

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00332 vom 7. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00332

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00332 du 7 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00332 del 7 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer auch nach März 2007 noch Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung hat.

1.2. 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 angefochtenen Verfügungen sind am 23. Februar 2012 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 428/04 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 gültig 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.

1.3. 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und aller möglicher 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).

Gemäss Art. 28 Abs. 1 (ab 1. Januar 2008: Abs. 2) IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid sind.

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 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 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.).

E. 2

) an. Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machte Prof. I. ___ keine (Urk. 8/200).

2.2.9.1. Nach dem der Beschwerdeführer im Spital J. ___ operiert worden war, hielt Prof. I. ___ mit Bericht vom 5. März 2012 als Diagnosen einen Status nach Osteosynthesematerialentfernung, Verlängerungs-/Revisionsspondylodese L3-L5 mit posterolateraler Facettengelenksfusion, mikrochirurgischer Spinalkanaldekompensation L3/L4 sowie Wurzeldekompensation L5 beidseits fest. Der Beschwerdeführer berichte, dass die Beschwerden im linken Bein deutlich besser seien als vor der Operation. Aus dieser Perspektive habe ihm die Operation zu einer substantiellen Verbesserung verholfen. Aktuell beständen aber Probleme betreffend das persistierende Schmerzsyndrom (Urk. 3/12).

E. 2.2

2.2.1.1. Nach dem die Beschwerdegegnerin im Nachgang zu diesem Urteil beim Spital B. ___, bei der D. ___, bei der C. ___ und bei der F. ___ die Krankenakten des Beschwerdeführers einverlangt hatte, reichte ihr das Spital B. ___ nochmals den bereits im Vorverfahren eingereichten Bericht vom 12. Januar 2007 ein. Als Diagnosen nannte das Spital B. ___ in diesem Bericht (1) ein chronisches rechtsbetontes lumbospondylogenes Syndrom, (2) einen Verdacht auf eine Spondylarthropathie, (3) chronische Schulterschmerzen rechts, (4) eine depressive Episode mit Ängsten bei psychosozialer Belastungssituation, (5) ein Asthma bronchiale und (6) eine arterielle Hypertonie. Die Gängigkeit der Arbeitsfähigkeit von 50 % für leichte Arbeiten werde auf den 1. Januar 2007 festgesetzt (Urk. 8/144).

2.2.2.1. Die D. ___ reichte auf die Aufforderung der Beschwerdegegnerin einen Bericht vom 2. Mai 2008 ein, in welchem sie als Diagnosen (1) eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10 F32.1) und (2) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) nannte. Als somatische Vordiagnosen beständen (1) ein rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom rechts, (2) ein Verdacht auf eine Spondylarthropathie mit klinisch rezidivierenden Tendinitiden der Achillessehne und Glutealschmerz, (3) chronische Schulterschmerzen rechts mit/bei traumatischer Ruptur des Musculus pectoralis (Handballverletzung 1999) mit Zustand nach Plexusrevision 2004 und residuellem Thoracic-outlet Syndrom des Nervus ulnaris, (4) ein Asthma bronchiale, anstrengungsinduziert, saisonale exogene Sensibilisierung auf Gräser und Pollen und (5) ein arterieller Hypertonus (Erstdiagnose im Juni 2006). Zur Arbeitsfähigkeit machte die D. ___ keine Angaben (Urk. 8/145).

2.2.3.4 Die C.____ reichte auf die Aufforderung der Beschwerdegegnerin, die Krankenakten des Beschwerdeführers zuzustellen, einen Bericht vom 17. März 2010 ein, aus welchem als Hauptdiagnose eine Brachialgie rechtsseitig bei Status nach zweimaliger Reinsertion des Musculus pectoralis major in den Jahren 2004 und 1999 bei Status nach traumatischem Musculus pectoralis-Abriss 1999 und Impingementsymptomatik hervorgeht. Als Nebendiagnose nannte sie ein progredientes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit beidseitiger Ausstrahlung in die dorsolateralen Ober- und Unterschenkel. Zur Arbeitsfähigkeit machte die C.____ in diesem Bericht keine Angaben (Urk. 8/148).

2.2.4.4 Die F.____ reichte die Krankenakte des Beschwerdeführers und einen Bericht vom 18. Juli 2006 über die stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 6. Juni bis 12. Juli 2006 ein (Urk. 8/157). Sie nannte dabei im Bericht vom 18. Juli 2006 als Diagnosen (1) ein rezidivierendes chronisches rechtsseitiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10 M54.5) bei (a) Status nach Fenestration L4/5 links (1996), (b) Status nach Re-Fenestration L4/5 bei Rezidiv (September 2005) und (c) Status nach Sakralblock und Wurzelinfiltration rechts im März 2006 und Sakralblock am 26. Mai 2006, (2) einen Verdacht auf eine Spondylarthropathie mit klinisch rezidivierenden Tendiniten der Achillessehne (ICD-10 M76.6) und Glutealschmerz mit bisher ISG-Infiltration mit Kenacort 40mg, keine Basistherapie, (3) eine depressive Episode mit Ängsten (ICD-10 F32.9) bei psychosozialer Belastung mit HADS: A14, D14 und Fear avoidance beliefs: 72/96 Punkten, (4) chronische Schulterschmerzen rechts (ICD-10 M25.51) bei/mit (a) Status nach traumatischer Ruptur des Musculus pectoralis rechts mit Hämatomausräumung 1999 (Handballverletzung), (b) Status nach Plexusrevision bei Brachialgie und Sensibilitätsstörungen des Nervus ulnaris und des Nervus cutaneus antebrachii medius (Spital B.____, 3. Mai 2006) und (c) residuellem Thoracic-outlet-Syndrom des Nervus ulnaris, (5) ein Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) bei (a) Methacholin-Test: schwere bronchiale Hyperreaktivität (Spital B.____ März 2006), (b) saisonaler exogener allergischer Sensibilisierung auf Gräser- und Roggenpollen und (c) anstrengungsinduziertem Asthma bronchiale und (6) eine arterielle Hypertonie, Erstdiagnose Juni 2006 (ICD-10 I10). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers machte die F.____ in diesem Bericht keine Angaben.

2.2.5.4 Der Beschwerdeführer war erneut vom 19. September bis am 16. Oktober 2010 in der F.____ hospitalisiert. Diese hielt mit Austrittsbericht vom 16. Oktober 2010 als Diagnosen (1) ein chronifiziertes Schmerzsyndrom im Bereich der Wirbelsäule (L4/5) und der rechten Schulter mit/bei (a) Status nach Fenestration L4/5 links (1996), (b) Status nach Re-Fenestration L4/5 bei Rezidiv (September 2005), (c) MRI der LWS: leichte Dorsalverlagerung der Wurzel L5 links bei Rest-DH (Dezember 2005), (d) Status nach Sakralblock und Wurzelinfiltration rechts im März 2006 und Sakralblock am 26. Mai 2006, (e) Status nach traumatischer Ruptur des Musculus pectoralis mit Hämatomausräumung 1999, (f) Status nach Plexusrevision 2004 und (g) residuellem Thoracic-outlet-Syndrom des Nervus ulnaris, (2) eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F 33.1), aktuell mittelgradige Episode, mit (a) HADS A/D bei Eintritt 18/16 von 21 Punkten und (b) selbstverletzendem Verhalten seit Anfang 2010 (an Unterarmen und Oberschenkeln), (3) einen Verdacht auf eine Dysthymie, (4) ein Asthma bronchiale und (5) eine arterielle Hypertonie (Erstdiagnose Juni 2006) fest. Der Beschwerdeführer sei vom 19. August bis 31. Oktober 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Die weitere Festlegung der

Arbeitsunfähigkeit habe durch den nachbehandelnden Arzt zu erfolgen (8/169).

2.2.6.6. Das G. nannte in seinem Gutachten vom 15. Februar 2011 (Urk. 8/181) als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (1) ein chronifiziertes rechtsbetontes lumbospondylogenes Syndrom (ICD-10 M54.46) mit (a) multisegmentalen degenerativen LWS-Veränderungen und (b) Status nach dreimaliger Rückenoperation L4/5 mit Status nach mikrotechnischer Dekompression L4/5, intersomatischer sowie dorsaler Spondylodese L4/5 im April 2008, Status nach Diskushernienoperation L4/5 links 2005 und Status nach Diskushernienoperation L4/5 links 1996, (2) chronifizierte Schmerzen rechte Schulter und Pectoralisregion bei (a) muskulärer Dysbalance Nacken-/Schultergürtel mit Schulterprotraktion (ICD-10 M79.1), (b) leichtem Impingement-Syndrom rechte Schulter und Periarthropathia humeroscapularis tendinotica (ICD-10 M75.1 und M75.4), (c) Status nach operativer Refixation einer Ruptur des Musculus pectoralis rechts 1999, (d) Status nach Revision und operativer Erweiterung des subpectoralen Raumes sowie Plexusrevision im Mai 2004 bei rechtsseitiger Brachialgie mit Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris und des Nervus cutaneus antebrachii medius (ICD-10 Z98) mit residuellem leichtem Thoracic-outlet-Syndrom im Versorgungsgebiet des Nervus ulnaris (ICD-10 G54.0), (3) einen Verdacht auf eine Spondyloarthritis (ICD-10 M13.8) mit leichter SIG-Arthritis beidseits, HLA-B27 negativ, (4) einen Verdacht auf eine Fasziiitis plantaris rechts (ICD-10 M77.5) sowie statische Fuss- und OSG-Beschwerden bei Senkfällen, (5) eine leichte Tenosynovitis de Quervain rechts (ICD-10 M65.8) und belastungsabhängige radialseitige Handgelenksschmerzen bei anamnestisch Status nach mehreren Traumata beim Handballspielen, (6) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0/F33.10) und (7) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien (1) akzentuierte Persönlichkeitszüge, asthenisch, anankastisch (ICD-10 Z73.1), (2) eine persistierende Hypästhesie des Daumens links palmar nach Nervenverletzung und Rekonstruktion im Jahr 2000, (3) Endphasenschmerz am rechten Ellbogen bei anamnestisch früher symptomatischer Bursitis olecrani rechts im Zusammenhang mit intensivem Handballspielen, (4) ein Status nach diversen Traumata und Operationen bei Sportverletzungen wie (a) Status nach Operation der Fibularissehne links im Jahr 1989, Reoperation im Juli 1989 und Reoperation im Mai 1990, (b) ein Status nach zweimaliger konservativer Behandlung eines Muskelfaserrisses in der Wade links, 1998 mehrmals rechts, (c) ein Status nach Arthroskopie und Shaving linkes Knie 1991 und Status nach Rearthroskopie 1992 sowie (d) Status nach Tenosynovektomie der Achillessehne links 1993 bei chronischer Reizung, (5) anamnestisch seit 1987 ein rezidivierendes thorakospondylogenes Syndrom rechts mit zervikozephaler Ausdehnung, ausgelöst durch verschobene Brustwirbel, (6) ein beginnendes metabolisches Syndrom mit (a) arterieller Hypertonie (ICD-10 I10), (b) Adipositas (BMI 31 kg/m

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging in den Verfügungen vom 23. Februar 2012 in Übereinstimmung mit dem G. davon aus, dass der Beschwerdeführer in behinderungsangepasster Tätigkeit seit Januar 2007 zu 50 % arbeitsfähig sei. Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Das Gutachten des G. erfüllt

sÄmtliche Voraussetzungen, welche an ein beweistaugliches Gutachten gestellt werden. Hieran vermÄgen die EinwÄnde des BeschwerdefÄhrers (insbesondere Urk. 1 S. 7) nichts zu Ändern. So gilt es zu beachten, dass gemÄss Art. 18a der Verordnung Äber Diplome, Ausbildung, Weiterbildung und BerufsausÄbung in den universitÄren Medizinalberufen (SR 811.112.0) Personen, die vor Inkrafttreten der Änderung vom 17. November 2010 der Verordnung einen eidgenÄssischen Weiterbildungstitel in Allgemeinmedizin oder Innerer Medizin erworben haben, entweder den bisherigen eidgenÄssischen Weiterbildungstitel weiter verwenden oder den neuen eidgenÄssischen Weiterbildungstitel in Allgemeiner Innerer Medizin auf Antrag hin voraussetzungslos erwerben kÄnnen. Was die Auffassung des BeschwerdefÄhrers anbelangt, wonach es (generell) als unzumutbar zu qualifizieren sei, sich bei einem Gutachter zu prÄsentieren, der nicht Äber eine BerufsausÄbungsbewilligung verfÄge, so ist festzuhalten, dass das Bundesgericht eine kantonale BerufsausÄbungsbewilligung bislang nie als Voraussetzung fÄr die GutachtertÄtigkeit genannt hat. Hat aber das hÄchste Gericht in den zahlreichen FÄllen, in welchen es um die Beurteilung der persÄnlichen und fachlichen Eignung von Gutachtern ging, die Voraussetzung einer BerufsausÄbungsbewilligung zu keinem Zeitpunkt thematisiert beziehungsweise fÄr die AusÄbung einer gutachterlichen TÄtigkeit gefordert, so ist dies - solange keine anderslautende Rechtsprechung absehbar ist - als qualifiziertes Schweigen zu werten. Deshalb spricht allein der Umstand, dass ein Arzt oder eine Ärztin nicht Äber eine kantonale BerufsausÄbungsbewilligung verfÄgt, nicht gegen seine oder ihre Eignung, als Gutachtensperson in einer bestimmten medizinischen Disziplin tÄtig zu sein (Urteil des hiesigen Gerichts IV.2012.00206 vom 31. Mai 2012 E. 4.3.1). Hinsichtlich des Umfangs der Begutachtung hielt das hiesige Gericht im RÄckweisungsentscheid vom 29. Oktober 2009 fest, dass "ein neutrales polydisziplinÄres (rheumatologisches/neurologisches und psychiatrisches) Gutachten" einzuholen sei (Urk. 8/138 E. 3.3). Hieraus kann nicht geschlossen werden, dass zwingend neben der psychiatrischen Begutachtung eine rheumatologische und eine neurologische Begutachtung durchgefÄhrt werden muss. Vielmehr wurde es den begutachtenden Ärzten Äberlassen, ob sie sowohl eine neurologische als auch eine rheumatologische Begutachtung fÄr notwendig erachten, oder ob eine rheumatologische bzw. neurologische Begutachtung genÄge. Da somit keine Indizien vorliegen, welche gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens des G.____ sprechen, bildet es eine zuverlÄssige Beurteilungsgrundlage.

3.2ÄÄÄ Die EinschÄtzung des Spitals B.____, wonach der BeschwerdefÄhrer seit 1. Januar 2007 in einer behinderungsangepassten TÄtigkeiten zu 50 % arbeitsfÄhig ist (E. 2.2.1), stimmt mit derjenigen des G.____ Äberein.

3.3ÄÄÄ Die D.____ machte mit Bericht vom 2. Mai 2008 (E. 2.2.2) ebenso wenig Angaben zur ArbeitsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers wie die Klinik K.____ mit Bericht vom 17. MÄrz 2010 (E. 2.2.3) und Prof. I.____ mit Berichten vom 11. Juli 2011 (E. 2.2.8) und vom 5. MÄrz 2012 (E. 2.2.9). Da diese Berichte zumindest fÄr den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis 23. Februar 2012 auch keine Befunde nennen, welche der EinschÄtzung des G.____ entgegenstehen, stellen sie das Gutachten des G.____ nicht in Frage.

3.4ÄÄÄ Die F.____ Äusserte sich im Bericht vom 18. Juli 2006 ebenfalls nicht zur ArbeitsfÄhigkeit des BeschwerdefÄhrers (E. 2.2.4). Sie attestierte ihm jedoch mit

Bericht vom 16. Oktober 2010 für die Zeit vom 19. August bis am 31. Oktober 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.2.5). Hierbei gilt es zu beachten, dass eine Verschlechterung oder Verbesserung des Gesundheitszustandes grundsätzlich erst nach drei Monaten zu berücksichtigen ist (Art. 88a IVV). Da eine solche andauernde Veränderung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers aus dem Bericht der F. vom 16. Oktober 2010 nicht hervorgeht, begründet er keinen Anlass, die Einschätzung des G. in Frage zu stellen.

3.5. Die H. attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 19. April 2011 im Gegensatz zum G. eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im Rahmen dieser unterschiedlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit gilt es der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Zudem ist diese unterschiedliche Einschätzung ohne Weiteres durch die Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag erklärbar (vgl. dazu BGE 124 I 170 E. 4, 137 V 210 E. 1.2.4). Es besteht daher kein Anlass, aufgrund des Berichts der H. vom 19. April 2011 von der Einschätzung des G. vom 15. Februar 2011 abzuweichen.

3.6. Zusammenfassend ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausgegangen ist, dass der Beschwerdeführer ab 25. August 2005 zu 100 % arbeitsunfähig war und dass ab 1. Januar 2007 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vorgelegen hat.

E. 4

4.1. Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind. Der hypothetische Rentenbeginn ist in dem Zeitpunkt, in welchem der Beschwerdeführer während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 % arbeitsunfähig gewesen war und sich daran eine Erwerbsunfähigkeit in mindestens gleicher Höhe anschliesst (Art. 28 Abs. 1 IVG). Der Beschwerdeführer war ab August 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. Der hypothetische Rentenbeginn war somit im August 2006, das heisst ein Jahr nach Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit. Ab August 2006 war der Beschwerdeführer weiterhin sowohl in der angestammten wie auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Diese 100%ige Arbeitsunfähigkeit auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit dauerte bis 31. Dezember 2006. Ab 1. Januar 2007 war der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder zu 50 % arbeitsfähig. Bei der rückwirkenden Zusprechung einer Rente darf eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in analoger Anwendung von Art. 88a IVV erst erfolgen, wenn diese Besserung dauerhaft ist, was jedenfalls dann anzunehmen ist, wenn sich innert dreier Monate eine stabile Situation gezeigt hat (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen, BGE 121 V 275 E. 6b). Die Verbesserung des Gesundheitszustandes ist also erst per April 2007 zu berücksichtigen. Es ist daher einerseits ein Einkommensvergleich per August 2006 und andererseits ein solcher per April 2007 vorzunehmen, wobei sich im August 2006 aufgrund

der 100%igen Erwerbsunfähigkeit ohne Weiteres ein Invaliditätsgrad von 100 % ergibt.

4.2 Für den Einkommensvergleich im April 2007 ist das Valideneinkommen des Beschwerdeführers gestützt auf das von ihm zuletzt bei der Y. AG erzielte Einkommen zu berechnen. Gemäss Auskunft der Y. AG verdiente der Beschwerdeführer im Jahr 2005 Fr. 6'600.-- (zuzüglich 13. Monatslohn) pro Monat (Urk. 8/8). In Anpassung an den Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik (Tabelle T1.1.93, Abschnitt D) ergibt dies für das Jahr 2007 ein Einkommen von Fr. 87'907.35 (Fr. 6'600.-- x 13 : 114 x 116,8).

4.3 Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Abt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 76 Erw. 3b). Da der Beschwerdeführer keine neue Arbeitstätigkeit aufgenommen hat und er die angestammte nicht mehr ausüben kann, ist das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen zu berechnen. Aus der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2006 (LSE 2006) ergibt sich für Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) im privaten Sektor ein Bruttomonatslohn von Fr. 5'608.-- (Tabelle TA1 S. 25). In Anbetracht der betrieblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2007 für alle Sektoren von 41,7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 6 - 2012 S. 94, Tabelle B 9.2) und in Anpassung an die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex des Bundesamtes für Statistik, Tabelle T1.1.93, Total) ergibt dies für das Jahr 2007 ein Jahreseinkommen von Fr. 71'310.15 (Fr. 5'608.-- x 12 : 40 x 41,7 : 115,5 x 117,4) für ein 100%-Pensum und Fr. 35'655.10 für ein 50% Pensum.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte bei der Berechnung des Invalideneinkommens des Beschwerdeführers aufgrund der Tatsache, dass er nur noch leichte Arbeiten ausüben kann, einen Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 10 %. Dies scheint den konkreten Umständen als angemessen. Das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers im April 2007 beläuft sich somit auf Fr. 32'089.60 (Fr. 35'655.10 x 0,9).

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 87'907.35 und einem Invalideneinkommen von Fr. 32'089.60 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 55'817.75 und ein Invaliditätsgrad von 63,5 % (Fr. 55'817.75: Fr. 87'907.35). Der Beschwerdeführer hat daher ab April 2007 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.

Die Zusprache einer ganzen Rente von August 2006 bis März 2007 und einer Dreiviertelsrente ab April 2007 erweist sich nach dem Gesagten als rechtens. Die Beschwerde ist daher als unbegründet abzuweisen.

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. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

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 Tobias Figi

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

Gegen diese Entscheidung 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.