

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00154 vom 14. März 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00154](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00154)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00154 du 14 mars 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00154 del 14 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **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] ). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG] ). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und

Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende 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; Ulrich L. \_\_\_\_, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

## **E. 2**

Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 1. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Februar 2016 schloss die Verwaltung auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer mit Gerichtsverfügung vom 29. Februar 2016 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 9). Dieser reichte am 12. September 2017 eine weitere Eingabe ein (Urk. 10). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 12). Zu den vom Gericht am 26. Oktober 2017 eingeholten IV-Akten (ab Aktenstück Nr. 239 [Urk. 14]) äusserten sich die Parteien nicht (vgl. Urk. 19-20).

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die befristete Rentenzusprache damit, aus medizinischer Sicht bestehe von April 2010 bis Januar 2011 eine volle Arbeitsunfähigkeit, sodass während dieser Zeit ein Invaliditätsgrad von 100 % resultiere. Ab Februar 2011 sei dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit wie der zu 50 % zumutbar. Eine behinderungsangepasste Arbeit könne mindestens zu 80 % – seit der letzten Begutachtung durch Dr. D. \_\_\_\_, liege eine Arbeitsfähigkeit von 100 % vor – ausgeübt werden, wobei das Invalideneinkommen Fr. 49'420.90 betrage. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 32'018.70 ergebe sich ein Invaliditätsgrad von 0 %. Die operations- und unfallbedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeiten hätten nicht länger als drei Monate andauert, sodass sich diese nicht rententanzierend auswirken würden. Folglich bestehe vom 1. April 2010 bis 31. Januar 2011 Anspruch auf eine ganze Rente (Urk. 2).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, das bidisziplinäre Gutachten der Dres. D. \_\_\_\_, und E. \_\_\_\_, weise zahlreiche – näher bezeichnete – Mängel und Widersprüchlichkeiten auf, was gegen dessen Beweiswert spreche. Um seine Restarbeitsfähigkeit zu bestimmen, sei eine Begutachtung durch eine MEDAS nötig. Die Höhe des Valideneinkommens von Fr. 31'701.70 beziehungsweise Fr. 32'018.70 sei zu tief angesetzt. Gestützt auf den IK-Auszug ergebe sich aufgerechnet auf ein 100 %-Pensum ein Valideneinkommen von mindestens durchschnittlich Fr. 70'748.--. Zudem würden subjektive und objektive Gegebenheiten gegen die Aufgabe der selbständigen Erwerbstätigkeit sprechen, was zur Folge habe, dass die Beschwerdegegnerin das bei Weiterführung der Einzelfirma erzielbare Einkommen abzuklären habe (Urk. 1 S. 5 ff.). Mit Eingabe vom 12. September 2017 wies der Beschwerdeführer darauf hin, dass anlässlich der Schaft- und Inlay-Explantation und Hüftschaft-Reimplantation am 28. September 2016 sowohl eine Lockerung des Prothesenschafts als auch unstimmmige Winkel festgestellt worden seien. Gestützt darauf seien weitere medizinische Abklärungen durch die Beschwerdegegnerin vorzunehmen (Urk. 10). 3.

### E. 3

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### E. 3.1

Die im Zeitpunkt des Urteils vom 27. April 2012 vorliegenden Arztberichte wurden dort zusammengefasst wie folgt dargestellt (Urk. 8/149/1-11 E. 3): 1.%2.%3 Im Y.\_\_\_-Gutachten vom 12. März 2004 (Urk. 8/57-58) wurden aus rheumatologischer Sicht folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (E. 3.1): - Chronifiziertes myofasziales Schmerzsyndrom im Bereich des Schultergürtels und der Arme bei - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie rechts mit sub akromialer Dekompression 07/00 - Status nach offener vorderer Akromiomektomie mit Revision der Rotatorenmanschette und Re-Insertion der Supraspinatussehne rechts 11/00 - Arthroskopie rechts 07/03 - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie links und sub akromialer Dekompression 06/00 - Status nach Arthroskopie links 03/03 - Rezidivierendes Cervikalsyndrom bei - Fehlhaltung - leichten Osteochondrosen C5 und C6 - kleiner median bis paramedian gelegener Diskushernie C6/C7 ohne Kompression neuraler Strukturen (MR vom 8. Januar 2004) - Status nach CTS-Operation beidseits 2003 - Status nach Arbeitsunfall der rechten Hand mit Weichteilverletzungen 06/87 ohne neurologische Schäden mit protrahierter Brachialgie rechts

Der rheumatologische Y.\_\_\_-Teilgutachter, Dr. med. F.\_\_\_, hielt zusammenfassend fest, dass seit ungefähr 1999 verstärkte Beschwerden im Nacken-, Schultergürtel- und Armbereich (beidseits) bestehen würden, und dass die insgesamt fünf Schulteroperationen (drei rechts und zwei links) keine Besserung gebracht hätten. Vorliegend handle es sich primär um ein vorwiegend weichteilrheumatisches Schmerzproblem im Sinne eines ausgedehnten myofaszialen Schmerzsyndroms mit schmerzhaften hypertonen Tendomyosen an typischer Stelle, welche zum Teil auch eine referred

pain-Symptomatik auslösen würden. Der aktuelle neurologische Untersuchter würde keine Defizite und keine Hinweise für ein weiteres Kompressionssyndrom im Bereich der oberen Extremitäten ergeben. Andererseits seien die vom Beschwerdeführer angegebenen verbalen und mimischen Schmerzäußerungen, welche zum Teil mit einer Latenz bis gegen zwei Sekunden aufgetreten seien, auffallend. Es bestehe eindeutig eine Tendenz in Richtung Allodynie auf nicht klarem Hintergrund.

Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung aus „rheuma-orthopädischer“ Sicht lautete da hin, dass aufgrund der beschriebenen Veränderungen und Funktionsstörungen des muskuloskelettalen Systems im Bereich der oberen Extremitäten in der bisherigen Tätigkeit für den vorwiegend manuellen Arbeitsbereich eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und für den vorwiegend intellektuell-administrativen Bereich eine solche von 100 % bestehe. Sodann wurde ausgeführt, aktuell würden keine Hinweise für eine progrediente Verschlechterung der Situation bestehen; eine erneute Operation im Bereich des Schultergürtels sei nicht indiziert. Für eine behinderungsangepasste, abwechselnd sitzend, stehend und gehend ausgeübte Tätigkeit, ohne Heben und Tragen schwerer Gewichte, ohne (vorwiegend) Über-Kopf-Arbeit, ohne stereotype, belastende Tätigkeiten für die Arme und ohne langdauernde, unergonomische Rückenposition bestehe keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. 2.%2.%3 Der orthopädische Gutachter Dr. A.\_\_\_ gab

am 6. April 2009 (Urk. 8/95) folgende Diagnosen an (E. 3.2): - Status nach chronifiziertem, myofaszialem Schmerzsyndrom im Bereich des Schultergürtels beidseits bei Status nach mehreren Schultergelenks revisionen beidseits (in den Jahren 2000 bis 2003) - heute subjektiv und objektiv sehr gutes Resultat - Status nach Cervikalsyndrom (2004), heute wesentlich gebessert - Status nach CTS-Operationen beidseits (2003), heute subjektiv und objektiv gutes Resultat - Status nach Hüftarthroseplastik links (Januar 2007) - Status nach Marknagel des linken Unterschenkels (wegen Ermüdungsfraktur, Oktober 2007) - Status nach arthroskopischem Débridement des linken Kniegelenks (Januar 2008) - Rezidivierende Schwellungsneigung mit Lymphödem am linken Unterschenkel (seit 2008) - Status nach Osteosynthesematerialentfernung aus dem linken Unterschenkel (Juni 2008) - seit vielen Jahren extreme Adipositas, aber nicht krank-machend - unklare Schmerzen im Bereich des linken Fusses (bildgebend unauffällig, seit 2007)

Anamnestisch hielt Dr. A. \_\_\_ fest, der Versicherte klagt ausschliesslich über Beschwerden im Fuss und im linken Unterschenkel, während die Schultergelenksymptomatik vollständig verschwunden sei. Dabei präsentiert der Versicherte eine freie Schultergelenksbeweglichkeit beidseits und klagt über keine Restbeschwerden.

In seiner Beurteilung hielt Dr. A. \_\_\_ fest, dass er der Y. \_\_\_-Beurteilung vom 12. März 2004 voll und ganz zustimme, dies auch unter Berücksichtigung der Zwischenanamnese seit dem Jahre 2004. Im Januar 2007 sei im linken Hüftgelenk eine Totalendoprothese eingesetzt worden und im Oktober 2007 sei eine Marknagelung des linken Unterschenkels nach Diagnose einer Ermüdungsfraktur erfolgt. Darauf sei ein Débridement des linken Kniegelenks vorgenommen und im Juni 2008 das Osteosynthesematerial am linken Unterschenkel leicht vorzeitig entfernt worden.

In seiner Arbeitsfähigkeitsbeurteilung nannte Dr. A. \_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit als Elektro-Installateur von 50 % sowie von 80 bis 90 % in einer angepassten Tätigkeit. Dabei gab er folgendes Belastungs- und Ressourcenprofil an: Leichte Tätigkeit, vornehmlich ausgeübt in Wechselbelastung oder vorwiegend sitzend, ohne repetitive Über-Kopf-Bewegungen, ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten und ohne repetitiv kauende oder kniende Stellung. Dabei hielt er ausdrücklich fest, dass die neuere Arbeitsfähigkeitsbescheinigung von Seiten des Chirurgen Dr. med. Z. \_\_\_ mit Bericht vom 25. August 2008 von lediglich 25 % eindeutig zu pessimistisch sei. In seinem Operationsbericht vom 4. Juni 2010 (Urk. 8/118/10-11) hielt Prof. G. \_\_\_ als Diagnosen eine zervikale Spinalstenose mit Bandscheibenprolaps C5/6, C6/7 mit Wurzelkompression links sowie eine generalisierte Adipositas per magna fest und nannte als Operationsindikation eine chronische therapieresistente Zerviko-Brachialgie mit chronischen Parästhesien und intermittierenden Paresen. Seine Operation beschrieb er als mikrochirurgische ventrale Dekompression C5/6, C6/7, dorso-ventrales Release C5 bis C7 sowie Bandscheibenersetzung C5/C6, C6/C7 (mit viskoelastischen Titan-Bandscheiben-Prothesen). Dr. G. \_\_\_ hielt darauf am 8. Juni 2010 einen komplikationslosen postoperativen Verlauf fest. Gemäss dem Arthroskopie-Bericht vom 3. August 2010 des Dr. Z. \_\_\_ wurde eine arthroskopische Ausräumung der osteochondralen Läsion am linken oberen Sprunggelenk durchgeführt. Ferner erfolgte am 16. August 2010 eine arthroskopische subakromiale

Bursektomie und Abtragung der Osteophyten am linken Schultergelenk (Bericht des Dr. Z. \_\_\_ vom 16. August 2010; Urk. 8/119/4-6). Gemäss Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 21. September 2010 reichte der Versicherte

mit den erwähnten Arthroskopie-Berichten neue medizinische Fakten ein. Dabei machten die Operateure keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Es sei deshalb angezeigt, die Heilungsphase von acht bis zehn Monaten abzuwarten, um Ende Oktober 2010 einen Verlaufsbericht bei Dr. Z. \_\_\_ einzufordern. Hingegen sei davon auszugehen, dass gestützt auf den Bericht von Prof. G. \_\_\_ keine Verschlechterung des Gesundheitsschadens bis zu den Eingriffen durch Dr. Z. \_\_\_ ausgewiesen sei (Urk. 8/126/4).

### **E. 3.1.6**

Das hiesige Gericht erwog aufgrund dieser Aktenlage betreffend die zuletzt gewährte, befristete Viertelsrente, gestützt auf das Gutachten von Dr. A. \_\_\_ vom 6. April 2009 (vgl. vorstehend E. 3.1.2) sei ab jenem Zeitpunkt von einer 80 bis 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen, weshalb die Viertelsrente auf den 31. Juli 2009 hin aufzuheben sei. Die Sache wurde sodann an die Beschwerdegegnerin überwiesen, damit sie abkläre, ob seit dem Erlass der Verfügung vom 14. Oktober 2010 eine Verschlechterung eingetreten sei (Urk. 8/149 E. 4.1-2). 6.%2 In Umsetzung des Urteils des hiesigen Gerichts vom 27. April 2012 holte die Beschwerdegegnerin einen Bericht von Dr. Z. \_\_\_ vom 22. Oktober 2012 ein. Darin wurde ausgeführt, dass beim Beschwerdeführer ein Zustand nach Marknagelversorgung einer distalen Tibiaermüdungsfraktur sowie ein Zustand nach Osteosynthesematerialentfernung links im 2010 bestehe. Wegen anhalten der Beschwerden am linken oberen Sprunggelenk sei am 3. August 2010 eine arthroskopische Operation erfolgt. Am 16. August 2010 sei eine arthroskopische Schulteroperation links durchgeführt worden. Vom 20. bis am 24. Oktober 2011 sei der Beschwerdeführer mit einer Vorderkantenfraktur BWK II und BWK IV und nicht dislozierter Fraktur der achten Rippe rechts notfallmässig im Spital H. \_\_\_ hospitalisiert worden. Wegen anhaltender Beschwerden sei es am 29. März 2012 erneut zu einer linksseitigen arthroskopischen Schulteroperation gekommen. Am 9. Mai 2012 sei eine arthroskopische intraartikuläre Narben-resektion am oberen Sprunggelenk links erfolgt. Der Beschwerdeführer sei nach dem Unfall am 20. Oktober 2011 bis am 16. Januar 2012 und nach den Operationen vom 29. März und 9. Mai 2012 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ausserhalb dieser Zeiträume schätze er den Versicherten zu 50 % arbeitsunfähig als selbständiger Elektriker ein (Urk. 8/167 S. 7). 7.%2 Die an der Uniklinik I. \_\_\_ tätigen Prof. Dr. med. J. \_\_\_, Chefarzt Stellvertreter, und Dr. med. K. \_\_\_, Assistenzarzt, stellten am 10. Juni 2013 folgende Diagnosen: - Status nach Hüftpfannen- und Kopfwechsel links sowie Refixation der ventralen glutealen Sehnenplatte links am 6. Februar 2013 bei - Status nach Hüftprotheseninfekt (SKN) sowie - Status nach Hüft-TP links 2007 (auswärts) - Status nach Hüft-TP Wechsel Januar 2013 nach zweimaliger Luxation postoperativ

Als Nebendiagnosen erwähnten sie eine arterielle Hypertonie, Adipositas, ein multifaktorielles Schmerzsyndrom und ein chronisch rezidivierendes Erysipel Unterschenkel beidseits bei chronisch venöser Insuffizienz. Sie gaben an, bei an sich gutem Gangbild und zufriedenstellender Hüftgelenksfunktion wirke der Beschwerdeführer weiterhin unzufrieden. Eine nächste klinische Verlaufskontrolle finde in drei Monaten statt. Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei bis Anfang August 2013 ausgestellt. Anschliessend sollte die Arbeitsfähigkeit in Absprache mit dem Hausarzt sukzessive gesteigert werden (Urk. 8/177/11-12).

### **E. 3.4**

Am 30. August 2013 wurde der Beschwerdeführer in der Uniklinik I.\_\_\_\_ an der linken Schulter operiert (Urk. 8/181/6-7). Nachdem er am 27. November 2013 ambulant untersucht worden war, nannte Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Teamleiter Schulter-Ellbogen an der Uniklinik I.\_\_\_\_, in seinem Bericht vom 2. Dezember 2013 nachstehenden Diagnosen (Urk. 8/186): - Status nach Schulterarthroskopie, Débridement

Rotatorenmanschetten oberfläche (Supraspinatus), Bizepsstenodese (1 Anker in Sulcus ) sowie AC-Gelenksresektion Schulter links vom 30. August 2013 mit/bei - bursaseitiger Rotatorenmanschetten -Partialruptur Schulter links, Bizepsstendinopathie und AC-Gelenksarthroskopie - Status nach subakromialer Dekompression links 2011 - Status nach Schulterarthroskopie links, subakromialer

Bursektomie und Abtragung von Osteophyten am AC-Gelenk im August 2010 - Status nach Schulter-Arthroskopie links mit Glätten der Supra spinatussehnenoberfläche am 29. März 2012 - Status nach Schulter-Arthroskopie rechts mit Akromioplastik am 18. Juli 2000 - Status nach offener, vorderer Akromionektomie , Revision der Rotatoren -manschette und Reinsertion der Supraspinatussehne rechts am 11. November 2000

Er stellte zudem folgende Nebendiagnosen: - Status nach Hüftpfannen- und Kopfwechsel links sowie Refixation der ventralen glutealen Sehnenplatte links am 6. Februar 2013 bei - Status nach Hüftprotheseninfekt (SKN) sowie - Status nach Hüft-TP links 2007 (auswärts) - Status nach Hüft-TP-Wechsel Januar 2013 nach zweimaliger Luxation postoperativ - Arterielle Hypertonie - Adipositas - multifaktorielles Schmerzsyndrom - chronisch rezidivierendes Erysipel Unterschenkel beidseits mit/bei - chronisch venöser Insuffizienz

Prof. Dr. L.\_\_\_\_ führte aus, es bestehe eine klare subakromiale

Impingement symptomatik . Der Beschwerdeführer habe dies auf eine Übersäuerung zurückge führt, welche er mit Natron behandle. Trotz des subjektiv empfundenen positi ven Effekts rate er, mit Selbstmedikation aus dem Internet vorsichtig zu sein. Bislang sei noch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Der Beschwerde führer habe auch versucht zu arbeiten, dies sei aber nicht gegangen. Für die körperlich belastende Tätigkeit als Elektroinstallateur bescheinige er deshalb bis am 31. Dezember 2013 eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/186).

### **E. 3.5**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, stellte in ihrem Bericht vom 30. Mai 2014 (Urk. 8/195/1-8) nachfolgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit (S. 1): - Ausgeprägtes chronifiziertes generalisiertes myofaszielles Schmerz-syndrom bei Faszienstörungen , Narbenverklebungen, multiplen degenerativen Veränderungen der HWS, LWS und Gelenken sowie muskuläre Triggerpunkte , muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung insbesondere im Bereich des: - Schulter-Nackengürtels, des Rückens bei/mit: - Schultergelenksarthroskopie links bei bursaseitiger Partialruptur der Rotatorenman schette am 30. August 2013 - Status nach Schulterarthroskopie links mit Glätten der Supraspinatus sehnenoberfläche am 29. März 2012 - Status nach Schulterarthroskopie links, suba k romialer

Bursektomie und Abtragung von Osteophyten am AC-Gelenk im August 2010 - Status nach suba k romialer Dekompression links 2001 - Status nach Schulter-Arthroskopie rechts mit Acromioplastik am 18.07.2000 - Status nach offener, vorderer Akromionektomie , Revision der Rotato-renmanschette und Reinsertion der Supraspinatussehne rechts am 11. November

2000 - Chronisches zervikospondylogenes und zervikoradikuläres Schmerz-syndrom bei Degeneration und Fehlhaltung sowie zervikaler Spinalkanal- und Foraminalstenose mit Kompression der segment abhängigen Nervenwurzeln links mehr wie rechts bei Diskusprotusion C5-C7 - Status nach mikrochirurgischer ventraler Dekompression C5/C6, C6/C7 sowie dorso - ventrales Release C5-C7 und Bandscheibenersatz C5/6; C6/7 - Dorsalgie bei Status nach BWK-Vorderkantenfraktur BWK II und BWK VI - Lumbosakrales und chronisches Schmerzsyndrom der unteren Extremitäten bei Abschwächung und Dysbalance der Ober- und Unterschenkelmuskulatur - Status nach multiplen Operationen - Dekompressions-OP Mai 2010 bei knöcherner Foraminalstenose L4/5 mit Wurzelkompression bei Bandscheibendegeneration L4/5 - Komplexes Schmerzsyndrom der linken Beckenregion bei: - zuletzt Hüftkopprotheseninfekt mit SKN Februar 2013 links, Status nach Antibiose mit Rifampicin und Vancomycin - Status nach Hüftpfannen- und Kopfwechsel links und Refixation der ventralen glutealen Sehnenplatte links - OP-Status nach anteriorer Hüftdiszektion rechts (30. Januar 2013) und Hüftdiszektion links (24. Januar 2013) - Status nach Kopf- / Implantat-Wechsel Hüfte links (Kantonsspital Liestal) - TEP bei Coxarthrose links - Kniearthroskopie Januar 2008 links bei Retropatellararthrose - Status nach Ermüdungsfraktur mit Nagelung der Tibia (Datum?) und Entfernung des Osteosynthesematerials - Status nach Arthroskopie des linken OSG - Metatarsalgie des linken Fusses bei Spreizfuss - Weiter bestehende Gonarthralgie links bei Verschiebung der Patella bei auch Vargusbelastung links

Der Adipositas per magna und dem Status nach Leistenhernien beidseits nach Bauchdeckenplastik im 2010 mass sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 3). Die medizinische Arbeitsfähigkeit betrage aktuell 10-20 %, da der Beschwerdeführer angebe, maximal zwei Stunden am Tag arbeiten zu können. Er sei auf Grund seines chronifizierten generalisierten myofaszialen Schmerzsyndroms, welches vor allem durch die Bindegewebsveränderungen, die degenerativen Veränderungen und die Folgen unzureichender Rehabilitation infolge multipler orthopädisch-chirurgischer Eingriffe hervorgerufen sei und daher zu einer langen physischen Inaktivität geführt habe, eingeschränkt. Diese könne insbesondere Schmerzen nach Tätigkeiten, aber auch in Ruhe hervorrufen. Fasziendistorsionen

würden auch Schmerzen in Ruhe bei zum Beispiel Wetterwechsel verursachen. Auf Grund dieser Erkrankung würden

eine schnelle Erschöpfbarkeit und vor allem auch Konzentrationsstörungen bestehen, die ein längeres Arbeiten beispielsweise auch im Büro verunmöglichen würden. Der Beschwerdeführer sei wegen der muskulären Dekonditionierung nicht in der Lage, längerfristig „Lagerarbeiten“ durchzuführen und gar zu kauern oder Treppen zu steigen (S. 4 f.). Obwohl umfangreiche Abklärungen bisher im Bereich der orthopädischen Medizin und verschiedenste Operationen stattgefunden hätten, würden sich die Beschwerden des Versicherten zum Teil mit den bisher vorangegangenen Methoden der Schulmedizin und Diagnostik nicht erklären lassen. Dafür brauche es neue Modelle der Erklärung. Diese myofaszialen Schmerzen seien heute erklär- und ableitbar. Aktuell seien ihr aber keine Ärzte, insbesondere Rheumatologen, in der Schweiz bekannt, die sich auf myofasziale Schmerzen spezialisiert hätten (S. 6).

### **E. 3.6**

Gestützt auf die Ergebnisse der rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung stellten die Gutachter Dres. D. \_\_\_ und E. \_\_\_ in ihrer Expertise vom 12. März 2015 (Urk. 8/215/1-24) folgende, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (S. 11): - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten - Periarthropathia

humeroscapularis beidseits - Operierte Coxarthrose links

Als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilten sie folgende Diagnosen (S. 11): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, akzentuierte Persönlichkeitszüge und finanzielle Probleme - Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbare Beschwerden - primäres Fibromyalgie-Syndrom - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Bauchschmerzen - Diffuse idiopathische skelettale

Hyperostose - Bewegungseinschränkungen der Wirbelsäule - Adipositas mit Body-Mass-Index von 45,97 kg/m<sup>2</sup> - Laborchemische Hepatopathie - Anamnestic Reizmagen-Syndrom

In der rheumatologischen Untersuchung habe – so Dr. D. \_\_\_ – eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik eingesetzt, im Rahmen derer vier der fünf Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden demonstriert worden seien. Der Beschwerdeführer sei phasenweise zusammengezuckt. Er habe das Wort „Au“ wiederholt erwähnt, teilweise bis zu zwei Sekunden nach dem Berühren einer Körperstelle und auch während des im Anschluss an die klinische Untersuchung stattfindenden Diktats der geschilderten Beschwerden. Er habe zunächst harmonische Bewegungen phasenweise mit einem abrupt einsetzenden muskulären Widerstand abgeblockt. Die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden. Der Beschwerdeführer habe sämtliche Bewegungen aller axialen und vieler peripherer Gelenke in allen Ebenen als circa gleichschmerzhaft beschrieben, und zwar unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht worden sei. Dies weist auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin (S. 12 f.).

An den oberen Extremitäten habe er im glenohumeralen Gelenk, aktiv und passiv geprüft, keine relevante Bewegungseinschränkung objektivieren können. Die Gesamtbeweglichkeit im Schultergürtel, bei der auch die thorakoskapuläre Beweglichkeit zu berücksichtigen sei, dürfte leichtgradig eingeschränkt sein, was mit der leichtgradigen Hyperkyphose thorakal erklärbar sei. Im Bereich des Schultergürtels würden keine klinischen Hinweise auf eine Läsion der Rotatorermanschette oder auf eine subakromiale Sehneinklemmungsproblematik bestehen. Das heiße konkret, dass unter Berücksichtigung der beidseits durchgeführten Schulteroperationen von einem guten postoperativen Resultat ausgegangen werden dürfe. Bezüglich dieser Einschätzung berücksichtige er auch das Resultat des Arthro-MRIs der rechten Schulter vom 26. Januar 2015, in dem auf eine partielle Ruptur der Supra- und der Infraspinatussehne hingewiesen werde, die nicht mit einer Muskelhypotrophie oder mit einer fettigen Degeneration der Muskelstrukturen einhergehe. Die ergänzend durchgeführten Röntgenaufnahmen der Schultern würden beidseits keinen Hinweis auf einen Humeruskopfhochstand, der als ein sekundäres Zeichen für eine relevante Läsion der Rotatorenmanchette gelte,

dokumentieren. Linksseitig komme zudem nach erfolgter letztmaliger Revision im August 2013 der Anker in Projektion auf den Humeruskopf zur Darstellung. Wenn er die Befunde im Bereich der oberen Extremitäten mit denjenigen Befunden, die im orthopädischen Gutachten vom 6. April 2009 diskutiert worden seien, vergleiche, könne

er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen. Bezüglich dieser Einschätzung berücksichtige er, dass seither Operationen an den Schultern durchgeführt worden seien. Mit diesen Operationen seien zeitlich limitierte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeiten ausgewiesen (S. 14 f.).

Der Gutachter schilderte weiter, er könne zervikal und lumbal allseits zu 1/3 und thorakal allseits zu 1/2 eingeschränkte Bewegungsamplituden und eine leichtgradige Hyperkyphose der Brustwirbelsäule und keine Hinweise auf eine relevante Skoliose objektivieren. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde als schmerzhaft beschrieben, ohne dass er einen korrelierenden Weichteilbefund, wie beispielsweise eine Myogelose oder einen Triggerpunkt, objektivieren könne. Anamnese und klinisch würden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine irritationsrepektive Kompression des Gefäß-Nervenbündels, zum Beispiel im Sinne einer Thoracic-Outlet-Komponente, bestehen. Die mitgebrachten Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule würden zudem einen stabilen Sitz des Bandscheibenimplantates auf Höhe von L4/5 dokumentieren. Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule würden den normalen Sitz der Bandscheibenprothesen in den Segmenten von H5/6 und von H6/7 zeigen, jeweils ohne einen Hinweis auf eine Implantatlockerung. Phänomenologisch beurteilt schildere der Beschwerdeführer unspezifische Rückenschmerzen respektive ein

Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung. Wenn er die Befunde im Bereich der Wirbelsäule mit denjenigen Befunden, die im orthopädischen Gutachten vom 6. April 2009 beschrieben worden seien vergleiche, könne er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen. Bezüglich dieser Einschätzung berücksichtige er, dass sich seither eine metabolische Störung vom Typus der diffusen idiopathischen skeletalen

Hyperostose entwickelt habe, dass im Juni 2010 Bandscheibenprothesen zervikal implantiert worden seien und dass sich anlässlich des Sturzes vom 19. Oktober 2011 Frakturen an der Vorderkante von B2 und 6 sowie möglicherweise auch von B11 ereignet hätten. Die anlässlich dieser aktuellen Begutachtung durchgeführte radiologische Abklärung in diesen Abschnitten der Bewegungssegmente dokumentiere keine Unfallfolgen mehr. Weiterhin könne er, klinisch wie konventionell-radiologisch beurteilt, eine leichtgradige Hyperkyphose bestätigen. Der Experte berichtete weiter, an den unteren Extremitäten sei die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke insofern eingeschränkt, als dass die Hüftflexion ab 90° verunmöglicht werde, weil die „kräftigen Oberschenkel“ am peripannikulose bedingt vorwölbenden Unterbauch anprallen würden. Rechtsseitig könne er zu dem eine leichtgradige Einschränkung für die Hüftinnenrotation objektivieren, die sich funktionell kaum nachteilig auswirke. Nach dem Wechsel der Hüftpfanne und des Hüftkopfes links im Januar respektive im Februar 2013 sei die Hüftbeweglichkeit linksseitig wieder frei möglich. Anfang 2013 seien zwei Hüftluxationen im Anschluss an den ersten Hüftprothesenkopf- und Hüftprotheseninlay-Wechsel links vom 14. Januar 2013 aufgetreten, so dass deshalb am 6. Februar 2013 erneut die Pfanne und der Kopf gewechselt werden mussten. Im MRI des Beckens vom 9. September

2014 werde auf eine symmetrische Gesäss - und Beckenmuskulatur ohne einen Hinweis auf eine relevante Muskelhypotrophie hingewiesen (S. 15 ff.) .

Wenn er die Befunde im Bereich der unteren Extremitäten mit denjenigen Befunden, die im orthopädischen Gutachten vom 6. April 2009 beschrieben worden seien vergleiche, könne er keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes bestätigen. Bezüglich dieser Einschätzung berücksichtige er, dass die Hüftflexion beidseits leichtgradig abgenommen habe, wobei dies mit der pannikulose bedingten Vorwölbung des Unterbauches, die eine weitergehende Flexion über 90° verunmögliche, zusammenhängen dürfte. Die im orthopädischen Gutachten vom 6. April 2009 beschriebene leichtgradige ödematöse Unterschenkelschwellung könne er nicht mehr bestätigen (S. 17 f.).

Insgesamt beurteile er die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich zu diskutieren: Krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion. Es werde Aufgabe des mitbegutachtenden Psychiaters sein, diesbezüglich Stellung zu beziehen (S. 18 f.). Zusammenfassend hielt er fest, der Beschwerdeführer schildere seit Jahrzehnten ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom, bei dem langjährig Hinweise auf nicht somatisch abstützbare und seit gut zehn Jahren Hinweise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden bestehen würden. Folglich habe er Mühe, neue, somatisch ansetzende Therapiemassnahmen zu formulieren, von denen er eine markante Beschwerdelinderung erwarte (S. 23).

Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer, wie bereits im orthopädischen Gutachten vom 6. April 2009 erwähnt, bezüglich der beruflichen Tätigkeit als Elektroinstallateur weiterhin zu 50 % eingeschränkt. Für eine angepasste Verweistätigkeit sei im orthopädischen Gutachten eine zehn bis maximal 20% ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne er diese leichtgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit seit dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung nicht mehr bestätigen. Zudem würden seit dem orthopädischen Gutachten vollständige Einschränkungen der Arbeitsfähigkeiten im Zusammenhang mit den Operationen resultieren, so dass er volle Arbeitsunfähigkeiten von Mitte Mai bis Mitte Oktober 2010, von Ende März bis Ende Juni 2012, von Mitte Januar bis Ende April 2013 und von Ende August bis Ende Oktober 2013 begründen könne (S. 21) .

Dr. E.\_\_\_\_ berichtete in seinem psychiatrischen Gutachten (Urk. 8/215/34-45 S. 6), der Beschwerdeführer habe sich nie verheiratet und pflege rege soziale Kontakte. Er werde von den Eltern finanziell unterstützt. Hinweise für eine psychogene Problematik würden keine bestehen. Der Unfall von Juni 1987 habe sich langfristig als negativ herausgestellt. Der Beschwerdeführer habe sich da mals an beiden Händen verletzt. Es sei zu einer Schmerzausdehnung gekommen. Soweit sich die Schmerzen somatisch nicht erklären lassen würden, müsse von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden. Der Beschwerdeführer sei auf die Schmerzen fixiert, er äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Zudem gebe es ungünstige krankheitsfremde Faktoren, und zwar eine längere Phase von partieller Arbeitsuntätigkeit und finanzielle Schwierigkeiten. Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung führe insbesondere aufgrund des Fehlens einer psychischen Komorbidität zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es würden psychosomatische Beschwerden bestehen.

Diese seien aber überwindbar, da sie nicht durch eine psychische Störung hervorgerufen würden. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass aus psychiatrischer Sicht keine Beeinträchtigung vor handen sei (S. 6 ff.).

Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führten die beteiligten Spezialärzte aus, seit der letzten Begutachtung im April 2009 könne für die früher jahrelang ausgeübte berufliche Tätigkeit als Elektroinstallateur weiterhin vollumfänglich auf die Einschätzung aus somatisch-rheumatologischer Sicht (50%ige Arbeitsunfähigkeit) abgestützt und für eine Verweistätigkeit für die Zeit nach der Begutachtung im April 2009 zunächst eine maximal 10 bis 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und seit dem Zeitpunkt der aktuellen Untersuchung keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr formuliert werden (Urk. 8/215/46-47 S. 2). 4.

Mit Urteil vom 27. April 2012 wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit 2010 als glaubhaft beurteilt und die Akten der Beschwerdegegnerin zur Prüfung der Neuanmeldung überwiesen. Vor diesem Hintergrund bildet Streitgegenstand die Prüfung des ab dem Jahr 2010 bestehenden Rentenanspruchs. 5.

Soweit der Beschwerdeführer eine systematische Voreingenommenheit vom Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ postulierte (Urk. 1 S. 8), ist zu bemerken, dass nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung das vom Beschwerdeführer kritisierte Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein keine wirtschaftliche Abhängigkeit einzelner Experten von den IV-Stellen schafft, die als Ausstandsgrund zu qualifizieren wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_616/2017 vom 14. Dezember 2017 E. 6.1 mit Hinweisen). Ausserdem könnte auch beim Nachweis einer starken Abweichung nicht direkt auf eine Befangenheit der an der Erstellung der Gutachten beteiligten Fachpersonen geschlossen werden; vielmehr müsste zunächst noch überprüft werden, ob die Abweichung durch andere Faktoren besser erklärbar wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_599/2014 vom 18. Dezember 2015 E. 6.6).

Die vom Beschwerdeführer begehrte Erhebung der von Dr. D.\_\_\_\_ attestierten Arbeitsunfähigkeiten in angestammter und behinderungsangepasster Tätigkeit würde damit zu einer unzureichenden Datenlage führen, die den Schluss auf eine systematische Voreingenommenheit des nämlichen Gutachters von vornherein verbietet. Das Gericht ist auch nicht Aufsichtsbehörde der IV-Stelle und daher von vornherein nicht befugt, dieser allgemeine Auflagen in dem Sinne zu erteilen, welche Angaben jeweils vom Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ einzuholen sind.

Weitere Gründe – so auch nicht die unsubstantiierte Feststellung des Beschwerdeführers, wonach die Gutachten von Dr. D.\_\_\_\_ immer dem gleichen Strickmuster folgen würden (Urk. 1 S. 5) –, welche auf eine Befangenheit des Experten im konkreten Fall schliessen lassen würden, sind sodann nicht dargetan. 6.

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Es verbleibt, auf die materiellen Rügen einzugehen.

Das Gutachten der Dres . D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ nimmt umfassend Stellung zur Frage der weiterhin vorhandenen Gesundheitsstörungen und deren Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers, beruht auf einlässlichen rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden, erging in Kenntnis der Vorakten und enthält begründete Schlussfolgerungen. Sofern – was vom Beschwerdeführer bestritten wird (Urk. 1 S. 5 ff.) – die gutachterliche Darlegung der medizinischen Zusammenhänge beziehungsweise die Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, kann auf das Gutachten abgestellt werden (vgl. E. 1.3 hievore).

#### **E. 6.2.1**

Was das Vorbringen des Beschwerdeführers, Dr. D.\_\_\_\_ habe eine Diskussion betreffend die Adipositas unterlassen (Urk. 1 S. 5), betrifft, geht aus dem Gutachten hervor, dass der Experte darauf hinwies, dass sich der Beschwerdeführer im Rahmen seines Übergewichts körperlich belastet und das Übergewicht das Risiko für die Entwicklung von allgemeininternistischen Komplikationen erhöhe (Urk. 8/215-1-24 S. 18 und S. 21), er mass aber der Adipositas mit einem Body-Mass-Index von 45.97 kg/m<sup>2</sup> keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bei (Urk. 8/215/1-24 S. 11). Hinzu kommt, dass Fettleibigkeit ohnehin grundsätzlich keine leistungsbegründende Invalidität begründet, wenn sie keine körperlichen, geistigen oder psychischen Schäden bewirkt und nicht die Auswirkung von solchen Schäden ist. Zudem ist nicht ersichtlich, dass das Übergewicht nicht durch eine zumutbare Gewichtsabnahme auf ein Mass reduziert werden kann, bei welchem es in Verbindung mit allfälligen Folgeschäden keine voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit beziehungsweise der Betätigung im bisherigen Aufgabenbereich zur Folge hat (ZAK 1984 S. 345 f. E. 3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_663/2017 vom 12. Dezember 2017 E. 3.2 mit Hinweisen). Die gutachterliche Beurteilung steht sodann im Einklang mit derjenigen der behandelnden Ärzte Dr. M.\_\_\_\_ (vorstehende E. 3.5) und Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin (Urk. 15/30/6-9 S. 2).

#### **E. 6.2.2**

Entgegen den entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6) geht der Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ von keiner relevanten Veränderung des Gesundheitszustands aus (Urk. 8/215/1-24 S. 19). Ohnehin kommt es invaliden versicherungsrechtlich einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Krankheit auf die Arbeitsunfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichts 8C\_503/2013 vom 23. Dezember 2013 E. 5.5 mit weiteren Hinweisen) und ein Leiden kann sich in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit im Laufe der Zeit verändern. Unabhängig davon würde auch die Annahme einer weiter hin bestehenden 80 bis 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu keinem rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen (vgl. E. 8.2).

#### **E. 6.2.3**

Der Umstand, dass der Experte Dr. D.\_\_\_\_ keine Quellenangaben zu den von ihm zitierten epidemiologischen Untersuchungen machte (Urk. 1 S. 6), stellt die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage, bildet es doch gestützt auf die übrigen nachvollziehbaren Begründungen eine verlässliche medizinische Entscheidungsgrundlage. Gleich verhält es sich mit der unveränderten Wiedergabe eines Textblockes bei den Untersuchungsbefunden und in der Beurteilung (Urk. 1 S. 6).

#### **E. 6.2.4**

Der Beschwerdeführer machte geltend, der rheumatologische Gutachter sei unter anderem von vollstündigen Arbeitsunfähigkeiten von Mitte Mai bis Mitte Oktober 2010, von Mitte Januar bis Ende April 2013 und von Ende August bis Ende Oktober 2013 ausgegangen. Diese Angaben würden zu den echtzeitlichen medizinischen Akten und der Beurteilung des RAD im Widerspruch stehen (Urk. 1 S. 7).

Tatsächlich wurde von der im Regionalen Ärztlichen Dienst tätigen med. pract. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, am 28. Januar 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von April 2010 bis Januar 2011 in einer leidensangepassten Tätigkeit für medizinisch plausibel angesehen (Urk. 8/171 S. 4). Vor dem Hintergrund der in der angefochtenen Verfügung festgehaltenen Zusprache einer ganzen Invalidenrente von April 2010 bis Januar 2011 ist insbesondere zu prüfen, ob die gesundheitliche Verbesserung im Oktober 2010 – wie die Gutachter darlegten – oder im Januar 2011 eingetreten ist. Med. pract. O.\_\_\_\_ begründete die vollständige Arbeitsunfähigkeit bis Januar 2011 unter Hinweis auf den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2011 (Urk. 8/131/5) mit der Nachbehandlung nach den jeweiligen Operationen (Urk. 8/171 S. 4). Diesbezüglich wurden durch Letzteren zwei arthroskopische Operationen am linken Sprung- und Schultergelenk am 3. und 16. August 2010 durchgeführt (Urk. 8/119). Angesichts dieser Eingriffe kann gestützt auf den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 13. Januar 2011, der eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bescheinigte, nicht auf eine bis Januar 2011 bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit geschlossen werden. So ist nicht ersichtlich, inwiefern ein erschwertes Knien und Schmerzen nach längerem Stehen oder auf schrägen Böden zu einer relevanten Einschränkung in einer Verweistätigkeit führen. Damit ist auch in Einklang zu bringen, dass ab dem Zeitpunkt der Begutachtung von Dr. A.\_\_\_\_ vom 6. April 2009 von einer 80 bis 90%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Arbeit auszugehen ist (Urk. 8/149/1-11 S. 9) und Dr. Z.\_\_\_\_ von seit Mai 2009 im Wesentlichen unverändert bestehenden Beschwerden berichtete. Vor diesem Hintergrund ist vielmehr mit dem ebenfalls im RAD tätigen Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, von einer postoperativen Heilungsphase von acht bis zehn Wochen auszugehen (Urk. 8/126 S. 4), was auch mit der Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ übereinstimmt. Mit ihm ist daher von einer im Oktober 2010 eingetretenen Verbesserung und dem Wiedererlangen der seitens von Gutachter Dr. A.\_\_\_\_ bescheinigten Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit auszugehen.

Eine von Mitte Januar bis Ende April 2013 bestehende Arbeitsunfähigkeit von 100 % führte Dr. D.\_\_\_\_ auf eine mit Komplikationen behaftete Versorgung des linken Hüftgelenks zurück (Urk. 8/215/1-24 S. 20). Vom 6. bis am 24. Mai 2013 befand sich der Beschwerdeführer in der stationären Rehabilitation im Medizinischen Zentrum Q.\_\_\_\_ (Urk. 8/195/34-35). Dem Bericht von Dr. med. R.\_\_\_\_, Chefarzt Innere Medizin, vom 28. Mai 2013 kann entnommen werden, dass der Beschwerdeführer seit circa zehn Tagen keine Gehhilfen mehr benötigte und eine Flexion bis 90° schmerzfrei möglich war. Das Gangbild habe sich verbessert und der Beschwerdeführer könne laut eigenen Angaben recht gut Treppen steigen. Für die vermehrten Hüft- beziehungsweise Gesässschmerzen würden sich sonographisch keine Auffälligkeiten finden. Inwiefern die erhobenen Befunde noch von medizinischer Relevanz waren, kann vorliegend offen bleiben. Denn eine stationäre Rehabilitation führt ohnehin zu einer fehlenden Umsetzung der (möglichen) Arbeitsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. In Abweichung von der Beurteilung vom Experten Dr. D.\_\_\_\_ ist damit von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit von Mitte Januar

bis Ende Mai 2013 auszugehen, was indes der Beweiskraft des Gutachtens keinen Abbruch tut. Denn in den rechtserheblichen Punkten bestehen weiterhin keine Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Abklärungsergebnisse sprechen. Auf eine anschliessend, über Mai 2013 hinaus bestehende anspruchserhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann sodann aufgrund der im Bericht der Ärzte der Uniklinik I. \_\_\_ vom 10. Juni 2013 (Urk. 8/177/11-12) erhobenen Befunde nicht geschlossen werden. So wird darin auf eine zufriedenstellende Hüftgelenksfunktion bei an sich gutem Gangbild hingewiesen. Zudem sollte die Antibiose gestoppt werden. Gestützt darauf ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Behandler nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit attestieren.

Der D. \_\_\_ ging sodann aufgrund einer am 30. August 2013 erneut durchgeführten Schulterarthroskopie von einer bis Ende Oktober 2013 dauernden vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus. Dies steht im Einklang mit der Beurteilung von Prof. Dr. L. \_\_\_ und prakt. med. S. \_\_\_, Assistenzarzt, Uniklinik I. \_\_\_. In ihrem Bericht vom 30. Oktober 2013 über die am 16. Oktober 2013 durchgeführte Verlaufskontrolle berichteten die beiden Ärzte über einen erfreulichen Verlauf und attestierten keine Arbeitsunfähigkeit (mehr). Der Beschwerdeführer klagt einzig über Schmerzen bei Bewegung über die Horizontalebene. Manchmal verspüre er noch ein leichtes Zwicken in der linken Schulter, vor allem bei der Arbeit als Elektrotechniker. Er nehme aber keine Analgetika mehr ein (Urk. 8/182/3-4 S. 2). Daran ändert auch der Bericht von Prof. Dr. L. \_\_\_ vom 2. Dezember 2013 nichts Wesentliches, wird doch darin keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit abgegeben, sondern einzig eine 90%ige Arbeitsunfähigkeit in der körperlich belastenden Tätigkeit als Elektroinstallateur beschrieben. Zudem geht daraus – zwar bei beschriebenen Schmerzen bei der Impingementsymptomatik – eine freie Schultergelenksbeweglichkeit hervor (Urk. 8/186 S. 2).

#### **E. 6.2.5**

Zusammenfassend sind keine Gründe ersichtlich, die gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens der Dres. D. \_\_\_ und E. \_\_\_ sprechen. Daran ändert auch die in der Stellungnahme des Beschwerdeführers vom 12. September 2017 beschriebene Lockerung des Prothesenschafts nichts (Urk. 10), ist doch einerseits unklar, wann diese eingetreten ist, andererseits ist für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit das vorhandene funktionelle Leistungsvermögen entscheidend, das bei der Begutachtung noch keine relevante Einschränkung in einer Verweistätigkeit aufwies. 7. 7.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von

der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C\_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 7.2

Hinsichtlich des funktionellen Schweregrades der diagnostizierten Gesundheitsschädigung gilt es festzuhalten, dass der Gutachter keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellte. Damit und mit Blick auf die Ausführungen im Gutachten ist evident, dass es bereits an der Schwere, die auf eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung schliessen liesse, fehlt. Eine psychiatrische Behandlung oder die Einnahme von Psychopharmaka wurden nicht als indiziert betrachtet, was gegen eine ausgeprägte Symptomatik spricht. Als Indizien für eine nur leichte Ausprägung des Gesundheitsschadens lassen sich auch weitere vom Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern geschilderte Alltagsaspekte anführen. So erledigt er den Haushalt in seinem

kleinen Eigenheim. Er geht spazieren und liest Zeitungen sowie Fachliteratur (Urk. 8/215/1-24 S. 2). Zu seinen Eltern besteht eine enge Beziehung (Urk. 8/215/34-45 S. 2). An seinem Wohnort kennt er viele Leute und scheut den Kontakt zu seinen Mitmenschen nicht (Urk. 8/215/34-45 S. 3). Er pflegt rege soziale Kontakte und interessiert sich für das Geschehen in der Welt (Urk. 8/215/34-45 S. 39). Dazu passt, dass sich der Beschwerdeführer keiner Psychotherapie unterzieht. Es besteht also eine Diskrepanz hinsichtlich der Konsistenz des Aktivitätsniveaus in Beruf und Erwerb einerseits und Freizeitverhalten andererseits. Damit resultiert ein Gesamtbild, welches aus psychiatrischer Sicht nicht auf bedeutende funktionelle Beeinträchtigungen schliessen lässt. 7.3

Damit ist erstellt, dass die Arbeitsfähigkeit seit 2010 in der bisherigen Tätigkeit um 50 % eingeschränkt ist und für eine angepasste Tätigkeit seit April 2009 zumindest eine Arbeitsfähigkeit von 80 – 90 % vorliegt. Zusätzlich bestehen operationsbedingt von Mitte Mai bis Mitte Oktober 2010, von Ende März bis Ende Juni 2012, von Mitte Januar bis Ende Mai 2013 und von Ende August 2013 bis Ende Oktober 2013 vollständige Arbeitsunfähigkeiten für jegliche Tätigkeiten. 7.4

Zu ergänzen bleibt, dass der Erlass des angefochtenen Entscheids vom 14. Dezember 2015 rechtsprechungsgemäss die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. etwa BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 und BGE 129 V 354 E. 1). Der Umstand, dass der Beschwerdeführer Ende Dezember 2015 einen Schlaganfall erlitten hat (Urk. 1 S. 4), wäre daher höchstens zu berücksichtigen, wenn er Rückschlüsse auf eine frühere Entwicklung zuliesse (Urteil des Bundesgerichts U 415/06 vom 7. September 2007 E. 3). Dies ist jedoch nicht der Fall.

## **E. 8**

ATSG) sind.

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

### **E. 8.1**

Vom Beschwerdeführer wird das dem Einkommensvergleich zugrunde gelegte Valideneinkommen bestritten. Mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 27. April 2012 wurde der von der Beschwerdegegnerin vom 14. Oktober 2010 verfügte Rentenanspruch angepasst. In der Verfügung wurde ein Valideneinkommen von Fr. 30'833.80 angenommen (Urk. 8/123 S. 2). Der vorgenommene Einkommensvergleich wurde vom Beschwerdeführer im vorhergehenden Rechtsmittelverfahren nicht in Frage gestellt und vom Gericht dann auch bestätigt (Urk. 8/149/1-11 S. 9). Vor diesem Hintergrund kann die Höhe des Valideneinkommens nicht mehr im zweiten Rechtsgang zum Thema gemacht werden und das Gericht ist an die damalige Beurteilung gebunden (§ 26 Abs. 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer), so dass sich weitere Ausführungen dazu erübrigen.

### **E. 8.2**

Die Rentenverfügung vom 14. Oktober 2010 basierte auf einem Invalideneinkommen von Fr. 72'529.80 (im Jahr 2008; Anforderungsniveau 3), diejenige vom 14. Dezember 2015 auf

einem solchen von Fr. 61'776.15 (im Jahr 2011, Anforderungsniveau 4). Selbst wenn dem Einkommensvergleich ein Invaliden einkommen von Fr. 61'776.15 zugrunde gelegt wird, resultiert – auch bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 – 90 % in einer Verweistätigkeit – kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

Davon auszunehmen ist die operationsbedingte vollständige Arbeitsunfähigkeit für die Zeit von Mitte Januar bis Ende Mai 2013, zumal ansonsten die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr als drei Monate andauerte. Gestützt auf Art. 88a Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Verbindung mit Art. 29 bis IVV ist ab Januar 2013 ein Anspruch auf eine ganze Rente ausgewiesen. Da der Beschwerdeführer anschliessend erneut von Ende August bis Ende Oktober 2013 vollständig arbeitsunfähig war und damit nicht angenommen werden kann, dass die ab Ende Mai 2013 eingetretene Verbesserung der Erwerbsfähigkeit voraussichtlich weiterhin andauern würde (Art. 88a Abs. 2 IVV), ist von einem ununterbrochenen Rentenanspruch bis Ende Januar 2014 auszu gehen (vgl. hierzu ebenfalls Art. 88a Abs. 2 IVV).

### **E. 8.3**

Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung vom 14. Dezember 2015 insoweit abzuändern, dass der Beschwerdeführer zusätzlich vom 1. Januar 2013 bis 31. Januar 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Dies führt zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde.

### **E. 9.1**

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen (vgl. Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und angesichts des teilweisen Obsiegens des Beschwerdeführers – im Streit lag der Rentenanspruch der Jahre 2010 bis 2015 und damit während 72 Monaten, wobei der Rentenanspruch des Versicherten während 13 Monaten besteht – diesem zu 4/5 (Fr. 800.--) und zu 1/5 der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen (Fr. 200.--).

### **E. 9.2**

Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine um 4/5 reduzierte Parteientschädigung. Die Entschädigung wird unabhängig vom Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 GSVGer). Vorliegend erscheint eine gekürzte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 14. Dezember 2015 insoweit abgeändert, als der Beschwerdeführer zusätzlich vom 1. Januar 2013 bis 31. Januar 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden zu 4/5

dem Beschwerdeführer (Fr. 800.--) und zu 1/5 der Beschwerdegegnerin (Fr. 200.--) 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: - Rechtsanwalt Roland Zahner -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen 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 Bundes  
gesetzes 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, zuzu  
stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel  
und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLocher

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