

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01043 vom 7. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01043

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01043 du 7 juin 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01043 del 7 giugno 2013

Erwägungen

E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; 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).

1.2. 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).

1.3. 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 der für 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 verfahrensweise 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).

1.4 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).

1.5 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).

1.6 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 würdigen 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 häufig 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 präzisierend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende 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.).

1.7. Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; 99 V 98 S. 102).

2. Während die Beschwerdegegnerin davon ausgeht, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2009 in seiner Arbeitsfähigkeit als Hilfsmaurer erheblich eingeschränkt, in einer angepassten Tätigkeit hingegen ab Oktober 2010 zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 2 S. 7 f.), geht der Beschwerdeführer mit Bezug auf den medizinischen Sachverhalt sinngemäss davon aus, dass der Arbeitsfähigkeitsgrad tiefer sei (Urk. 1).

E. 3

3.1. Dr. med. B. ____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, gab im Bericht vom 29. April 2010 (Urk. 8/8) an, dass beim Beschwerdeführer im Dezember 2009 eine Meniskektomie rechts erfolgt sei. Postoperativ habe dieser über weiterbestehende, belastungsabhängige Schmerzen im Kniegelenk rechts beim Gehen und beim Treppensteigen geklagt. In der Folge hätten sich auch Rückenschmerzen entwickelt, wahrscheinlich bedingt durch die Schonhaltung und die Immobilität mit Muskelabbau. Bekannt seien Diskusprotrusionen auf allen Ebenen sowie eine Retrolisthesis L3/4, Spondylarthrosen L4/5 und L5/S1, mässige Neuroforamenstenosen L4/5 und L5/S1 links mehr als rechts. Die körperlich sehr anspruchsvolle Arbeit auf dem Bau sei unter diesen Umständen nicht mehr zumutbar. Zur weiteren Beurteilung sei der Beschwerdeführer konsiliarisch der Universitätsklinik C. ____, zugewiesen worden.

Im Bericht vom 20. August 2010 (Urk. 8/19) wiederholte Dr. B. ____, im Wesentlichen seine früheren Angaben. Dem Bericht legte er die Taggeldkarte des Krankenversicherers bei, wo er dem Beschwerdeführer ab 22. Oktober 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (S. 6).

3.2. Laut EFL-Bericht des Z. ____, Gesundheitszentrums vom 25. Juni 2010 (Urk. 8/15) klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Nacken mit gelegentlichen Kopfschmerzen, über Schmerzen in beiden Schultern sowie tief lumbal rechts und in der rechten Kniekehle (S. 2). Als arbeitsrelevante Probleme bestanden Schmerzen im rechten Knie beim Gehen, Bücken und in die Hocke Gehen. Die Leistungsbereitschaft wurde als nicht zuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz der Tests sei schlecht gewesen (S. 3). Demzufolge seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren

Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Tests gezeigt worden sei. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung nur zum Teil erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb primär auf medizinisch-theoretische Überlegungen, ergänzt durch die Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizinisch-theoretisch nicht begründen. Die bisherige Tätigkeit als Maurer sei wegen der zu hohen Anforderungen aktuell nicht zumutbar. Aufgrund der Selbstlimitierung könne keine Belastbarkeit für eine andere berufliche Tätigkeit festgelegt werden (S. 4).

3.3 Dem Operationsbericht der Universitätsklinik C. ___ vom 14. Dezember 2010 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 8. November 2010 infolge einer lateralen Meniskusläsion rechts einer Kniearthroskopie rechts mit Teilmeniscektomie der Pars intermedia unterzogen wurde (Urk. 8/26).

Im Bericht derselben Klinik vom 17. Dezember 2010 (Urk. 8/29) über die postoperative Verlaufskontrolle vom 9. Dezember 2010 wurde ein Status nach Wadenschmerzen rechts mit ausgeprägtem Hämatom diagnostiziert. Weiter gaben die Klinikärzte an, dem Beschwerdeführer gehe es deutlich besser. Das Hämatom habe sich fast vollständig zurückgebildet. Der Beschwerdeführer sei praktisch schmerzfrei. In der klinischen Untersuchung hätten sich ein minimster Kniegelenkserguss sowie reizlos verheilte Arthroskopieportale gezeigt. Es bestehe eine Druckdolenz über dem lateralen Kniegelenkspalt und beim Varusstress-Test lateralseitig. Medialseitig über dem Gelenkspalt bestünden keine Druckdolenzen. Auch der Valgusstress-Test sei indolent. Die Seiten- und Kreuzbänder seien stabil und die periphere Sensorik, Motorik sowie Zirkulation intakt. Die Flexion und Extension seien mit einer Beweglichkeit von 100-5-0° noch eingeschränkt. Insgesamt sei der Verlauf nach dem grösseren Hämatom im Bereich der Wade erfreulich. Da sich die Beschwerden in den letzten Tagen zunehmend verbessert hätten, würden keine weiteren diagnostischen Schritte eingeleitet. Vorerst werde die Behandlung abgeschlossen.

3.4 Im orthopädischen Gutachten vom 15. Dezember 2010 (Urk. 8/28) stellte Dr. A. ___ folgende Diagnosen (S. 13):

- cervikales vertebrales Schmerzsyndrom ohne Hinweis auf Wurzelreizsyndrom bei Unkovertebralarthrose C4/5

- lumbales vertebrales Schmerzsyndrom zur Zeit ohne Hinweis auf Wurzelreizsyndrom bei sowohl röntgenologisch als auch im MRI nachgewiesenen degenerativen Veränderungen im Bandscheibenraum L4/5 und L5/S1

- Status nach zweimaliger Arthroskopie rechtes Kniegelenk mit noch etwas Funktionsdefizit und noch nicht abgeschlossenem Heilungsverlauf

Weiter führte die Gutachterin aus, der Beschwerdeführer habe über Schmerzen in der Halswirbelsäule mit Ausstrahlungen in den Kopf und in beide Schultern sowie über Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein und beidseitigen Knieschmerzen geklagt (S. 3). Aufgrund der klinischen und röntgenologischen Untersuchung sei er seit der Operation im Dezember 2009 für

schwere körperliche Arbeiten als Maurer nicht mehr geeignet. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer für leichte körperliche Arbeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 5 kg, bei wechselnder Körperhaltung und unter Vermeidung von hohem Bücken und knienden Tätigkeiten seit Mai 2010 zu 100 % einsetzbar. Durch die Arthroskopie sei der Beschwerdeführer ab 8. November 2010 wieder für sechs Wochen zu 100 % arbeitsunfähig anzusehen. Da das Knie noch etwas geschwollen und die Beweglichkeit noch nicht wieder ganz hergestellt sei, sei bis Mitte Januar 2011 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. Danach bestehe wieder die 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte körperliche Tätigkeiten. Auffällig seien zum Teil groteske Ausgleichsbewegungen bei Überprägung der Beweglichkeit, so dass ein Verdacht auf eine Somatisierungstendenz bestehe (S. 12 f.).

3.5 Infolge persistierender Knieschmerzen wies der Hausarzt Dr. B. den Beschwerdeführer erneut der Universitätsklinik C. zu. In deren Bericht vom 8. März 2011 (Urk. 8/30) wurde folgende Diagnose gestellt:

Lateral betonte Kniegelenksschmerzen bei Reizung Kniegelenk bei

- Status nach Kniegelenksarthroskopie rechts, Teilmeniskektomie pars intermedia am 8. November 2010 bei lateraler Meniskusläsion Knie rechts

- Status nach Kniearthroskopie rechts mit Teilmeniskektomie mediales Hinterhorn sowie laterales Hinterhorn am 3. Dezember 2009

Die Untersuchung habe ein leicht rechtsbetontes Schonhinken bei ansonsten flüssigem Gangbild ergeben. Über dem lateralen Kompartiment zeige sich eine Druckschmerzhaftigkeit. Palpatorisch finde sich kein Kniegelenkserguss. Das Knie sei medialseitig indolent. Der Bandapparat sei lateral, medial und anteroposterior stabil. Die periphere Sensorik, Motorik und Zirkulation sei problemlos intakt. Die Flexion und Extension seien mit 120-0-0° möglich. Die Meniskuszeichen seien negativ. Es bestehe eine diffuse Druckdolenz im Bereich des anteromedialen Gelenkkompartimentes. Da sich keine eindeutigen Meniskuszeichen demonstrieren liessen, postulierten die berichtenden Klinikärzte, dass es sich bei den oben genannten Beschwerden um einen Reizzustand bei Status nach Arthroskopie handle, und empfahlen eine intraartikuläre Infiltration und Absehen von bildgebender Diagnostik.

3.6 Dem im Verlauf des Beschwerdeverfahrens ins Recht gelegten Bericht von Dr. med. D., Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, vom 25. November 2011 (Urk. 12) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

- persistierende Knie-Schmerzen rechts mit reduzierter Belastbarkeit

- Periarthropathia humeroscapularis links bei Impingement und Riss der Supraspinatussehne

- chronisches lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen, mit Reizung der Wurzel L4 und L5 links bei foraminaler Einengung sowie mit möglicher radikulärer Reizsymptomatik links (Knie-Beschwerden)

- cervikovertebrales Syndrom mit Spannungskopfschmerzen bei degenerativen Veränderungen

- Hypercholesterinämie

-Ä Ä Ä depressive Verstimmung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weiter fÄ¼hrte Dr. D. ___ aus, der BeschwerdefÄ¼hrer klage Ä¼ber starke rechtsseitige Kniebeschwerden, geringe linksseitige Knieschmerzen, starke RÄ¼ckenbeschwerden im lumbalen und cervicalen Bereich und beidseitige Schulterschmerzen. Die cervicalen Beschwerden mit Ausstrahlungen bis zur Stirn im Sinne von Spannungskopfschmerzen seien als cervicocephales Syndrom bei mÄ¼ssigen degenerativen VerÄ¼nderungen im Bereich C5/6 zu interpretieren (Unkovertebralarthrose und Bandscheibenprotrusionen, leichte zentrale spinale Stenose sowie mÄ¼ssige foraminale Engen beidseits). Hinweise fÄ¼r eine radikulÄ¼re Symptomatik seien nicht zu finden. Bei den lumbalen Schmerzen handle es sich um ein lumbovertebrales Syndrom links, wobei die linksseitigen Knieschmerzen teilweise auch als radikulÄ¼res Reizsyndrom L4 zu deuten wÄ¼ren. Es seien ebenfalls degenerative VerÄ¼nderungen festzustellen (Osteochondrose mit KnochenmarksÄ¼dem L3/4 und L4/5, schwere foraminale Einengung links mit Reizung/Verlagerung der Wurzel L5 und L4 links). Schliesslich sei eine Periarthropathia humeroscapularis links, als Folge eines mÄ¼ssigen Impingements sowie eines Supraspinatus-Risses zu erwÄ¼hnen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts der unverÄ¼nderten Kniebeschwerden rechts und der therapieresistenten RÄ¼cken- und Schulterschmerzen mit entsprechendem klinischem und radiologischem Korrelat sei eine Wiederaufnahme der Arbeit selbst in einer leichten TÄ¼tigkeit zurzeit nicht mÄ¼glich.

E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä SÄ¼mtliche berichtenden Fachleute sind sich darÄ¼ber einig, dass die kÄ¼rperlich belastende Arbeit eines Hilfsmaurers dem BeschwerdefÄ¼hrer nicht mehr zumutbar ist. Hinsichtlich des Beginns der ArbeitsunfÄ¼higkeit stellt die Beschwerdegegnerin auf die von Dr. B. ___ auf der Taggeldkarte des Krankentaggeldversicherers attestierte 100%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit ab 22. Oktober 2009 ab (Urk. 2 S. 2, Urk. 8/19 S. 6, Urk. 8/32 S. 6). Dieses auf echtzeitlichen Angaben beruhende Vorgehen ist nicht zu beanstanden.

4.2 Ä Ä Ä Ä Mit Bezug auf die EinschÄ¼tzung des dem BeschwerdefÄ¼hrer verbleibenden LeistungsvermÄ¼gens - der naturgemÄ¼ss ein gewisses Ä¼rztliches Ermessen anhaftet - wÄ¼rdigen die Gutachterin Dr. A. ___ und der Rheumatologe Dr. D. ___ die Auswirkungen der geklagten Beschwerden divergierend. Der Hausarzt Dr. B. ___ machte dagegen keine abschliessenden Angaben zur ArbeitsfÄ¼higkeit in angepasster TÄ¼tigkeit (Urk. 8/8 S. 3, Urk. 8/19 S. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich des RÄ¼ckenleidens ist festzuhalten, dass bereits die am 26. Mai 2009 durchgefÄ¼hrte Magnetresonanztomographie der LendenwirbelsÄ¼ule laut Bericht des Instituts E. ___ (Urk. 8/27) im Wesentlichen dieselben degenerativen VerÄ¼nderungen ergab, wie die der Beurteilung von Dr. D. ___ zugrundeliegende Magnetresonanztomographie der LendenwirbelsÄ¼ule vom 1. Juli 2011 (Urk. 12 S. 3). Diese Befunde waren der Gutachterin Dr. A. ___ bekannt und ergaben sich auch aus den von ihr in Auftrag gegebenen RÄ¼ntgenbildern der LendenwirbelsÄ¼ule vom 14. Dezember 2010 (Urk. 8/28 S. 11). Gleiches gilt fÄ¼r die bildgebenden Aufnahmen der HalswirbelsÄ¼ule vom 14. Dezember 2010 (Urk. 8/28 S. 11) und vom 1. Juli 2011 (Urk. 12 S. 3). Es besteht somit bezÄ¼glich der RÄ¼ckenbeschwerden ein weitgehend unverÄ¼nderter Zustand, wie er bereits Dr. A. ___s Gutachten vom 15. Dezember 2010

zugrunde lag.

Die von Dr. D. ___ als neu aufgetreten angegebenen Schulterschmerzen bestanden offenbar bereits im Sommer 2010. So ergab die EFL-Abklärung Beweglichkeitseinschränkungen in beiden Schultern (Urk. 8/15 S. 3). Bei der klinischen Untersuchung der oberen Extremitäten durch Dr. A. ___ gab der Beschwerdeführer starke Schmerzen bei der Abduktion über 90° an; Dr. A. ___ führte aber keine Diagnose der Schultern betreffend auf (Urk. 8/28 S. 6 und S. 12). Auch der Hausarzt Dr. B. ___ stellte trotz deren Erwähnung keine Diagnose bezüglich der Schulterbeschwerden (Urk. 8/19, S. 2 und S. 3). Erstmals im November 2011 wurde die linke Schulter dann von Dr. D. ___ klinisch und bildgebend untersucht (Urk. 12 S. 2 f.). Daraus ist zu schliessen, dass sich der Beschwerdeführer durch die Schulterbeschwerden im Alltag bis dahin nicht wesentlich eingeschränkt gefühlt haben kann. Falls die Aufnahme der Behandlung durch Dr. D. ___ am 2. November 2011 auf eine nachträglich eingetretene, sich auf die Arbeitsfähigkeit wesentlich auswirkende Verschlechterung zurückzuführen wäre, müsste diese Veränderung im Rahmen einer Neuanmeldung geltend gemacht werden.

Bezüglich der im Vordergrund stehenden Kniebeschwerden basiert Dr. A. ___s Einschätzung hinsichtlich der Zeit ab Mitte Januar 2011 (sechs Wochen seit der Arthroskopie vom 8. November 2010) auf einer Prognose, weil der Heilungsverlauf nach dem zweiten Eingriff noch nicht abgeschlossen war. Laut den Berichten der Universitätsklinik C. ___ gestaltete sich der postoperative Verlauf jedoch komplikationslos. Dementsprechend besserte sich die Beweglichkeit des operierten Kniegelenkes nach und nach. Die im März 2011 geklagten Restbeschwerden scheinen nicht besorgniserregend gewesen zu sein, denn sie führten zu keiner weitergehenden bildgebenden Diagnostik (Urk. 8/30) und könnten allenfalls ein weiteres Indiz für die von Dr. A. ___ vermutete Somatisierungstendenz darstellen (Urk. 8/28 S. 13). Auch Dr. D. ___s Berichterstattung (Urk. 12) lassen sich keine Anhaltspunkte für eine Veränderung der Symptomatik entnehmen. Es bestehen somit keine Anhaltspunkte für unvorhergesehene Komplikationen, welche Zweifel an Dr. A. ___s Einschätzung der Zumutbarkeit der Arbeitswiederaufnahme per Mitte Januar 2011 entstehen lassen könnten.

4.3 Die Diskrepanz zwischen der Arbeitsfähigkeitseinschätzung der Gutachterin Dr. A. ___ einerseits und derjenigen von Dr. B. ___ andererseits lässt sich wohl einerseits dadurch erklären, dass sich behandelnde Ärzte in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren haben. Deren Berichte verfolgen rechtsprechungsgemäss nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheidung über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes und erfüllen deshalb kaum je die von der Rechtsprechung aufgestellten materiellen Anforderungen an ein Gutachten. Sodann ist andererseits auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5). Dies gilt für den Hausarzt wie für den behandelnden Spezialarzt mit ihrem besonderen Vertrauensverhältnis und dem Erfordernis, den geklagten Schmerz zunächst bedingungslos zu akzeptieren (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil vom 20. März 2006, I 655/05, E. 5.4 mit Hinweisen).

Dr. A. ___s Gutachten vom 15. Dezember 2010 erfüllt die Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Es beruht auf den vorliegend nützligen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein. Der Beschwerdeführer nannte keine Gründe, weshalb dem Gutachten die Beweiskraft abzuerkennen sei. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht darauf abgestellt und ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf der zwölfmonatigen Wartezeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) im Oktober 2010 zunächst bis Mitte Januar 2011 zu 100 % arbeitsunfähig war und anschliessend in angepasster, körperlich leichter Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig war.

E. 5

5.1 Bezüglich der erwerblichen Gewichtung der dem Beschwerdeführer verbliebenen Restarbeitsfähigkeit ging die Beschwerdegegnerin bei der Bemessung des bei intakter Gesundheit hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens von Fr. 69'898.-- von den Angaben der Arbeitgeberin im Bericht vom 26. Mai 2010 aus (Urk. 2 S. 8, Urk. 8/10, Urk. 8/31 f.). Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer zu Recht nicht beanstandet.

5.2 Bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist auf die Ergebnisse der standardisierten monatlichen Bruttolöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) zurück zu greifen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss vom Zentralwert (Median) der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) auszugehen (BGE 126 V 76 f. E. 3b/bb mit Hinweisen).

Der statistische Durchschnittslohn (Zentralwert) der mit Hilfsarbeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer im privaten Sektor hat im Jahre 2010 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'901.-- betragen (inkl. 13. Monatslohn; Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2010, hrsg. vom Bundesamt für Statistik [BFS], Neuchâtel 2012, S. 26, Tabelle TA1). Auf der Basis der damals betriebsüblichen 41.6 (vgl. Die Volkswirtschaft, 4-2013, S. 90, Tabelle B 9.2) ergibt sich ein Jahreseinkommen von Fr. 61'164.--.

Die Frage, ob und in welchem Ausmass dieser statistische Lohn zu korrigieren ist, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75).

Der Beschwerdeführer kann nur noch für körperlich leichte, wechselbelastende, rücken- und knieschonende Tätigkeiten eingesetzt werden, so dass er auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerbern benachteiligt ist, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt. Eine Reduktion des statistischen Lohnes ist somit angemessen und die vom Beschwerdeführer vorgebrachte Rüge, das von der Beschwerdegegnerin dem Einkommensvergleich zugrunde gelegte Invalideneinkommen sei unerreichbar (Urk. 1), insoweit gerechtfertigt. Selbst wenn aber vorliegend der höchstmögliche Abzug von 25 % (BGE 125 V 80; AHJ 2002 S. 62) vorzunehmen wäre, würde sich immer noch kein rentenbegründender Invaliditätsgrad ergeben (Valideneinkommen: Fr. 69'898.--; Invalideneinkommen [mit

25 % Abzug]: Fr. 45'873.--; Erwerbseinbusse: Fr. 24'025.--; Invaliditätsgrad: 34 %).

Die Verfügung vom 26. August 2011, womit dem Beschwerdeführer eine vom 1. November 2010 bis 30. April 2011 befristete ganze Rente (Erwerbsunfähigkeit im Anschluss an die Kniearthroskopie vom 8. November 2010 bis Mitte Januar 2011 zuzüglich drei Monate in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV) zugesprochen wurde, erging somit zu Recht.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen 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. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Syna

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- BVG-Sammelstiftung Swiss Life, Vertrag U7758, General-Guisan-Quai 40, Postfach, 8022 Zürich

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.