

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01096 vom 23. Januar 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-01-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.01096](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01096)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01096 du 23 janvier 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01096 del 23 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

X.\_\_\_\_, geboren 1978, erlitt am 7. August 2009 einen Unfall (Urk. 6/6/59) und meldete sich am 16. Dezember 2009 (Urk. 6/3) sowie erneut am 1. September 2010 (Urk. 6/23) bei der Invalidenversicherung an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog unter anderem Akten der Suva bei (Urk. 6/6, Urk. 6/37, Urk. 6/61, Urk. 6/102) und verneinte mit Verfügung vom 21. Mai 2014 einen Rentenanspruch (Urk. 6/122). Am 13. Oktober 2014 hob sie diese Verfügung wiedererwägungsweise auf (Urk. 6/134) und das eingeleitete Gerichtsverfahren wurde am 17. Oktober 2014 als gegenstandslos geworden abgeschrieben (Urk. 6/138).

In der Folge veranlasste die IV-Stelle ein polydisziplinäres Gutachten, das am 26. Oktober 2015 erstattet (Urk. 6/172) und am 4. April 2016 ergänzt (Urk. 6/189) wurde. Mit Vorbescheid vom 12. November 2015 stellte sie dem Versicherten die Zusprache einer Rente in Aussicht (Urk. 6/178) und mit dem diesen ersetzenden Vorbescheid vom 27. Mai 2016 die Zusprache einer ganzen, von April 2011 bis März 2012 befristeten Rente (Urk. 6/192). Nach dagegen vom Versicherten erhobenen Einwänden (Urk. 6/195) sprach ihm die IV-Stelle mit Verfügung vom 30. August 2016 eine Rente im genannten Umfang zu (Urk. 6/203 = Urk. 2/1; vgl. Urk. 6/199 = Urk. 6/201 = Urk. 2/3).

### **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**

Im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind alle psychischen Erkrankungen den somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gleich zu stellen (zur amtlichen Publikation als BGE vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.1). Mithin sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Diese Abklärungen enden 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 ( zur amtlichen Publikation als BGE vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_130/201

### **E. 1.3**

Im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren (nachstehend E. 1.4) das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (BGE 141 V 574 E).

4.2 ). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesunden 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).

Im Einzelfall ist es Aufgabe der medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz lediglich leichter bis mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (zur amtlichen Publikation als BGE vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.2). Nicht mehr anwendbar ist die frühere bundesgerichtliche Praxis, wonach leichte bis höchstens mittelschwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar seien und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen ( zur amtlichen Publikation als BGE vorgesehene Urteile des Bundesgerichts 8C\_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.4 ).

### **E. 1.4**

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

### **E. 1.5**

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b).

Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C\_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C\_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2 ).

### **E. 1.6**

Für die Invaliditätsbemessung wird bei Anwendung der LSE-Tabellen bis 2010 praxismässig auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/ bb, 124 V 321 E. 3b/ aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

In der LSE 2012 erfolgten vielfältige Anpassungen der erhobenen Daten an die entsprechenden Reglemente der Europäischen Union (EU). Neu wird darunter nun nach Berufen (Skill Levels) differenziert statt nach den bisherigen Anforderungsniveaus 1 bis 4 der Stelle. Im Übergang von LSE 2010 zu LSE 2012 gibt es einen „Serienbruch“: In der Tabelle TA1 sind die Löhne von Kompetenzniveau 1 der LSE 2012 im Vergleich zu den Löhnen von Anforderungsniveau 4 der LSE 2010 bei Männern 6.3 % höher, bei Frauen 2.7 %

tiefere und beim Total 5.4 %

höher (BGE 142 V 178 E. 2.5.3.1). Das Bundesgericht

hat erkannt, dass die LSE 2012 im Rahmen einer erstmaligen Invaliditätsbemessung (Art. 28 ff. des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG) und im Neuanmeldungsverfahren nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung oder nach Aufhebung der Invalidenrente sowie grundsätzlich auch im Revisionsverfahren (mit Entstehung des potentiellen oder Veränderung des laufenden Rentenanspruchs im Jahr 2012 oder später) zur Festlegung der Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG dennoch grundsätzlich als Beweis geeignet ist (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und E. 2.5.8.1; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_343/2016 vom 12. September 2016 E. 6 und 9C\_369/2016 vom 6. September 2016 E. 2.1).

Laufende, gestützt auf die LSE 2010 rechtskräftig zugesprochene Invalidenrenten dürfen aber nicht allein aufgrund der Tabellenlohnwerte gemäss LSE 2012 in Revision gezogen werden (BGE 142 V 178 E. 2.5.7 und 2.5.8.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_277/2016 vom 20. Juli 2016 E. 4.2). ]

### **E. 1.7**

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

allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75).

### **E. 1.8**

Der Umstand, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person krankheitsbedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, rechtfertigt keinen über die Berücksichtigung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit und damit des Rendements hinausgehenden Abzug (Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8 mit Hinweis auf 8C\_20/2012 vom 4. April 2012 E. 3.2, E. 3.3), ebenso der Umstand, dass die versicherte Person gemäss den medizinischen Angaben auf eine Tätigkeit angewiesen ist, die im Sitzen verrichtet werden kann und die Möglichkeit zu gelegentlichen Positionswechseln bietet, ihre Einsatzmöglichkeiten daher begrenzt sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_176/2012 vom 3. September 2012 E. 8). 2.

### **E. 2**

Der Versicherte erhob am 3. Oktober 2016 Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. August 2016 (Urk. 2) und beantragte, es sei ihm zusätzlich von August bis März 2011 und sodann unbefristet ab April 2012 eine halbe Rente zuzu sprechen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 28. Oktober 2016 (Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 24. Januar 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in der Begründung der angefochtenen Verfügung davon aus (Urk. 2/3), dass der Beschwerdeführer seit August 2009 als Belader nicht mehr arbeitsfähig sei (S. 1 unten). Gemäss der medizinischen Einschätzung seien ihm aus rein somatischer Sicht näher umschriebene Tätigkeiten zu 80 % zumutbar. Weiter führte die Beschwerdegegnerin aus, aus psychiatrischer Sicht gehe sie nicht davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer langan -dauernden Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung leide (S. 2 oben). Sie ermittelte einen Invaliditätsgrad von 21 %, sodann aufgrund einer Operation im April 2011 einen solchen von 100 % und schliesslich ab Januar 2012 einen solchen von 33 % (S. 2 f.).

#### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, es sei - auch in psychiatrischer Hinsicht - auf die Ausführungen im eingeholten Gutachten abzustellen (Urk. 1 S. 4), das auch von Seiten des Regionalen Ärztlichen Dienstes als nachvollziehbar und medizinisch plausibel beurteilt worden sei (S. 5). Das Valideneinkommen sei unbestritten, hingegen sei die Bemessung des Invalideneinkommens in verschiedener Hinsicht abzuändern (S. 6 Ziff. 8).

#### **E. 2.3**

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit dem Gesundheitszustand, der Arbeitsfähigkeit und einem allfälligen Rentenanspruch verhält. 3. 3.1

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 21. Februar 2015 (Urk. 6/150 = Urk. 6/151) aus, dass er den Beschwerdeführer seit dem 23. März 2012 behandle (Ziff. 1.2); es erfolge eine methodenintegrierte depressionsspezifische Behandlung, vor allem stützend und verhaltenstherapeutisch, zweimal monatlich eine Stunde (Ziff. 1.5). Er nannte folgende Diagnosen (Ziff. 1.1): - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradig (ICD-10 F33.2), mit psychotischen Symptomen - Wesensveränderung - Status nach posttraumatischer Belastungsstörung - Status nach offener Tibiafraktur rechts August 2009 bei Einklemmungstrauma - Status nach Osteosynthese mit Tibianagel August 2009 - Status nach Osteosynthesematerialentfernung (OSME) Tibianagel und Tenolyse des M. tibialis anterior in der Frakturzone April 2011 - postoperative Fussheberparese durch narbige Umwandlungen und Atrophie des M. tibialis anterior bei axonaler Nervenschädigung - Status nach Sehnentransfer M. tibialis

posterior rechts

Er attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Altpapierbelader seit 7. August 2009 (Ziff. 1.6) und bezeichnete die Prognose als unverändert ungünstig (vor Ziff. 1.5). 3.2

Dr. med. Z.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Neurologie, A.\_\_\_\_, nannte in seinem Bericht vom 5. März 2015 (Urk. 6/155) über die am 3. März 2015 erfolgte klinisch-neurologische Untersuchung als Diagnose einen Residualzustand bei Status nach offener Tibiaschaftfraktur rechts 2009 mit N. peroneus Läsion rechts und Quetschtrauma des M. tibialis anterior rechts (S. 2 Mitte). 3.3

Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Medizinischer Dienst der Axa Versicherungen AG (dem Haftpflichtversicherer), erstattete am 8. Juni 2015 eine Aktenbeurteilung (Urk. 6/159/2-13). Darin setzte er sich kritisch mit den vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen (vorstehend E. 3.1) auseinander (S. 6 ff.) und führte aus, dass in diagnostischer Hinsicht als Arbeitshypothese das Vorliegen von chronischen Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) anzunehmen sei (S. 9 unten). Die attestierte Arbeitsunfähigkeit erachtete er als nicht nachvollziehbar (S. 11 Ziff. 3). 3.4

Dr. med. C.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Handchirurgie, A.\_\_\_\_, berichtete am 19. Juni 2015, die vom Patienten angegebene schmerzhafte Schwellung antero-lateral am oberen Sprunggelenk (OSG) rechts könne im aktuell erstellten MRI (vgl. Urk. 6/168/2) nicht dargestellt werden, was auch dem aktuellen klinischen Befund entspreche (Urk. 6/168/1). 3.5

3.5.1

Am 26. Oktober 2015 erstatteten die Ärzte des D.\_\_\_\_ ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/172). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 3 ff.), die Angaben des Versicherten (S. 24 ff.) und die von ihnen in den Fachgebieten Innere Medizin, Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (S. 3 oben) erhobenen Befunde (S. 29 ff.). 3.5.2

Berufsanamnestisch wurde unter anderem ausgeführt, der Beschwerdeführer arbeite seit zirka sechs Monaten dreimal drei Stunden pro Woche. Er müsse Gewürze einpacken. Diese Arbeit sei sitzend und er müsse keine schweren Lasten heben, es handle sich um leichte Arbeit (S. 26 Mitte).

Der Beschwerdeführer stehe zirka um 7 Uhr auf, bereite das Morgenessen für sich und die Kinder vor, dann arbeite er dreimal in der Woche von 9 bis 12 Uhr, später gehe er nach Hause und bereite das vorgekochte Essen für sich und die Kinder zu, danach erledige er die Küchenarbeiten oder weitere Haushaltarbeiten, am Nachmittag lege er sich hin, lese oder schaue fern, zweimal in der Woche werde Physiotherapie durchgeführt, am Abend esse er mit den Kindern und der Ehefrau, er lese oder diskutiere mit der Ehefrau und gehe zirka um 22 Uhr ins Bett (S. 27). 3.5.3

Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung wurde unter anderem ausgeführt, es lasse sich aktuell eine eindeutige depressive Symptomatik im Sinne einer apa thisch-gehemmten Depressivität mit Suizidalität als Folge der multiplen Beschwerden sowie Behinderungen durch den Unfall feststellen, die Konsequenzen dieses Unfalles seien auch für jeden Laien nachvollziehbar in einem Verlust einerseits gesundheitlicher Qualitäten (der Versicherte sei eindeutig in seiner Geh- und Stehfähigkeit behindert und leide unter chronischen Schmerzen), andererseits habe er diese Einschränkungen und den Verlust seiner alten Arbeitsfähigkeit in einem körperlichen Betätigungsfeld nicht adäquat psychisch verarbeiten können und es sei zu einem sozialen Rückzug gekommen und - mit jeder begrabenen Hoffnung auf eine Besserung nach einem operativen Eingriff - zu einer weiteren Verschlechterung des psychischen Zustandes (S. 53 Ziff. 4.4 .5). Konsekutiv bestünden nun auch Eheprobleme, der Versicherte befürchte, dass sich seine Frau von ihm trennen werde, da sie die Belastungen durch ihn und seinen sozialen Rückzug, seine depressive Stimmung und sein Sich-isolieren nicht mehr ertragen könne (S. 53 f.). Es handle sich um einen circulus

vitiosus , der sich langsam eingestellt und immer mehr verschärft habe, je schlechter sich die gesundheitliche Situation für den Versicherten entwickelt habe, der letztlich immer darauf gehofft habe, dass sich sein Gesundheitszustand mit moderner Medizin wieder vollständig reparieren liesse und er wieder so arbeiten könnte, wie er dies früher einmal getan habe (S. 54 oben). 3.5.4

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 56 f. Ziff. 7): - sensomotorisches Ausfallsyndrom mit dominierender Fussheberparese und persistierendem Schmerzsyndrom am rechten Unterschenkel bei - Status nach Unfallereignis mit Einklemmung des rechten Unterschenkels und offener Tibiaschaftfraktur am 7. August 2009 - nach Osteosynthese mit unaufgebohrtem Tibianagel am 7. August 200

#### **E. 7**

vom 30. November 2017 E. 7.2).

#### **E. 9**

- nach Entfernung des Osteosynthesematerials und Tenolyse des M. tibialis anterior im Frakturbereich am 18. April 2011 - nach Sehmentransfer des M. tibialis

posterior am 5. Oktober 2011 - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelschwere Episode - im Sinne einer chronifizierten depressiven Entwicklung im Rahmen einer Anpassungsstörung an Unfallfolgen mit sozialen, gesundheitlichen und psychologisch negativen Folgen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen schädlichen Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen (Analgika), Probleme in der Beziehung zum Ehepartner, ein nicht fusioniertes Ossikel an der rechten Fibulaspitze und einen Verdacht auf Sinus tarsi-Syndrom (S. 57 Ziff. 8). 3.5.5

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass aus näher dargelegten Gründen die früheren Tätigkeiten des Beschwerdeführers im Gartenbau, als Hilfsdachdecker oder als Kehrriemmann nicht mehr in Frage kämen (S. 59 Ziff. 10). Bezüglich einer adaptierten Tätigkeit führten sie aus, vom Bewegungsapparat her könnte der Versicherte in einer vorwiegend sitzenden, teils auch gehenden oder teils stehenden Tätigkeit, die näher genannte Einschränkungen berücksichtige, beruflich aktiv werden. Allerdings interferiere von somatischer Seite her auch eine chronische Schmerzproblematik, so dass sie dem Versicherten rein somatisch eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Verminderung des Rendements um 20 % zubilligten. Dazu komme eine aktuell deutliche, mittel schwere depressive Symptomatik im Sinne einer depressiven Entwicklung und Maladaptation an die schwierige gesundheitliche und soziale Situation des Versicherten im Gefolge des Unfalls. All seine Hoffnungen auf eine Verbesserung seiner Schmerzproblematik und seiner Gehbehinderung durch medizinische Massnahmen seien enttäuscht worden, er habe ganz offensichtlich grosse Probleme damit, sich an diese neue, objektiv auch belastende Situation, adaptieren zu können. Insgesamt beurteilten sie den Versicherten deshalb auch in einer optimal adaptierten Tätigkeit als zu 40 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (S. 59 Ziff. 11).

Rein somatisch gesehen sei ein Endzustand erreicht, hier sei leider keine Verbesserung zu erwarten und es könnten deshalb auch keine therapeutischen Empfehlungen gemacht werden. Psychiatrisch sei die Prognose offen, sie werde wesentlich davon abhängen, wie die weitere psychiatrische Therapie verlaufen werde. Hier sei zumindest mit einem Verbesserungspotential zu rechnen. In welchem Zeitrahmen und in welchem Ausmass eine solche Verbesserung möglich sei, könne aber nicht prognostiziert werden (S. 60 Ziff. 13). 3.6

Dr. B. (vorstehend E. 3.3) führte in einer Stellungnahme vom 16. November 2015 (Urk. 6/181) zum D. -Gutachten unter anderem aus, wohl werde bezüglich der depressiven Symptomatik auch auf eine Maladaptation des Exploranden hingewiesen. Es fehle aber eine kritische Würdigung bezüglich einer möglichen Symptomausweitung. Ebenso fehle eine Auseinandersetzung bezüglich der Gewichtung dieser depressiven Symptome bezogen auf die Alltagsgestaltung und das Leistungsvermögen des Exploranden. Dass, wie im Gutachten aufgeführt, der Explorand doch zwischen 7 Uhr bis 22 Uhr einer geregelten familiären Alltagsstruktur und einer doch regelmässigen Tätigkeit nachgehen könne, hätte bezogen auf eine allfällige depressive Leistungseinschränkung diskutiert werden müssen. Zusammenfassend dürfe festgehalten werden, dass eine depressive Symptomatik mit einem Schweregrad einer mittelgradigen depressiven Episode (F 32.1) im Gutachten dokumentiert und nachvollziehbar ausgewiesen worden sei (S. 2 unten).

Im Grundsatz könne einer krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Depression zugestimmt werden, dies allerdings angesichts des in prognostischer Hinsicht festgestellte therapeutische Potentials nicht auf Dauer (S. 3 lit. b). 3.7

Dipl. med. E., Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, setzte sich in seiner Stellungnahme vom 7. Dezember 2015

(Urk. 6/182) vor allem mit der Kausalitätsbeurteilung durch Dr. B.\_\_\_\_ auseinander (S. 2 f.) und kam zum Schluss, die anhaltende depressive Störung sei klar als Folge der unfallbedingten körperlichen Einschränkungen zu sehen. Das D.\_\_\_\_-Gutachten sei nachvollziehbar und medizinisch plausibel (S. 3 Mitte). 3.8

Die D.\_\_\_\_-Gutachter führten in einer ergänzenden Stellungnahme vom 4. April 2016 (Urk. 6/189) aus, die Festlegung einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % im neurologischen Teilgutachten sei in nicht korrekter Weise unter Berücksichtigung auch der anlässlich der neurologischen Untersuchung unverkennbaren psychischen Problematik des Versicherten erfolgt. Dies sei in Übereinstimmung mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Gesamtgutachten, nämlich einer Einschränkung von 40 % in einer optimal angepassten Tätigkeit (S. 2 Mitte). 3.9

Im Feststellungsblatt vom 27. Mai 2016 (Urk. 6/191) wurde nach einer - ohne Beteiligung des RAD erfolgten - Besprechung vom 28. April 2016 unter anderem ausgeführt, das Gutachten sei nicht ausreichend nachvollziehbar. Der Beschwerdeführer nehme gemäss Gutachten 12 verschiedene Schmerzmittel ein. Laut Recherchen hätten viele dieser Medikamente als Nebenwirkung unter anderem Schlaflosigkeit und Depressionen. Die Gutachter würden ebenfalls bestätigen, dass es sich hier um einen Schmerzmittelmissbrauch handle. Zudem werde der Beschwerdeführer seit Jahren gleich therapiert und trotz fehlender Verbesserung sei nie ein stationärer Aufenthalt gemacht oder eine andere Therapieform ausprobiert worden. Der Leidensdruck sei hier fraglich. Es bestünden noch Möglichkeiten zur Optimierung der Therapie und damit könnte eine Verbesserung erreicht werden. Der Beschwerdeführer arbeite dreimal wöchentlich und erledige nebenher den Haushalt, koche und kümmere sich um die Kinder. Ein sozialer Rückzug gegenüber der Familie sei damit nicht vorhanden. Die 20%ige Einschränkung wegen der somatischen Beeinträchtigung sei ausgewiesen. Die psychiatrischen Diagnosen seien aufgrund der vorliegenden Akten nicht nachvollziehbar. Die Gesprächsbeteiligten gingen davon aus, dass es dabei um keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden im Sinne der Invalidenversicherung handle (S. 2 Mitte). 4. 4.1

Im D.\_\_\_\_-Gutachten wurde aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 60 % attestiert (vorstehend E. 3.5.5), wobei aus dem Zusammenhang deutlich wird, dass den somatisch begründeten Einschränkungen mit der Formulierung eines entsprechenden Anforderungsprofils und einem um 20 % verminderten Rendement Rechnung getragen wurde, die Einschränkung somit als im Umfang von weiteren 20 % (und damit gesamthaft 40 %) durch die psychischen Beeinträchtigungen bedingt erachtet wurde. 4.2

Die Beschwerdegegnerin ist - abgesehen von einer Phase einer operationsbedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeit von April bis Dezember 2011 - von einer somatisch begründeten Einschränkung um 20 % ausgegangen und hat der Invaliditätsbemessung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % zugrundegelegt. Die Begründung dafür lautete, aus psychiatrischer Sicht gehe sie nicht davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer langandauernden Erkrankung im Sinne der Invalidenversicherung leide (vorstehend E. 2.1). 4.3

Dem Standpunkt und insbesondere der Argumentation der Beschwerdegegnerin kann nicht gefolgt werden. Sie hat ohne Einbezug des seitens des RAD verfügbaren medizinischen Sachverständnisses befunden, die im D.\_\_\_\_-Gutachten gestellten psychiatrischen Diagnosen

sein „nicht nachvollziehbar“. Zu diesem Schluss gelangte sie unter anderem, weil laut „Recherchen“ (wohl im Internet) unter anderem Depressionen Nebenwirkungen der vom Beschwerdeführer eingenommenen Medikamente sein könnten (vorstehend E. 3.9). Inwiefern eine solche von medizinischen Laien getroffene Feststellung die gutachterlichen Diagnosen in Frage stellen und zum Schluss veranlassen sollen können, es bestehe in psychischer Hinsicht gar kein invalidisierender Gesundheitsschaden (vorstehend E. 3.9) beziehungsweise keine langandauernde Erkrankung (vorstehend E. 2.1), bleibt rätselhaft. 4.4

Zu prüfen ist nunmehr anhand der Standardindikatoren (vorstehend E. 1.4), ob ausgehend von den im Gutachten dargelegten Befunden und den dort gestellten Diagnosen deren funktionelle Auswirkungen - nämlich die von den Gutachtern mit 40 % bezifferte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit - mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind (vorstehend E. 1.3). 4.5

Hinsichtlich der Gesundheitsschädigung ergibt sich aus den Akten, dass die diagnoserelevanten Befunde auf eine mittelgradig ausgeprägte Depressivität schliessen lassen; dies stellten sowohl die D.\_\_\_\_-Gutachter (vorstehend E. 3.5.4) als auch der beratende Psychiater des Haftpflichtversicherers (vorstehend E. 3.6) fest.

Trotz der erfolgten Behandlung - unter anderem drei operative Eingriffe (vorstehend E. 3.5.4) - halten somatische Beschwerden an, dies ohne Aussicht auf weitere therapeutische Optionen (vorstehend E. 3.5.5), was nach Einschätzung der Gutachter einen bedeutenden ressourcenzehrenden Faktor darstellt (vorstehend E. 3.5.3). Eine psychiatrische Behandlung fand im Verfügungszeitpunkt seit gut 4 Jahren statt, dies jedenfalls im Berichtszeitpunkt in einer mittleren Frequenz von monatlich zwei Terminen (vorstehend E. 3.1).

Als ausgewiesene Komorbidität sind die Beeinträchtigungen am rechten Fuss und Unterschenkel zu nennen, welche chronische Schmerzen verursachen und die Geh- und Stehfähigkeit beeinträchtigen (vorstehend E. 3.5.3).

Hinsichtlich der Persönlichkeitsdiagnostik erscheint erwähnenswert, dass nebst anderem auch eine Suizidalität festgestellt wurde (vorstehend E. 3.5.3). Sodann verfügt der Beschwerdeführer über einige persönliche Ressourcen, die er aktuell auch ausschöpft, wie das Erwerbsspensum von rund 20 % und sein Besorgen des Haushalts (vorstehend E. 3.5.2) deutlich machen.

Hinsichtlich des sozialen Kontextes zeigt sich ein gemischtes Bild: Zwar und immerhin begibt sich der Beschwerdeführer dreimal wöchentlich an eine Arbeitsstelle, andererseits erscheint das Familien- und insbesondere das Eheleben durch die aktuellen Umstände erheblich belastet (vorstehend E. 3.5.3).

Hinsichtlich der Konsistenz im Sinne von Gesichtspunkten des Verhaltens ist von Belang, ob eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen festzustellen ist. Massstab dafür ist hier die gutachterliche Feststellung, die - erwerbliche - Leistungsfähigkeit sei um 40 % eingeschränkt, betrage mithin 60 % (vorstehend E. 3.5.5). Dass der Beschwerdeführer bemüht ist, die vorhandenen Ressourcen zu nutzen und damit ein Erwerbsspensum von rund 20 % versieht und den Haushalt besorgt, ist ein Aktivitätsniveau, das mit der attestierten Restarbeitsfähigkeit von 60 % durchaus vereinbar ist, so dass die gutachterliche Feststellung dadurch nicht in Frage gestellt wird

(vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 6.3). Was - ebenfalls hinsichtlich der Konsistenz - den behandlungs- und ein gliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck betrifft, weist die (in reduzierten Umfang) effektiv ausgeübte Erwerbstätigkeit darauf hin, dass das Be kunden des Beschwerdeführers, er würde gerne wieder so arbeiten wie früher (vorstehend E. 3.5.3), zum Nennwert genommen werden kann. Dass in soma tischer Hinsicht keine aktuellen Behandlungen mehr erfolgen, sagt nichts über einen allfälligen Leidensdruck aus, sondern ist dem Erreichen des medizinischen Endzustands (vorstehend E. 3.5.5) geschuldet. Schliesslich ist der Beschwerde-führer seit rund 4 Jahren in regelmässiger psychotherapeutischer Behandlung. Dass es sich dabei unverändert um eine ambulante Behandlung handelt, wurde von der Beschwerdegegnerin als Hinweis auf einen fraglichen Leidensdruck ge wertet (vorstehend E. 3.9). Eine solche Beurteilung übersieht allerdings, dass die Therapieform ganz offensichtlich vom behandelnden Arzt so gewählt wurde und dass nicht etwa der Beschwerdeführer eine ihm vorgeschlagene stationäre Behandlung abgelehnt hat. 4.6

Zusammengefasst führt die Prüfung der einzelnen Indikatoren zum Schluss, dass der gutachterlichen Beurteilung, wonach das diagnostizierte psychische Leiden eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit um 40 % bewirkt, schlüssig und widerspruchsfrei gefolgt werden kann und somit mit (zumindest) über wie gen der Wahrscheinlichkeit feststeht, dass in näher umschriebenen angepassten Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % besteht.

Von diesem Sachverhalt ist auszugehen. 5. 5.1

Die Beschwerdegegnerin ist von einem Valideneinkommen im Jahr 2010 von Fr. 62'078.-- ausgegangen (Urk. 6/175 S. 1, Urk. 6/190 S. 1), was unbestritten (Urk. 1 S. 6 oben) und nicht zu beanstanden ist. 5.2

Das Invalideneinkommen betreffend ging die Beschwerdegegnerin sowohl im am 12. November 2015 vorgenommenen Einkommensvergleich (Urk. 6/175) als auch in demjenigen vom 27. Mai 2016 (Urk. 6/190) für das Jahr 2011 von der LSE 2010 und für das Jahr 2012 von der LSE 2012 aus. Vom Tabellenlohn gemäss LSE 2012 nahm sie einen Abzug von 10 % mit der Begründung vor, es sei als lohnmindernder Faktor zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben könne (Urk. 6/175 S. 3 oben, Urk. 6/190 S. 2 unten).

Die beiden Einkommensvergleiche unterscheiden sich jedoch - entscheidend - darin, dass 2015 von einer Restarbeitsfähigkeit von 60 %, 2016 hingegen einer solchen von 80 % ausgegangen wurde. 5.3

Massgebend ist die Sachverhaltsfeststellung, dass die Arbeitsfähigkeit 60 % beträgt (vorstehend E. 4.6). Sodann sind bezogen auf das Jahr 2011 die Daten der LSE 2010 die aktuellst verfügbaren, weshalb deren Verwendung nicht zu beanstanden ist (vorstehend E. 1.5).

Die Verwendung der LSE 2012 hingegen ist in der hier gegebenen Konstellation nicht angezeigt. Denn der methodisch bedingte Serienbruch mit einem 2012 um 6.3 % höheren Lohnniveau (vorstehend E. 1.6) hätte zur Folge, dass bei im Übrigen unveränderten Parametern lediglich infolge des statistischen Metho den wechsls ein anderer Invaliditätsgrad und allenfalls Rentenanspruch resul -tieren würde. Dies ist, ebenso wie beim in BGE 142 V 178 E. 2.5.7 genannten Sachverhalt, nicht zulässig. Die LSE 2010 ist

demnach auch für die spätere Perioden betreffende Invaliditätsbemessung zu verwenden. Dies ist überdies die methodisch konsequentere Herangehensweise als auf die LSE 2012 abzustellen, aber neu - anders als noch bei Verwendung der LSE 2010 - einen Leidensabzug zu gewähren. 5.4

Einem Abzug vom Tabellenlohn aus den vom Beschwerdeführer angeführten Gründen (Urk. 1 S. 6) steht die diesbezügliche gefestigte Praxis (vorstehend E. 1.8) entgegen. Ob aus den von der Beschwerdegegnerin betreffend 2012 angeführten Gründen ein Abzug von 10 % sowohl 2011 als auch 2012 angezeigt ist, kann vorerst offen bleiben. 5.5

Die Beschwerdegegnerin hat unter Verwendung der Tabellenlöhne der LSE 2010 und ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 60 % einen Invaliditätsgrad von 41 % ermittelt (Urk. 6/175 S. 1 oben). Würde beim Invalideneinkommen ein Abzug von 10 % erfolgen, ergäbe dies einen Invaliditätsgrad von 47 %. In beiden Fällen resultiert ein Anspruch auf eine Viertelsrente, so dass die Frage des Abzugs unbeantwortet bleiben kann.

Für den Einkommensvergleich ab 1. Januar 2012 ist, wie dargelegt, weiterhin die LSE 2010 massgebend (vorstehend E. 5.3). Nachdem die Arbeitsfähigkeit unverändert 60 % beträgt und auch beim Valideneinkommen von der gleichen Datenbasis auszugehen ist, könnten einzig unterschiedliche Werte betreffend die Reallohnentwicklung beim Validen- und beim Invalideneinkommen eine Änderung des Invaliditätsgrades bewirken. Diese wäre mit Sicherheit derart marginal, dass sie ohne Einfluss auf den Rentenanspruch bliebe. Somit resultiert wieder -um ein Anspruch auf eine Viertelsrente. 5.6

Dies führt zusammengefasst zur Feststellung, dass dem Beschwerdeführer - nebst dem unbestrittenen Anspruch auf eine ganze Rente von April 2011 bis März 2012 - eine Viertelsrente zusteht, dies von August 2010 bis März 2011 und sodann ab April 2012 (vgl. Urk. 6/178).

Mit der genannten Feststellung ist die angefochtene Verfügung abzuändern und in diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6. 6.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 6.2

Dem obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, die beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- ermessensweise auf Fr. 2'700.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungskasse des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 30. August 2016 dahingehend abgeändert, dass dem Beschwerdeführer auch eine Viertelsrente zusteht, dies von August 2010 bis März 2011 und sodann ab April 2012. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe -  
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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Mosimann Tiefenbacher

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