

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00796 vom 30. November 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00796](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00796)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00796 du 30 novembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00796 del 30 novembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1959 geborene X.\_\_\_\_ ist gelernter Automechaniker und arbeitete von Mai 2008 bis November 2009 sowie nach zwischenzeitlicher Arbeitslosigkeit ab August 2010 vollzeitlich als Elektriker/Elektromonteur (Urk. 7/2/3-4, Urk. 7/9/126). Am 3. Oktober 2010 erlitt er einen Verkehrsunfall, bei welchem er als Beifahrer eines PKW in eine Kollision mit einem Bus verwickelt wurde (Unfallmeldung vom 22. Oktober 2010, Urk. 7/9/126). Am 5. April 2011 meldete er sich unter Hinweis auf eine infolge dieses Unfalls erfolgte Unterschenkelamputation links bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/2/4-6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, liess einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten erstellen (IK-Auszug, Urk. 7/7), holte Berichte der behandelnden Ärzte (Urk. 7/8, 7/13) sowie einen Arbeitgeberfragebogen (Urk. 7/14) ein und zog die Akten der Suva bei (Urk. 7/9, 7/23, 7/25, 7/33-34, 7/37, 7/40, 7/44, 7/51, 7/60). Letztere enthielten unter anderem ein psychiatrisches (Urk. 7/60/678-715) sowie ein neurologisches Teilgutachten (Urk. 7/60/649-674) und ein - laut Suva nur teilweise verwertbares (Urk. 7/53, 7/60/734) - interdisziplinäres Gutachten, verfasst vom orthopädischen Gutachter (Urk. 7/60/615-643) samt Aktengutachten und Vorbemerkungen (Urk. 7/60/609-613). Das Verfahren zwischen dem Beschwerdeführer und der Suva wurde mittels eines Vergleichs über eine Rente und Integritätsschädigung abgeschlossen (Urk. 7/60/799, 7/68/1). Die IV-Stelle holte die Stellungnahme ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 19. April 2017 ein. Darin hielt Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, fest, die Gutachten seien beweiskräftig, und übernahm die im psychiatrischen Teilgutachten angegebene Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % ab August 2011 (Urk. 7/71/6-7). Dementsprechend errechnete die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 8 % (Urk. 7/70/1, 7/71/8) und stellte dem Versicherten mit Vorbescheid vom 25. April 2017 die Abweisung seines Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 7/72). Dagegen erhob der Versicherte am 24. Mai 2017 Einwand (Urk. 7/75). Nach erneutem Einholen einer RAD-Stellungnahme (Urk. 7/77/2-3) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 15. Juni 2017 ab (Urk. 7/78 = Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, 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 ausgegliederten 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

.4). Solche komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen liegen beim Beschwerdeführer vor, zumal er polymorbid ist, respektive weist er mehrere, verschiedene Fachgebiete betreffende Erkrankungen auf, zwischen welchen möglicherweise eine Interaktion besteht. Mithin wäre die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus polydisziplinärer beziehungsweise gesamtmedizinischer Sicht notwendig gewesen, wobei die Differenzen in der Beurteilung zwischen den einzelnen Teilgutachtern zu diskutieren gewesen wären (Urteil des Bundesgerichts I 85/04 vom 27. April 2004 E. 2.3). 4.2

Entscheidend ist aber, dass die IV-Stelle im Gegensatz zur Suva auch die Auswirkungen der nicht unfallkausalen Diagnosen zu berücksichtigen hat. Namentlich hat der psychiatrische Teilgutachter Dr. B.\_\_\_\_ die beim Beschwerdeführer vorliegende Depression als unfallfremd erachtet (Urk. 7/60/705, 7/60/710), indes darauf hingewiesen, dass es sich dabei um eine psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert handle, welche vorrangig auch Einfluss auf das psychophysische Leistungsvermögen nehme (Urk. 7/60/711). Der RAD listete die Depression unter den Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/71/6), übernahm aber im Widerspruch dazu die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 7/71/7), in welcher ausschliesslich die unfallkausalen Beeinträchtigungen berücksichtigt wurden (Urk. 7/60/714). Prof. D.\_\_\_\_, welcher (ohne Begründung und in Abweichung von Dr. B.\_\_\_\_) eine Unfallkausalität der Depression annahm (Urk. 7/60/641-642), sah keine verwertbare Restarbeitsfähigkeit mehr als gegeben (Urk. 7/60/642). Vor diesem Hintergrund ist zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin die Beurteilung von Dr. B.\_\_\_\_ ohne nähere Prüfung der Auswirkungen von unfallfremden psychiatrischen Diagnosen - namentlich der chronisch verlaufenden depressiven Episode - übernommen hat. Hinzu kommt als weiterer Mangel, dass Dr. B.\_\_\_\_ nicht eindeutig von einer 100%igen Leistungsfähigkeit ausging, indem er festgehalten hat, ob die Leistung angesichts der schmerzbedingt notwendigen Pausen ebenfalls auf 100 % gesteigert werden könne, lasse sich wohl nur im Rahmen der praktischen Erprobung beantworten (Urk. 7/60/714).

Auch der neurologische Teilgutachter Dr. A.\_\_\_\_ hatte in seiner Beurteilung einzig die Unterschenkelamputation und die dadurch verursachten Schmerzen berücksichtigt, nicht hingegen die unfallunabhängigen Diagnosen (Urk. 7/60/670). Insbesondere allfällige mit dem Morbus Winiwarter-Buerger verbundene Funktionsstörungen - allenfalls zusammenwirkend mit einer anderen Erkrankung - wurde folglich nicht gutachterlich beurteilt. Bezüglich des Morbus Winiwarter-Buerger beziehungsweise der Thrombangitis obliterans hielt der RAD zwar fest, er habe diese(n) berücksichtigt (Urk. 7/77/2). Er führte die Thrombangitis obliterans zwar bei den Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auf (Urk. 7/71/6), indes ist nicht ersichtlich, dass er die Auswirkungen dieser Erkrankung tatsächlich berücksichtigt hätte, zumal er sich dann bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das psychiatrische und allenfalls das neurologische Teilgutachten stützte (Urk. 7/71/7), in welchen die Auswirkungen des Morbus Winiwarter-Buerger nicht miteinbezogen

worden waren. Dass diesem Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommt, ist angesichts dessen, dass er sowohl vom RAD als auch von Prof. D. \_\_\_ als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgelistet wurde, und da er laut Prof. D. \_\_\_ die Arbeitsfähigkeit zusammen mit dem Diabetes gar um nahezu 25 % einschränken soll (Urk. 7/60/641), nicht ausgeschlossen. 4.3

Insgesamt ist nach dem Gesagten festzuhalten, dass das Abstellen der Beschwerdegegnerin auf die Ergebnisse der einzelnen von der Suva in Auftrag gegebenen Teilgutachten nicht taugt, primär weil darin nur die unfallbedingten Einschränkungen berücksichtigt wurden, wobei daneben namentlich der (je nach Ansicht unfallkausalen oder unfallfremden) Depression und dem Morbus Winiwarter-Buerger Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zukommen könnte. Weiter bestehen bezüglich der Gesamtbeurteilung Widersprüche und es fehlt eine transparente konsiliarische Gesamtbeurteilung. Insofern erweist sich der Sachverhalt als nicht rechtsgenügend abgeklärt. 5. 5.1

Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer). In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 209/02 vom 10. September 2003 E. 5.2). 5.2

Nach dem Gesagten kann die Frage nach der aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht noch zumutbaren Arbeitstätigkeit beziehungsweise nach der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aufgrund der vorliegenden Akten nicht beantwortet werden. Die Sache ist daher zu weiteren Abklärungen im Sinne der Erwägungen sowie zum hernach neuen Entscheid grundsätzlich an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.3

Vorliegend stellt sich indes die Frage, ob aufgrund der zwischenzeitlichen Verlegung des Wohnsitzes des Beschwerdeführers ins Ausland die Sache im Sinne einer Überweisung an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland «zurückzuweisen» ist. Es fehlen Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bereits vor Erlass der angefochtenen Verfügung ins Ausland gezogen wäre (vgl. Urk. 2) und die Beschwerdegegnerin daher für den angefochtenen Entscheid unzuständig gewesen wäre. Da eine Rückweisung dazu führt, dass das Verfahren erneut am laufen ist, gelangt Art. 40 Abs. 2 quater der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) zur Anwendung: Verlegt eine versicherte Person, die ihren Wohnsitz in der Schweiz hat, während des Verfahrens ihren Wohnsitz ins Ausland, so geht die Zuständigkeit auf die IV-Stelle für Versicherte im Ausland über. Eine Rück- und zugleich Überweisung an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland steht auch in Einklang damit, dass Personen mit Wohnsitz im Ausland ein schutzwürdiges sachliches Interesse daran haben, dass ihr Rentenanspruch von der IV-Stelle für Versicherte im Ausland beurteilt wird, da diese aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrung besser als eine kantonale IV-Stelle (und auch besser als das angerufene Gericht) in der Lage ist, Abklärungen im Ausland durchzuführen oder relevante Geschehensabläufe ausserhalb der Schweiz kompetent zu würdigen (Urteil des Bundesgerichts I 8/02 vom 16. Juli 2002 E. 2.4). Im Übrigen wäre die Sache mangels Spruchreife auch im Falle der Unzuständigkeit der Beschwerdegegnerin an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland zu überweisen (vgl. Urteil

des Bundesgerichts 9C\_891/2010 vom 31. Dezember 2010 E. 2.2 ). 6.

### **E. 1.3**

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

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

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

### **E. 1.4**

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflicht gemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 15. Juni 2017 erhob der Versicherte am 20. Juli 2017 Beschwerde mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm ab Oktober 2011 mindestens eine halbe Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. September 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 18. September 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8).

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

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin stellte sich in der angefochtenen Verfügung auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall im Oktober 2010 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Da er vor dem Unfall nur kurz als Elektriker gearbeitet habe und davor im Baugewerbe, sei für die Bestimmung des Valideneinkommens auf den Tabellenlohn betreffend das Baugewerbe abzustellen. Eine angepasste Tätigkeit sei ihm zu 100 % zumutbar. Gestützt auf den mit Hilfsarbeiten erzielbaren Tabellenlohn und ohne Vornahme eines Leidens abzugs ermittelte die Beschwerdegegnerin einen nicht

rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 8 %. Zum Einwand des Beschwerdeführers führte sie aus, die Thrombangitis obliterans, die Ruptur des Ligamentum fibulotalare anterius, die Femoropatellararthrose rechts, der Diabetes mellitus Typ II sowie die chronische Lumbago würden die Arbeitsfähigkeit in einer dem Belastungsprofil entsprechen Tätigkeit nicht weiter einschränken. Ferner sei sie nicht an den Vergleichsvorschlag der Suva gebunden (Urk. 2).

In ihrer Beschwerdeantwort verwies sie auf die Stellungnahmen ihres RAD. Ferner wies sie darauf hin, dass der von der Suva beauftragte orthopädische Teilgutachter bezüglich seines Fachgebiets eine leichte, vorwiegend oder ausschliesslich sitzende Tätigkeit für zumutbar gehalten habe. Für den Fall, dass sie aufgrund eines Wohnsitzwechsels des Beschwerdeführers vor Verfügungserlass ins Ausland unzuständig gewesen sei, sei aus prozessökonomischen Gründen von der Aufhebung der angefochtenen Verfügung und der Überweisung an die zuständige Behörde abzusehen (Urk. 6).

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen zusammengefasst ein, die Beschwerdegegnerin habe ihre Abklärungspflicht in eklatanter Weise verletzt. Das von der Suva eingeholte Gutachten sei nicht beweiskräftig und es gehe nicht an, lediglich auf jene zwei der drei Teilgutachten abzustellen, welche zu ihren Gunsten ausgefallen seien. Nebst den Unfallbeschwerden lägen zahlreiche krankheitsbedingte Einschränkungen vor, welche laut dem orthopädischen Teilgutachten 25 % der Einschränkungen ausmachten. Die Komplexität der Beschwerden mache das Einholen eines polydisziplinären Gutachtens notwendig (Urk. 1). 3.

### 3.1

Am 3. Oktober 2010 sass der Beschwerdeführer in einem Personenkraftwagen, welcher mit einem Bus kollidierte. Unmittelbar danach wurde er bis zum 20. Oktober 2010 im Z. \_\_\_\_, Klinik für Unfallchirurgie, stationär behandelt. Die Ärzte des Z. \_\_\_\_, nannten als Diagnose ein Polytrauma vom 3. Oktober 2010 mit offener Luxationsfraktur des linken oberen Sprunggelenks (OSG), Fraktur des Fibulaköpfchens links, Sternumfraktur, stumpfem Abdominaltrauma und Exkorationen am linken Knie (Urk. 7/8/13). Dem Bericht des Z. \_\_\_\_ vom 19. Januar 2011 ist zu entnehmen, dass eine Wundheilungsstörung des OSG links sowie eine Thrombangitis obliterans (Morbus Winiwarter-Bürger) vorgelegen habe und bei langwierigem Heilungsverlauf und schlechter Heilungsprognose am 20. Dezember 2010 der linke Unterschenkel amputiert worden sei (Urk. 7/13/5-6). 3.2

Der von der Suva beauftragte Dr. med. A. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, untersuchte den Beschwerdeführer am 4. Juli 2014 neurologisch und erstattete sein Teilgutachten am 27. April 2015 (Urk. 7/60/649). Er berichtete, der Beschwerdeführer habe als Hauptbeschwerden kontinuierlich Schmerzen im linken (amputierten) Fuss. Zusätzlich zu diesem Grundschmerz habe er etwa zweimal täglich während fünf bis zehn Sekunden das zu maximaler Schmerzintensität führende Gefühl, als würden ihm die Zehen abgerissen. Ausserdem leide er vor allem bei Belastung an Schmerzen im linken Knie. Beim Tragen der Prothese seien die Knieschmerzen stärker, dafür die Phantomschmerzen geringer (Urk. 7/60/660). Wenn er sitze und das Bein nicht belaste, bemerke er keinen Knieschmerz. In Abweichung davon habe der Beschwerdeführer angegeben, die Phantomschmerzen würden sich bei Belastung respektive beim Gehen mit Prothese verstärken. Des Weiteren habe der Beschwerdeführer über Schmerzen im Kreuz rechts beziehungsweise in der

rechten Hüfte geklagt. Auch seelische Probleme mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen habe er vorgetragen, wobei diese in der Exploration nicht zu beobachten gewesen seien (Urk. 7/60/661-662, 7/60/668-669). Dr. A.\_\_\_\_ stellte folgende Diagnosen: Unterschenkelamputation links am 20. Dezember 2010, im Anschluss an eine schlecht verheilte offene Unterschenkelfraktur links am 3. Oktober 2010, mit sowohl Amputationen stumpf- als auch Phantomschmerzen; Morbus Winiwarter-Buerger (Thromban gitis obliterans); erheblicher Nikotinabusus mit etwa 40 Zigaretten täglich; Diabetes mellitus Typ II; unspezifische Lumbalgien bei im CT der Wirbelsäule vom 3. Oktober 2010 gesicherten degenerativen Veränderungen, ohne Hinweis für traumatische Läsionen an der Wirbelsäule. Dabei sei einzig die erstgenannte Diagnose unfallkausal, weshalb die übrigen Diagnosen nicht weiter zu diskutieren seien (Urk. 7/60/670). Dr. A.\_\_\_\_ wies auf widersprüchliche Angaben des Beschwerdeführers bezüglich seiner Schmerzen hin und gelangte insgesamt zum Schluss, es zeige sich eine deutliche Diskrepanz zwischen dem subjektiv geklagten Schmerzausmass und den in den objektiven Befunden und der Verhaltensbeobachtung nachvollziehbaren Schmerzkorrelaten. Hinzu komme, dass der Beschwerdeführer sich seit Jahren in keiner entsprechenden fachärztlichen Behandlung befinde und die Schmerzmittel in unüblich tiefer Dosis einnehme (Urk. 7/60/670-671). Die Angabe des Beschwerdeführers, dass er den ganzen Tag nur sitze oder liege, sei diskrepant zu seinem fast athletischen Habitus an den Armen. Amputationsstumpf- und Phantomschmerzen träten häufig auf nach Amputationen, die vom Beschwerdeführer geklagte Intensität könne aber nicht in vollem Ausmass nachvollzogen werden. Anhaltspunkte für ein zusätzliches neuropathisches Schmerzsyndrom würden fehlen. Er habe den Eindruck, dass die Prothese nicht optimal passe. Gegebenenfalls könne durch eine bessere Prothesenversorgung eine Schmerzlinderung erreicht werden, wobei er diesbezüglich auf das orthopädische Fachgutachten verweise. Aus neurologischer Sicht könnte die medikamentöse Therapie verbessert werden (Urk. 7/60/672). Hinweise auf eine Schädel-Hirn-Verletzung würden ebenfalls fehlen. Dr. A.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer leidensadaptierten Tätigkeit, welche vorwiegend im Sitzen möglich sei, gegebenenfalls mit kurzen Gehstrecken, wechselbelastend und mit selbstgewählten Positionen wechseln, voll respektive mit einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % einsetzbar (Urk. 7/60/673). 3.3

Am 10. und 17. Juli 2014 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch untersucht. Dr. B.\_\_\_\_ erstattete sein Teilgutachten zuhanden der Suva am 8. Februar 2015 (Urk. 7/60/678). Er führte aus, nach der Unterschenkelamputation vom 20. Dezember 2010 sei aus psychiatrischer Sicht eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Episode (ICD-10: F43.2) mit psychotraumatologischen Symptomen diagnostiziert worden. Bei einer Anpassungsstörung handle es sich um eine dynamische und meistens passager auftretende manifeste psychopathologische Symptomatik, welche im Allgemeinen nach einer passageren Verlaufszeit zu einer angemessenen Anpassung des Betroffenen an die veränderte Lebenssituation führe, sodass die vorliegenden Beschwerden die Schwelle einer Störung mit Krankheitswert unterschreiten würden. Definitionsgemäss werde eine Anpassungsstörung nicht als langfristig eigenständiges Erkrankungsgeschehen qualifiziert. Die Diagnose der Anpassungsstörung durch das psychosomatische Konsil in der C.\_\_\_\_ sei nachvollziehbar belegt (Urk. 7/60/699). Für die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung fehle es an einem Ereignis katastrophenartigen Ausmasses. Hinzu komme, dass die Symptomatik sich innert sechs Monaten nach dem Trauma manifestieren

müsste, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall gewesen sei (Urk. 7/60/702). Auch die erhobenen Befunde und die vorgeschlagene Medikation würden die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht belegen (Urk. 7/60/703). Eine fachärztliche ambulante Behandlung habe der Beschwerdeführer erst im zeitlichen Umfeld des geplanten Fall abschlusses seitens der Unfallversicherung gut zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis aufgenommen (Urk. 7/60/704). Die erst später diagnostizierte mittelgradige bis schwere depressive Episode habe sich im Rahmen eines unfallfremden Erkrankungsgeschehens entwickelt (Urk. 7/60/705). Ferner entspreche die Therapieintensität nicht dem Vorliegen einer schweren depressiven Episode (Urk. 7/60/707). Dr. B.\_\_\_\_ gab an, die psychopathologischen Befunde würden auf nur punktuelle kognitive Beeinträchtigungen bei einem doch weitgehend unauffälligen verbalen Ausdrucksverhalten sowie auf eine affektiv erkennbare Niedergeschlagenheit, Bitterkeit, Hoffnungslosigkeit und dysphorische Resignation verweisen. Dies verbunden mit einem Hadern bezüglich des persönlichen Schicksals und einer depressiv gefärbten, beschämten Selbsttherabsetzung (Urk. 7/60/709). Dr. B.\_\_\_\_ diagnostizierte persistierende isolierte posttraumatische Symptome bei Status nach Anpassungsstörung im Rahmen eines Unfallereignisses und nachfolgendem komplexem Behandlungsverlauf (ICD-10: F43.21), eine aktuell chronisch verlaufende mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1) und ein Abhängigkeitssyndrom von Tabak mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10: F17.25). Zudem äusserte er den Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; Urk. 7/60/710). Bei der unfallfremden Depression handle es sich um eine psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert, welche vorrangig auch Einfluss auf das psychophysische Leistungsvermögen nehme (Urk. 7/60/711). Die chronische Schmerzstörung sei nur mit der Aussagekraft einer Verdachtsdiagnose ausgewiesen, da im vorliegenden Fall nicht alle Kriterien erfüllt seien, respektive da die körperlichen Faktoren bezüglich der Schmerzproblematik im Vordergrund stünden. So die Stumpf- und Phantomschmerzen, welche auch diagnostisch im Rahmen der somatischen Diagnosen einzuordnen seien (Urk. 7/60/712). Einzig diese Verdachtsdiagnose sowie die persistierenden isolierten posttraumatischen Symptome bei Status nach Anpassungsstörung seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit unfallbedingt (Urk. 7/60/713). Dr. B.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, die vorliegenden unfallbedingten kognitiven und affektiven Beeinträchtigungen würden eine einfach strukturierte manuelle Tätigkeit im Rahmen eines Produktionsprozesses in sitzen der Ausübung und unter Einhaltung von grösseren Pausen bei akuter Schmerzhaftigkeit erlauben. Dabei sollten manuell routinierte Arbeitsabläufe ohne zu grosse Anforderungen an komplexe technisch-kognitive Lerninhalte im Vordergrund stehen. Bei dem unfallbedingten psychiatrischen Gesundheitszustand sei ein 50%iger zeitlicher und leistungsmässiger Umfang beim Wiedereinstieg in eine angepasste Tätigkeit dem Leistungsvermögen angepasst. Nach einer Einarbeitungszeit und dem Erwerb einer gewissen Routine der Arbeitsabläufe könne mit einer schrittweisen Steigerung bis zu 100 % zeitlichem Umfang gerechnet werden. Ob die Leistung angesichts der schmerzbedingt notwendigen Pausen ebenfalls auf 100 % gesteigert werden könne, lasse sich wohl nur im Rahmen der praktischen Erprobung beantworten (Urk. 7/60/714). 3.4

Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie, verfasste das von der Suva in Auftrag gegebene interdisziplinäre Gutachten vom 23. Mai 2015 unter Berücksichtigung seiner Untersuchung des Beschwerdeführers vom 1. Juli 2014, der neurologischen und psychiatrischen Teilgutachten sowie der vorhandenen Akten (Urk. 7/60/615). Dr. D.\_\_\_\_ beschäftigte sich in seinem Gutachten vorab mit der Frage, ob die Amputation vermeidbar

gewesen wäre und bejahte dies mit grosser Wahrscheinlichkeit. Er führte aus, der Beschwerdeführer werde von dieser Frage beherrscht und für ihn sei - auch vor dem Hintergrund seines Kulturkreises - durch die Amputation eine Welt zusammen gebrochen (Urk. 7/60/616-623). Sodann sei es bei der Amputation selber zu krassen Fehlern gekommen, womit der Grundstein für die nun chronifizierte und im Mittelpunkt stehenden Stumpf- und Phantomschmerzen gelegt worden sei (Urk. 7/60/624). Hernach sei die erforderliche regelmässige Anpassung des Prothesenschaftes an den asymmetrischen Rückgang des Stumpfvolumens ungenügend erfolgt. Folge sei in diesen Fällen eine Zunahme von Phantomschmerzen (Urk. 7/60/629). Anlässlich seiner Untersuchung fand er eine schlecht passende Prothese vor, welche ein Bleigewicht sei (Urk. 7/60/635). Bezüglich der Möglichkeit einer Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess hielt Dr. D.\_\_\_\_ fest, von orthopädischer Seite spreche nichts gegen eine leichte, vorwiegend oder ausschliesslich sitzende Tätigkeit, weder die Amputation noch die Kreuzschmerzen. Er denke an eine Abklärung in der Eingliederungsstätte E.\_\_\_\_, jedoch halte er die Aussichten bei dem 55jährigen Beschwerdeführer für hoffnungslos (Urk. 7/60/639). Die Aussichten auf eine berufliche Eingliederung seien weiter erschwert durch mangelhafte Deutschkenntnisse, die psychische Situation, den Morbus Winiwarter-Buerger mit chronischem Nikotinabusus und den Diabetes mellitus Typ II mit entsprechenden Risikofaktoren (Urk. 7/60/640). Zusammenfassend nannte Dr. D.\_\_\_\_ folgende Diagnosen aus sämtlichen Fachgebieten: 1.) posttraumatische Unterschenkelamputation links am 20. Dezember 2010, 2.) persistierende isolierte posttraumatische Symptome bei Status nach Anpassungsstörung im Rahmen eines Unfallereignisses und nachfolgendem komplexem Behandlungsverlauf, 3.) aktuell chronisch verlaufende mittelgradige depressive Episode, 4.) chronische Stumpf- und Phantomschmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren, 5.) Abhängigkeitssyndrom von Tabak mit ständigem Substanzgebrauch und Morbus Winiwarter-Buerger, 6.) Diabetes mellitus Typ II sowie 7.) unspezifische Lumbalgien. Insgesamt schloss er, es sei nicht einfach, Unfall- und Nichtunfallfolgen auseinanderzuhalten. Die durch unfallfremde Faktoren verursachte Invalidität schätze er auf 25 % (Urk. 7/60/641). Für unfallkausal halte er die Diagnosen 1 bis 4. In Anbetracht der Unfallfolgen könne der Beschwerdeführer noch ohne fremde Hilfe den eigenen Haushalt besorgen (Urk. 7/60/642). 3.5

PD Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Leiter Fachgruppe Chirurgie der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, hielt in seiner Aktenbeurteilung vom 22. Oktober 2015 fest, es lasse sich nicht feststellen, inwieweit tatsächlich eine Diskussion unter den Teilgutachtern als Voraussetzung einer integrativen Gesamtbeurteilung stattgefunden habe (Urk. 7/60/733). Die von Prof. D.\_\_\_\_ gezogene Schlussfolgerung, es sei nur die eigene Haushaltsführung möglich, lasse sich nicht alleine mit der Amputation respektive mit der orthopädischen Diagnose begründen. Der neurologische Teilgutachter sei zuständig für die Beurteilung der Stumpf- und Phantomschmerzen und dieser halte eine adaptierte Tätigkeit für voll zumutbar. Eine Diskussion zwischen den Teilgutachtern hierzu finde sich nicht. Das orthopädische, federführende Teilgutachten weise erhebliche Mängel in Bezug auf die Form und die versicherungsmedizinischen Konklusionen auf. Es werde eine Neuvergabe des orthopädischen Teilgutachtens empfohlen mit dem Auftrag, die versicherungsmedizinische Fragestellung unter Einbezug der bestehenden neurologischen und psychiatrischen Gutachten zu beantworten (Urk. 7/60/734). 3.6

RAD-Arzt Dr. Y.\_\_\_\_ gab am 19. April 2017 gestützt auf die Gutachten von Prof. D.\_\_\_\_, Dr. A.\_\_\_\_ und Dr. B.\_\_\_\_ seine Beurteilung ab. Den Diabetes mellitus Typ II, den Verdacht

auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie das Abhängigkeitsyndrom von Tabak mit ständigem Substanzgebrauch (ICD-10: F17.25) qualifiziert er als Diagnosen ohne dauerhafte Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Er gelangte zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Elektriker sei der Beschwerdeführer seit dem 3. Oktober 2010 voll arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer indes nur bis zum 3. Juli 2011 voll arbeitsunfähig gewesen, hernach habe vom 4. Juli bis am 3. August 2011 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bestanden und seit dem 4. August 2011 bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Angepasst sei eine einfach strukturierte manuelle Tätigkeit im Rahmen einer beruflichen Aktivität, welche wechselbelastend, teils sitzend und teils ebenerdig gehend oder stehend ausgeführt werden könne, wobei die Sitzphase überwiegen sollte (Urk. 7/71/6-7).

In der ergänzenden Stellungnahme vom 12. oder 13. Juni 2017 hielt der RAD an seiner Stellungnahme vom 19. April 2017 fest. Er führte aus, darin sei die Thrombangitis obliterans bereits berücksichtigt worden. Die Ruptur des Ligamentum fibulotarsale anterius sei alt und - wie auch die Femoropatellararthrose rechts - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss am 19. April 2017 formuliertem Belastungsprofil. Der Diabetes mellitus stelle keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dar. Die chronische Lumbago sei zwar diagnostiziert worden, doch habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung nicht darüber geklagt und sie sei auch bei den Untersuchungsbefunden unerwähnt geblieben, weshalb ihr keine Bedeutung zukomme (Urk. 7/77/2-3). 4.

#### 4.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der angefochtenen Verfügung primär auf die Stellungnahmen ihres RAD. Diese wiederum basierten auf den von der Suva in Auftrag gegebenen Gutachten. Diesbezüglich liess die IV-Stelle ausser Acht, dass der für die interdisziplinäre Beurteilung zuständige, federführende Orthopäde Prof. D.\_\_\_\_ eine ausserhäusliche Arbeitstätigkeit sinngemäss nicht mehr für zumutbar hielt (Urk. 7/60/642). Dies erweckt erste Zweifel an den RAD-Stellungnahmen. Zwar ging Prof. D.\_\_\_\_ aus rein orthopädischer Sicht von der theoretischen Möglichkeit einer angepassten Tätigkeit aus (Urk. 7/60/639), doch nicht unter Berücksichtigung des Zusammenwirkens sämtlicher Beeinträchtigungen.

Bei komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen hat die Einschätzung der Leistungsfähigkeit auf umfassender, die Teilergebnisse verschiedener medizinischer Disziplinen integrierender Grundlage zu erfolgen (BGE 137 V 210 E).

### **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

#### **E. 6.1**

Der Streitgegenstand des Verfahrens betrifft die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 7 00.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

## **E. 6.2**

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57 E. 2.2), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat. Nach § 34 Abs. 1 GSVGer ist diese ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer)

und vorliegend auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzu setzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Juni 2017 aufgehoben und die Sache nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheides im Sinne einer Rückweisung an die IV-Stelle für Versicherte im Ausland überwiesen wird, damit diese den Sachverhalt rechtsgenügend abkläre und hernach über den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente neu entscheide. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVST, Avenue Edmond-Vaucher 18, Case postale 3100, 1211 Genf 2 (nach Eintritt der Rechtskraft unter Beilage von Urk. 7/1-80) sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht; BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

## **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).

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