

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00586 vom 19. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00586](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00586)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00586 du 19 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00586 del 19 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Die Beschwerdegegnerin hielt anlässlich der Rentengewährung dafür, vom 7. November 2003 bis zum 30. September 2005 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in allen Tätigkeiten vorgelegen, weshalb der Invaliditätsgrad für diesen Zeitraum bei 100 % liege. Ab dem 1. Oktober 2005 habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sodann verbessert, so dass ihm nunmehr ein Pensum von 50 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar gewesen sei. Damit sei es ihm möglich gewesen, unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % (nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten auf den Knien) ein Invalideneinkommen von Fr. 26'663.75 jährlich zu erzielen, was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 58'687.05 zu einem Invaliditätsgrad von 55 % führe. Weil diese Verbesserung erst nach drei Monaten zu berücksichtigen sei, bestehe bis zum 31. Dezember 2005 Anspruch auf eine ganze Rente. In der Folge habe sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers weiter verbessert. Seit dem 8. Mai 2009 seien ihm behinderungsangepasste Tätigkeiten vollumfänglich zumutbar. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % ergebe sich damit ein Invalideneinkommen von Fr. 56'407.20 und folglich ein Invaliditätsgrad von 9 %. Dies berechtige nicht mehr zu einer Rente, weshalb befristet bis zum 31. August 2009 (Berücksichtigung der Dreimonatsfrist) Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung bestehe (Urk. 2/3).

1.2. Demgegenüber liess der Beschwerdeführer vorbringen, die Beschwerdegegnerin habe das Valideneinkommen zu tief angesetzt, habe er doch vor der gesundheitsbedingten Einschränkung stets in einem Vollzeitpensum gearbeitet und auch als Doorman, soweit aus gesundheitlichen Gründen möglich, häufig ein 100%-Pensum belegt (Urk. 1 S. 4). Soweit er nur mit einem Pensum von 80 % gearbeitet habe, sei dies gesundheitlich begründet gewesen (Urk. 1 S. 5). Sodann liege - entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin - weder eine Gesundheitsverbesserung seit dem 1. Oktober 2005 (Urk. 1 S. 5-6) noch eine solche nach dem 8. Mai 2010 [richtig: 2009] (Urk. 1 S. 7) vor. Im Gegenteil habe sich die gesundheitliche Situation verschlechtert, was der Bericht der Ärzte des Spitals Y. vom 30. Juni 2009 belege und auch anderweitig verschiedentlich bestätigt worden sei. Damit sei die von den Ärzten der Rehaklinik Z. ergangene Einschätzung hinfällig (Urk. 1 S. 8). Und endlich spreche auch das fehlgeschlagene Arbeitstraining gegen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9). Bei korrekter Würdigung des medizinischen Sachverhalts ergebe sich somit Anspruch auf eine unbefristete ganze Invalidenrente (Urk. 1 S. 10).

## E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

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.

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).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 allfälliger 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## E. 3

3.1 Am 7. November 2003 wurde der Beschwerdeführer mit zwei Faustschlägen traktiert (Urk. 8/73/57), wodurch er eine Unterkieferfraktur paramedian links erlitt. Deren Reposition und Osteosynthese erfolgten am 11. November 2003 und zogen einen stationären Aufenthalt vom 9. bis zum 13. November 2003 (Urk. 8/73/29-30) nach sich. Nachdem der Operateur, Dr. A., Kantonsspital B., am 29. Januar 2004 die

Wiederaufnahme der Beschäftigung ab Mitte Februar 2004 in Aussicht gestellt hatte (Urk. 8/73/22), machte Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Hausarzt des Beschwerdeführers, mit Bericht vom 15. März 2004 (Urk. 8/73/17) posttraumatische Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden sowie posttraumatische Halswirbelsäule(HWS)-Beschwerden und eine Reaktivierung von lumbalen Rückenschmerzen bei 1995 diagnostizierter Diskushernie L4/5 aktenkundig, welche den Beschwerdeführer an der Wiederaufnahme der Arbeit hinderten.

3.2. Am 14. Mai 2004 (Urk. 8/73/33-35) berichtete Dr. C.\_\_\_\_, den Beschwerdeführer erstmals am 14. Mai 1994 wegen eines Hexenschusses behandelt zu haben. Im Januar 1995 habe er erneut an einer Lumbalgie gelitten, wobei ein lumboradikulares Syndrom links bei lateraler und intraforaminaler Diskushernie L4/5 links mit Kompression der Nervenwurzel L4 links sowie ausgedehnte degenerative Veränderungen an der LWS diagnostiziert worden seien. Dieser Vorfall habe zu einer Hospitalisation von einem Monat geführt. Im April 1997 sei es erneut zu starken Rückenschmerzen gekommen, deren Behandlung jedoch bereits nach einer Woche abgeschlossen werden konnten. Im Juni 2003 habe der Beschwerdeführer schliesslich nach einem Umzug erneut über lumbale Schmerzen und Schmerzen im rechten Bein geklagt. Im Verlauf hätten die Schmerzen von der rechten auf die linke Seite gewechselt. Mangels Besserung durch konservative Therapien sei schliesslich eine epidurale Infiltration durchgeführt worden, welche zu einer schlagartigen Besserung/Heilung geführt habe, so dass die Behandlung im Juli 2003 abgeschlossen werden konnte.

3.3. Die Dres. med. D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_, Spital F.\_\_\_\_, erklärten mit Bericht vom 30. Juni 2004 (Urk. 8/73/11-12), die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden mit vermehrten Kopfschmerzen und Schwindelepisoden seien im Zusammenhang mit der Schädelkontusion und Kieferfraktur zu interpretieren. Radiologische Veränderungen im Bereich der kranialen HWS nach Trauma hätten sich nicht feststellen lassen. Klinisch zeige sich ein Hartspann mit Druckdolenz an der suboccipitalen Muskulatur. Die Schädel- und Kieferaufnahmen hätten sich, mit Ausnahme der Kieferfraktur, als unauffällig erwiesen. Die Ärzte notierten, der Beschwerdeführer habe sie - kurz nach Erreichen einer 50%igen Arbeitsfähigkeit und nach Besserung der cephalen Beschwerden - nach Exazerbation der lumbovertebralen Symptomatik am 8. Juni 2004 aufgesucht. Ein in der Folge durchgeführter Sacralblock habe zu einer deutlichen Linderung der Beschwerden geführt. Seit dem 8. Juni 2004 bestehe für die angestammte Tätigkeit erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Wegen des stetig bessernden Verlaufs der Kopf- und Nackenbeschwerden sei vorerst auf ein MRI des Schädels verzichtet worden.

3.4. Am 15. September 2004 (Urk. 8/73/3-5) erklärten die Dres. med. G.\_\_\_\_, Oberarzt, und E.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Spital F.\_\_\_\_, die seit Juni 2004 exazerbierten lumbalen Schmerzen seien durch das MRI der LWS mit Foramina stenose bei L4/L5 erklärbar. Die lokal occipitalen Schmerzen und Nackenbeschwerden seien in Anbetracht der massiven Gewalteinwirkung (Kieferfraktur) weitgehend objektivierbar. Die Kopfschmerzen seien nicht objektivierbar, jedoch glaubhaft. Diese wie auch die lokale Druckdolenz occipital am Einwirkungsort der Schädelkontusion hätten deutlich nachgelassen. Die muskulären Verspannungen und Nackenbeschwerden seien aktuell nicht mehr vorhanden. Hingegen würden die vorbestehenden Migräneanfälle noch gehäuft als vor dem Ereignis auftreten. Schliesslich sei der therapeutische Erfolg bei den teils fast immobilisierenden lumbalen

Schmerzen noch ungenügend und hauptsächlicher Inhalt der aktuellen Therapie. Den Angaben der Ärzte zufolge scheiterte der Arbeitsversuch im Mai 2004 aufgrund der lumbalen Rückenbeschwerden. Sie hielten eine angepasste Tätigkeit derzeit für noch nicht möglich, eine stetige Besserung aber realistisch, wobei mit einer teilweisen Arbeitsaufnahme in den nächsten zwei Monaten gerechnet werden könne.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ergänzend erklärten die Ärzte des Spitals F. \_\_\_ am 26. November 2004 (Urk. 8/73/2), aufgrund der zervikalen und cephalen Beschwerden bestehe derzeit keine Arbeitsunfähigkeit. Die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aktuell durch die lumbalen Rückenbeschwerden eingeschränkt.

3.5 Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 12. Mai 2005 (Urk. 8/76/3-5) erachteten die Ärzte des Spitals F. \_\_\_ die Tätigkeit als Türsteher als nicht mehr zumutbar. Demgegenüber sei eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit einem Pensum von 50 % möglich. Zur detaillierten Beurteilung der zumutbaren Beschäftigung empfahlen die Ärzte die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL).

### **E. 3.6**

3.6.1 Ä Ä Am 7. November 2005 erstattete die Klinik H. \_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/80) zu Händen des Unfallversicherers. Hierzu stützten sich die Gutachter auf die zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/80/6-25), auf die anlässlich der Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 15. und 16. August 2005 (Urk. 8/80/4) erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf die Teilgutachten (orthopädisch, neurologisch, neuropsychologisch, psychiatrisch, rheumatologisch).

3.6.2 Ä Ä Der orthopädische Gutachter Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Chefarzt der Klinik, notierte (Urk. 8/80/31-32), anlässlich der Schlage vom 7. November 2003 sei es zu einem massiven sackmesserartigen Flexionstrauma im Bereich der LWS und des ISG gekommen. Seither beständen vor allem im ISG rechts Schmerzen mit tendenzieller Ausstrahlung ins rechte Bein. Aus orthopädischer Sicht sei mit operativen Massnahmen eine Verbesserung kaum möglich. Mit Hilfe konservativer Massnahmen sollte eine Arbeitsfähigkeit zumindest im Teilzeitbereich für leichtere, wechselbelastende Arbeiten im Bereich des Möglichen liegen.

3.6.3 Ä Ä Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus (Urk. 8/80/32-34), eine schwere depressive Grundstimmung schein nicht vorhanden zu sein, wenngleich der Beschwerdeführer in einer schwierigen Situation stecke. Er bestärkte das Vorliegen einer Anpassungsstörung, welche den Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit im Sicherheitsbereich ungeeignet erscheinen lasse.

3.6.4 Ä Ä Anlässlich der neurologischen Untersuchung durch Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, hielt dieser fest, als Folge des am 7. November 2003 erlittenen Schädelhirntraumas mit Commotio cerebri habe sich beim Beschwerdeführer ein chronischer posttraumatischer Kopfschmerz im Sinne eines chronischen Spannungskopfschmerzes entwickelt und hätten sich die bereits zuvor bestehenden Attacken einer Migräne mit Aura gehäuft (Urk. 8/80/51). In Bezug auf die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Security-Angestellter ergebe sich aus dem posttraumatischen Kopfschmerz keine wesentliche Einschränkung. Relevante Hinweise auf Störungen der Kognition, Konzentration, Gedächtnis und Aufmerksamkeit hätten sich nicht ergeben (Urk. 8/80/55).

3.6.5. Die neuropsychologische Untersuchung durch Dr. phil. L. \_\_\_ ergab eine leichte bis mittlere neuropsychologische Funktionsstörung nach Schädelhirntrauma mit Comotio cerebri. Da die neuropsychologische Störung von schmerzbedingter und psychischer (ev. medikamentöser?) Leistungseinschränkung überlagert sei, könne deren Schweregrad derzeit nicht exakt festgelegt werden. Andere Ursachen als das fragliche Unfallereignis seien nicht eruierbar (Urk. 8/59).

3.6.6. Zusammenfassend erachteten die Gutachter die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers, der früher Profi-Boxer war, als Security Angestellter aufgrund der Rückenbeschwerden und der Anpassungsstörung als nicht mehr zumutbar (Urk. 8/80/39). Wenngleich derzeit noch nicht vom Endzustand auszugehen sei, bestehe in einer angepassten Tätigkeit ab Oktober 2005 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Urk. 8/80/42).

3.7. Am 13. Juli 2006 (Bericht vom 18. Juli 2006, Urk. 8/88) erfolgte im Spital Y. \_\_\_ eine mikrochirurgische Dekompression der Wurzeln L4 und L5 rechts. Nach unauffälligem postoperativem Verlauf konnte der Beschwerdeführer am 19. Juli 2006 nach Hause entlassen werden. Bis zum 11. Oktober 2006 bestand eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/88/3).

3.8. Die von der Beschwerdegegnerin veranlasste und für die Zeit vom 6. November 2006 bis zum 26. Januar 2007 vorgesehene Abklärung betreffend berufliche Massnahmen (Urk. 8/90) musste wegen fortdauernder Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers verschiedentlich verschoben werden (Urk. 8/91, Urk. 8/95, Urk. 8/100).

3.9. Mit Arztzeugnis vom 19. April 2007 (Urk. 8/102) schrieb Dr. C. \_\_\_, so wie sich der Beschwerdeführer präsentiere, sei er weder arbeits- noch vermittlungsfähig. Dieser Beurteilung folgten am 29. Mai 2007 (Urk. 8/104), 26. Juni 2007 (Urk. 8/109) und am 24. Juli 2007 (Urk. 8/110/2) gleichlautende Einschätzungen des behandelnden Arztes.

3.10. Am 29. Januar 2008 (Urk. 8/127/1-2) erklärte sich der Beschwerdeführer bereit, vom 3. März bis zum 23. Mai 2008 an Massnahmen zur beruflichen Eingliederung in der ESPAS teilzunehmen. Diese Abklärungen ergaben, dass der Beschwerdeführer aufgrund zum Teil heftiger Schmerzen eine maximale Präsenzzeit von 50 % habe einhalten können und der Leistungsgrad bei bloss 25 % gelegen habe (Bericht vom 23. Mai 2008, Urk. 8/135 S. 7). Weil die Abklärungszeit zu kurz gewesen sei, hätten keine differenzierten Aussagen zum Entwicklungspotential des Beschwerdeführers gemacht werden können, weshalb die Verantwortlichen um Verlängerung der Massnahme bis zum 13. Juli 2008 nachsuchten (Urk. 8/135 S. 8). Nachdem der Beschwerdeführer schliesslich am 17. Mai 2008 mit dem Fahrrad gestürzt (Urk. 8/172/19) und aufgrund dieses Vorkommnisses grösstenteils an den weiteren Abklärungen in der ESPAS verhindert war (Urk. 8/151), wurden die beruflichen Massnahmen abgebrochen (Urk. 8/151/2, Urk. 8/156).

3.11. Dr. C. \_\_\_ hielt in seinem Schreiben an den Kreisarzt der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) vom 15. September 2008 (Urk. 8/157/9-10) dafür, der sich am 17. Mai 2008 zugetragene Sturz mit dem Fahrrad habe sicherlich zu einer Aktivierung der Gonarthrose geführt. Persönlich sei er, Dr. C. \_\_\_, aber der Meinung, dass es zu einer Symptomausdehnung und Aggravation sowie zu Überlagerungen mit anderen Leiden gekommen sei. Der damalige Sturz komme für so lange anhaltende Beschwerden als Ursache kaum in Frage. Er sei daher an einer Zweitmeinung interessiert.



3.17. Mit Schreiben vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/186/3) erklärte Dr. C.\_\_\_\_, die mittels MRI visualisierte aktivierte Arthrose in den Kniegelenken könne die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden eigentlich nicht erklären. Weil für ihn, Dr. C.\_\_\_\_, das anatomische Korrelat für die geklagten Schmerzen gefehlt habe, habe er sich an die SUVA gewendet, von wo der Beschwerdeführer an die Rehaklinik Z.\_\_\_\_ verwiesen worden sei. Obwohl sich in der Folge ergeben habe, dass der Beschwerdeführer wieder vollumfänglich arbeitsfähig sei, habe sich dieser nach der Entlassung aus der Rehaklinik umgehend wieder bei ihm vorgestellt und äusserst heftige Schmerzen beklagt. Der behandelnde Arzt hielt abschliessend fest, eine Eingliederung in den kaufmännischen Bereich sei aufgrund der Qualifikationen des Beschwerdeführers zu unterlassen oder bedürfte zumindest vorgängig einer erneuten Eignungsabklärung.

3.18. Am 10. Juli 2009 (Urk. 8/188) berichtete Dr. C.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei am 30. Juni 2009 am Spital Y.\_\_\_\_ untersucht worden, wo erneut die Indikation für eine Rückenoperation gestellt worden sei (vgl. dazu Urk. 8/277/36-37). Der Beschwerdeführer habe sich aber mit einer sofortigen Operation nicht abfinden können, sondern vorerst konservative Therapien in Anspruch nehmen wollen. Demgemäss bestehe derzeit keine Arbeitsfähigkeit.

3.19. Nachdem der Beschwerdeführer angegeben hatte, erneut operiert zu werden (Telefongespräch mit der Beschwerdegegnerin vom 9. September 2009, Urk. 8/192/2; Arbeitsunfähigkeitszeugnis des Spitals Y.\_\_\_\_ vom 10. September bis zum 21. Oktober 2009, Urk. 8/197), ersuchte er mit Schreiben vom 28. September 2009 (Urk. 8/198) die Beschwerdegegnerin um Wiederaufnahme der Abklärungen in der ESPAS. Nach der Bandscheibenoperation sei er nun fast schmerzfrei und davon überzeugt, nach dem Untersuchungstermin vom 21. Oktober 2009 wieder arbeiten zu können. Am 21. Oktober 2009 (Urk. 8/202/3) teilte der Beschwerdeführer mit, mit seinem Rücken sei wieder alles in Ordnung.

3.20. Am 30. Oktober 2009 (Urk. 8/207) erklärte sich der Beschwerdeführer bereit, vom 2. November 2009 bis zum 29. Januar 2010 an einem Arbeitstraining in der ESPAS teilzunehmen, dessen Ziel nach Möglichkeit die Steigerung des Arbeitspensums von 50 auf 100 %, die Aufarbeitung allfälliger Defizite und Rücken im kaufmännischen Bereich sowie die Beantwortung der Frage, ob allenfalls Anpassungen an den Arbeitsplatz nötig seien, war.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Eintrag im Verlaufsprotokoll vom 20. Januar 2010 (Urk. 8/215) konnten die gesetzten Ziele des Arbeitstrainings insofern erreicht werden, als das Pensum auf 60 % habe gesteigert werden können und der Beschwerdeführer sehr motiviert gewesen sei. Es sei daher sinnvoll, die Massnahme um drei Monate zu verlängern.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die unterzeichnete Vereinbarung vom 20. Januar 2010 hatte zum Ziel, innerhalb von drei weiteren Monaten das Arbeitspensum auf mindestens 80 % zu steigern, Defizite in der deutschen Sprache zu vermindern sowie einen Praktikumsplatz in der freien Wirtschaft zu suchen (Urk. 8/221).

3.21. Den Angaben aus der Unfallmeldung (Urk. 8/229) zufolge kippte der Beschwerdeführer am 6. April 2010 vom Bürostuhl nach hinten auf Kopf und Rücken, so dass er die Arbeit aussetzen musste und das Arbeitstraining - entgegen den Erwartungen war eine Steigerung des Pensums über 40 bis 50 % bei einem Leistungsgrad

von etwa 25 % nicht möglich (Urk. 8/230/6) - abgebrochen wurde (Urk. 8/230/6).

3.22 Â Â Dr. C.\_\_\_\_ notierte im Arztzeugnis zu HÃ¤nden des Unfallversicherers am 4. Mai 2010 (Urk. 8/242/35), die Einstellung des BeschwerdefÃ¼hrers gegenÃ¼ber seinen kÃ¶rperlichen Beschwerden und seiner ArbeitsfÃ¤higkeit - im ESPAS-Programm lediglich sitzend - lasse ihn an dessen Wille, wieder eine Arbeit zu finden, stark zweifeln. Er habe das Verhalten des BeschwerdefÃ¼hrers langsam satt und er sei es mÃ¼de, nach Jahren hier noch viel Energie zu investieren, weshalb er um eine kreisÃ¤rztliche Untersuchung bitte.

3.23 Â Â Am 3. Juni 2010 untersuchte Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ den BeschwerdefÃ¼hrer (Bericht vom 7. Juni 2010, Urk. 8/242/14-18). Dem Arzt gegenÃ¼ber berichtete der BeschwerdefÃ¼hrer Ã¼ber Kopf- und Nackenschmerzen. Die Schmerzen im Kreuz und auch in den beiden Knien stÃ¼nden derzeit etwas im Hintergrund. Seine GehfÃ¤higkeit sei schlecht (Urk. 8/242/15). Die am 1. Juni 2010 (Urk. 8/242/19) angefertigte Aufnahme der HWS zeigte eine fortgeschrittene Segmentdegeneration C3/4 und C5/6 ohne Nachweis einer akuten traumatischen VerÃ¤nderung. Ein Wirbelgleiten oder eine anderweitige pathologische Beweglichkeit der degenerativ verÃ¤nderten Segmente ergab sich nicht (Untersuchung vom 28. Juni 2010, Urk. 8/242/7). GestÃ¼tzt auf die von Dr. med. O.\_\_\_\_, FachÃ¤rztin FMH fÃ¼r Neurologie, durchgefÃ¼hrte AbklÃ¤rung (Bericht vom 7. September 2010, Urk. 8/248/6-8) kam Kreisarzt Dr. M.\_\_\_\_ am 16. September 2010 (Urk. 8/248/4) zum Schluss, fassbare Residuen des Ereignisses vom 6. April 2010 liessen sich nicht nachweisen. Das rezidivierende Zervikalsyndrom sei durch die degenerativen VerÃ¤nderungen erklÃ¤rt. Damit kÃ¶nne davon ausgegangen werden, dass der Status quo sine betreffend das genannte Unfallereignis erreicht sei.

3.24 Â Â Dr. C.\_\_\_\_ hielt am 11. August 2010 (Urk. 8/245/7-8) zu HÃ¤nden der Beschwerdegegnerin fest, kurzfristig kÃ¶nne die vom BeschwerdefÃ¼hrer geltend gemachte Beschwerdeexazerbation tatsÃ¤chlich auf das im April 2010 stattgefundenere Unfallereignis zurÃ¼ckgefÃ¼hrt werden. Die anhaltende ArbeitsunfÃ¤higkeit im ESPAS-Programm sei aber nach wie vor nicht nachvollziehbar. Bereits frÃ¼her habe er daher den SUVA-Kreisarzt gebeten, zur ArbeitsfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers Stellung zu nehmen. Leider habe der SUVA-Arzt jedoch die vollstÃ¤ndige ArbeitsfÃ¤higkeit bestÃ¤tigt, und er sei als behandelnder Arzt aufgefordert worden, weitere AbklÃ¤rungen zu tÃ¤tigen. Die dabei visualisierten VerÃ¤nderungen an der HWS seien seit Jahren radiologisch vorhanden. Unter Hinweis auf sein Schreiben vom 4. Mai 2010 (E. 3.22) an die SUVA fÃ¼hrte der behandelnde Arzt sodann aus, er habe dem BeschwerdefÃ¼hrer mitgeteilt, er solle ihn erst dann wieder aufsuchen, wenn er tatsÃ¤chlich gewillt sei, ein Eingliederungsprogramm durchzufÃ¼hren. Langsam komme er jedoch zur Erkenntnis, dass dies Zeit- und Geldverschleuderung sei. Bevor sich diesbezÃ¼glich nichts geÃ¤ndert habe, sei er nicht mehr bereit, zur ArbeitsfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers Stellung zu nehmen.

#### **E. 4**

4.1 Â Â Â Â Unter den Parteien herrscht Einigkeit, soweit die Beschwerdegegnerin ab dem 7. November 2003 von einer ArbeitsunfÃ¤higkeit des BeschwerdefÃ¼hrers im Umfang von 100 % ausgegangen ist und ihm nach Ablauf des Wartejahrs im November 2004 eine ganze Rente der Invalidenversicherung ab 1. November 2004 zugesprochen hat (Urk. 2/3). Hingegen ist strittig, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von einer Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes des BeschwerdefÃ¼hrers ab 1. Oktober 2005 sowie ab 8. Mai

2009 ausgegangen ist und die ganze Rente per 1. Januar 2006 auf eine halbe Rente herabgesetzt beziehungsweise per Ende August 2009 ganz aufgehoben hat (E. 1.1, E. 1.2).

4.2. Nachdem die Ärzte des Spitals F. bereits mit Bericht vom 12. Mai 2005 (E. 3.5) eine angepasste Tätigkeit zu 50 % als zumutbar erachtet und zur detaillierteren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Durchführung einer EFL vorgeschlagen hatten, ergab die am 15./16. August 2005 durchgeführte interdisziplinäre Begutachtung des Beschwerdeführers durch die Klinik H., dass ihm aufgrund der Rückenbeschwerden und Anpassungsstörung die bisherige Tätigkeit als Arbeiter nicht mehr, eine angepasste Tätigkeit jedoch ab Oktober 2005 mit einem Pensum von 50 % zumutbar sei (E. 3.6.6). Auch wenn die Gutachter ihrer Einschätzung ausdrücklich zugrunde legten, dass der Endzustand noch nicht erreicht sei (Urk. E. 3.6.6), bleibt unerheblich, ob in Bezug auf die bisherige Tätigkeit eine Verbesserung dokumentiert war, ist doch bei langer Dauer der Arbeitsunfähigkeit dem Gesetz folgend (Art. 6 ATSG) auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf zu berücksichtigen. Solches war klarerweise - spätestens - ab Oktober 2005 mit einem Beschäftigungspensum von 50 % ausgewiesen (E. 3.6.6). Hieran vermag nichts zu ändern, dass der Beschwerdeführer verschiedene Arztzeugnisse beibrachte, welche eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % auch nach Oktober 2005 attestierten, fehlt es diesen doch nicht bloss an einer nachvollziehbaren Begründung für die genannte, vollständige Arbeitsunfähigkeit, sondern mangelt es ebenso an einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (vgl. Urk. 8/87/2; Urk. 8/91, Urk. 8/95, Urk. 8/100, Urk. 8/114). Von der Einschätzung der Beschwerdegegnerin abzurücken, ab Oktober 2005 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit bestanden, gibt sodann auch die Tatsache nicht Anlass, dass sich der Beschwerdeführer am 13. Juli 2006 einer Diskushernien-Operation unterziehen musste. Auch wenn dieser Eingriff einen stationären Aufenthalt bis zum 19. Juli 2006 (E. 3.7), während welchem unbestrittenmassen in jeglicher Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestand, zur Folge hatte, kann, wie dargelegt, auf die nachfolgenden Atteste nicht abgestellt werden. Gleiches hat für die zu Papier gebrachten Aussagen des Dr. C. (E. 3.9) zu gelten, umso mehr, als der Beschwerdeführer selber am 19. Dezember 2007 (Urk. 8/121) der Beschwerdegegnerin berichtete, er verfüge nun wieder über eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Endlich hatte sich im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ergeben, dass die am 13. Juli 2006 durchgeführte mikrochirurgische Dekompression zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden geführt hatte und die Symptome medikamentös gut zu kontrollieren waren (Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. August 2010, UV.2009.00094 S. 14). War schliesslich Dr. C. am 15. September 2008 (E. 3.11) der Überzeugung, es lägen eine Symptomausweitung und Aggravation vor, sind Angaben in Bezug auf die Restarbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auch dem Kreisarztbericht vom 28. Januar 2009 (E. 3.12) nicht zu entnehmen und war mit Blick auf die zu kurze Abklärungszeit eine Einschätzung hinsichtlich beruflicher Abklärung nicht möglich (E. 3.10), so hat die Beschwerdegegnerin ihrer Beurteilung zu Recht eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Oktober 2005 zugrunde gelegt.

Der vollständigkeitshalber ist darauf hinzuweisen, dass sich der vom Beschwerdeführer genannte Hinweis im Urteil des hiesigen Gerichts vom 16. August 2010 (UV.2009.00094 E. 4.3.2), wonach die lumbalen Rückenbeschwerden zu einer erneuten vollständigen Leistungsunfähigkeit geführt hätten (Urk. 1 S. 6-7), auf den

Zeitraum ab Mai 2004 bezog, womit dem Einwand angesichts der nachfolgenden ärztlichen Einschätzungen (vgl. oben, E. 4.2) vorliegend jegliche Relevanz abgeht.

4.3.1 Was sodann das Vorbringen des Beschwerdeführers betrifft, eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustandes sei auch ab dem 8. Mai 2009 nicht ausgewiesen, sondern es sei im Gegenteil von einer gesundheitlichen Verschlechterung auszugehen (E. 1.2), kann ihm ebenso wenig gefolgt werden. Zwar trifft es zu, dass am 30. Juni 2009 die Indikation für eine erneute Rückenoperation gestellt worden war (E. 3.18). Am 28. September 2009 berichtete der Beschwerdeführer jedoch nach durchgeführter Operation, er sei nun fast schmerzfrei und mit seinem Rücken sei alles wieder in Ordnung (E. 3.19), weshalb er sich am 30. Oktober 2009 (E. 3.20) mit der Wiederaufnahme der beruflichen Massnahmen einverstanden erklärte. Sodann fehlte es nach dem sich am 6. April 2010 zugetragenem Sturz vom Bürostuhl (E. 3.21) spätestens ab 3. Juni 2010 an fassbaren Residuen in Bezug auf dieses letzte Ereignis (E. 3.23) und waren die an der HWS visualisierten degenerativen Veränderungen seit Jahren radiologisch nachweisbar (E. 3.24). Endlich lassen die Ausführungen des Dr. C., behandelnder Arzt des Beschwerdeführers, die anhaltende Arbeitsunfähigkeit sei nach wie vor nicht nachvollziehbar (E. 3.24), am Willen des Beschwerdeführers, wieder eine Arbeit zu finden, sei stark zu zweifeln (E. 3.22) und die Durchführung von Eingliederungsprogrammen sei eine Zeit- und Geldverschwendung (E. 3.24), an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Angesichts dieser Aktenlage vermag der Beschwerdeführer aus dem Abbruch der beruflichen Massnahmen (Urk. 8/232/2, Urk. 8/234) nichts für sich zu gewinnen (E. 1.2), und es fehlt an einer dauerhaften Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes des Beschwerdeführers ab Mai 2009. Mithin ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin unverändert auf die Einschätzung der Rehaklinik Z. und damit auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in angepasster Tätigkeit ab Mai 2009 (E. 1.1) abgestellt hat.

4.4.1 Damit bleibt zu prüfen, wie sich die Verbesserung des Gesundheitszustandes ab Oktober 2005 beziehungsweise ab Mai 2009 in erwerblicher Hinsicht auswirkte.

4.4.1.1 Die Beschwerdegegnerin hat zur Festlegung des Valideneinkommens darauf abgestellt, dass der Beschwerdeführer nach wie vor mit einem Pensum von 80 % im Sicherheitsbereich tätig wäre und damit jährlich Fr. 58'687.05 (im Jahr 2010) erzielte (Urk. 8/250/1; Urk. 2/3). Entgegen dessen Vorbringen ist keinerlei Anhaltspunkt dafür aktenkundig, dass die Reduktion des Pensums einer medizinischen Notwendigkeit entsprochen hätte (E. 1.2). Im Gegenteil ergibt sich aus den Angaben des früheren Arbeitgebers des Beschwerdeführers, dass ein Arbeitspensum von 80 % dem Wunsch des Beschwerdeführers entsprochen hatte (Urk. 8/75/2). So war er denn bereits ab 2002 mit einem Pensum von 80 % tätig (Urk. 8/66/2). Hinzu kommt, dass der Beschwerdeführer mit einer einzigen Ausnahme (1997: Fr. 54'600.--; Urk. 8/72) immer deutlich weniger Einkommen erzielte, als die Beschwerdegegnerin ihrer Berechnung zugrunde legte. Auch aus dieser Sicht ist es nicht überwiegend wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Einschränkungen einer Beschäftigung mit einem Pensum von 100 % nachgehen würde. Betreffend das Invalideneinkommen hat die Beschwerdegegnerin auf die mittels einfachen repetitiven Tätigkeiten erzielbaren Tabellenwerte (LSE 2008; Zentralwert, Ziff. 1-93, Männer, Fr. 4'806.-- monatlich) abgestellt und bereinigt um die Anzahl der durchschnittlich üblichen Wochenstunden, die Teuerung sowie in

Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % (nur leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten auf den Knien; Teilzeitarbeit) bei einem Beschäftigungspensum von 50 % ein Invalideneinkommen von Fr. 26'636.75 für das Jahr 2010 errechnet (Urk. 8/250) und in der Folge einen Invaliditätsgrad von 55 % ermittelt (Urk. 2/3; E. 2.3), was ab 1. Januar 2006 (Art. 88 a Abs. 1 IVV) noch Anspruch auf eine halbe Rente begründet.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

4.4.2 Ä Ä Ab Mai 2009 hat die Beschwerdegegnerin unter Zugrundelegung eines Pensums von 100 % in angepasster Tätigkeit sowie in Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 10 % (nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeit) ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 56'407.20 ermittelt und - bei einem Invaliditätsgrad von 4 % (vgl. Urk. 8/250/1) - einen Rentenanspruch ab 1. September 2009 (Art. 88 a Abs. 1 IVV) verneint.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch dieses Vorgehen gibt zu keiner Beanstandung Anlass.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Erwägungen führen zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Reto Bachmann

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 B.\_\_\_\_, 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.