

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00134 vom 31. Oktober 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-10-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00134](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00134)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00134 du 31 octobre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00134 del 31 ottobre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1968 geborene X.\_\_\_\_

war als Elektromonteur bei der Personalverleihfirma Y.\_\_\_\_ angestellt, als er am 14. Juli 2008 als Lenker des vor deren Personenwagens in einen Auffahrunfall verwickelt wurde (Urk. 7/9/94), wobei er ein kranio-zervikales Beschleunigungstrauma erlitt (Urk. 7/9/92-93).

Am 7. Dezember 2008 meldete er sich bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (berufliche Massnahmen sowie Rente) an (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV Stelle, nahm medizinische sowie erwerbliche Abklärungen vor und erteilte dem Versicherten am 31. März 2009 Kostengutsprache für ein Arbeitstraining (Urk. 7/29) und sprach ihm für die Dauer des Arbeitstrainings Taggelder zu (Urk. 7/35).

Am

#### **E. 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). 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).

#### **E. 1.2**

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer

psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung (kooperative Haltung) der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352, 131 V 49 E. 1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff. ).

In BGE 139 V 547 hat das Bundesgericht an dieser Rechtsprechung unter Auseinandersetzung mit der daran geübten Kritik festgehalten und auf die besondere Bedeutung einer fachgerechten Abklärung hingewiesen (E. 9.1.3, E. 9.2.1). Insbesondere erkannte das Bundesgericht,

dass sich die unklaren Beschwerden hinsichtlich ihrer invalidisierenden Folgen von anderen (psychischen) Leiden durch die mangelnde Objektivierbarkeit unterscheiden. Dabei handelt es sich um ein sachliches Kriterium, das überprüft werden kann. Die hinreichende Objektivierbarkeit der gesundheitlichen Beeinträchtigung wird für Ansprüche auf Sozialversicherungsleistungen seit jeher vorausgesetzt und hat im Rahmen der 5.

IV-Revision auch Eingang in die Gesetzgebung gefunden (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Von einer unbegründeten Schlechterstellung beziehungsweise einer Diskriminierung der betroffenen Versicherten in verfassungsmässigem Sinne beziehungsweise nach Massgabe der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) kann daher nicht gesprochen werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_142/2013 vom 20. November 2013 E. 4.2 mit Hinweis auf BGE 139 V 547 E. 5.6 in fine und E. 5.7).

Die im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) analog angewendet. 1. 3

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

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

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

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

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).

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). 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 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren geregelter 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

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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 5

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlag gebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder

Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 16. Dezember 2013 betreffend Rente erhob der Versicherte mit Eingabe vom 3. Februar 2014 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm ab dem 1. Juli 2009 die gesetzlichen Leistungen, namentlich eine ganze Rente der Invalidenversicherung, zuzusprechen. Eventualiter habe das Gericht ein polydisziplinäres Gutachten einzuholen und hernach über den Rentenanspruch zu befinden (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 14. März 2014

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung in Anwendung der Foerster-Kriterien auf den Standpunkt, die nicht objektivierbaren Folgen der HWS-Distorsion seien überwindbar. Die Anpassungsstörung stelle kein erhebliches psychisches Leiden dar und der depressiven Episode mangle es an der vorausgesetzten Dauerhaftigkeit (Urk. 2 S. 2 f.). Der im Z.\_\_\_\_ - Gutachten vom 27. Dezember 2010 attestierten Arbeitsunfähigkeit von 40 % nach dem ersten Unfall könne mit Blick auf die genannte Rechtsprechung nicht gefolgt werden, sondern die damaligen Beschwerden seien überwindbar gewesen. Selbst wenn wegen der zentralvestibulären Funktionsstörung und der leichtgradigen Otolithenfunktionsstörung eine 10 %ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe, sei damit die für den Beginn des Wartejahres erforderliche Hürde von 20 % nicht erreicht. Nach der Knieverletzung vom 25. Mai 2009 habe vorerst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestanden, womit das Wartejahr ausgelöst worden sei. Seit dem 1. Mai 2011 sei der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit wiederum zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 3). Für die Zeit ab dem 1. Mai 2011 führte die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich durch, wobei sie unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10 % einen Invaliditätsgrad von 23 % errechnete und den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung entsprechend verneinte (Urk. 2 S. 3-5).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer bestreitet zusammengefasst, dass das Wartejahr erst am 25. Mai 2009 zu laufen begonnen habe und dass er ab dem 21. April 2011 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 7). Vielmehr sei der Beginn des Wartejahres auf den 14. Juli 2008 festzulegen (Urk. 1 S. 8). In psychiatrischer Hinsicht könne nicht auf das Verlaufsgutachten von Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, abgestellt werden und wenn, dann könne frühestens ab dem Datum der Begutachtung vom 11. April 2012 von einer Remission der Depression ausgegangen werden (Urk. 1 S. 9-13). Bezüglich der Kniebeschwerden bemängelte er, dass trotz unveränderter Situation und bei widersprüchlicher Aktenlage von einem Tag auf den anderen wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen worden sei (Urk. 1 S. 14-15). Bezüglich der HWS-Distorsion und der Schmerzproblematik macht der Beschwerdeführer geltend, es bestehe kein ausschliesslich unklares Beschwerdebild, weshalb die Überwindbarkeitspraxis keine Anwendung finde (Urk. 1 S. 8 und S. 15). Auf das Verlaufsgutachten der

Fachstelle Z.\_\_\_\_ könne auch diesbezüglich nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 16-17). Werde dennoch von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen, sei der Leidensabzug auf 25 % festzusetzen (Urk. 1 S. 17-18). 3.

### 3.1

Am 14. Juli 2008 geriet der Beschwerdeführer in einen Auffahrunfall, wobei er das vordere, zum Unfallzeitpunkt stillstehende Fahrzeug lenkte (Urk. 7/9/94, Urk. 7/9/85). Tags darauf begab er sich erstmals in ärztliche Behandlung (Urk. 7/9/92). Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, diagnostizierte ein HWS-Distorsionsstrauma mit Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, Nackenbeschwerden und Sensibilitätsstörungen in den Fingern I

und II beidseits. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, welche voraussichtlich fünf bis zehn Tage dauern werde (Urk. 7/9/93). 3.2

Vom 30. Oktober 2008 bis am 9. Januar 2009 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehabilitationsklinik C.\_\_\_\_ auf. Im Bericht vom 9. Januar 2009 wurde unter den aktuellen Problemen neu ein rezidivierender Schwindel unklarer Ätiologie, differentialdiagnostisch vestibulär oder zervikogen, aufgeführt. Bei den Diagnosen gaben die Ärzte neu eine leichte Anpassungsstörung an (Urk. 7/15/6, Urk. 7/45/19). Beim Austritt hielten sie die ange Stammte Tätigkeit wegen der Schwindelproblematik für unzumutbar, eine leichte bis mittelschwere Tätigkeiten hingegen für ganztags zumutbar (Urk. 7/15/7, 7/15/13,

7/16, 7/45/19-20). 3.3

Am 25. Mai 2009 knickte der Beschwerdeführer beim Gehen ein und verdrehte sich dabei das Knie (Urk. 7/46/12). Er gab an, an jenem Abend einen leichten Schwindel verspürt zu haben (Urk. 7/46/8). Am folgenden Tag begab er sich ins Spital D.\_\_\_\_, wo der Assistenzarzt E.\_\_\_\_ eine Ruptur des vorderen Kreuzbands rechts sowie eine Läsion ersten Grades des medialen kollateralen Bandes (MCL) des rechten Knies diagnostizierte und den Verdacht auf eine Aussenmeniskus hinterhornläsion rechts sowie auf eine Impressionsfraktur des lateralen Femurkondylus äusserte. Sodann attestierte er dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 5. Juli 2009 (Urk. 7/46/6).

### 3.4

Am 15. Februar 2010 erfolgten eine vordere Kreuzbandrekonstruktion und eine posterolaterale Rekonstruktion rechts in der Klinik F.\_\_\_\_. Am 2. März 2010 wurde der Beschwerdeführer wegen eines Wundinfekts an der Tibia operiert, am 3. März 2010 wurde eine Kniepunktion und am 5. März 2010 eine Arthroskopie durchgeführt (Urk. 7/60/1). Am 20. August 2010 gaben die Ärzte der Klinik F.\_\_\_\_ an, bis Ende August 2010 sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig. Aus ihrer Sicht könne das Knie wieder voll belastet werden, sodass eine schrittweise Steigerung der Arbeitsfähigkeit als Elektromonteur zu begrüssen sei (Urk. 7/62/2).

### 3.5

Mit Berichten vom 11. Februar 2010 sowie vom 20. Mai 2010 diagnostizierte Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode (ICD-10: F32.2; Urk. 7/73/148; Urk. 7/73/90). In seinem Bericht vom 18. Oktober 2011 hielt er fest, der Beschwerdeführer zeige weiterhin die Symptome einer mittelgradigen bis schweren Depression und sei allein schon deswegen vollständig arbeitsunfähig (Urk. 7/91/3). 3.6

Durch die Ärzte der Fachstelle Z.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführer internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch, orthopädisch und hals-nasen-ohren-ärztlich begutachtet. Die beteiligten Ärzte gelangten zum Schluss, wichtigster limitierender Faktor der Arbeitsfähigkeit sei aktuell die Knieproblematik rechts. Organisch bedingt seien Geh-, Beuge- und Streckfähigkeit des rechten Kniegelenks erheblich eingeschränkt. Die angestammte Tätigkeit als Elektromonteur sei noch nicht zumutbar. Erst ein Jahr nach der Operation des vorderen Kreuzbandes könne die definitive Beurteilung erfolgen. Bis am 5. März 2011 sei der Beschwerdeführer wegen der ausgeprägten Schmerzsymptomatik sowie der eingeschränkten Beweglichkeit des rechten Kniegelenks auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Anschliessend müsse die Arbeitsfähigkeit in angepasster sowie in angestammter Tätigkeit neu begutachtet werden. Hinsichtlich der Rückenproblematik bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Befunden und den subjektiven Beschwerden. In einer leichten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer rein von der Rückenproblematik her arbeitsfähig. Wegen des Schwindels seien Arbeiten über Kopf ungünstig und Arbeiten mit erhöhter Sturzgefahr zu meiden. Aufgrund der mittelgradigen bis schweren depressiven Episode sei die Arbeitsfähigkeit um 40 % eingeschränkt. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei aus psychiatrischer Sicht während sechs Stunden pro Tag möglich ( Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2010, Urk. 7/65/ 27-28 ). 3. 7

Vom 1. bis am 28. Januar 2011 hielt sich der Beschwerdeführer stationär in der Psychiatrischen Klinik H.\_\_\_\_ auf. Die H.\_\_\_\_ -Ärzte diagnostizierten eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F32.2), bestehend seit circa 2009, und äusserten den Verdacht auf eine Angststörung (ICD-10: F41; Urk. 7/99/2). Für die Dauer des stationären Aufenthalts attestierten sie ihm eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Prognostisch gaben sie an, es müsse von einer länger währenden Arbeitsunfähigkeit, zumindest von einer teilweisen, ausgegangen werden (Urk. 7/99/3). 3. 8

Am 29. März 2011 wurde der Beschwerdeführer vom Kreisarzt Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, untersucht (Urk. 7/73/ 64 ff. ). Im Bereich der Halswirbelsäule und des Nackens erhob Dr. I.\_\_\_\_ nur diskrete Befunde mit leichten Muskelverspannungen, leichten Bewegungseinschränkungen und leichten belastungsabhängigen Schmerzen. Bildgebend beschrieb er altersentsprechende degenerative Veränderungen, welche einen Teil der Beschwerden lokal erklärten. Am rechten Kniegelenk bestanden benachbart eine leichte Muskelatrophie, eine leichte Bewegungseinschränkung, belastungsabhängige Schmerzen und eine Funktionsinstabilität (Urk. 7/73/70 ). Am 21. April 2011 formulierte Dr. I.\_\_\_\_ das Zumutbarkeitsprofil aus. Zumutbar seien dem Beschwerdeführer wechselbelastende Tätigkeiten, Zusatzbelastungen vereinzelt statisch bis zu 10-15 kg, kurzstreckig gehend bis 10 kg. Stehen ohne ausschliessliche Belastung des rechten Beines

sei ebenfalls zumutbar. Gehstrecken von jeweils 100-200 Metern seien mehrere Male pro Arbeitszeit möglich. Sitzen sei zumutbar, wenn die Möglichkeit bestehe, aufzustehen und herumzugehen. Nicht zumutbar seien repetitive Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, kraftvolles axiales Sperren, Stossen und Ziehen, Zwangshaltungen für das rechte Bein, knauernde, kniende, bodennahe Tätigkeiten, Leitern- und Gerüstarbeit, repetitive Treppensteigen, Gehen ausschliesslich auf unebenem Untergrund sowie Schläge und Vibrationen (Urk. 7/73/56 ). Am 29. August 2011 ergänzte Dr. I.\_\_\_\_, nicht nur wechselbelastende, sondern auch vorwiegend sitzende Tätigkeiten seien zumutbar (Urk. 12/120 im Verfahren UV.2012.00248 ). 3. 9

Am 1. April 2012 erging das Verlaufsgutachten der Fachstelle Z.\_\_\_\_ (Urk. 7/113). Die Gutachter gaben an, aus orthopädischer Sicht weise das rechte Knie eine bleibende verminderte Belastbarkeit auf, welche zu einer qualitativen Limitierung, nicht jedoch zu einer Einschränkung des möglichen Arbeitspensums führe. Bezüglich der Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule bestünden keine relevanten Einschränkungen mehr. Die Depression sei remittiert und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

Die Tätigkeit als Elektromonteur könne schon alleine aufgrund der Knieprobleme nicht mehr ausgeübt werden. In einer leichten (bis maximal intermittierend mittelschweren), wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vollzeitlich und mit vollem Rendement arbeitsfähig. Gehstrecken sollten nur auf ebenem und festem Boden nötig sein und die Gewichtslimiten betragen bei statischen Belastungen 15 kg und für tragende Tätigkeiten 10 kg. Unebenes Gelände, Treppen- und Leiternsteigen seien ungeeignet und Kälte und Nässe seien zu vermeiden. Ebenso sei abzusehen von Arbeiten in absturzgefährdeten Positionen sowie

von solchen mit raschen und unerwarteten Bewegungen oder Zwangshaltungen. Nach dem Unfall vom 14. Juli 2008 habe eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, nach der Knie-Distorsion vom 25. Mai 2009 bis etwa am 5. März 2011 eine 100%ige. Anschliessend sei eine schrittweise Besserung eingetreten. Wann die Besserung in psychiatrischer Hinsicht eingetreten sei, sei aus den Akten nicht ersichtlich

(Urk. 7/113/31 - 33). Am 10. September 2012 fügten die Z.\_\_\_\_ -Gutachter präzisierend an, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit infolge der Kniebeschwerden sei bis zur abschliessenden kreisärztlichen Untersuchung vom 21. April 2011 auszugehen (Urk. 7/122/2). 4.

#### **E. 4**

auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

##### **E. 4.1.1**

Einig sind sich die Parteien darüber, dass ab dem 25. Mai 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bestand und dem Beschwerdeführer infolgedessen zumindest für eine gewisse Zeit eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht (Urk. 2 S. 3 und 5). Strittig ist vorerst der Beginn des Wartejahres beziehungsweise der Rentenbeginn.

##### **E. 4.1.2**

Sowohl bezüglich des Beginns der Wartezeit als auch für die Erfüllung der 40%igen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG kommt es auf die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf an. Eine Erwerbsunfähigkeit ist hingegen nicht erforderlich (BGE 130 V 97 E. 3.2, 105 V 156 E. 2.a; Meyer, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 2. Auflage 2010, S. 278; Kreis schreiben über Invalidität und Hilflosigkeit in der IV (KSIH), Rz. 2003). Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter gingen für die Zeit zwischen dem ersten und dem zweiten Unfall wegen der schleudertraumatischen Beschwerden von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten, mithin auch in der angestammten, aus (Urk. 7/65/28, Urk. 7/113/33).

Die Beschwerdegegnerin beanstandete diese Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsunfähigkeit aus medizinischer Sicht nicht, verneinte jedoch in Beantwortung der

Rechtsfrage der Überwindbarkeit im Sinne der Foerster-Kriterien eine invalidisierende Wirkung der vorliegenden Gesundheitseinschränkungen (Urk. 2 S. 2 f.).

#### **E. 4.1.3**

Ob eine spezifische und unfalladäquate HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle invalidisierend wirkt, beurteilt sich sinngemäss nach der Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen (BGE 136 V 279, Regeste und E. 3.2.3, je mit Hinweis).

Der nicht von Anfang an geklagte Schwindel konnte erst anlässlich der Untersuchung vom September 2010 durch die Z.\_\_\_\_-Gutachterin Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Leiterin Klinik K.\_\_\_\_, Fachärztin für Otorhinolaryngologie, speziell Hals- und Gesichtschirurgie, teilweise objektiviert werden (Urk. 7/65/62). Im relevanten Zeitraum lag somit einzig das organisch nicht nachweisbare Schleudertrauma-Beschwerdebild vor, welches rechtsprechungsgemäss grundsätzlich als überwindbar anzusehen ist. Daneben bestehende degenerative Veränderungen (vgl. Urk. 1 S. 8) wiesen nur ein geringfügiges Ausmass auf (Urk. 7/15/7) und führen nicht dazu, dass die Überwindbarkeits-Praxis nicht angewendet werden dürfte.

Das vom Beschwerdeführer angeführte Urteil des Bundesgerichts 8C\_505/2013 vom 8. Januar 2014 (vgl. Urk. 1 S. 5 Rz. 13) besagt denn auch nicht, dass die Überwindbarkeits-Praxis nur bei ausschliesslich unklaren Beschwerdebildern zur Anwendung gelangen könne, sondern, dass nur in solchen Fällen eine Rentenüberprüfung im Sinne der Schlussbestimmungen des IVG eingeleitet werden dürfte (E. 4.1.1 und 4.1.2). Selbst dies gilt

nur dann, wenn die erklärbaren Beschwerden nicht von den unklaren abgegrenzt werden können (BGE 140 V 197 E. 6.2) oder wenn sich keine anteilmässige Zuordnung der Arbeitsunfähigkeit (en) vornehmen lässt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_34/2014 vom 8. Juli 2014, E. 4.2.1). Bei der Anwendbarkeit der Überwindbarkeits-Praxis macht es sodann keinen Unterschied, ob es um den Beginn des Wartjahres oder um die invalidisierende Wirkung geht, denn ein Leiden, das keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründen kann, kann auch nicht das dafür erforderliche Wartjahr in Gang setzen.

#### **E. 4.1.4**

Demnach ist zu prüfen, ob die Foerster-Kriterien (vgl. vorstehende E. 1.1) in jenem Zeitraum vom 14. Juli 2008 bis am 25. Mai 2009 erfüllt waren. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer.

Am 17. September 2008 hatte sich der Beschwerdeführer bei Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in Behandlung ergeben (Urk. 7/100/19). In seinem Bericht vom 23. Dezember 2011 nannte dies er die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (ICD-10: F43.21; Urk. 7/100/1).

Die erhobenen Befunde sind nicht gravierend, insbesondere waren Gedächtnis, Konzentration- und Auffassungsgabe nicht eingeschränkt (Urk. 7/100/2, 7/100/5). Die Ärzte der Rehaklinik C.\_\_\_\_ gaben in ihrem Bericht vom 9. Januar 2009 die Diagnose einer leichten Anpassungsstörung an (Urk. 7/15/6, Urk. 7/45/19). Da es sich bei einer Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) definitionsgemäss um ein vorübergehendes und damit

nicht invalidisierendes psychisches Leiden handelt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_322/2010 vom 9. August 2010, E. 5.2 mit Hinweisen), reicht sie nicht aus, um das Kriterium der erheblichen Dauer zu erfüllen. Im konkreten Fall ist die leichte Anpassungsstörung vom Ausmass her nicht ausreichend, um von einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung auszugehen.

Eine chronische körperliche Begleiterkrankung oder ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung lagen vor dem Unfall vom 25. Mai 2009 nicht vor. Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens

ist nicht ausgewiesen. Im Gegenteil wurde ein solcher von den Ärzten der Rehaklinik C.\_\_\_\_ verneint (Urk. 7/15/8).

Ein primärer Krankheitsgewinn

und ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis trotz konsequent durchgeführter Behandlung sind ebenfalls nicht ersichtlich, weshalb

insgesamt keine Validitätseinbusse zufolge ausnahmsweiser Unüberwindbarkeit nachgewiesen ist. Entsprechend begann das Wartejahr erst am 25. Mai 2009 zu laufen.

Somit ist der Rentenbeginn per 1. Mai 2010 nicht zu beanstanden.

#### **E. 4.2.1**

Weiter ist zu prüfen, ob und gegebenenfalls wann betreffend das Knieleiden im Verlauf eine Verbesserung eingetreten ist.

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, analog zur Beurteilung durch die

Suva sei ab dem 21. April 2011 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen (Urk. 2, Verfügungsteil 2, S. 3), was der Beschwerdeführer bestreitet (Urk. 1 S. 7).

#### **E. 4.2.2**

Nach den der Knie-Distorsion vom 25. Mai 2009 folgenden Eingriffen am rechten Knie im Februar und im März 2010 in der Klinik F.\_\_\_\_ (vgl. vorstehende E. 3.4) wurde dem Beschwerdeführer bis Ende August 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 12. August 2010 zeigten sich klinisch wieder stabile Verhältnisse

am Knie und die Ärzte hielten fest, das Kniegelenk könne wieder voll belastet werden. Indes litt der Beschwerdeführer noch an deutlichen Restbeschwerden und berichtete über ein subjektives Instabilitätsgefühl (Urk. 7/62/2).

Im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Dezember 2010 wurde im Bereich des rechten Kniegelenks noch ein Zustand nach frischer Operation mit Ersatz des vorderen Kreuzbandes und dazu eine noch fertig zu behandelnde, revidierte Wundinfektion beschrieben. Die Beweglichkeit des rechten Kniegelenkes, insbesondere die Geh-, Beuge- und Streckfähigkeit waren noch deutlich eingeschränkt und die Weichteile rund um das rechte Kniegelenk geschwollen, was die Attestierung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die nächsten Monate zur Folge hatte (Urk. 7/65/40 f.).

Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 29. März 2011 wies der Beschwerdeführer am rechten Kniegelenk noch eine leichte Bewegungseinschränkung, belastungsabhängige Schmerzen und eine Funktionsinstabilität sowie benachbart eine leichte Muskelatrophie auf (Urk. 7/73/70). Eine definitive Beurteilung der erwerblichen Ressourcen vermochte Dr. I. \_\_\_ indessen noch nicht abzugeben, mit der Begründung, die Abklärungen seien noch nicht beendet. Auch eine allfällige weitere Behandlung respektive eine zusätzliche Operation des insuffizienten vorderen Kreuzbandes stünden zur Diskussion. Aufgrund der klinischen Befunde wäre jedenfalls eine das rechte Kniegelenk wenig belastende Tätigkeit an sich zumutbar, es mache aber keinen Sinn, den Umfang genauer festzulegen, bevor die orthopädischen Beurteilungen und Behandlungen abgeschlossen seien (Urk. 7/73/71).

Am 31. März 2011 erfolgte eine Untersuchung des rechten Knies durch die Ärzte der Klinik F. \_\_\_. Im Bericht darüber wurde festgehalten, es lägen zwei Problembereiche vor. Einerseits bestehe insbesondere rotatorisch eine persistierende Instabilität. In anteriorer und posteriorer Richtung sei das Gelenk klinisch und auch in den gehaltenen Aufnahmen jedoch stabil. Andererseits zeige sich eine beginnende mediale Überlastung der Varusachse. In Frage käme hier ein weiteres operatives Vorgehen. Der Beschwerdeführer lehne weitere Operationen indessen ab und wolle die konservativen Möglichkeiten ausschöpfen (Urk. 7/73/57-58).

Dr. I. \_\_\_ nahm diese Untersuchungsergebnisse in seinem Bericht vom 21. April 2011 zur Kenntnis und formulierte nunmehr das in vorstehender Erwägung 3.8 wiedergegebene Belastungsprofil. Dabei ist es nachvollziehbar, dass die verbliebenen Beschwerden am Knie zu qualitativen Einschränkungen führen und dem Beschwerdeführer zwar keine das rechte Knie belastende Tätigkeit mehr zumutbar ist, hingegen eine knieschonende (vgl. Urk. 7/73/55-56). Dr. I. \_\_\_ stützte sich bei seiner Beurteilung zudem auf die Vorakten inklusive bildgebender Materialien, auf die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich Beschwerden, auf die Anamnese sowie auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers erhobenen Befunde (Urk. 7/73/64-69). Eine Verbesserung im Vergleich zum Z. \_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2010 ist darin zu erkennen, dass die Bewegungseinschränkung nicht mehr deutlich, sondern nur noch leicht ausgeprägt war (Urk. 7/73/70), sodass sie im Bericht der Klinik F. \_\_\_ über die am 31. März 2011 durchgeführte Untersuchung des rechten Knies bei der Schilderung der aktuellen Probleme offensichtlich gar keine Erwähnung fand (Urk. 7/73/58). Die im März 2011 angefertigte MRI Untersuchung zeigte denn auch kein anatomisches Korrelat mehr für die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden (Urk. 7/106/2).

Bekräftigt wurde Dr. I. \_\_\_'s Beurteilung durch den Bericht der Klinik F. \_\_\_ vom 11. Juli 2011, der ebenfalls auf eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit hindeutet. Darin wurde festgehalten, es sei zu diskutieren, ob eine vorwiegend sitzende Tätigkeit mit Gehstrecke von weniger als 30

Minuten und ohne das Tragen von schweren Lasten über 20 Kilogramm durchführbar sei. Die Suva werde gebeten, eine entsprechende Modifikation am Arbeitsplatz zu prüfen (Urk. 7/70/2).

Anlässlich der weiteren Untersuchung durch die

Fachstelle Z. \_\_\_ vom März 2012 zeigten sich noch eine leicht vermehrte Rotation medially sowie eine beginnende medial betonte Gonarthrose (Urk. 7/113/50-51). Die

Verbesserung ist nach der Einschätzung der Z.\_\_\_\_ -Gutachter schrittweise eingetreten (Urk. 7/113/33). Dass der Beginn der vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit genau auf den 21. April 2011 festgelegt wurde (vgl. den Einwand in Urk. 1 S.

#### **E. 4.2.3**

Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die hierzu notwendige Prognose unterliegt dabei dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 119 V 7 E.

3c/aa mit Hinweisen). Nach der bundesgerichtlichen Praxis zu Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Rente bei Wegfall der Invalidität im Normalfall erst nach Ablauf von drei Monaten seit dem Eintritt der anspruchserheblichen Veränderung aufzuheben (BGE 119 V 98 E. 4a, Urteil des Bundesgerichts I 569/06 vom 20. November 2006 E. 3.3).

Die im April 2011 eingetretene Verbesserung des Gesundheitszustands kann deshalb erst per 1. August 2011 zu einer Rentenaufhebung oder -herabsetzung führen. Insoweit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

#### **E. 4.3**

Im Rahmen des ersten Z.\_\_\_\_ -Gutachtens erfolgte am 5. Oktober 2010 eine neuro otologische Begutachtung . Darin wird angeführt, der Beschwerdeführer habe nach eigenen Angaben völlig beschwerdefreie Tage, aber auch Tage, an denen die Schwindelbeschwerden wieder kurzzeitig aufträten, dann jedoch auch wieder rasch abklängen (Urk. 7/65/22-23). Aufgrund dieser Angaben sowie der erhobenen Befunde gelangte die Gutachterin Prof. Dr. J.\_\_\_\_ zum Schluss, dass keine sturzgefährdeten Tätigkeiten wie Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten zu mutbar seien (Urk. 7/65/63), was einleuchtet. Weshalb der Beschwerdeführer für nicht sturzgefährdete Tätigkeiten nur eingeschränkt arbeitsfähig sein soll , begründete Prof. Dr. J.\_\_\_\_ nicht (Urk. 7/65/63) , weshalb aufgrund der Schwindelproblematik eine Verminderung der Arbeits fähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht nachvollzogen werden kann ,

zumal der Beschwerdeführer anlässlich der zweiten Z.\_\_\_\_ -Begutachtung vom März 2012 nicht mehr über Schwindel klagte (Urk. 7/113/24-25).

#### **E. 4.4.1**

Im Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 27. Dezember 2010 wurde aufgrund einer mittel gradigen bis schweren depressiven Episode von einer um 40 % reduzierten Arbeitsfähigkeit ausgegangen (Urk. 7/65/27-28). Entscheidend waren bei dieser Einschätzung eine eingeschränkte Stresstoleranz, eine verminderte Belastbarkeit, ausgeprägte Schlafstörungen, eine Konzentrationsminderung und eine erhöhte Fehlerquote (Urk. 7/65/52). Die Prognose erschien nach Behandlung der somatischen Erkrankungen als günstig (Urk. 7/65/53).

Während der psychiatrischen Untersuchung durch die

Begutachtungsstelle Z. \_\_\_ im März 2012 machte der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchung von zwei Stunden Dauer einen agilen, alerten und sehr aufmerksamen Eindruck, ohne dass sich Ermüdungserscheinungen bemerkbar gemacht hätten (Urk. 7/113/43). Im Gespräch zeigten sich keinerlei Anhaltspunkte für kognitiv-mnestische Defizite. Eine detaillierte psychopathologische Befunderhebung war bei eingeschränkter Mitarbeit des Beschwerdeführers aber nicht möglich. Der Beschwerdeführer bejahte beispielsweise auf Nachfrage Phänomene, welche eine schwere psychische Beeinträchtigung bekräftigen könnten, wie beispielsweise das Hören imperativer Stimmen, machte zu diesem Phänomen jedoch keine detaillierten Angaben. Daraus schloss der Gutachter auf wenig Authentizität der Angaben des Beschwerdeführers und auf ein aggravatorisches Verhalten

(Urk. 7/113/43).

Auch der Ray-Memory-Test ergab Anhaltspunkte für Aggravation und Simulation (Urk. 7/113/44). Passend dazu reagierte der Beschwerdeführer auf keine antidepressive Medikation, was die Ärzte mit dem Fehlen eines behandlungsbedürftigen affektiven Syndroms erklärten. Gemäss den Angaben des psychiatrischen Gutachters liessen sich keinerlei Defizite in den Bereichen Affektivität und Psychomotorik objektivieren. Ebenso wenig tauchten während der emotional belastenden Situation der psychiatrischen Untersuchung die geklagten konversiven Symptome auf, wo zu

der Gutachter

Dr. A. \_\_\_ anmerkte, dass die geschilderten Phänomene den ethnokulturell geprägten Vorstellungen des Beschwerdeführers darüber entsprechen, welche Beschwerden ein schwer psychisch Kranker zu präsentieren habe (Urk. 7/113/44).

Bezüglich der vordiagnostizierten Depression führte

Dr. A. \_\_\_ aus, dass nicht ersichtlich sei, in welchem Teil es sich um die Wiedergabe von durch den Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und in welchem Teil es sich um objektiv erhobene Befunde handle (Urk. 7/113/44). Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der Untersuchung des Beschwerdeführers ist diese Schlussfolgerung nachvollziehbar und andere ärztliche Beurteilungen sprechen nicht dagegen. Die Ärzte der psychiatrischen Klinik H. \_\_\_ gaben beispielsweise nicht an, ob beziehungsweise inwiefern ein verminderter Antrieb effektiv zu beobachten war oder ob dieser lediglich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers selber festgehalten wurde

(vgl. Urk. 7/99/3). Gleich verhält es sich mit den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. G. \_\_\_ , aus welchen nicht ersichtlich ist, inwiefern die geklagten Beschwerden objektiviert werden konnten (Urk. 7/73/90, Urk. 7/91/3,

Urk. 7/117). Nachdem im März 2012 aus psychiatrischer Sicht keinerlei Defizite objektiviert werden konnten und Hinweise auf aggravatorisches Verhalten bestanden, überzeugt die Angabe von Dr. A. \_\_\_ , wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (Urk. 7/113/45). Wegen des Fehlens psychiatrischer

Verlaufsberichte seit Februar 2011 konnte der konkrete Zeitpunkt der Verbesserung nicht eruiert werden. Fest steht aber, dass die Verbesserung spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung im März 2012 eingetreten war (Urk. 7/113/33).

#### **E. 4.4.2**

Die Beschwerdegegernerin stellte sich bezüglich der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht auf den Standpunkt, weder eine Anpassungsstörung noch eine depressive Episode, ob mittelgradig oder schwer, vermöge eine Invalidität im Sinne des Gesetzes zu begründen (Urk. 6 in Verbindung mit Urk. 7/133/8).

Eine Anpassungsstörung liege ganz allgemein im Grenzbereich dessen, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten könne und eine depressive Episode sei nicht lang andauernd (Urk. 2, Verfügungsteil 2, S. 2). Beim Beschwerdeführer wurde im Bericht vom 11. Februar 2010 eine schwere depressive Episode diagnostiziert (Urk. 7/73/148) und mangels gegenteiliger Anhaltspunkte ist davon auszugehen, dass sie

- wenn auch teilweise in geringerer, doch ebenfalls erheblicher Ausprägung (vgl. Urk. 7/65/20) - bis zur Verlaufsbeurteilung im März 2012 andauerte. Bei einer Dauer von über zwei Jahren kann die gutachterlich attestierte Verminderung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 7/65/21) nicht damit abgetan werden, diese habe nicht lange genug angehalten.

Dementsprechend ist für den Zeitraum von April 2011 (bis dahin bestand eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit wegen der Knieverletzung) bis zur psychiatrischen Beurteilung vom 12. März 2012 (Urk. 7/113/2) von der im Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Dezember 2010 attestierten um 40 % reduzierten Arbeitsfähigkeit auszugehen.

#### **E. 4.5**

Die bei der Z.\_\_\_\_-Beurteilung im Jahr 2010 noch im Vordergrund stehenden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung in die Schultern sowie die Epicondylitis-Beschwerden beidseits waren anlässlich der orthopädischen Untersuchung vom 16. März 2012 nicht mehr feststellbar. Das Röntgenbild war unauffällig und auch für den Beschwerdeführer war diese Beschwerdesymptomatik deutlich in den Hintergrund gerückt (Urk. 7/113/29). Auch über Schwindel klagte er nicht mehr (Urk. 7/113/24-25). Bei dieser Ausgangslage ist es nachvollziehbar, dass die HWS-Problematik nach Einschätzung der Gutachter nicht mehr zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führt. Zusammenfassend ist es überwiegend wahrscheinlich, dass - entsprechend dem Z.\_\_\_\_-Gutachten vom 11. April 2012 (Urk. 7/113/30)

- zumindest ab der Beurteilung im März 2012 nebst den Kniebeschwerden keine weiteren somatischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden.

Schon im Jahr 2010 waren die Ärzte zum Schluss gekommen, die gestellte Diagnose eines chronischen tendomyotischen zervikothorakalen Schmerzsyndroms (Urk. 7/65/23) führe nicht zu Einschränkungen bei einer leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeit (Urk. 7/65/27-28) und eine schwere körperliche Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer wegen der Kniebeschwerden ohnehin nicht mehr zumutbar. 4. 6

Betreffend Überwindbarkeit der HWS-Beschwerden wandte der Beschwerdeführer ein, es könne nur auf ein aktuelles und in medizinischer Hinsicht umfassendes Gutachten abgestellt werden. Das Z.\_\_\_\_-Verlaufsgutachten vom 11. April 2012 sei kein polydisziplinäres und erfülle diese Anforderungen nicht (Urk. 1 S.

#### **E. 6**

). Mit gerichtlicher Verfügung vom 12. Juni 2014 wurden die Basler Versicherungen AG sowie die Fondation 2ème pilier swissstaffing zum Prozess beigelegt (Urk. 9). Die Beigeladene 1 liess sich innert Frist nicht vernehmen (vgl. Urk.

### **E. 6.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem teilweisen Obsiegen des Beschwerdeführers sind die Verfahrenskosten von Fr. 900.-- dem Beschwerdeführer und der Beschwerdegegnerin je zur Hälfte aufzuerlegen.

### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer). Bei teilweisem Obsiegen ist ein Anspruch auf eine Prozessentschädigung zu bejahen, wobei bei einem Teilerfolg, gemessen am Ergebnis der Anfechtung des vorinstanzlichen Entscheides, grundsätzlich Anspruch auf eine reduzierte Prozessentschädigung besteht. Entsprechend wird die Beschwerdegegnerin verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 16. Dezember 2013 dahingehend abgeändert, dass festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Mai 2010 bis zum 31. Juli 2011 Anspruch auf eine ganze Rente sowie für die Zeit vom 1. August 2011 bis am 30. Juni 2012 Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung hat.

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Martin Hablützel - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk.

### **E. 11**

und 12). Die Beigeladene 2 nahm am 1. September 2014 Stellung (Urk. 15, unter Beilage von Urk. 16/1-5). Der Beschwerdeführer verzichtete auf eine Stellungnahme hierzu (Urk. 20).

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

Im ebenfalls hängigen Verfahren in Sachen des Beschwerdeführers gegen die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva)

wird mit heutigem Datum ebenfalls der Entscheid gefällt (UV.2012.00248). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 14**

Rz. 41 ), hängt damit zusammen, dass die kreisärztliche Beurteilung vom 21. April 2011 datiert (Urk. 7/73/55). Dr. I. \_\_\_ hatte den Beschwerdeführer bereits am 29. März 2011 untersucht (Urk. 7/73/64), befand es aber für eine abschliessende Beurteilung als nötig, die Ergebnisse der noch folgenden orthopädischen, klinischen und bildgebenden Untersuchung abzuwarten (Urk. 7/73/70 -71 ). Diese fand zwar noch im März 2011 statt (Urk. 7/73/57), da jedoch die Verbesserung schrittweise und nicht von einem Tag auf den anderen eingetreten ist, ist die Annahme, dass die Verbesserung definitiv im April 2011 eingetreten ist, gerechtfertigt. Ein Widerspruch zum Z. \_\_\_ -Verlaufsgutachten

wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wurde (vgl. Urk. 1 S. 14 Rz. 42) - besteht nicht. Denn die im Z. \_\_\_ -Gutachten

gemachte Angabe, die Verbesserung könne erst vom Zeitpunkt der Begutachtung an sicher festgestellt werden (Urk. 7/113/33), bezog sich auf die unmittelbar davor erwähnte lückenhafte Dokumentation der psychischen Beschwerden und somit auf die Verbesserung aus psychiatrischer Sicht .

Insgesamt steht nach dem Gesagten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit fest, dass dem Beschwerdeführer unter Berücksichtigung ausschliesslich der Kniebeschwerden

die von Dr. I. \_\_\_ beschriebene angepasste Tätigkeit seit April 2011 zu 100 % zumutbar ist.

#### **E. 16**

Rz. 49 - 51 ) .

Sodann hätten die Gutachter ungenügend dargelegt, weshalb die HWS- Problematik nicht invalidisierend sei (Urk. 1 S. 16 Rz. 50).

Der Beschwerdeführer wurde im Jahr 2010 internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch, orthopädisch und HNO -ärztlich begutachtet (Urk. 7/ 65/2), womit eine umfassende polydisziplinäre Begutachtung vorliegt. Eine Verlaufsbeurteilung drängte sich nach Auffassung des RAD aus psychiatrischer Sicht auf (Urk. 7/133/4 - 6). Aufgrund der Ergänzungsfragen des Beschwerdeführers ( Urk. 7/111) er folgte schliesslich nicht nur eine psychiatrische (vgl. Urk 7/104), sondern auch eine internistische und orthopädische Verlaufsbeurteilung (vgl. Urk 7/113/2). Dass der Beschwerdeführer nicht mehr neurologisch und rheumatologisch untersucht wurde (vgl. den Einwand in Urk. 1 S. 16 Rz. 49) , ist wegen der bereits im Jahr 2010 erfolgten Begutachtung in diesen Disziplinen und infolge des Fehlens konkreter Anhaltspunkte dafür, dass weitere Abklärungen in diese Richtung ein anderes Ergebnis ergeben hätten, nicht zu beanstanden. Demnach wurde der Verlauf seit 2010 mit dem Z. \_\_\_ -Gutachten vom 11. April 2012 umfassend abgeklärt.

Der - nach dem Z. \_\_\_ -Gutachten vom 11. April 2012 erfolgte - Hinweis der Beschwerdegegnerin an die Gutachter, dass gewisse Beschwerden als überwindbar gälten (Urk. 7/121, Urk. 1 S. 16 f. Rz. 52), war ohne Einfluss auf das Resultat der Expertise , denn die Gutachter gaben an, dass es sich dabei um eine Rechtsfrage handle (Urk. 7/122/2-3).

Dieser Hinweis

seitens der Beschwerdegegnerin führt deshalb nicht zur Unverwertbarkeit des Gutachtens. Im Übrigen legten die Gutachter überzeugend dar, dass in Bezug auf die HWS Problematik keine relevanten Einschränkungen mehr bestehen (vgl. vorstehende E. 3. 9). Davon ist auszugehen.

5.

5.1

Währenddem der Invaliditätsgrad während der vollumfänglichen Erwerbsunfähigkeit 100 % betrug, ist er für die Phasen, während welcher eine 60%ige respektive eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestand, mittels eines Einkommensvergleichs zu ermitteln. Dabei ist die IV Stelle nicht an die von der Unfallversicherung festgestellte Invalidität gebunden (BGE 136 V 279 E. 4.1).

5.2

Hinsichtlich des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin mangels klarer bisheriger Einkommensverhältnisse und infolge einer langen Zeitspanne seit dem letzten effektiv erzielten Einkommen auf einen statistischen Einkommenswert gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ab (Urk. 2, Verfügungsteil 2, S. 3).

Gemäss der Tabelle T1 der LSE

2010 (herausgegeben vom Bundesamt für Statistik, Ausgabe 2012), Ziffern 41-43 (Baugewerbe), Niveau 3 (Berufs- und Fachkenntnisse), hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2010 einen standardisierten Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) von Fr. 5'743.-- beziehungsweise einen Jahreslohn von Fr. 68'916.-- verdienen können.

Hochgerechnet auf die

im Jahr 2011 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft,

6-2014, Tabelle B9.2) ergibt dies ein Einkommen von Fr. 71'844.93 (Fr.

68'916.

:  $40 \times 41,7$ ). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis 2011

(Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [2010 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.10], Total; 2010 : 100 ; 2011 : 101)

resultiert ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 72'563.--

(Fr.  $71'844.93 : 100 \times 101$ ). Für das Jahr 2012 ergibt sich entsprechend ein Jahreseinkommen von Fr. 73'066.-- (betriebsübliche Arbeitszeit identisch, Nominallohnindex von 101.7). 5.3

Der monatliche Bruttolohn (Zentralwert) männlicher Arbeitskräfte im privaten Sektor betrug im Jahr 2010 Fr. 4'901.-- (LSE 2010, Tabelle T A1). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7

Stunden pro Woche ergibt sich ein monatliches Einkommen von Fr. 5'109.29 beziehungsweise ein jährliches von Fr. 61'311.51 und angepasst an die Nominallohnentwicklung per 2011 ein solches von Fr. 61'925.-- (Fr. 61'311.51 : 100 x 101) beziehungsweise von Fr. 62'354.-- im Jahr 2012 (vgl. vorstehende E. 5.1). Unter Berücksichtigung des dem Beschwerdeführer zumutbaren Pensums von 60 % reduziert sich das Invalideneinkommen auf Fr. 37'155.-- (0,6 x Fr. 61'925.--). 5.4

#### 5.4.1

Die Beschwerdegegnerin nahm unter Hinweis auf das eingeschränkte Ressourcenprofil einen Leidensabzug von 10 % vor (Urk. 2, Verfügungsteil 2, S.

4). Der Beschwerdeführer beantragte einen solchen von 25 % .

Dabei wies er auf seine mannigfaltigen Einschränkungen , wegen welcher er einem Arbeitgeber sozialpraktisch nicht zumutbar sei, sowie auf nicht näher bezeichnete persönliche Merkmale hin (Urk. 1 S.

### **E. 18**

Rz. 54-57 ). 5.4.2

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 unter durchschnittlichem 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). 5.4.3

Die Einschränkung des Tätigkeitsprofils wurde von der Beschwerdegegnerin mit 10 % Abzug in angemessener Weise berücksichtigt.

Die lohnmindernden persönlichen, nicht invaliditätsbedingten Merkmale hätten sich auch im Gesundheitsfall lohnmindernd ausgewirkt. Da bei der Festsetzung des Valideneinkommens ebenfalls auf

die LSE abgestellt wurde, sind dort die persönlichen Merkmale des Beschwerdeführers wie zum Beispiel Nationalität und Aufenthaltskategorie unberücksichtigt geblieben, weshalb sie beim Invaliden einkommen keinen Abzug rechtfertigen.

Durch das Abstellen auf statistische Werte beim Valideneinkommen hat insofern bereits eine Parallelisierung stattgefunden.

Eine zusätzliche Berücksichtigung beim sogenannten Leidensabzug ist nicht zulässig (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Bezüglich des Zeitraums der 60%igen Arbeitsfähigkeit ist Folgendes anzu merken: Die Rechtsprechung anerkennt unter dem Titel Beschäftigungsgrad bei Männern, welche aus gesundheitlichen Gründen nur noch teilweise erwerbstätig sein können, einen Abzug vom Tabellenlohn nach BGE 126 V 75 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_20/2012 vom 4. April 2012, E. 3.2). Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeit-tätigkeit (vgl. die nach dem Beschäftigungsgrad differenzierenden Tabellen T2\* in der LSE 06 S. 16 und T6\* in der LSE 04 S. 25; Urteil des Bundesgerichts 9C\_796/2013 vom 28. Januar 2014, E. 3.1.2 mit Hinweisen).

Unter Berücksichtigung dieses Aspektes erweist sich ein Abzug von insgesamt 15% als angemessen. Ein höherer Abzug aber fällt ausser Betracht. 5.4.4

Somit resultiert für das Jahr 2011 ein Invalideneinkommen von Fr. 31'582.-- (0,85 x Fr. 37'155.--) und für das Jahr 2012 eines von Fr. 56'119.-- (0,9 x Fr. 62'354.--). Für das Jahr 2011 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 72'563.-- eine Erwerbseinbusse von Fr. 40'981.--, womit der Invaliditätsgrad 56% beträgt (Fr. 40'981.-- x 100 : Fr. 72'563.--). Für das Jahr 2012 berechnet sich der Invaliditätsgrad gestützt auf ein Valideneinkommen von Fr. 73'066.--, was eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'947.-- und einen Invaliditätsgrad von 23

% ergibt (Fr. 16'947.-- x 100 : Fr. 73'066.--).

Nebst dem Anspruch auf eine ganze Rente für die Zeit vom 1. Mai 2010 bis Ende Juli 2011 hat der Beschwerdeführer somit ab 1. August 2011 bis Ende Juni 2012 (3 Monate seit der Verbesserung des Gesundheitszustandes, Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine halbe Rente. Die Beschwerde ist demgemäss teilweise gutzuheissen. Ab Juli 2012 besteht kein Rentenanspruch mehr. Diesbezüglich ist die Beschwerde abzuweisen. 6.

## **E. 20**

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 Die VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GrünigWidmer

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