, dem Wunsch des Patienten entsprechend, Analgetika nur bei Bedarf eingesetzt worden, andere schmerzmodulierende co-analgetische Medikamente habe er abgelehnt. In den psychologischen Einzelgesprächen seien verschiedene belastende Situationen erörtert, in der Ergotherapie seien ergonomische Verhaltensweisen eingeübt worden. In der Gestaltungstherapie habe der Patient während einer Stunde im Sitzen arbeiten und sich dabei auch von den Gedanken um die Schmerzen ablenken und Erfolgserlebnisse erzielen können. Im Verlauf seien rechtsseitige Oberbauchbeschwerden aufgetreten. Die Laborparameter hätten eine Cholestase mit einem Anstieg der Lipase gezeigt. Es sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden, dabei habe sich keine Stauung im Ductus hepatocholedochus und Ductus zysticus gezeigt, auffällig sei eine leicht vergrösserte

Gallenblase ohne Nachweis von Gallensteinen, Sludge oder chronischen Entzündungszeichen gewesen; differentialdiagnostisch hätte ein Konkrementabgang ursächlich sein können. Es sei symptomatisch mit Analgetika, Spasmolytika und Nahrungskarenz behandelt worden, im Verlauf seien die Oberbauchbeschwerden regredient gewesen. Die Laborwerte seien kontrolliert worden und hätten sich im Verlauf normalisiert. Zusätzlich sei eine Hepatitisserologie mit negativem Ergebnis durchgeführt worden. Bei Austritt habe die Gehstrecke bei 60 Metern ohne Stütze gelegen, verglichen mit initial 10 Meter. Der Patient habe sich aber anhaltend über starke Schmerzen beklagt und auch die aktive Kniegelenksmobilität sei praktisch unverändert bei weiterhin starker Schmerzlimitierung. Die Ärzte des Rehabilitationszentrums führten sodann aus, aufgrund der langen Symptomatik habe der Versicherte eine massive Schonhaltung mit Immobilisation des Kniegelenks, Bewegungseinschränkung und darauf zurückgehenden muskulären Defiziten entwickelt, welche die Mobilität und Gehfähigkeit subjektiv und objektiv behinderten. Während des Aufenthalts hätten leider nur minime Verbesserungen der Schmerzsituation und der Mobilität erzielt werden können. Der Versicherte habe verschiedene neue Therapieansätze kennengelernt und seine körperliche Leistungsfähigkeit sowie seine Rumpfstabilität leicht verbessern können. Bei den derzeitigen Limitationen sei nur von einer stark reduzierten wirtschaftlich verwertbaren Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 10/85 im Verfahren UV.2009.00132; vgl. auch den im Wesentlichen identischen Austrittsbericht der Klinik I. vom 31. Juli 2007 an die behandelnden Ärzte der Klinik F., Urk. 8/16 S. 13-15).

3.1.4.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. J., Facharzt FMH Innere Medizin, führte in seinem Bericht vom 21. Dezember 2007 folgende die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen auf:

1.1.1 - Algodystrophie Knie links- Status n. medialer Teilmeniskektomie links vom 14.9.05- Status n. Knie-Distorsion links 3/04 anlässlich eines Sturzes- Lymphoedeme Unterschenkel links

1.1.2 Dr. J. hielt fest, bis zum operativen Eingriff im September 2005 habe der Patient als Chauffeur und Reiniger gearbeitet. Seither sei er zu 100 % arbeitsunfähig und erhalte finanzielle Leistungen der SUVA. Weiter führte er aus, seit dem Arbeitsunfall im März 2004 würden Knieschmerzen links bestehen. Im September 2005 sei eine Teilmeniskektomie erfolgt, seither würden therapieresistente Gelenksbeschwerden mit Bewegungseinschränkung, Schwellung und gestörter Vasomotorik bestehen. Der Patient gebe eine Schmerzzunahme bei Bewegung an, die Schmerzen hätten sich vom Knie in den Fuss und den Oberschenkel ausgeweitet. In der linken unteren Extremität habe er kaum noch ein Gefühl, das Knie könne er bis maximal 30° beugen, längere Strecken bewältige er mit Unterarmstützen. Dr. J. bemerkte sodann, der Zustand des Patienten habe sich während der zwei Jahre, in welcher er von ihm behandelt worden sei, deutlich verschlechtert. Die Schmerzen und die Schwellung des linken Beines hätten zugenommen, während die Beweglichkeit im linken Knie abgenommen habe. Aufgrund der Schmerzen sei der Patient nicht in der Lage, länger als 15-20 Minuten eine Position einzunehmen. Die bisherige berufliche Tätigkeit sei dem Patienten nicht zumutbar; eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm ab Januar 2008 im Umfang von zwei bis drei Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 8/16 S. 7 f.).

3.1.5.1 Am 30./31. Januar 2008 fand eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in der Rehabilitationsklinik K. statt. Im Bericht vom 13. Februar

2008 wurde als Diagnose ein Schmerzsyndrom des linken Beins bei Sturz mit Kniearthroskopie links und Kniearthroskopie links mit fast vollständiger Resektion des hinteren Anteils des medialen Meniskus bei medialer Meniskusläsion aufgeklärt. Weiter hielten die Fachärzte fest, dass die Beobachtungen bei den Tests auf eine deutliche Selbstlimitierung hinweisen würden. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht, die Leistungsbereitschaft sei nicht zuverlässig gewesen. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärungen nur sehr ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die bisherige Arbeit (Chauffeur/Reinigungsarbeiten) würde der Versicherte im Wesentlichen bewältigen können. Sodann sei dem Beschwerdeführer jede andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne längerdauernde Arbeiten in der Hocke oder auf den Knien und ohne wiederholtes Treppen- und Leiternsteigen ganztags zumutbar (Urk. 8/17).

3.1.6. Im Bericht der Klinik F. \_\_\_ vom 8. April 2008 wurde ein CRPS I des Knies links bei Status nach medialer Teilmeniscektomie links, bei Status nach Knie-Distorsion links, mit Lymphödem Unterschenkel links und talonaviculärer Arthrose diagnostiziert. Sodann wurde berichtet, die Zuweisung des Patienten sei zur intensiven physikalischen Therapie der residuellen Beschwerden erfolgt. Im Vordergrund sei eine schmerzhafte Schwellung mit Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks gestanden. Bei Eintritt habe sich das linke Kniegelenk mit verstrichenen Gelenkkonturen bei peripheren Unterschenkelödemen beidseits präsentiert. Die Flexion sei bis 50° unter endgradiger Schmerzangabe passiv möglich gewesen. Das Weichteilgewebe sei deutlich druckdolent gewesen. Eine leichte Überwärmung habe im Seitenvergleich lokal objektiviert werden können; zudem habe eine diffuse Hypästhesie der linken unteren Extremität ohne motorisches Defizit bestanden. Nebenbefundlich habe ein peripheres Ödem rechts festgestellt werden können. Radiologisch habe sich ein unauffälliger Kniestatus gezeigt. Magnetomographisch sei bei unveränderten Knieinnenverhältnissen eine ausgeprägte Weichteilschwellung gesehen worden, welche mit der Sudeck-Situation vereinbar gewesen sei. Unter Intensivierung der physiotherapeutischen Massnahmen, optimierter Analgesie und Beginn einer schmerzdistanzierenden Therapie habe keine wesentliche Verbesserung der Beschwerden erzielt werden können. Der Patient werde in Rücksprache mit den Kniechirurgen zu einer Mobilisation in Narkose mit anschliessender Physiotherapie unter Femoralis- und Ischiadicuskatheter aufgeboten werden. Aus rheumatologischer Sicht sei dem Patienten eine rein sitzende Tätigkeit zu 50 % zumutbar. Ansonsten sei er in seinem angestammten Beruf als nicht arbeitsfähig einzustufen (Urk. 10/118 im Verfahren UV.2009.00132, zusammengefasst im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2c, Urk. 8/24 S. 5).

Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, hielt in seinem Bericht über die Kreisärztliche Untersuchung vom 3. April 2008 fest, klinisch imponiere nach wie vor ein CRPS; hierfür spreche die variable Temperatur am linken Bein, die annähernd aufgehobene Verschieblichkeit der Patella, was auch die schlechte Flexion im Knie erkläre. Es lasse von einer Kapselfibrose ausgegangen werden; auch die vermehrte Lividität des distalen Unterschenkels und Fusses spreche

für diese Diagnose und erkläre das Beschwerdebild (Urk. 10/115 S. 5 im Verfahren UV.2009.00132; eine Zusammenfassung des Berichtes vom 3. April 2008 findet sich auch im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2b, Urk. 8/24 S. 5).

Im Bericht der Klinik F. \_\_\_ vom 28. April 2008 über die Hospitalisation des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Mobilisation des Knies links in Narkose (durchgeführt am 14. April 2008) wurde ausgeführt, dass intraoperativ eine Flexion von 110° erreicht werden konnte; unter manueller Dression sei unter leichtem Widerstand problemlos ein Winkel von 130° erreicht worden. Die Klinikärzte fuhren fort, somit hätten sie kein morphologisches Korrelat für die Beschwerden feststellen können. Trotz einer analgetischen Therapie mit Hilfe eines Femoraliskatheters sei die postoperative Knieflexion schlecht gewesen; wegen Schmerzangabe habe der Patient höchstens 40° erreicht. In der Folge sei der Katheter am 16. April 2008 gestoppt worden. Unter oraler Schmerztherapie und adäquater physiotherapeutischer Anleitung habe der Patient aber an Gehstörungen mobilisiert werden können. Aus orthopädischer Sicht sei keine Verbesserung der Situation erreicht worden. Allenfalls könnte eine Klärung der Beschwerden im Rahmen eines Gutachtens erfolgen. Als Austrittsdiagnosen wurden chronische Restbeschwerden des Knies links mit/bei Status nach medialer Teilmenisektomie links und Status nach Knie-Distorsion links sowie Lymphödem Unterschenkel links aufgeführt (Urk. 10/124 im Verfahren UV.2009.00132, eine Zusammenfassung des Berichtes findet sich auch im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2d, Urk. 8/24 S. 6).

In einem Nachtrag zum Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 3. April 2008 führte Dr. L. \_\_\_ am 7. Mai 2008 aus, die Berichte über die Hospitalisationen in der Klinik F. \_\_\_ vom 11. März bis 2. April 2008 sowie vom 14. bis 19. April 2008 lägen nun vor. Während der Hospitalisation im März sei eine auf 40-50° eingeschränkte Knieflexion festgehalten worden; radiologisch sei das Knie unauffällig gewesen, im MRI habe sich eine Weichteilschwellung finden lassen, die auch klinisch und in beschränktem Ausmass ausserdem rechts vorhanden gewesen sei. Eine Ausschwemmung mit Lasix sei durchgeführt und ein kardiologisches Konsilium sei empfohlen worden, da offenbar an eine kardiale Genese der Ödeme gedacht worden sei. Beim Versicherten bestehe auch linksbetont ein variköser Symptomkomplex, wie dies die Fotografien vom 3. April 2008 belegen würden. Auch dies sei eine mögliche Ursache der Unterschenkel- und Fussödeme. Die schlechte Funktion des Knies werde dadurch aber nicht erklärt und stehe damit auch in keinem erkennbaren Zusammenhang. Da das starke Funktionsdefizit für den Beschwerdeführer sehr hinderlich sei, sei beschlossen worden, eine Mobilisation in Narkose und allenfalls eine Arthrolyse durchzuführen. Dies sei am 14. April 2008 in Intubationsnarkose geschehen. Unter Ausschaltung der Willkürmotorik und der Reflexe habe sich ohne Widerstand eine Flexion bis 110° erreichen lassen, unter geringem Druck sei sie bis 130° zu steigern gewesen; der Bandapparat sei in Narkose stabil gewesen. Bei dieser Situation habe sich ein endoskopisches Vorgehen erübrigt, da ein mechanisches Hindernis für die Flexionseinschränkung bereits habe ausgeschlossen werden können. Die bei der klinischen Untersuchung schlecht verschiebbare Patella sei somit nicht durch eine Kapselfibrose, sondern lediglich durch eine Muskelanspannung vermehrt fixiert. In der Folge sei ein Femoralis- und Ischiadikusblock gelegt worden; trotz dieser lokalen Analgesie sei beim wachen Patienten nur wieder eine Flexion von 40° erreicht worden. Auf

pathologisch/anatomischer Ebene gebe es für dieses Phänomen keine Erklärung. Dr. L. \_\_\_ führte weiter aus, angesichts dieser Fakten müsse die Diagnose CRPS relativiert werden. Ein chronisches Stadium liege nicht vor, da die dafür obligate Kapselfibrose fehle. Auch im akuten Stadium eines CRPS sei eine solche vorhanden, sodass die passive Gelenkbeweglichkeit eingeschränkt sei. Beim Versicherten sei dies nicht der Fall, den fassbaren Weichteilveränderungen in Form eines subcutanen Ödems und der leicht veränderten Hauttemperatur dürfe deshalb keine grosse Bedeutung zugemessen werden. Da die aktuellen Befunde denjenigen anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit am 30./31. Januar 2008 entsprechen würden, behalte das damals festgelegte Zumutbarkeitsprofil seine Gültigkeit. Die damaligen Hinweise für eine Selbstlimitierung hätten sich im übrigen bestätigt. Schliesslich hielt Dr. L. \_\_\_ fest, dass klare pathologisch/anatomische Veränderungen, die eine Integritätseinbusse begründen könnten, nicht vorliegen würden (Urk. 10/125 im Verfahren UV.2009.00132, rezitiert auch im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2e, Urk. 8/24 S. 6 f.).

Am 20. Juni 2008 hielt Dr. L. \_\_\_ fest, dass von weiteren Behandlungen keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten sei, da eine Selbstlimitierung ursächlich sei (Urk. 10/133 im Verfahren UV.2009.00132, erwähnt auch im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2e, Urk. 8/24 S. 7).

### **E. 3.2**

3.2.1 Nachdem das betroffene Knie unter Narkose ohne nennenswerte Einschränkung passiv flektiert werden konnte, hielten auch die behandelnden Fachärzte der Klinik F. \_\_\_ nicht mehr an der Diagnose eines CRPS fest und kamen ausserdem zum Schluss, dass kein morphologisches Korrelat für die geklagten Beschwerden bestehe (vgl. oben E. 3.1.6). Die behandelnden Klinikärzte und der Kreisarzt des Unfallversicherers waren sich somit in der medizinischen Beurteilung des Sachverhalts im Wesentlichen einig; die von der Rehabilitationsklinik K. \_\_\_ festgestellten Hinweise für das Vorliegen einer Selbstlimitierung (vgl. Urk. 8/17) wurden klar bestätigt. Auch die an der Rheumaklinik des Spitals Z. \_\_\_ tätigen Ärzte kamen im Rahmen ihrer Untersuchungen im September und Oktober 2010 zu keiner grundsätzlich anderen Beurteilung. Hinweise für ein Spätstadium eines CRPS fanden sie keine (Urk. 17). Entgegen der vom Beschwerdeführer vertretenen Auffassung (Urk. 18) geht aus dem Bericht des Medizinischen Zentrums A. \_\_\_ vom 9. Mai 2011 (Urk. 19) nicht hervor, dass eine chronische Algodystrophie am linken Knie bestehen würde; diesbezüglich wurde bloss die im Jahr 2007 gestellte Diagnose der Klinik I. \_\_\_ übernommen (Urk. 19 S. 1). Der orthopädisch-chirurgische Konsiliararzt, Dr. med. M. \_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, hielt denn auch aufgrund der von ihm erhobenen Befunde das Vorliegen einer Sudeck'schen Dystrophie oder einer Kapsulitis für unwahrscheinlich (Urk. 19 S. 5). Mit interdisziplinärem Konsens diagnostizierten die Ärzte des Medizinischen Zentrums A. \_\_\_ schliesslich eine somatoforme Schmerzstörung (Urk. 19); damit gingen sie implizit vom Fehlen eines hinreichenden organischen Korrelats aus. Die nach Beschwerdeerhebung getätigten medizinischen Untersuchungen bestätigten somit die Schlüsse des Kreisarztes der SUVA. Es besteht daher kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen.

Entgegen der in der Beschwerde vertretenen Auffassung bestand bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids keine nennenswerte psychische Problematik.



ganztags zumutbar sei (Urk. 8/17). Die behandelnden Ärzte der Klinik F. \_\_\_ hielten zwar dafür, dass dem Beschwerdeführer eine sitzende Tätigkeit nur mit einem Pensum von 50 % zumutbar sei (Urk. 10/118 im Verfahren UV.2009.00132, zusammengefasst im Einspracheentscheid der SUVA vom 2. März 2009, E. 2c, Urk. 8/24 S. 5). Diese Einschränkung erfolgte indes vor den Ergebnissen der Untersuchung in Narkose und unter der Annahme, dass die demonstrierte Bewegungseinschränkung des linken Kniegelenks auf ein CRPS zurückzuführen sei. Da sich diese Annahme in der Folge als unzutreffend erwiesen hat, kann auf die so begründete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht mehr abgestellt werden. Dies gilt auch für die Einschränkung des Hausarztes, wonach dem Beschwerdeführer ab Januar 2008 eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von lediglich zwei bis drei Stunden pro Woche zumutbar sei (Urk. 8/16 S. 8); in diesem Zusammenhang ist ausserdem daran zu erinnern, dass das Gericht der Erfahrungstatsache, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte (so etwa Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 570/04 vom 21. Februar 2005, E. 5.1 mit Hinweisen) mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, Rechnung tragen soll und darf (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Damit steht mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer spätestens seit Januar 2008 in seiner Arbeitsfähigkeit nicht mehr eingeschränkt war.

3.2.3.3 Was die nach Erlass des angefochtenen Entscheids eingetretenen Entwicklungen betrifft, vermag die Einschränkung der Ärzte des Medizinischen Zentrums A. \_\_\_ vom 9. Mai 2011, wonach dem Beschwerdeführer keinerlei Erwerbstätigkeit mehr zumutbar sei, nicht zu überzeugen; obwohl einzelne Konsiliarärzte eine den Bewegungsapparat gering belastende Tätigkeit an und für sich zumutbar hielten, wurde aufgrund der psychischen Beeinträchtigung eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Dabei wurde nicht berücksichtigt, dass die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode aus versicherungsmedizinischer Sicht keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens darstellt, die unabhängig von einer somatoformen Schmerzstörung als erhebliche psychische Komorbidität ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen liesse (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_749/2010 vom 23. November 2010, E. 4.3 mit Hinweisen). Auch vorliegend wird das depressive Leiden im Bericht des Medizinischen Zentrums A. \_\_\_ vom 9. Mai 2011 als mit der somatoformen Schmerzstörung einhergehendes Geschehen beschrieben (vgl. Urk. 19 S. 5 und 6). Da die Beschwerden des Bewegungsapparates, welche das Schmerzsyndrom aufrechterhalten, bei der Beurteilung, ob eine somatoforme Schmerzstörung ausnahmsweise eine Invalidisierung bewirkt, ausser Acht zu bleiben haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_709/2009 vom 14. Dezember 2009, E. 4.1.4), ist - abgesehen von altersüblichen Gebrechen (so etwa die von der Rheumaklinik des Spitals Z. \_\_\_ diagnostizierte symptomatische Prostatahyperplasie) - auch nicht ersichtlich, dass eine chronische körperliche Begleiterkrankung ausgewiesen wäre. Anhaltspunkte für das Vorliegen weiterer Faktoren, welche eine Willensanstrengung zur Überwindung der Folgen der somatoformen Schmerzstörung unzumutbar machen könnten, lassen sich in den Akten nicht finden. Entsprechend erweist sich die vom Medizinischen Zentrum A. \_\_\_ attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit als nicht schlüssig.

3.2.4. Es bleibt anzumerken, dass beim Vorliegen eines schlüssigen medizinischen Sachverhalts kein Anspruch auf Begutachtung durch versicherungsexterne Sachverständige besteht (BGE 135 V 465). Daran hat auch der Entscheid des Bundesgerichts vom 28. Juni 2011, 9C\_243/2010, nichts geändert.

3.3. Es kann offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer nicht bereits im September 2006 eine angepasste Tätigkeit ganztags und vollschichtig zumutbar gewesen wäre, wie die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung des Kreisarztes der SUVA annimmt. Bis zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Rehabilitationsklinik K. \_\_\_ durften die behandelnden Ärzte aufgrund der von ihnen erhobenen Befunde und ihres Verdachts, dass ein CRPS vorliege, durchaus auf eine höhere Arbeitsunfähigkeit schliessen. Nachdem das Vorliegen eines CRPS ausgeschlossen werden konnte, und die festgestellte Bewegungseinschränkung im Wesentlichen auf eine Selbstlimitierung zurückzuführen werden konnte, ist es nicht zu beanstanden, wenn bloss eine befristete Rente zugesprochen wurde.

3.4. Nach dem Gesagten sprach die IV-Stelle dem Beschwerdeführer eine von 1. September 2006 bis 31. Mai 2008 befristete ganze Rente der Invalidenversicherung zu Recht zu. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

4. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Rainer Deecke

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel von Urk. 16 und 18 sowie je einer Kopie von Urk. 17 und 19

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- '\_\_\_'

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom 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.