

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00497 vom 24. März 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-03-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00497](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00497)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00497 du 24 mars 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00497 del 24 marzo 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1971, arbeitete vom

1. November 2000 bis 31. März 2004 (letzter effektiver Arbeitstag: 23. April 2002) bei der Y.\_\_\_\_ als Kadermitarbeiter und Sektorenleiter (Urk. 8/5/1, Urk. 8/12/3, Urk. 8/17/2).

Am 23. April 2002 erlitt er einen Motorradunfall mit zweigradig

offener distaler intraartikulärer

Türmerfraktur des Femurs rechts, welche mehrfach operiert werden musste (Urk. 8/7/2,

Urk. 8/8/8). Die Unfallversicherung, die Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG (nachfolgend: Zürich), trat auf den Schaden ein und gewährte Heilbehandlung und

Taggeld (Urk. 8/7-8). X.\_\_\_\_ meldete sich am 14. April 2003 bei der

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk.

8/1, Aktenverzeichnis zu Urk. 8/1-162). Die IV Stelle tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher (insbes. Urk. 8/4-5, Urk. 8/12, Urk. 8/23, Urk. 8/37, Urk. 8/55)

und medizinischer (insbes. Urk. 8/9, Urk. 8/19, Urk. 8/26, Urk. 8/28, Urk. 8/38, Urk. 8/43-44, Urk. 8/46-47, Urk. 8/56) Hinsicht und zog die Akten der Zürich

bei (Urk. 8/7-8, Urk. 8/18, Urk. 8/24, Urk. 8/35, Urk. 8/40, Urk. 8/54, Urk. 8/65).

Die Zürich gab bei der MEDAS das Gutachten vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/2

### **E. 1.1**

Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer ab dem 1. Februar 2007 Anspruch auf eine höhere als eine halbe Invalidenrente hat.

### **E. 1.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Zusprache einer ganzen Invalidenrente von 1.

April 2003 bis 31. Januar 2007 und einer halben Invalidenrente ab 1. Februar 2007 im

Wesentlichen damit, dass der Beschwerdeführer seit 23. April 2002 in seiner

Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei. Aus medizinischer Sicht sei ihm nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (23. April 2003) keine Erwerbstätigkeit zumutbar gewesen.

Aufgrund der medizinischen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit zwar auch nach dem

6. November 2006 nicht zumutbar gewesen, eine behinderungs angepasste Tätigkeit, wie z.

B. Taxifahrer, Telefonverkauf, Bestücker oder Montagearbeiten im Bereich Kleinteile

und Elektronik, sei ihm ab diesem Zeitpunkt jedoch zu 50 % zumutbar gewesen. Beim

Einkommensvergleich (Valideneinkommen: Fr. 67'351.20; Invalideneinkommen: Fr.

28'011.60, unter Berücksichtigung eines Abzugs von 10 % vom Tabellenlohn) ergebe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 39'339.60, was einem Invaliditätsgrad von 58 % entspricht (Urk. 2/1, Verfügungsteil 2, S. 2). Ab 1. Februar 2007 bzw. drei Monate nach andauernder Verbesserung des Gesundheitszustandes ab 6. November 2006 bestehe Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 2/1, Verfügungsteil

2, S. 3).

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer lässt im Wesentlichen vorbringen, dass er medizinisch-theoretisch ein Teilzeitpensum erfüllen könnte, welches gemäss Einschätzung der Ärzte des B.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,

50 %, bei einer Leistungsfähigkeit von 70 %, betrage. Dr. A.\_\_\_\_ führe im MEDAS-Gutachten vom 23. Juni 2009 und in seinem Gutachten vom 26. März 2011 aus, dass der Beschwerdeführer ein Teilpensum von 50 %,

allerdings aufgeteilt in zwei Blöcke am Morgen und am Nachmittag von jeweils maximal drei Stunden bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit, leisten könne (Urk. 1 S. 5). Die Ärzte des B.\_\_\_\_ würden in ihrer Beurteilung vom 31. Januar 2012 darauf hinweisen, dass der Beschwerdeführer in völlig freier Zeiteinteilung arbeiten können müsste (Urk. 1 S. 6). Ein Arbeitsplatz, bei welchem der Beschwerdeführer seine Arbeits- und Präsenzzeiten völlig frei einteilen und sogar wöchentlich an einzelnen Tagen ganz fehlen könnte, lasse sich auch auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt nicht finden. Es sei auch unrealistisch, dass er als Hilfskraft eine Stelle finde, an welcher er morgens und nachmittags nur je maximal drei Stunden arbeiten müsse, und dies noch bei beeinträchtigter Leistungsfähigkeit während der Präsenzzeit (Urk. 1 S. 6). Es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer auch nach 2007 die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht verwerten könne. Er habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente. Würde von der Verwertbarkeit der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit ausgegangen, so stehe per 2010 einem Validen Einkommen von Fr. 68'567.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 23'125.-- (bei Abzügen vom Tabellenlohn von 25 %) gegenüber. Daraus resultiere ein Invaliditätsgrad von rund 66 % und damit ein Anspruch auf eine Dreiviertelrente der Invalidenversicherung. Im Minimum sei ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % vorzunehmen (Urk. 1 S.

8). 2.

### **E. 2**

Hiergegen führte X.\_\_\_\_ am 8. Mai 2012 Beschwerde und beantragte, ihm seien die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, insbesondere sei ihm ab 1. Februar 2007 weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzu sprechen (Urk. 1 S. 2). Mit ihrer Vernehmlassung vom 14. Juni 2012 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde und erklärte unter Verweis auf die IV-Akten (Urk. 8/1-162) Verzicht auf Stellungnahme (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. Juni 2012 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9).

#### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

## **E. 2.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 2.3**

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 der Verordnung über die Invalidenversicherung (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 beziehungsweise 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).

## **E. 2.4.1**

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. 2.4.2**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, 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 gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr

generell eine Arbeitszeit von 40

Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

### **E. 2.4.3**

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 verwerthen 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). 2. 5

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Befunde 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 prüfend 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.). 3.

### **E. 3**

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

### **E. 3.1.1**

Am Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 waren die Dr. med. C.\_\_\_\_, Chefarzt, D.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädie, A.\_\_\_\_

und E.\_\_\_\_, Neurologie FMH, beteiligt (Urk. 8/77/2, Urk. 8/77/17, Urk.

### **E. 3.1.2**

Die Gutachter der MEDAS hielten in ihrer Beurteilung fest, dass der Beschwerdeführer bei der körperlichen Untersuchung ein teilweise unkoordiniertes zackiges Gangbild mit und ohne Unterarmstützen gezeigt habe. Die Muskulatur an beiden Beinen sei gut entwickelt, werde stark kontrahiert, so dass eine geordnete Untersuchung der Beweglichkeit des rechten Kniegelenks erschwert sei (Urk. 8/77/46-47). Das Kniegelenk selbst zeige eine starke Berührungsempfindlichkeit, die Bewegung werde bis zum Bewegungsausmass Streckung/Beugung 0-0-120° durchgeführt. Die Bandstabilität sei wegen Schmerzangabe nicht prüfbar. Die Narbenverhältnisse am rechten Bein seien reizlos, am hinteren Beckenkamm rechts bestehe bei der 16 cm langen, reizlosen Narbe eine ausgeprägte Druckdolenz. Auf den aktuellen Röntgenaufnahmen sei linksseitig ein unauffälliger Befund, rechtsseitig eine erhebliche posttraumatische Gonarthrose sichtbar (Urk. 8/77/47).

Der psychiatrische Gutachter Dr. A.\_\_\_\_

schrieb in seiner Beurteilung, dass der Beschwerdeführer unmittelbar nach dem Unfall aufgrund der körperlichen Folgen bzw. Behandlungen sowie aufgrund von psychosozial auftretenden Schwierigkeiten zuerst mit einer schweren Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10: F43.22) reagiert habe. Deren Symptome würden noch anhalten bzw. seien in eine mittelgradige depressive Störung agitierten Ausmasses, angstbetont (ICD-10: F32.11) übergegangen. Der Unfall vom 23. April 2002 und dessen Folgen hätten den Beschwerdeführer im Allgemeinen in seinen Affekten labilisiert, er leide an starken Stimmungsschwankungen, reagiere nervös und gereizt, sei innerlich unruhig bis agitiert, hoffnungslos, ratlos und verzweifelt. Es bestehe in seinem Verhalten zwar eine Verdeutlichungstendenz bzw. sein Verhalten sei demonstrativ und die Darstellung seiner Beschwerden wirke übertrieben, doch es bestehe derzeit eine mittelgradige depressive Störung, derzeit angstbetont, agitierten Ausmasses, also ein chronifizierter Zustand, der zum Teil auf den besagten Unfall zurückzuführen sei, aber auch teilweise auf nicht-invalidisierende Faktoren wie die Verdeutlichungstendenz, unsichere Zukunftsperspektiven bzw. Existenzängste und nicht zuletzt der Erkrankung seiner Frau beruhe. Komorbid seien ebenfalls psychische und Verhaltensstörungen durch ständigen Gebrauch von Opioiden (ICD-10: F11.25), welche zur Behandlung seiner Beschwerden indiziert seien, ihn aber in seinem psychischen Zustand zusätzlich labilisieren und zur Nervosität und Unruhe beitragen würden (Urk. 8/77/40).

In neurologischer Hinsicht wurde darauf hingewiesen, dass die Kopfschmerzen gemäss der Beurteilung von Dr. E.\_\_\_\_ phänomenologisch, wie von der Neurologischen Klinik des B.\_\_\_\_ beschrieben, einer Migräne ohne Aura entsprechen. Im Vordergrund stünden allerdings die Beinschmerzen rechts. Die Hyposensibilität im gesamten rechten Bein werde „am ehesten im Rahmen der starken Schmerzen (gemeint: nociceptive Schmerzen, orthopädisch zu beurteilen)“ erklärt. Ein spezieller Teil des Schmerzsyndroms dürfte auf

eine Meralgia

parästhetica ( Hypo sensibilität im Innervationsgebiet des Nervus

cutaneus

femoralis

lateralis ) rechts zurückzuführen sein. Therapeutisch seien in diesem Fall lokale Infiltrationen eine Alternative. Im MRI des Schädels vom 29. April 2009 würden sich keine posttraumatischen Veränderungen erkennen lassen. Die Arbeitsunfähigkeit werde bezüglich der neurologischen Symptomatik auf 20 % geschätzt ( Urk. 8/77/47 ; vgl. auch Urk. 8/77/19 ).

### **E. 3.1.3**

Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers führten die Gutachter der MEDAS aus, dass aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht gestützt auf den

Bericht des Instituts für Anästhesiologie des B.\_\_\_\_ vom 6. November 2006 (Urk. 8/65/218) angenommen werde, der vorläufige Endzustand sei am

6. November 2006 erreicht worden . Danach

habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für mittelschwere Tätigkeiten und eine ca. 80%ige Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten bestanden , da auch das Sitzen starke Schmerzen verursacht habe . Aus orthopädischer und neurologischer Sicht seien keine Gründe erkennbar, welche gegen die Durchführung von angepassten Tätigkeiten (vorwiegend sitzend ohne die Notwendigkeit des Knieens oder Hockens und ohne die Notwendigkeit des Hebens schwerer Lasten) ab dem Begutachtungszeitpunkt sprächen ( Urk. 8/77/50) . Dem Beschwerdeführer seien ab dem Begutachtungsdatum aus orthopädisch-unfallchirurgischer und neurologischer Sicht körperlich leichte Tätigkeiten, vorwiegend sitzend, mit der Möglichkeit des gelegentlichen Aufstehens und Umhergehens zumutbar. Die Tätigkeiten sollten nur mit seltenem Bücken einhergehen . Das Heben von Gewichten mit mehr als 5 kg sollte nur gelegentlich vorkommen. Eine solch adaptierte Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer ganztätig bei vermindertem Rendement wegen der Notwendigkeit vermehrter Pausen (was in Prozenten ausgedrückt etwa 25 % ausmachen dürfte) zu zumuten. Psychiatrischerseits sei dem Beschwerdeführer sowohl in seiner angestammten als auch in körperlich adaptierten Tätigkeiten eine Präsenz von ca. 80 % zumutbar mit einem Rendement von insgesamt 50 % . Somit sei gesamt haft eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine im beschriebenen Sinn adaptierte Tätigkeit ab Begutachtungszeitpunkt anzunehmen ( Urk. 8/77/51).

### **E. 3.2**

3 ) bzw. gar nicht in Frage kommt, es steht dadurch noch keine

derartige Einschränkung , welche den Einsatz des Beschwerdeführers auf dem Arbeitsmarkt verunmöglichen würde . Im Übrigen sind beim Beschwerdeführer laut Dr. A.\_\_\_\_ Ressourcen vorhanden, welche ihm etwa die Zusammenarbeit am Arbeitsplatz ohne Einschränkungen ermöglichen (E. 3.2.3). 5.3.2

Bezüglich des Invalideneinkommens ist auf die Tabellenlöhne gemäss den

vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Dabei ist von dem in der LSE 2006 (S. 25, Tabelle TA1) für Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) im Privaten Sektor (Total) angegebenen Bruttomonatslohn von Fr. 4'732.-- auszugehen (Lohn, über dem beziehungsweise unter dem sich 50% aller Lohnangaben befinden [sogenannter Zentralwert], unter anteilmässiger Berücksichtigung des 13. Monatslohnes und standardisiert auf 40 Wochenstunden). Unter Berücksichtigung der im Jahr 2006 geltenden betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung für Männer Löhne von 2

### **E. 3.2.1**

Grundlage für das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_

vom 26. März 2011 waren seine Untersuchung des Beschwerdeführers vom 31. Januar 2011, die Fragebögen vom 1. Februar 2011 sowie die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten ärztlichen Unterlagen (Urk. 8/91/1). Dr. A.\_\_\_\_

stellte die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: Mittelgradige depressive Störung mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) sowie Status nach Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD 10: F43.22). Als psychiatrische Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete er psychische und Verhaltensstörungen durch ständigen Gebrauch von Opioiden und Analgetika (ICD-10: F11.25) [Urk. 8/91/10].

### **E. 3.2.2**

Der Beurteilung von Dr. A.\_\_\_\_ ist zu entnehmen, dass sich der psychopathologische Zustand des Beschwerdeführers, trotz geeigneter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, einschliesslich medikamentös, chronifiziert habe. Die Beschwerden, die zu der mittelgradigen depressiven Störung geführt hätten, seien nach wie vor objektivierbar.

Der psychopathologische Zustand des Beschwerdeführers sei gegenüber der Untersuchung vom 29. April 2009 unverändert geblieben (Urk. 8/91/11).

### **E. 3.2.3**

Dem Beschwerdeführer seien aus psychiatrischer Sicht körperlich adaptierte Tätigkeiten im Umfang von 50% zumutbar. Am idealsten, gemäss Profil der Einschränkung aus somatischer Sicht, jeweils 3 Stunden vormittags und 3 Stunden nachmittags mit einem Rendement von 80%. Schichtarbeit oder Nachtarbeit seien für den Beschwerdeführer ungünstig. Aufgrund der Notwendigkeit – schon aus somatischer Sicht festgestellt – von längeren Pausen seien Tätigkeiten, bei denen der Beschwerdeführer unter Zeitdruck stehe, z. B. Akkordarbeit, ebenfalls nicht günstig, denn aufgrund der depressiven Störung bestehe eine Verlangsamung und der Beschwerdeführer sei rasch erschöpfbar. Trotz Verdeutlichung in seinem Verhalten sei der Beschwerdeführer emotional gut erreichbar und verfüge über eine gute Beziehungsfähigkeit, was ihm ermöglicht habe, vor dem Unfall sich vom einfachen Mitarbeiter bis zum Kader hoch zuarbeiten. Mit einer Einschränkung der sozialen Kontakte am Arbeitsplatz sei nicht zu rechnen. Trotz der Neigung zu Verstimmungen lasse er sich im persönlichen Kontakt gut von seinen Schmerzen ablenken, was ihn für eine Arbeitstätigkeit im Team befähige (Urk. 8/91/11). Die Überwindung Hindernisse funktioneller Art sei dem Beschwerdeführer sowohl kognitiv als auch emotional zumutbar (Urk. 8/91/11-12).

### **E. 3.3**

Im ärztlichen Folgezeugnis des B.\_\_\_\_, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 31. Januar 2012 wurden die Diagnosen posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) und mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) gestellt.

Zum bisherigen Heilungsverlaufs führten die Ärzte des B.\_\_\_\_ aus, die psychische Adaption an die stark veränderte Lebenssituation (chronische Verletzung bei ständigen Schmerzen, Arbeitsunfähigkeit, finanzielle Schwierigkeiten) sei

nur teilweise gelungen. Die Psychopathologie sei weitgehend veränderungsresistent (Urk. 3 S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers hielten sie

fest, aus psychiatrischer Sicht werde aufgrund der beschriebenen Diagnosen eine Arbeitsunfähigkeit zu 50 % in zeitlicher Hinsicht sowie zu 70 % in Leistungshinsicht festgestellt. In Bezug auf die verbleibende Arbeitsfähigkeit werde jedoch davon ausgegangen, dass diese nur theoretischer Natur sei. Eine Beurteilung der Verletzungs- und schmerzbedingten Arbeitsunfähigkeit liege ausserhalb ihrer Kompetenz. Aufgrund der langjährigen Kenntnis des Beschwerdeführers gingen sie von der Einschätzung aus, dass eine geringe Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nur dann gegeben wäre, wenn er ohne körperliche Belastung, bei Möglichkeit zum Positionswechsel und bei völlig freier Zeiteinteilung arbeiten könnte, was im ersten Arbeitsmarkt kaum realisierbar sein dürfte (Urk. 3 S. 2). 4.

### **E. 4**

In Bezug auf die Unfallversicherung ist zu ergänzen, dass die Zürich ihre Heilkosten- und Taggelderleistungen per 1. Oktober 2012 einstellte und dem Beschwerdeführer eine monatliche Rente gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 33 % sowie eine Integritätsentschädigung entsprechend einer Einbusse von 30 % zusprach (Verfügung vom 3. Oktober 2012, bestätigt mit Entscheid vom 12. Juni 2013). Die gegen den Einspracheentscheid vom 12. Juni 2013 erhobene Beschwerde ist Gegenstand des Prozesses UV.2013.00156 und wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4.1**

.1

Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung durch die

MEDAS

wurden

neben der körperlichen (orthopädisch-unfallchirurgischen)

Untersuchung (Urk. 8/77/37-39), Röntgen- und Laboruntersuchungen (Urk. 8/77/39-40) sowie einem PACT-Test zur Ermittlung der Selbsteinschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit (Urk. 8/77/40) eine psychiatrische (Urk. 8/77/2-11) sowie eine neurologische und elektrophysiologische (Urk. 8/77/17-21) Untersuchung des Beschwerdeführers durchgeführt. Die Gutachter der MEDAS erstellten ihre Expertise in Kenntnis der Vorakten

(insbes. Urk. 8/77/25-36). Der Beschwerdeführer wurde zu seinen Beschwerden befragt und diese wie auch sein Verhalten während der Untersuchung wurden im Gutachten der

MEDAS vom 23. Juni 2009 berücksichtigt (insbes. Urk. 8/77/3-5,  
Urk. 8/77/8,  
Urk. 8/77/17, Urk. 8/77/24) .

Das nachvollziehbar begründete Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/ 2  
2-53) ist bezüglich der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge  
einleuchtend und schlüssig.

Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD)  
der Beschwerdeführerin nahm am 1

### **E. 8**

(Urk. 8/77/53) . Die Gutachter der MEDAS stützten sich bei ihrem  
Gutachten auf

die Befragung und Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 27. und 29. April 2009, die  
von der Zürcher zur Verfügung gestellten Akten (insbes. Urk. 8/77/25-36) , die vom  
Beschwerdeführer mitgebrachten Röntgenbilder und Berichte sowie eine Röntgen-CD des  
B.\_\_\_\_ , die Berichte der Psychiatrischen Poliklinik des B.\_\_\_\_ , das psychiatrische  
Konsiliargutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und das neurologische Konsiliargutachten

von

Dr. E.\_\_\_\_

(Urk. 8/77/22) . Sie stellten die folgenden Diagnosen: - Ausgeprägtes Schmerzsyndrom  
am rechten Kniegelenk mit Bewegungseinschränkung und radiologisch nachweisbarer  
Arthrose bei Status nach Motorrad-Unfall am 23. April 2002 mit - Erst- bis zweitgradig  
offener Fraktur des distalen Femurs rechts - Status nach Transfixation des Kniegelenks mit  
Fixateur externe - Status nach Osteosynthese mittels LISS (29. April 2002) - Status nach  
Re-Osteosynthese wegen Pseudarthrose am 16. Januar 2003 - Status nach Pseudarthrosen  
-Resektion, Re-Osteosynthese und Spongiosaplastik am 1. Oktober 2003 - Status nach  
arthroskopischem Gelenk- Débridement und medialer anteriorer und lateraler  
Osteosynthesematerial -Entfernung rechts am 31. Oktober 2005 - Neurologisch: Status  
nach Motorrad-Unfall am 23. April 2002, mehrfragmentäre

zweitgradig offene Femurfraktur rechts, mehrfach operiert, persistierende posttraumatische  
Beinschmerzen rechts, Verdacht auf Meralgia

paraesthetica rechts, posttraumatische Kopfschmerzen, phänomenologisch am ehesten  
Migräne ohne Aura, Verdacht auf zusätzliche analgetikainduzierte Kopf-  
schmerz-Komponente - Psychiatrisch: Reaktion auf Belastung und Anpassungsstörung  
mit Angst und Depression gemischt mit Übergang in eine mittelgradige depressive Störung  
mit somatischem Syndrom und psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode  
(Urk. 8/77/45).

### **E. 9**

Im August 2010 Stellung zu diesem Gutachten und  
gelangte zum Schluss, dass beim psychiatrischen

Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ noch ein Belastungsprofil für die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers einzuholen sei (Urk. 8/95/8-9).

Hierfür gab die Beschwerdegegnerin bei Dr. A.\_\_\_\_ das psychiatrische Gutachten vom 26. März 2011 (Urk. 8/91) in Auftrag, in welchem dieser ein ausführliches Belastungs- und Ressourcenprofil aufstellte (Urk. 8/91/11-12).

Dr. A.\_\_\_\_ erhob im Vergleich zu seiner Untersuchung des Beschwerdeführers vom 29. April 2009 unveränderte Befunde (E. 3.2.2) und seine Beurteilung im psychiatrischen Gutachten vom 26. März 2011 (Urk. 8/91) stehen im Einklang

mit dem Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/22-53). In seiner Stellungnahme vom 12. Mai 2011 führte Dr. A.\_\_\_\_ aus, die Beurteilung in Bezug auf die durch den Unfall verursachte psychische Beeinträchtigung habe unverändert ihre Gültigkeit (Urk. 8/93). 4. 1. 2

Der Beschwerdeführer bemängelt, dass im Gutachten der

MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/22-53) seine Kopfschmerzen nicht berücksichtigt worden seien (Urk. 1 S. 6). Dies trifft nicht zu, denn

Dr. E.\_\_\_\_ befasste sich bei der neurologischen Begutachtung des Beschwerdeführers auch einlässlich

mit dessen Kopfschmerzen (Urk. 8/77/18-19). Sie attestierte dem Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und begründete dies neben der Meralgia

paraesthetica rechts auch mit den posttraumatischen Kopfschmerzen (Urk. 8/77/19). Diese Einschätzung fand Eingang in die Gesamtbeurteilung der MEDAS (Urk. 8/77/47).

Auch das Zeugnis des B.\_\_\_\_

vom 31. Januar 2012 vermag keine Zweifel am Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/22-53) oder am psychiatrischen Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. März 2011 (Urk. 8/91) zu begründen. Vorab ist festzuhalten, dass die Einschätzung der Ärzte des B.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer aufgrund der psychiatrischen Diagnosen zu 50% in zeitlicher Hinsicht sowie zu 70% in Leistungshinsicht eingeschränkt sei,

nur insoweit von derjenigen von Dr. A.\_\_\_\_ (50% Arbeitsfähigkeit in zeitlicher Hinsicht, 80% Leistung, E. 3.2.3) abweicht, als die Leistungsfähigkeit um ein mehrfaches reduziert angesehen wird. Im Zeugnis vom 31. Januar 2012 wurden jedoch keine nachvollziehbaren objektive Befunde angegeben, weshalb bei 50%iger Präsenz mit längerer Pause nur eine 30%ige Leistung zu erwarten wäre.

Es kommt hinzu, dass sich die Ärzte

des

B.\_\_\_\_ fachfremd äussern, wenn sie ihre Aussage, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht mehr verwertbar sei, auch mit dessen somatischen Gesundheitsstörungen begründen. Schliesslich sind Berichte behandelnder Ärzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen. Dies gilt für den allgemein praktizierenden Hausarzt wie den behandelnden Spezialarzt (Urteil des Bundesgerichts 9C\_981/2012 vom 27. März 2013 E.

5.2 mit weiteren Hinweisen).

Demnach ist auf Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/22-53) und das psychiatrische Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 26. März 2011 (Urk. 8/91) abzustellen. 4. 2

Am 11. und 19. August 2009 nahmen die RAD-Ärzte Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, zum medizinischen Sachverhalt Stellung. In deren orthopädischen Beurteilung vom 11. August 2009 wird zu Unrecht angenommen, ab dem 6. November 2006 bestehe eine 80%-Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (Urk. 8/95/8), denn die Gutachter der MEDAS

gehen

ab diesem Zeitpunkt aus orthopädisch-unfallchirurgischer Sicht von einer ca. 80%igen Arbeitsunfähigkeit für leichte Arbeiten aus (Urk. 8/77/50). Unrichtig ist somit

auch die „Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit“ von Dr. F.\_\_\_\_, weil dieser dort festhielt, zusammenfassend habe aus orthopädisch-traumatologischer (und neurologischer Sicht) vom 23. April 2002 bis 5. November 2006 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für jedwede Tätigkeit bestanden. Ab dem 6. November 2006 bis zum 29. April 2009 habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit bestanden, wobei es sich hierbei um eine leichtwechselbelastende vorwiegend sitzende Tätigkeit, mit lediglich gelegentlichem Heben von Lasten über 5 kg und seltenem Bücken handeln sollte (Urk. 8/95/8). Auch die Gesamtbeurteilung des RAD

missinterpretiert das Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009

(Urk. 8/77/22-53) in zeitlicher Hinsicht. Die Beschwerdeführerin ist somit zu Unrecht davon ausgegangen, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit habe bereits ab 6. November 2006 50% betragen. Es ist auf das Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2009 (Urk. 8/77/22-53) abzustellen, wonach ab 6. November 2006 (Urk. 8/68/218) für leichte Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 80% und erst ab Begutachtungstermin (27. und 29. April 2009) eine 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

5. 5.1

Zu prüfen bleibt, wie sich die festgestellte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Die seitens der Gutachter der MEDAS festgestellte Steigerung der Arbeitsfähigkeit ab 6. November 2006 bzw. 29. April 2009 ist in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV ab 1. Februar 2007 bzw. 1. Juli 2009 zu berücksichtigen. 5.2

Gemäss den Angaben der früheren Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 15. Mai 2003 betrug dessen AHV-betragspflichtiger Lohn ab 1. Januar 2002, mithin vor dem Unfall vom 23. April 2002,

Fr. 4'700.-- pro Monat (Urk. 8/5/2).

Der Beschwerdeführer macht unter Hinweis auf die Angaben seiner früheren Arbeitgeberin (Urk. 8/5/2) geltend, sein Bruttomonatslohn hätte im Jahr 2003 Fr. 4'800.-- betragen (Urk. 1 S. 8). Diese über dem Nominallohnindex liegende Lohnentwicklung lässt sich insoweit nicht nachvollziehen, als im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 8/5) hierzu keine begründeten

Angaben gemacht werden. Auch kann diese überdurchschnittliche Lohnentwicklung anhand der Einträge im IK-Auszug vom 9. März 2003 (Urk. 8/4) nicht bestätigt werden. Es ergibt sich daher, auf den ab 1. Januar 2002 erzielten Lohn von Fr. 4'700.-- pro Monat abzustellen. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männerlöhne (2002: 1933, 2007: 2047, 2009: 2136; Tabelle T39 [Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne] des Bundesamtes für Statistik, Die Volkswirtschaft 1/2-2014, Tabelle B10.3, S. 95) errechnet sich ein Valideneinkommen 2007 resp. 2009 von Fr. 64'703.-- bzw. Fr. 67'517.-- pro Jahr. 5.3

### 5.3.1

Der Beschwerdeführer stellt sich auf den Standpunkt, dass ihm kein Invaliden Einkommen angerechnet werden könne, weil die medizinisch-theoretisch attestierte Arbeitsfähigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nicht verwertbar sei (Urk. 1 S. 6-7). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung dürfen von einer versicherten Person im Rahmen der Selbsteingliederung nicht realitätsfremde und in diesem Sinn unmögliche oder unzumutbare Vorkehrungen verlangt werden (ZAK 1989 S. 319). Es können nur Vorkehrungen getroffen werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalls zumutbar sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_818/2011 vom 7. September 2012 E. 3.2 mit weiteren Hinweisen). Von einer Arbeitsgelegenheit kann dort nicht mehr gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitsgebers möglich wäre (ZAK 1989 S. 322 E. 4a). Es ist fraglich, ob die Restarbeitsfähigkeit von 20% in einer leichten Tätigkeit ab 6. November 2006 hätte verwertet werden können. Dies kann freilich offenbleiben, weil der Beschwerdeführer im besagten Zeitraum so oder anders Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (E. 5.4).

Für die dem Beschwerdeführer ab 29. April 2009 attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit ist aber davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer sie auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch verwerten könnte. Gerade in den von der Beschwerde gegenrin bei spielhaft angeführten Tätigkeiten (Telefonverkauf, Bestücker und Montearbeiten im Bereich Kleinteile und Elektronik, vgl. Urk. 2/1, Verfügungsteil 2, S. 2) gibt es verschiedene körperlich leichte Tätigkeiten mit nur seltenem Bücken bzw. gelegentlichem Heben von Gewichten mit mehr als 5 kg, welche vorwiegend sitzend, jedoch mit der Möglichkeit des gelegentlichen Aufstehens und Umhergehens, und mit vermehrten Pausen ausgeübt werden können. Auch wenn mit Dr. A. \_\_\_ angenommen wird, dass aus psychischen Gründen Schicht-, Nacht- oder Akkordarbeit für den Beschwerdeführer ungünstig sei (E.

### **E. 014**

Punkten im Jahr 2006 auf 2047 Punkte im Jahr 2007 bzw. 2136 im Jahr 2009 (Tabelle T39 [Entwicklung der Nominallöhne, der Konsumentenpreise und der Reallöhne] des Bundesamtes für Statistik, Die Volkswirtschaft 1/2-2014, Tabellen B9.2 und B10.3, S. 94 f.) resultiert ein hypothetisches Einkommen 2007 resp. 2009 von Fr. 60'167.-- und Fr. 62'783.-- (Pensum 100%).

Der Beschwerdeführer hält einen Abzug vom Tabellenlohn von insgesamt 25% für angemessen. Er macht geltend, dass Männer in Teilzeitanstellungen erheblich schlechter entlohnt würden als Mitarbeiter in vollen Pensen. Ferner könne er nur noch vorwiegend

sitzende, wechselbelastende Arbeiten mit langen Pausen ausführen, und sein Arbeitstempo sei verlangsamt. Zudem sei mit steten Ausfällen (ein bis mehrmals wöchentlich) bei Schmerz exazerbationen zu rechnen, verbunden mit einem stark erhöhten Risiko von Arbeitslosigkeit mit entsprechendem Lohnausfall (Urk. 1 S. 7). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer, welchem aus orthopädischer und neurologischer Sicht grundsätzlich eine volle Präsenzzeit möglich ist, vermehrte Pausen bedarf, ist in der Einschätzung der Gutachter der MEDAS zu dessen Arbeitsfähigkeit bereits berücksichtigt und rechtfertigt keinen weiteren Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_99/2013 vom 5. April 2013 E. 4.1.3 mit Hinweis). Eben falls keinen weiteren Abzug ist aufgrund der behaupteten, aufgrund der medizinischen Akten allerdings nicht objektivierten, ein- bis zweimaligen Ausfällen pro Woche angezeigt. Nicht zu beanstanden ist somit, dass die Beschwerdegegnerin mit der Begründung, dass Teilzeitarbeitsfähigkeit bei Männern als lohnmindernder Faktor zur berücksichtigen sei, ein Abzug von 10 % vom Tabellenlohn vornahm (Urk. 2/1, Verfügungsteil 2, S. 2). Dies ergibt ein hypothetisches Invalideneinkommen 2007 von Fr. 54'150.-- und für das Jahr 2009 ein solches von Fr. 56'504.-- bzw. von Fr. 10'830.-- (20%-Pensum ab 1. Februar 2007) und Fr. 28'252.-- (50%-Pensum ab 1. Juli 2009). 5.4 Beim Einkommensvergleich resultiert ab 1. Februar 2007 (Valideneinkommen 2007: Fr. 64'703.--, Invalideneinkommen 2007: Fr. 10'830.--)

eine Erwerbseinbusse von Fr. 53'873.--, bzw. ein Invaliditätsgrad von gerundet 83 % (83,26%), womit der Beschwerdeführer nach wie vor Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat (E. 2.2). Ab 1. Juli 2009 (Valideneinkommen 2009: Fr. 67'517.--, Invalideneinkommen 2009: Fr. 28'252.--)

besteht eine Erwerbseinbusse von

Fr. 39'265.-- bzw. ein Invaliditätsgrad von gerundet 58 % (58,16%) und damit Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (E. 2.2).

Diese Erwägungen führen zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

Die angefochtenen Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 23. März 2012 (Urk. 2/1-3) werden insoweit aufgehoben, als damit die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. Februar 2007 auf eine halbe Rente

herabgesetzt wird, und es wird festgestellt, dass die ganze Rente ab 1. Juli 2009 auf eine halbe Rente herabzusetzen ist. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen.

Der Beschwerdeführer obsiegt nur zu einem Teil, wobei der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung – da nicht thematisiert – zu keinem Mehraufwand bei der Beschwerdebegründung führte. Im Hauptpunkt, wenn auch zu einem späteren Zeitpunkt, drang er mit seiner Beschwerde nicht durch. Daher rechtfertigt es sich, ihm die Gerichtskosten zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen.

Der Beschwerdeführer hat Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung, welche nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und des teilweisen

Obsiegens auf Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzu legen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 23. März 2012 insoweit aufgehoben, als damit die ganze Rente des Beschwerdeführers per 1. Februar 2007 auf eine halbe Rente herabgesetzt wird, und es wird festgestellt, dass die ganze Rente ab 1. Juli 2009 auf eine halbe Rente herabzusetzen ist. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu drei Vierteln sowie der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Barbara Laur - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Hotel Vorsorgestiftung sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstHübscher

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