

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01009 vom 4. Januar 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.01009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.01009)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01009 du 4 janvier 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.01009 del 4 gennaio 2019

## **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) 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**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der Begründung zu den angefochtenen Verfügungen ( Urk. 2/1 Anhang) davon aus, eine ununterbrochene relevante Arbeitsunfähigkeit sei erst ab Dezember 2010 attestiert worden, weshalb das Wartejahr dann erst eröffnet werden könne (S. 2 oben). 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt ( Urk. 1), das - 2011 von Dr. C.\_\_\_\_ erstattete (S. 13 Ziff. 37) - psychiatrische Gutachten sei sorgfältig erstellt und stelle auch auf fremdanamnestische Angaben ab. Einzig bei der Frage nach dem Ausmass der Restarbeitsfähigkeit als Manager ergäben sich gewisse Unschärfen, die aber beantwortet werden könnten (S. 13 Ziff. 38). Dass erst ab 1. Dezember 2011 ein Rentenanspruch bestehe, habe die Beschwerdegegnerin damit begründet, dass Dr. C.\_\_\_\_ den Beginn der invaliditätsrelevanten depressiven Episode auf Dezember 2010 gelegt habe, während zuvor «lediglich» eine Anpassungsstörung bestanden haben solle (S. 16 Ziff. 40). Der Unfallversicherer habe Taggeldleistungen erbracht basierend auf einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 14. September 2006 bis 30. Juni 2010, von 95 % vom 1. Juli bis 30. April 2011 und von 84 % vom 1. Mai bis 30. November 2011 (S. 16 f. Ziff. 41). Ebenso verkenne die Beschwerdegegnerin, dass er eine lange somatische Leidensgeschichte aufweise, mit langen Arbeitsunfähigkeiten und Operationen samt

Rekonvaleszenzzeiten (S. 19 Ziff. 49). 2.3

In ihrer am 31. August 2018 eingegangenen Stellungnahme (Urk. 21) führte die Beschwerdeführerin aus, in psychiatrischer Hinsicht habe hinsichtlich Schweregrad und Dauerhaftigkeit eine relevante Einschränkung erst ab Dezember 2010 - weshalb ein Rentenanspruch ab Dezember 2011 bejaht worden sei - bestanden. In somatischer Hinsicht sei jedenfalls klar ab Juli 2009 eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit - wozu auch die angestammte Tätigkeit gehöre - ausgewiesen. Davor sei ab September 2006 immer wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Sofern zwischen den stattgehabten Operationen wegen protrahierten Heilverläufen keine Unterbrüche der Arbeitsunfähigkeit anzunehmen seien, könne diesbezüglich ein Rentenanspruch längstens von September 2007 bis Juli 2009 anerkannt werden (S. 1 unten). 2.4

Strittig und zu prüfen ist, ob vor dem verfügten Rentenbeginn (Dezember 2011) bereits ein Rentenanspruch bestanden hat. 3. 3.1

Dr. phil. G.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, führte in seinem am 4. September 2006 erstatteten Bericht (Urk. 6/12/129-131 = Urk. 6/23/13-15) aus, dass er den Beschwerdeführer seit dem 29. März 2006 behandle (S. 2 Ziff. 4a), und nannte als Diagnose (S. 2 Ziff. 3) ausgeprägte Stimmungsschwankungen (Anpassungsstörung ICD-10 F43.23) im Rahmen nicht verarbeiteter, unfallbedingter Schmerzen und einen Verdacht auf neuropsychologische Einbusse (ICD-10 F06.7). Der Versicherte habe berufsbegleitend eine MBA Marketing Ausbildung begonnen (S. 2 Ziff. 2 am Ende). Die psychischen Probleme hätten bis jetzt keine Einbusse der Arbeitsfähigkeit zur Folge gehabt (S. 2 Ziff. 5). 3.2

Dr. med. H.\_\_\_\_, Leiter Orthopädie, Klinik I.\_\_\_\_, führte am 25. Januar 2007 aus, ein am 2. Dezember 2006 erfolgtes arthroskopisches

Ellbogendébridement habe zu einer subjektiv verbesserten Beweglichkeit und auch vorübergehender Schmerzreduktion geführt; unter Belastung bestünden die Schmerzen jedoch nach wie vor. Von Seiten des Ellbogens sei der Beschwerdeführer noch arbeitsunfähig (Urk. 6/12/147). 3.3

In seinem Bericht vom 10. Mai 2007 (Urk. 6/23/10-12) machte Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1) weitgehend dieselben Angaben wie 2006 und führte unter anderem aus, im Herbst 2006 habe der Versicherte wegen Umstrukturierungen seine Stelle verloren (S.

1 unten) und er habe wegen der bevorstehenden Operationen keine verbindlichen Bewerbungsgespräche führen können; immerhin sollte er seine MBA-Ausbildung im Juni 2007 abschliessen können (S.

2 oben). 3.4

Die Ärztinnen der Klinik I.\_\_\_\_ nannten in einem Bericht vom 11. Juni 2008 (Urk. 6/21) - nebst einem Status nach Osteosynthese, Radiusköpfchenprothese bei schwerer posttraumatischer Ellenbogenarthrose links - die folgenden Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1 Ziff. 1.1): - Status nach Motorradunfall Juni 2001 - Patellafraktur und Luxation Knie links - posttraumatische Retropatellararthrose links nach Fraktur - metaphysäre

Tibiafraktur rechts - femopatelläres Schmerzsyndrom links - Status nach Kniearthroskopie rechts und Spaltung der Tibialis

anterior -Loge rechts am 27. April 2007

Sie führten aus, der Patient sei seit dem 18. September 2003 an ihrer Klinik in noch immer andauernder - Behandlung (S. 1 Ziff. 3.1) und er sei aktuell zu 100 % arbeitsunfähig (S. 1 Ziff. 1.3). 3. 5

Dr. H.\_\_\_\_ hatte am 26. März 2008 eine GSB -III- Ellbogenarthroplastik vorge nommen, dies gemäss seinem Bericht vom 10. Oktober 2008 ( Urk. 6/35/4-5 = Urk. 6/37/3-4 ) mit einem an und für sich günstigen Resultat mit guter Beweglichkeit im postope rativen Verlauf, jedoch Auftreten einer zunehmenden Strecksehneninsuffizienz. Um diese zu beheben, nahm er am 10. Oktober 2008 eine weitere Operation - Revision und Reinsertion des Strecksehnenapparates - vor (S. 1). Am 11. Dezember 2008 ( Urk. 6/37/10) und am 26. Januar 2009 ( Urk. 6/37/9) hielt Dr. H.\_\_\_\_ einen günstigen Verlauf fest .

Im Bericht vom 9. Juli 2009 ( Urk. 6/47/15) führte Dr. H.\_\_\_\_ aus, unter Physiotherapie sei nochmals eine Verbesserung der Kraft für Extension und auch eine Verbesserung des endgradigen Extensionsdefizites eingetreten. Es bestehe nun doch ein günstiges Resultat nach Ellbogenprothese links und Reinsertion des Strecksehnenapparates vor knapp 3/4 Jahren. Aktuell seien aus der Sicht des Patienten spezifische Massnahmen nicht nötig. Eine nochmalige Kontrolle sei 2

Jahre ab Operation im März 2010 vorgesehen. 3.6

Dr. G.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.1 ) führte in seinem Bericht vom 3. März 2009 (Urk. 6/40/2-6 ) unter anderem aus, seit 2007 hätten insgesamt 60 Konsultationen stattgefunden (S. 1). Als Diagnosen nannte er eine GSB-III-Ellbogen-Arthro plastik links (März 2008) nach schwerer posttraumatischer Ellbogenarthrose so wie wiederum ausgeprägte Stimmungsschwankungen (Anpassungsstörung ICD

### **E. 1.3**

Am 16. Mai 2014 erstattete Dr. C.\_\_\_\_ ein Verlaufsgutachten ( Urk. 6/184). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren ( Urk. 6/204, Urk. 6/207, Urk. 6/215, Urk.

6/225, Urk. 6/228) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügungen vom 3. August 2017 von Dezember 2011 bis Dezember 2012 eine ganze Rente, von Januar bis Dezember 2013 eine Dreiviertelsrente und von Januar bis Dezember 2014 eine Viertelsrente zu ( Urk. 6/259 = Urk. 2/1, Urk. 6/247 = Urk.

2/2, Urk. 6/252 = Urk. 2/3). 2.

Der Versicherte erhob am 19. September 2017 Beschwerde gegen die Verfügungen vom 3. August 2017 ( Urk. 2/1-3) und beantragte, diese seien dahingehend abzuändern, dass die Beschwerdegegnerin verpflichtet werde, ihm auch von September 2007 bis November 2011 eine ganze Rente auszurichten ( Urk. 1 S. 2 oben Ziff. 1).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 17. Oktober 2017 ( Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde.

Am 21. Februar 2018 nahm der Beschwerdeführer aufforderungsgemäss (vgl.

Urk. 7 ) ergänzend Stellung ( Urk. 13).

Am 28. Mai 2018 fand eine Instruktionsverhandlung und Parteibefragung statt (Prot. S. 3 ff.). Am 31. August 2018 nahm die Beschwerdegegnerin aufforderungsgemäss (vgl. Urk. 19) ein weiteres Mal Stellung, dies unter Hinweis auf eine Stellungnahme von dipl. med. E.\_\_\_\_, RAD, vom 30. August 2018 (Urk. 22), was dem Beschwerdeführer am 4.

September 2018 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 23). 3.

Der Unfallversicherer verneinte mit Verfügung vom 17. Februar 2012 (Urk. 6/113/2-6) und diese bestätigendem Einspracheentscheid vom 18. Mai 2012 die Adäquanz der psychischen Beschwerden, sprach dem Versicherten aufgrund einer Integritätseinbusse von 20 % eine Integritätsentschädigung zu, stellte die Taggelderleistungen per 29. Februar 2012 ein und verneinte einen Rentenanspruch. Dies wurde vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 6. Januar 2014 im Verfahren Nr. UV.2012.00143 und vom Bundesgericht mit Urteil vom 5. Juni 2014 im Verfahren Nr. 8C\_137/2014 bestätigt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 4**

und Urk. 6/12/49). Für die Folgen dieses Unfalls erbrachten die Basler Versicherungen die gesetzlichen Leistungen.

Ab 1. September 2001 war der Versicherte als Marketingdirektor bei der Z.\_\_\_\_ Gm bH angestellt, bis die Arbeitgeberin das Arbeitsverhältnis am 15. September 2006 fristlos auflöste (Urk. 6/5 Ziff. 6.3.1, Urk. 6/19 Ziff. 2.1-2). Vom Unfallversicherer wurden in der Folge erneut Versicherungsleistungen erbracht (vgl. Urk. 6/22/71).

#### **E. 4.1**

Im Überblick ergibt sich folgender Verlauf:

Der Beschwerdeführer befand sich ab Ende März 2006 in psychotherapeutischer Behandlung, dies wegen Stimmungsschwankungen (Anpassungsstörung ICD-10 F43.23) im Rahmen nicht verarbeiteter Schmerzen, wobei gemäss dem Anfang September 2006 erstatteten Bericht die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigt war (vorstehend E. 3.1).

Anfang November 2006 konstatierte der behandelnde Orthopäde verstärkte Ellbogenbeschwerden, weshalb eine Arbeitsfähigkeit nicht mehr gegeben sei. Im Dezember 2006 erfolgte ein arthroskopisches

Débridement am linken Ellbogen; im Januar 2007 wurde diesbezüglich eine fortgesetzte Arbeitsunfähigkeit attestiert (vorstehend E. 3.2). Im April 2007 erfolgte eine Arthroskopie des rechten Knies, mit anschliessender Beschwerdefreiheit (vgl. Diagnosen E. 3.8). Im Juni 2007 schloss der Beschwerdeführer eine 2006 berufsbegleitend begonnene (vorstehend E. 3.1) MBA-Ausbildung ab (vgl. E. 3.3 und 3.6).

Im März 2008 nahm der behandelnde Orthopäde die seit längerem geplante Ellbogenarthroplastik und - bei an und für sich günstigem Resultat - im Oktober 2008 noch eine Revision des Strecksehnenapparats vor (vorstehend E. 3.5).

Von Mitte Februar bis Ende Mai 2009 übte

der Beschwerdeführer eine als Praktikum bezeichnete Tätigkeit im Umfang von 50 % aus (vorstehend E. 3.6).

Im K.\_\_\_\_-Gutachten, das im März 2011 erstattet wurde, wurden persistierende Ellbogenbeschwerden links, ein leichtes femoropatelläres Schmerzsyndrom links sowie ein beschwerdefreies rechtes Knie festgehalten. Die aktuell ausgeübte Tätigkeit als

Marketingleiter wurde als ideal eingestuft. Bei einem ganztägigen Pensum bestehe ein erhöhter Pausenbedarf, entsprechend werde von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausgegangen (vorstehend E. 3.7).

Im Gutachten der Ärzte der Rehaklinik B.\_\_\_\_ vom Oktober 2011 wurden eher geringe weitere Beschwerden im linken Knie und Ellbogen festgehalten, die sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Hingegen wurde aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung von 50 % attestiert (vorstehend E. 3.8 ).

#### **E. 4.2**

Bezüglich der Beurteilung aus psychiatrischer Sicht ist auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ von 2011 und auf sein Verlaufsgutachten von 2014 abzustellen, zumal diese alle praxismässigen Kriterien (vorstehend E. 1.2) vollumfänglich erfüllen. Zum Verlaufsgutachten von 2014 äusserte sich der Beschwerdeführer weder in der Beschwerde ( Urk. 1) - die sich über weite Strecken mit seiner Stellungnahme vom 16. April 2012 ( Urk. 6/120) und seinen gegenüber dem Vorbescheid am 4. Mai 2015 erhobenen Einwänden ( Urk. 6/207) deckt - noch in seiner ergänzenden Stellungnahme (13). Gegenüber dem Gutachten von 2011 erhob er nicht eigentlich inhaltliche Einwände, vielmehr wandte er sich gegen die Schlussfolgerungen, welche die Beschwerdegegnerin daraus ableitete: Er stellte nicht die von Dr. C.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.23 und ab Dezember 2010 mittelgradig depressive Episode (F32.11) - in Frage, sondern wandte sich gegen die Annahme der Beschwerdegegnerin, die diagnostizierte Anpassungsstörung begründe keine anspruchsrelevante Arbeitsunfähigkeit.

Dem ist entgegenzuhalten, dass nicht erst die Beschwerdegegnerin eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Anpassungsstörung verneinte. Vielmehr entspricht dies den Angaben des behandelnden Psychotherapeuten (vorstehend E. 3.1) und gemäss Dr. C.\_\_\_\_ auch des delegierenden Psychiaters (vorstehend E. 3.10). Im Bericht vom Mai 2007 erwähnte der Psychotherapeut Schwierigkeiten bei der Stellensuche wegen bevorstehender Operationen, ohne eine Arbeitsunfähigkeit zu attestieren (vorstehend E. 3.3). Im Bericht vom März 2009 erwähnte er vergleichbare Probleme und die Aufnahme eines Praktikums im Umfang von 50

%, dies wiederum ohne Hinweis auf eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen (vorstehend E. 3.6).

Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin davon ausging, eine die Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen tangierende Beeinträchtigung sei ab dem von Dr. C.\_\_\_\_ genannten Zeitpunkt, mithin Dezember 2010, anzunehmen.

#### **E. 4.3**

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 21. Februar 2018 ( Urk. 13) nahm der Beschwerdeführer kursorisch auf die zwischenzeitlich massgebende Rechtsprechung betreffend die Beurteilung psychischer Leiden Bezug (S. 1 f. Ziff. 1 f., S. 12 ff. Ziff. 16) und führte aus, würden die Indikatoren gewertet, bestätige sich eine Arbeitsunfähigkeit für jegliche Verweistätigkeit im Umfang von mindestens 70 % (S. 15 Ziff. 16).

Dem kann nicht gefolgt werden. Nachdem für die hier zu beurteilende Periode gar keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen attestiert wurde und auch in den gutachterlichen Beurteilungen keine solche postuliert wurde, ist nicht nachvollziehbar, worauf sich das mit BGE 143 V 409 geforderte strukturierte Beweisverfahren gemäss BGE

141 V 282 beziehen könnte: Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ein Beweisverfahren bleibt daher entbehrlich, wenn im Rahmen beweiswertiger fachärztlicher Berichte (vgl. BGE 125 V 351) eine Arbeitsunfähigkeit in nachvollziehbar begründeter Weise verneint wird (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1). Insbesondere in Fällen, in welchen nach der Aktenlage überwiegend wahrscheinlich von einer bloss leichtgradigen depressiven Störung auszugehen ist, die nicht schon als chronifiziert gelten kann und auch nicht mit Komorbiditäten einhergeht, bedarf es in aller Regel keines strukturierten Beweisverfahrens (BGE 143 V 409 E. 4.5.3; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1).

#### **E. 4.4**

Es hat somit mit der Feststellung sein Bewenden, dass eine die Arbeitsfähigkeit tangierende psychische Beeinträchtigung ab Dezember 2010 ausgewiesen ist. Unter diesem Aspekt erweist sich der festgesetzte Rentenbeginn (Dezember 2011) als zutreffend. 4. 5

Die Beschwerdegegnerin ist bei der angefochtenen Rentenzusprache davon ausgegangen, dass in somatischer Hinsicht keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten bestanden habe (vorstehend E. 2.1), hat aber im vorliegenden Verfahren erkennen lassen, dass an dieser Einschätzung möglicherweise nicht festzuhalten sei (vorstehend E. 2.3).

Es sind folgende operative Eingriffe dokumentiert: - 22. Dezember 2006: Ellbogen (vorstehend E. 3.2) - 27. April 2007: Knie (vorstehend E. 3.4) - 26. März 2008: Ellbogen (vorstehend E. 3.5) - 10. Oktober 2008: Ellbogen (vorstehend E. 3.5)

Im Juni 2009 wurde die Behandlung abgeschlossen (vorstehend E. 3.5).

Aktenkundig sind sodann ein protrazierter Verlauf namentlich der Ellbogenproblematik (vorstehend E. 3.2 und 3.5) sowie die faktischen Schwierigkeiten, sich überhaupt für geeignete Stellen zu bewerben, dies nicht aus konjunkturellen Gründen, sondern wegen der medizinisch nicht abgeschlossenen Situation mit entsprechend fehlender Disponibilität.

Es rechtfertigt sich deshalb, dem Hinweis beider Parteien folgend, von einer ab September 2006 ohne wesentlichen Unterbruch bestehenden Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus somatischen Gründen auszugehen, dies bis zur Aufnahme einer Tätigkeit im Umfang von 50 % in einem Praktikum Mitte Februar 2009, dies wiederum bis Ende Juni 2009 (vgl. vorstehend E. 3.5).

#### **E. 4.6**

Demnach bestand nach Ablauf des Wartejahres (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG)

ab September 2007 Anspruch auf eine ganze Rente.

Ab Mitte Februar 2009 ist eine Arbeitsfähigkeit von 50 % anzunehmen. Geht man vom im letzten vollen Anstellungsjahr (2005) erzielten Einkommen von rund Fr.

203'000.-- (vgl. Urk. 6/14) als Valideneinkommen aus, so würde bei einem Invalideneinkommen von rund Fr. 60'000.-- eine Einbusse von Fr. 143'000.-- resultieren, was einen Invaliditätsgrad von rund 70 % ergäbe. Selbst wenn also der Beschwerdeführer mit 50 % in angepasster Tätigkeit Fr. 60'000.-- (entsprechend Fr. 120'000.-- bei vollem

Pensum) hätte verdienen können, ergäbe sich weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Rente .  
Diesbezüglich können mithin Weiterungen unterbleiben und es ist von einem Anspruch auf eine ganze Rente von September 2007 bis Juni 2009 auszugehen.

#### **E. 4.7**

Somit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und es sind die Verfügungen vom 3. August 2017 um die Feststellung zu ergänzen, dass der Beschwerdeführer zusätzlich von September 2007 bis Juni 2009 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 5. 5.1

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen und ausgangsgemäss je zur Hälfte den Parteien aufzuerlegen. 5.2

Dem teilweise obsiegenden und anwaltlich vertretenen Beschwerdeführer ist eine um die Hälfte reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen, die beim praxis gemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ermessensweise auf Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen ist. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde werden die Verfügungen der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 3. August 2017 um die Feststellung ergänzt, dass der Beschwerdeführer von September 2007 bis Juni 2009 Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt David Husmann -  
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

#### **E. 6**

/2

### **E. 7**

), einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK-Auszug, Urk. 6/14 ) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 6 /1

### **E. 9**

) stellte die IV-Stelle eine Begutachtung des Versicherten bei der MEDAS A.\_\_\_\_ in Aussicht . Nachdem der Versicherte am 1. und am 29. Juni 2010 Einwände gegen die vorgesehene Begutachtungsstelle erhoben hatte ( Urk. 6/61 und Urk. 6/65 ), teilte die IV-Stelle am 14. Juli 2010 mit, sie übernehme die Kosten für eine ambulante psychiatrische und orthopädische Abklärung in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ (Urk. 6/68 ).

Am 29. Juni 2011 wurde der Versicherte in der Rehaklinik B.\_\_\_\_ durch Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, untersucht. Das interdisziplinäre Gutachten wurde am 5. Oktober 2011 erstattet (Urk. 6/97 ). Am 23. Januar 2012 beantwortete Dr. C.\_\_\_\_ eine Ergänzungsfrage (Urk. 6/106 ).

Mit Schreiben vom 30. November 2012 (Urk. 6/140 ) teilte die IV-Stelle dem Versicherten mit, dass sie nach nochmaliger Durchsicht und Aufarbeitung der Akten zum Schluss gelangt, dass sie gestützt auf die ihr zurzeit vorliegenden medizinischen Unterlagen noch keinen abschliessenden Entscheid fällen könne, sondern weitere medizinische Abklärungen dringend indiziert seien. Sie schlage vor, den Versicherten entweder durch dipl. med. E.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie , Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), oder durch Dr. med.

F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten zu lassen. Nach Einwänden des Versicherten ( Urk. 6/143 ) hielt die IV-Stelle mit Zwischenverfügung vom 12. Dezember 2012 (Urk. 6/145 ) an einer Begutachtung des Versicherten durch Dr. F.\_\_\_\_ fest. In Gutheissung der dagegen erhobenen Beschwerde hob das hiesige Gericht diese Verfügung mit Urteil vom 17. Juni 2013 im Verfahren Nr. IV.2013.00100 auf ( Urk. 6/156 ).

### **E. 10**

F43.23) im Rahmen nicht verarbeiteter, unfallbedingter Schmerzen (S. 1 unten). Er führte unter anderem aus, 2007 sei der Versicherte bei verschiedenen Firmen in die engere Auswahl gekommen, aber mangels Disponibilität nicht berücksichtigt worden; nach Abschluss seines MBA habe er im Alltag keinen Inhalt und keine Ziele mehr gehabt (S. 2 oben). Die mehrfach verschobene und schliesslich im März 2008 vorgenommene Operation am Ellbogen habe ihn ab August 2007 stark beschäftigt (S. 2 Mitte). Der lange Rehabilitationsprozess ab April 2008 sei von Enttäuschung und Wut über die langsamen Fortschritte geprägt gewesen, umso mehr, als ihm eröffnet worden sei, dass im Oktober 2008 eine erneute Operation erforderlich sei (S. 3 oben). Mitte Februar 2009 habe er mit einem Pensum von 50 % ein Praktikum im Bereich Marketing beginnen können (S. 4 Mitte).

Das genannte - vom Unfallversicherer finanzierte (vgl. Urk. 6/44/1) - Praktikum wurde per Ende Mai 2009 beendet, weil die gestellten Aufgaben und die (psychischen) Ressourcen des Beschwerdeführers nicht zusammenpassten ( Urk. 6/94/3-6 S. 2 oben). 3. 7

Am 7. März 2011 erstatteten PD Dr .

med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, und Carole Ebinger, Physiotherapie, Zentrum K.\_\_\_\_, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 6/90).

Sie nannten die folgenden Diagnosen (S. 2 Ziff. 1): - Status nach Motorradunfall am 25. Juli 2001 mit: - Luxation mehrfragmentäre Fraktur am linken Ellbogen (behandelt primär mit Fixateur externe, postprimär mit Plattenosteosynthese und Radiusköpfchenprothese, Arthroskopie am 22. Dezember 2006, GSB III-Ellbogen- Arthroplastik links und Entfernung der Radiusköpfchenprothese am 26. März 2008) - Status nach Patella-Querfraktur (Osteosynthese mittels Zuggurtung, Metallentfernung) - metaphysärer Tibiaplateaufraktur rechts (konservativ) aktuell: - persistierende Beschwerden und Funktionsstörungen im Bereich des linken Ellbogens - aktuell leichtes femoropatelläres Schmerzsyndrom, Entwicklung einer Sekundärarthrose im Bereich der linken Patella - beschwerdefrei in Bezug auf das rechte Knie (bei Status nach Logensyndrom der Tibialis anterior -Logen sowie Status nach Kniearthroskopie) - Stimmungslabilität aufgrund einer Anpassungsstörung anamnestisch - Adipositas

Sodann wurde unter anderem ausgeführt, die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Marketingleiter sei als ideal anzusehen, sofern ein ergonomisch eingerichteter Arbeitsplatz zur Verfügung stehe, dies insbesondere bei einer Steigerung des Arbeitspensums. Das aktuell ausgeübte Pensum von 50 % sei dem Versicherten vollumfänglich zumutbar, auch unter prognostischen Erwägungen. Unter Annahme eines ganztägigen Arbeitspensums wären über den Tag verteilt mehrere Pausen von 1 1/2 Stunden einzuplanen; entsprechend werde von einer Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 80 % ausgegangen (S. 5 Ziff. 6.1). 3.8

Am 5. Oktober 2011 erstatteten Dr.

med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie, Oberarzt orthopädische und handchirurgische Rehabilitation, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, medizinischer Leiter des Zentrums für Begutachtungen, Rehaklinik B.\_\_\_\_, im Auftrag der Invalidenversicherung ein Gutachten in Form einer interdisziplinären Stellungnahme (Urk. 6/97/1-7). Sie stützen sich dabei auf ein - nach Untersuchungen am 29. Juni 2011 erstelltes (vgl. S. 1) - psychiatrisches (Urk. 6/97/8 - 26) und orthopädisches (Urk. 6/97/27 - 60) Gutachten und unter anderem einen vom behandelnden Psychotherapeuten am 4. Juli 2011 erstatteten ergänzenden Bericht (vgl.

Urk. 6/97/12-13).

Die Gutachter nannten die folgenden orthopädischen Diagnosen (S. 1 f.): - Status nach Motorradunfall am 25. Juli 2001 mit - Luxation und mehrfragmentärer Fraktur am linken Ellbogen Therapie: Fixateur externe am Unfalltag, Plattenosteosynthese und Radiusköpfchen-Prothese am 31. Juli 2001 - arthroskopisches

Débridement am 22. Dezember 2006 - GSB III-Ellbogen Arthroplastik und Entfernung der Radiusköpfchen-Prothese am 26. März 2008 - Patella-Querfraktur links mit geringgradiger Retropatellararthrose Therapie: Osteosynthese mittels Zuggurtung am 25. Juli 2001, zeitgemäße Metallentfernung - metaphysäre

Tibiaplateau -Fraktur rechts, konservativ folgenlos ausgeheilt - Status nach diagnostischer Arthroskopie rechts mit Logenspaltung bei unklaren Kniebeschwerden rechts und

## Logensyndrom der Tibialis

anterior -Loge am 27. April 2007, seitdem keine Beschwerden mehr

Als psychiatrische Diagnose nannten sie eine mittelgradige depressive Störung mit sogenannt somatischem Syndrom ( ICD-10 F32.11; S. 2 Mitte).

Zusammenfassend führten sie aus, orthopädischerseits bestünden insgesamt eher geringe, belastungsabhängige Kniebeschwerden links sowie ebenfalls nur geringe Schmerzen am linken Ellbogengelenk. Eine Bewegungseinschränkung am linken Kniegelenk habe nicht festgestellt werden können, während am linken Ellbogengelenk ein geringfügiges Streckdefizit zur Darstellung gekommen sei, welches sich funktionell nicht wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die subjektiv geklagten, belastungsabhängigen Schmerzen könnten problemlos mit den radiologisch und klinisch erhobenen Befunden in Einklang gebracht werden. Eine wesentliche Einschränkung der Funktionsfähigkeit und speziell in der aktuell ausgeübten, vorwiegend sitzenden Tätigkeit könne daraus nicht abgeleitet werden (S.

4 Mitte).

Eine Besserung der jetzigen Situation sei aktuell durch keine therapeutische Massnahme möglich (S. 4 unten).

Psychiatrikerseits sei der Versicherte durch die Behandlung und die somatischen Folgen des Unfalls auch relevant in seiner psychischen Gesundheit tangiert (S. 5). Die aktuelle Befundlage sei aus psychiatrischer Sicht insofern diskrepant zu dem, was aufgrund der Akten hätte antizipiert werden können, als aktuell doch eine versicherungsmedizinisch relevante depressive Störung bestehe. Der Schweregrad der aktuellen depressiven Verstimmung sei mittelgradig. Diese Stimmungslage bestehe nach Auskünften des Versicherten seit Dezember 2010 (S. 5 unten). Eine Intensivierung der antidepressiven Therapie sei indiziert; es könne gegenwärtig nicht von einem Endzustand gesprochen werden (S. 6 Mitte). Gegenwärtig sei der Beschwerdeführer infolge der mittelgradigen Depression aus psychiatrischer Sicht zweifellos als relevant eingeschränkt zu beurteilen; die halbtägige Arbeit auf - verglichen mit früheren leitenden Stellen - reduziertem Komplexitätsniveau sei dem augenblicklichen psychischen Zustand angemessen. 3. 9

Am 19. August 2013 erstattete Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, ein

Gutachten im Auftrag des Unfallversicherers (Urk. 6/158/2-49).

Er führte aus, die von Dr. D.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen (vorstehend E. 3.8) behielten weiterhin Gültigkeit, und nannte zusätzlich folgende neue Diagnose (S. 45 Ziff.

4): - unspezifische Kreuzschmerzen bei - Haltunginsuffizienz (ungenügende Rumpfstabilisation) - Fehlhaltung - diskreter Diskopathie L2/3

Zur Arbeitsfähigkeit führte er aus, der Versicherte halte seine frühere Tätigkeit schon aufgrund seiner Psyche für ausgeschlossen. Aufgrund der aktuellen orthopädisch-rheumatologischen Untersuchung sei diese Tätigkeit jedoch noch immer möglich (S.

46 Ziff. 8a). 3.10

Am 16. Mai 2014 erstattete Dr. C.\_\_\_\_ (vorstehend E. 3.8) ein Verlaufsgutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/184/1-55). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 2 ff.) und die von ihm am 27. Januar, am 3. und am 5.

Februar 2014 (S. 18) erhobenen Befunde, ein Gespräch mit der Ehefrau des Beschwerdeführers (S. 33 f.) und je ein Telefongespräch mit dem behandelnden Dr. G.\_\_\_\_ und dem delegierenden Psychiater (S. 39).

In seiner Fallzusammenfassung (S. 39 ff.) führte Dr. C.\_\_\_\_ unter anderem aus, im Verlauf hätten sich Anzeichen für eine depressive Verstimmung ergeben und der Versicherte habe über Erschöpfung, Adynamie, Lustlosigkeit und Ängste geklagt, im privaten Umfeld teils gereizt bis aufbrausend

gewirkt, mit sozialer Rückzugstendenz, ebenso Klagen über kognitive Einschränkungen und Verminderung der Daueraufmerksamkeit und Konzentration und Vergesslichkeit, was er zuerst auf die wiederholten Narkosen bei Eingriffen zurückgeführt habe, was wahrscheinlich aber bereits im Rahmen der depressiven Verstimmung zu interpretieren sei. Ab 29. März 2006 sei er von Dr. G.\_\_\_\_ delegiert-psychotherapeutisch behandelt worden. Dieser habe ausführlich mehrfach an die Unfallversicherung berichtet und zuerst eine Anpassungsstörung (F43.23) diagnostiziert, vorerst ohne negative Einwirkungen auf die zu attestierende Arbeitsfähigkeit, wie ein erster Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.1)

ausweise (S. 41).

Gemäss einem zweiten Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ (vgl. vorstehend E. 3.3)

sei weiterhin eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert worden und eine antidepressive Behandlung begonnen worden, was eindrucksmässig eine

gewisse psychische Stabilisierung bewirkt habe. Weiterhin sei von Dr. G.\_\_\_\_ (in Zusammenarbeit mit dem delegierenden Psychiater) ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit für nicht gegeben erachtet worden (S. 41 Mitte).

Am 26. März 2008 sei sodann eine Ellbogenarthroplastik und Entfernung der Radiusköpfchenprothese am linken Ellbogen erfolgt, bislang der letzte operative Eingriff, dies mit dem Resultat einer soweit stabilen Situation am linken Ellbogengelenk mit geringfügigem Streckdefizit, welches sich allerdings (in Anbetracht der leichten körperlichen Arbeit im angestammten Beruf) nicht negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, wie im Gutachten vom Herbst 2010 (richtig: 2011; vgl. vorstehend E. 3.8) festgehalten. Die Situation sei zu diesem Zeitpunkt als chirurgisch ausbehandelt betrachtet worden (S. 41 unten).

Mittlerweile hätten aber gemäss Bericht von Dr. G.\_\_\_\_ die anstehenden medizinischen Abklärungen und operativen Eingriffe berufliche Pläne und Bemühungen blockiert, dies trotz abgeschlossenem MBA-Studium, denn der Versicherte sei mangels Disponibilität wegen geplanter medizinischer Eingriffe in seinen Bewerbungen letztlich nicht berücksichtigt worden. Die Medikation habe die depressive Verstimmung nicht effektiv beheben können. Verschiedene Versuche, beruflich wieder Fuss zu fassen, seien gescheitert (S. 41 f.).

Mitunter teils auch infolge eines Zwischenfalls ungeklärter medizinischer Ursache vom Dezember 2010 habe sich

eine weitere Verunsicherung und eine Verschlechterung des psychischen Zustandes mit verstärkter Depressivität ergeben, so

dass gemäss Bericht von Dr. G. \_\_\_ vom 4. Juli 2011 und im Rahmen des Gutachtens vom Oktober 2011 (vorstehend E. 3.8) ab rund Dezember 2010 die Kriterien erfüllt gewesen seien, die nötig seien, um gemäss Schweregrad die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode (Major Depression und

nicht mehr bloss Anpassungsstörung)

stellen zu können (S. 42).

Zur Arbeitsfähigkeit in angepassten Tätigkeiten führte Dr. C. \_\_\_ aus, in ideal angepasster Verweistätigkeit (Routinetätigkeiten in Verwaltung und Administration, ohne intensiven Kontakt mit Dritten) wäre ein Pensum von rund 60 % zumutbar (S. 53 Ziff. 3).

Zum Verlauf führte er aus, dieser sei im Wesentlichen gleichbleibend gewesen, mit einer zeitweisen Verschlechterung der Depression zirka im ersten bis zweiten Quartal 2012, aktuell wieder etwa auf dem Stand wie bei der Begutachtung im Juni 2011 konstatiert. Der Versicherte habe mittlerweile dank eigener Anstrengung die schon damals attestierte zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (Dozent) dank Eigenanstrengungen realisiert (S. 53 Ziff. 4). 3.1.1

Dipl. med. E. \_\_\_ , RAD , führte in seiner am 31. Juli 2018 abgegebenen Beurteilung (Urk. 22) aus, im Gutachten von 2001

(richtig: 2011) sei ausgeführt worden, nach Angaben des Beschwerdeführers habe die depressive Stimmungslage erst seit Dezember 2010 begonnen. Dies werde auch durch die Ehefrau bestätigt. Der Gutachter habe eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11), anhaltend seit 2010, diagnostiziert. Eine chronische Schmerzstörung sei gutachterlich nicht bestätigt worden. Zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die psychische Störung von Dezember 2010 eher schwankend, wechselnd und eher dysthym, nicht ausgeprägt depressiv und auch nicht so ausgeprägt wie

bei einer Angststörung, insgesamt eher leichten Ausmasses, gewesen sei (S. 2 unten).

In Summation der medizinisch-somatisch weiterhin notwendigen Behandlungen, der weiteren psychosozialen Belastungen (Finanzen, Existenzsicherung) und dem Verlust an Lebensqualität sei es zur Verschlechterung der psychischen Störung gekommen, so dass ab Dezember 2010 von einer mittelschweren Depression ausgegangen werden müsse (S. 3 oben). 4.

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