

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00788 vom 31. Januar 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-01-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00788

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00788 du 31 janvier 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00788 del 31 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 Allge meinen 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 ausgegliche nen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychi schen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5, 131 V 49 E. 1.2, 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Ein zelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). Mit BGE 143 V 4 18 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisser Anpas sungen hinsichtlich der Wertung

einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechts erheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

E. 1.3

Anspruch auf eine Rente haben Versicherte, die unter anderem während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Art. 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs.

E. 1.4

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.5

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 2

IVG).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte zur Begründung der angefochtenen Verfügung aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Juni 2012 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt und es habe bis Anfang Dezember 2013 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Ab dem 9. Dezember 2013 sei ihm in der bisherigen Tätigkeit als Marketingfachmann wieder eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar, wobei ihm keine Arbeiten mit Lasten von über 10 Kilogramm, im Stehen und Gehen sowie in abschüssigem beziehungsweise unebenem Gelände zumutbar gewesen seien. Seit der Begutachtung durch Dr. E. ___ im Auftrag der Mobiliar am 21. Januar 2015 sei dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit im Marketing unter Berücksichtigung des obigen Zumutbarkeitsprofils wieder in einem Vollpensum zumutbar. In seinem Gutachten sei die Schmerzproblematik und in der psychiatrischen Untersuchung (durch Dr. F. ___) auch die angegebene Schlafstörung, welche vom Beschwerdeführer als in nur leichtem Ausmass vorhanden angegeben worden sei, berücksichtigt worden. Ebenso sei im Gesamtgutachten auf die belastungsabhängigen Schmerzen hingewiesen worden. Insgesamt genüge das Gutachten den (rechtsprechungsgemässen) Anforderungen. Die behandelnden Ärzte seien dagegen aufgrund einer gewissen Einschränkung der Mobilität und der vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen im distalen Unterschenkel und Fuss zu einer unterschiedlichen Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 50 % in der Tätigkeit als Marketingspezialist bei der Z. ___ AG gelangt. Ausserdem sei für den Beschwerdeführer nicht die Schmerzproblematik das Problem beim ehemaligen Arbeitgeber gewesen, sondern die von ihm geglaubten Störfelder. Auch die Tätigkeit bei der C. ___ GmbH hätte nicht nur zu 50 % ausgeübt werden können, denn dabei habe es sich um eine vorwiegend sitzende Tätigkeit am Computer ohne Autofahrten gehandelt. Ab und zu nötige geringe Gehdistanzen seien gemäss den medizinischen Unterlagen zudem zumutbar. Der Einkommensvergleich ergebe mit einem Valideneinkommen von Fr. 102'332.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 50'194.-- gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % einen Invaliditätsgrad von 50 % ab Dezember 2013 respektive von 4 % ab Januar 2015, was - nach einer anfänglich ganzen Rente ab Juni 2013 - vom 1. April 2014 bis 30. April 2015 den Anspruch auf eine befristete halbe Rente begründe. Dasselbe ergebe die Annahme eines höheren Valideneinkommens, das angesichts des tatsächlichen durchschnittlichen Jahreseinkommens von 2009 bis 2011, hochgerechnet auf das Jahr 2013, nicht mehr als Fr. 112'599.-- respektive im Jahr 2015 als Fr. 113'727.-- betragen könne (Urk. 2 S. 5 ff).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er habe im Zusammenhang mit einer schweren Fraktur und schweren posttraumatischen Veränderung des OSG- und USG-Gelenkes posttraumatische Schmerzen entwickelt. Die Beschwerden würden als neuropathisches Schmerzsyndrom mit möglicherweise sympathisch unterhaltener Komponente oder als Restzustand nach komplexem regionalem Schmerzsyndrom (Complex regional pain syndrome, CRPS) II am Fuss links mit neuropathischer und sympathisch unterhaltener Schmerzkomponente bei Status nach offener Talusluxationsfraktur links 1987 interpretiert. Die Schmerzen würden bei Wetterwechsel, bei längerem Stehen, unter Belastung, in der Nacht, in Ruhe, im Sitzen, im Stehen und im Gehen auftreten. Er sei auch wegen den

Nebenwirkungen der Medikamente nur reduziert leistungsfähig (starke Ermüdung, verminderte Konzentrationsfähigkeit, eingeschränkte Reaktionsvermögen). Er habe sämtliche Therapieoptionen zur Reduktion der Schmerzproblematik in Anspruch genommen (operative, physiotherapeutische, medikamentöse und

psychiatrische Behandlungen, Schmerzbehandlungen inklusive TENS-Gerät, lumbale Grenzblockaden, Infusionstherapien, Spiegeltherapien). Namentlich die verschiedenen operativen Eingriffe (am linken Fuss) hätten zwar zu einer Verbesserung des somatischen Zustandes, jedoch nie zu einer Verbesserung des chronifizierten Schmerzsyndroms geführt. Es seien dabei keine Diskrepanzen zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten, den Beeinträchtigungen bei der Alltagsbewältigung, der Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe sowie zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der Selbstbeurteilungsskala vorhanden. Es würden sich auch keine Hinweise auf pathologische Persönlichkeitszüge im Sinne einer subjektiven Krankheitsüberzeugung finden. Die Belastungsintoleranz und die Schmerzen im distalen Unterschenkel und Fuss - zeitweise auch während der Nacht - seien auch durch den Gutachter Dr. E. ___ nicht in Frage gestellt worden.

Es stelle sich die rechtliche Frage, wie sich die chronische Schmerzstörung auf seine Leistungsfähigkeit auswirke. Hierzu könne auf die Beurteilung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit gemäss dem Gutachten von Dr. E. ___ nicht abgestellt werden. Denn dieser verkenne, dass sich die chronifizierte Schmerz- und Entzündungsproblematik am linken Fuss und Unterschenkel massgeblich auf die Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen auswirke und mit einer Verbesserung kaum gerechnet werden könne, was von sämtlichen behandelnden Ärzten mehrfach bestätigt worden sei. Zudem habe der Gutachter seine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit insbesondere hinsichtlich der Auswirkung darauf durch die Schmerzproblematik nicht ausreichend begründet. Dagegen habe sich nebst Dr. G. ___ auch der Hausarzt ausserordentlich intensiv mit der Beschwerdepromatik auseinandergesetzt. Dr. G. ___ gehe von einer massiven Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus, da das CRPS aktiv, progredient und dringend behandlungsbedürftig sei. Auch der RAD habe vor der Begutachtung durch Dr. E. ___ auf eine Leistungseinschränkung im Rahmen von 50 % für jede Tätigkeit geschlossen. Da sich die Funktionsbeeinträchtigungen in allen Lebensbereichen massgeblich auswirken würden (wesentlicher Schmerz in Ruhe, schon bei geringer Belastung und Bewegung, hoher Analgetikabedarf, arthrogene Funktionsbeeinträchtigung sichtbar, ausgeprägter Schmerz, tropische Störung, Lindern durch Immobilisation und Lagerung, keine Diskrepanzen), müsse von einer Leistungsbeeinträchtigung ausgegangen werden. Insgesamt bestehe eine massive Einschränkung im Belastbarkeitsniveau und in der zumutbaren Arbeitszeit sowohl im angestammten Beruf als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, da die Defizite auch durch eine angepasste Tätigkeit nicht kompensiert werden könnten. Es sei daher von einer 50%igen Leistungsfähigkeit in jeder Tätigkeit auszugehen, wie dies von den behandelnden Ärzten, von Dr. G. ___ und vom RAD festgestellt worden sei. Der Einkommensvergleich sei damit unter Berücksichtigung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vorzunehmen. Damit resultiere bei einem Valideneinkommen gemäss dem Unfallversicherer von Fr. 127'024.10 und einem Invalideneinkommen gemäss der Beschwerdegegnerin von Fr. 98'573.-- nach LSE respektive bei einer 50%igen Arbeitsfähigkeit von Fr. 49'286.50.-- ein Invaliditätsgrad von 61 %. Bei einem Valideneinkommen gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin von

Fr. 111'800.-- betrage der Invaliditätsgrad 55,9 %. Der Anspruch auf eine halbe Rente sei deshalb ausgewiesen. Sollte das Gericht von einer höheren Arbeitsfähigkeit ausgehen, sei zumindest ein leidensbedingter Abzug von 15 % zu gewähren (Urk. 1 S. 6 ff.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die für die Zeit ab dem 1. April 2014 zugesprochene halbe Rente zu Recht per Ende April 2015 aufgehoben hat. Dabei bildet die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2018 (Urk. 2) rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungs befugnis (BGE 143 V 409 E. 2.1; 129 V 167 E. 1; je mit Hinweis; Urteil des Bundesgerichts 8C_454/2018 vom 16. November 2018 E. 5).

E. 3.1

Gemäss dem Bericht vom 23. Dezember 2013 wurde der Beschwerdeführer vom orthopädischen Chirurgen Dr. D.____ des RAD am 17. Dezember 2013, mithin rund sechseinhalb Monate nach der letzten Operation mit OSG-Prothesenwechsel am linken Fussgelenk vom 29. Mai 2013 (Urk. 6/20), untersucht. Dr. D.____ schloss auf die folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Deutlich eingeschränkte Beweglichkeit und Belastbarkeit des linken Fusses und Sprunggelenks mit persistierenden Schmerzen bei Status nach Motorradunfall mit drittgradig offener distaler Tibiafraktur links und Weichteilverletzungen im August 1987 mit konsekutiver Osteosynthese und einjähriger Entlastung, Status nach OSG-Endoprothesenimplantation links und Arthrolyse links USG bei post traumatischer Arthrose am 26. Januar 2011, Status nach Gelenktoilette des linken OSG am 2. Dezember 2012, Status nach OSG-Endoprothesenwechsel links bei aseptischer Lockerung und Stellschraubenversorgung bei tibiofibularer Instabilität, jetzt weiterhin persistierende Schmerzen bei Verdacht auf Lockerung der Stellschrauben. In seiner bisherigen Tätigkeit als Fachspezialist Marketing sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 17. Dezember 2013 ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Und zwar habe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit von Anfang Dezember 2012 bis November 2013 bestanden. Ab Dezember 2013 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bei fortbestehender 100%iger Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bestanden. Von Anfang Oktober 2012 bis Ende November 2013 habe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sowohl in der bisherigen als auch in einer leidensangepassten Tätigkeit bestanden. Eine leidensangepasste Tätigkeit sei eine körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit, ohne Hebelbelastung über 10 Kilogramm, ohne Tragebelastungen über 5 Kilogramm, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufiges Treppensteigen, ohne das linke Bein belastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten (Bücken, Hocken, Knien, Überkopfarbeiten, Arbeiten in Armvorhalte), ohne Gehen auf unebenem Gelände, ohne Vibrationsbelastungen und ohne Nässe-/Kälteexposition (Urk. 6/30/7-8).

E. 3.2

Gemäss dem bidisziplinären Gutachten von Dr. E.____ und Dr. F.____ vom 16. Februar 2015 (Urk. 6/55/2-64), auf welches sich die Beschwerdegegnerin bei der Rentenaufhebung stützte (Urk. 2 S. 6), wurde der Beschwerdeführer am 21. Januar 2015 aus chirurgischer Sicht und am 4. Februar 2015 aus psychiatrischer Sicht untersucht (Urk. 6/55/2). Dabei habe der Beschwerdeführer angegeben, er leide unter täglichen Schmerzen im linken Fuss, hauptsächlich belastungsabhängig und im Tagesverlauf sich aufbauend, wobei er maximal

20 bis 30 Minuten am Stück auf den Beinen sein könne. Er müsse sich dann hinsetzen und das Bein hochlagern. Die Schmerzintensität sei aushaltbar, jedoch sei der Schmerz immer präsent. Nach Belastung komme es zu verstärkten Schmerzen, vor allem im perimalleolären Bereich lateral, die bis in die Nacht hinein andauern würden. Nachts wache er häufig mit starken stechenden oder brennenden Schmerzen im Fuss auf. Die schmerzbedingten Schlafstörungen würden eine psychische Belastung und eine verminderte Leistungsfähigkeit am nächsten Tag bewirken. Es komme auch zu eigentlichen Erregungszuständen. Er leide ausserdem an Wetterfühlbarkeit. Bei Haushaltstätigkeiten bestehe parallel zum sich aufbauenden Entzündungsschmerz eine erhöhte körperliche Ermüdbarkeit, bei geistigen Tätigkeiten ermüde er weniger. Seine Konzentration sei im Alltag im Allgemeinen nicht eingeschränkt, vor allem wenn ihn etwas interessiere. Es gelinge ihm derzeit aber nicht, sich vertieft, etwa hinsichtlich einer beruflichen Neuausrichtung, in ein Thema hineinzugeben und zu konzentrieren (Urk. 6/55/20-21, Urk. 6/55/24-26).

Die Gutachter schlossen auf die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Eingeschränkte Belastungstoleranz und Beweglichkeit der linken Unterextremität mit persistierenden, vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen bei Status nach drittgradig offener Talusluxationsfraktur und Syndesmosenruptur 1987, Status nach Schraubenosteosynthese des Talus mit Syndesmosenstellschraube und Sehnennähten, Status nach Stellschraubenentfernung und Meshgraft bei Hautdefekt am Fussrücken 1987, Status nach Schraubenentfernung am Talus 1989, Status nach OSG-Prothesenimplantation/USG-Arthrodeese bei posttraumatischer Arthrose 2011, Status nach OSG-Gelenkstoilette 2012, Status nach OSG-Prothesenwechsel links bei aseptischer Lockerung und Stellschraube 2013, Verdacht auf Lockerung der Stellschrauben (Urk. 6/55/45).

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine remittierte depressive Störung im Sinne von anamnestisch rezidivierenden depressiven Episoden, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4), aufgeführt. Die vom Beschwerdeführer berichtete, leichte psychische Befindlichkeitsstörung mit Angaben einer leicht besorgten, manchmal etwas schwermütigen Stimmung und einer leichten Antriebsverminderung lasse sich im Rahmen der aktuellen Lebenssituation in einem normalpsychologischen Rahmen einordnen und erreiche nicht das Ausmass einer krankheitswertigen Störung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte, 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/55/35, Urk. 6/55/37, Urk. 6/55/45).

Die chirurgisch-traumatologische Untersuchung habe eine signifikante Einschränkung der Belastungstoleranz und Beweglichkeit der distalen linken Unterextremität mit persistierenden, vorwiegend belastungsabhängigen Schmerzen ergeben. Das Arbeitspensum als Marketingspezialist bedinge eine gewisse Mobilität beziehungsweise Tätigkeit ausserhalb des Arbeitsplatzes inklusive Autofahrten. Daher sei bis heute nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Falls der externe Anteil wesentlich reduziert werden könnte, wäre eine volle Arbeitsfähigkeit in einer vorwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit mit kurzen ebenerdigen Gehstrecken zu attestieren. Dasselbe gelte für den Fall, wenn ein wesentlicher Teil des Arbeitspensums von zuhause aus erledigt werden könne. Für Tätigkeiten, die vorwiegend im Stehen oder Gehen oder in abschüssigem beziehungsweise unebenem Gelände ausgeführt würden, sei der Beschwerdeführer unfallbedingt nicht mehr einsetzbar. Dasselbe gelte für Arbeiten, die mit repetitivem Besteigen von Treppen, Leitern

und Gerüsten verbunden seien oder solche, die mit Zwangshaltungen des linken Fusses einhergehen würden. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm sei ebenfalls zu vermeiden. Unter Berücksichtigung dieser Zumutbarkeitskriterien könne von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 6/55/44-45).

E. 3.3

Gemäss dem vom Beschwerdeführer eingeholten Privatgutachten von Dr. G.____ vom 29. August 2017 (Urk. 6/100) habe der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung vom 25. August 2017 angegeben, die Schmerzen am linken Bein verspüre er bereits am Morgen. Er schlafe sehr schlecht, erwache schmerzbedingt und es würden dann Angstgefühle sowie Sorgen über die berufliche und gesundheitliche Zukunft auftreten. Meist sei er morgens wegen der schmerzbedingten Schlafstörung und den Medikamenten müde. Er sei (dann) kraftlos, matt, gleichgültig, oft schon ganz erschöpft. Schon beim Aufstehen sei das linke Bein geschwollen, was sich im Verlauf des Tages verstärke. Der Anlauf schmerzessere sich mit der Zeit, werde aber schnell vom Gehschmerz abgelöst, der sich nur mit langen Pausen im Sitzen oder besser im Liegen bessere. Bei kaltem und feuchtem Wetter sei es deutlich schlimmer. Die schmerzarme Strecke belaufe sich auf 200 bis 300 Meter, spätestens bei Eintritt von einschliessenden Schmerzen müsse er sich hinsetzen oder hinlegen. Im Sitzen dauere es in der Regel zirka zwei Stunden, bis dieser Zustand eintrete. Jedoch könne dies ganz unterschiedlich sein und die Schmerzen würden zuweilen früher eintreten oder seien schon da, er wisse nie woran er sei und könne daher kaum etwas planen. Stehend könne er bei guter Ausgangslage eine halbe Stunde tätig sein. Hinsichtlich sportlicher Aktivitäten könne er noch geradeaus velfahren. Er wisse mittlerweile, wie er sich dabei platzieren müsse. Die Einnahme von Medikamenten würde die Missempfindungen, die Blitze, das Brennen, Kribbeln und den Berührungsschmerz erträglicher machen. Er sei dann jedoch total schlapp, müde, konzentrationsunfähig, gleichgültig und jeder Antrieb sei weg. Manchmal sei er geradezu verwirrt, sehe unscharf und zittere. Neu habe sich das Taubheitsgefühl am linken Fuss bis in die Zehen ausgebreitet und es seien jetzt zusätzlich Schmerzen an der Aussenseite des linken Unterschenkels im Bereich der Stellschrauben aufgetreten. Diese Beschwerden seien durch Schmerzmittel nicht beeinflussbar. Er erhalte Unterstützung und Verständnis von seiner Lebenspartnerin, die Lebensqualität sei jedoch dahin (Urk. 6/100/ 21 -23).

Dr. G.____ befand, die Beschwerdeangaben seien widerspruchsfrei und konsistent gewesen. Es hätten sich weder aus den Akten noch bei der Exploration Zeichen von Simulation, Aggravation oder eine Verdeutlichungstendenz ergeben (Urk. 6/100/ 21 -22). Auch psychische Auffälligkeiten seien nicht festgestellt worden (Urk. 6/100/19-20). Diagnostisch schloss Dr. G.____ in Anwendung der sogenannten Budapest Kriterien auf das Vorliegen eines unfallbedingten CRPS I (Urk. 6/100/9-10, Urk. 6/100/24- 28, Urk. 6/100/32). Die diagnostischen Möglichkeiten seien indes noch nicht ausgeschöpft, so fehle eine neurologische Beurteilung noch vollständig. Die CRPS-Erkrankung sei zudem immer noch aktiv, was sich aus der erneuten Verschlechterung des Schmerzbildes zeige. So seien lateral links neue Schmerzen aufgetreten und seit März 2017 bestehe ein therapieresistentes Unterschenkelgeschwür links lateral (Urk. 6/100/32). Die geklagten Beschwerden würden zusätzlich anderweitig bedingt, hochwahrscheinlich durch die Syndesmosen-schrauben. Die nach wie vor verschraubte Syndesmose habe zu lokaler Irritation und Reaktion in unmittelbarer Nähe des Osteosynthesematerials geführt (Urk. 6/100/ 25 , Urk. 6/100/32).

Es bestünden klinische Zeichen dafür, dass das CRPS I bereits zu plastischen Veränderungen im

zentralen Nervensystem (ZNS) geführt habe. Zu diesen Zeichen würden die festgestellte Allodynie, Hyperalgesie, Myoklonie und die Schmerz Ausbreitung sowie die pathologische respektive fehlende Thermorezeption am linken Fuss gehören. Diese seien intensiv zu behandeln. Auch habe die pathologische Thermoregulation des linken Fusses praktische Auswirkungen im Alltag, wie man sich leicht vorstellen könne (Urk. 6/100/3, Urk. 6/100/20-21).

Bei einer Erwerbstätigkeit sei regelmässiges Gehen auf ebenem Gelände über 50 Meter, Gehen in unwegsamem Gelände und Treppensteigen, Arbeiten in Hockstellung oder auf den Knien, der Einsatz von schweren Werkzeugen mit Beineinsatz nicht möglich. Das Heben und Tragen von Lasten bis maximal zirka 5 Kilogramm sei nur kurzfristig für maximal eine halbe Stunde möglich. Das Hantieren mit leichten Werkzeugen, die eine gute Feinmotorik der Hand voraus setzen würden, sei möglich, sofern es mit den Nebenwirkungen von Medikamenten (zum Beispiel Zittern, Schwindel, unscharfes Sehen) vereinbar sei. Sämtliche Tätigkeiten, die ein Arbeiten über Kopfhöhe, Rotationsbewegungen des Gesamtkörpers, längeres vorgeneigtes Sitzen (zirka zwei Stunden) oder vorgeneigtes Stehen (zirka ½ Stunde) beinhalten würden, würden zu vermehrten starken Schmerzen führen und seien zu vermeiden. Längerdauerndes Sitzen ohne Möglichkeit der Unterbrechung durch Aufstehen, Hochlagerung des linken Beines oder Einnehmen einer Liegeposition, sei auf zirka eine halbe Stunde begrenzt (Urk. 6/100/15-16).

Die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien nach den Kriterien Gefährdung der Sicherheit und der Gesundheit, Leistungseinbussen sowie Lebensqualität damit begründet, dass die eingenommenen Medikamente (Urk. 6/100/29-30) potentiell gefährliche und tatsächlich erfahrene Nebenwirkungen wie Schwindel und unscharfes Sehen hätten, so dass schnelle Entscheidungen oder eine reflexartige Handlung nicht geleistet werden könnten; ferner seien die Einschränkungen damit begründet, dass unnötige Belastungen höchstwahrscheinlich eine Gewebereaktion auf die Instabilität der Stellschrauben bewirken würden und dass des Weiteren die Tätigkeit als Marketingfachmann auch Kontakte nach aussen wie Besuche, Besichtigungen, Aufenthalte, Kontrollen etc. ausserhalb des Büros voraussetze, zu welchen der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage sei. Ausserdem sei auch der Anteil seiner Bürotätigkeit sehr stark eingeschränkt. Sodann bestehe eine deutliche Beeinträchtigung der Lebensqualität in allen Lebensbereichen (Urk. 6/100/16-19).

Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Marketingfachmann (Urk. 6/100/ 18) sei aufgrund dieser massiven Einschränkungen hinsichtlich Belastbarkeitsniveau, Arbeitszeit und zusätzlichen Leistungseinbussen nur zur Hälfte gegeben, sofern die beschriebenen Einschränkungen in allen Bereichen voll berücksichtigt würden. Auch in einer leidensangepassten Tätigkeit, welche die Einschränkungen aus den medizinischen Defiziten und den Folgen der Behandlung berücksichtige, sei eine Erhöhung der maximal halben Arbeitsfähigkeit nicht zumutbar. Die Defizite seien zu umfassend, als dass diese durch eine spezielle Arbeit kompensiert werden könnten. Darüber hinaus gehende Forderungen würden die Kräfte des Beschwerdeführers übersteigen (Urk. 6/100/15-16,

Urk. 6/100/34-35).

Das Gutachten von Dr. E.____ vom 16. Februar 2015 dagegen sei unvollständig, fehlerhaft und widersprüchlich. So würden die Beurteilungskriterien, die bei der Zumessung der Integritätsentschädigung gültig gewesen seien, nicht mehr diskutiert. Dies obschon damit bejaht worden sei, dass eine erhebliche und dauernde Schädigung vorliege. Die schwerwiegende Schmerzproblematik werde im Gutachten zwar beschrieben, jedoch könne der Schlussfolgerung auf eine volle Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden, zumal eine entsprechende Argumentation weitgehend fehle. Auch sei nicht dargelegt worden, weshalb sich die beschriebenen Schmerzsymptome nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten und weshalb die erhebliche sowie dauernde Beeinträchtigung nicht mehr respektive nicht mehr arbeitsrelevant sei. Ferner gehe der Gutachter nicht auf die divergierenden Auskünfte der behandelnden Ärzte ein (Urk. 6/100/32-33).

E. 3.4

Die neurologischen Abklärungen mit klinischer Untersuchung durch Dr. I.____ (Bericht vom 2. Oktober 2017; Urk. 6/103/3-4) und mittels Neurographien am 27. Oktober 2017 sowie nervenspezifischer Nadelneurographie und -myographie am 13. November 2017 in der Neurologie der Klinik A.____ (Berichte vom 2. und 13. November 2017; Urk. 6/103/5-9, Urk. 6/106) ergaben gemäss dem Bericht der Klinik A.____ vom 13. November 2017, dass der Verdacht auf eine axonale Peroneus-Neuropathie links bestätigt worden sei. Es sei damit das (anlässlich der Konsultation vom 27. Oktober 2017) diagnostizierte CRPS I (Urk. 23 S. 1) als Typ II (mit Nachweis einer Nervenschädigung) zu qualifizieren und insgesamt die folgende Diagnose zu stellen: chronischer Fusschmerz links, gemischt nozizeptiv und neuropathisch, mit/bei CRPS Typ II, Nachweis einer sensibel betonten demyelinisierend-axonalen distalen Peroneus-Neuropathie links, offener Talus-Luxationsfraktur links 1987, Status nach Endoprothese links OSG und Arthrolyse OSG, Deltoidrelease und Gelenkstoilette OSG (Dezember 2012), Prothesenwechsel, Schraubenentfernung, Stabilisation des distalen Tibiofibulargelenkes links am 29. Mai 2013 sowie aktuell Schraubenbruch im Bereich des Talushalses und Nachsinterung in diesem Bereich (Dezember 2016; Urk. 6/106/1-2).

E. 4.1

Mit vorliegender Aktenlage und insbesondere mit der nachvollziehbar begründeten gutachterlich-fachärztlichen Einschätzung von Dr. F.____ gemäss dem Teilgutachten vom 5. Februar 2015 (Urk. 6/55/54-64) ist ausgewiesen, dass die zuletzt 2010 bis 2013 aufgetretenen und psychiatrisch behandelten psychischen Beschwerden (Urk. 6/55/59, Urk. 6/16, Urk. 6/26) bezüglich der hier strittigen Zeit ab Anfang 2015 im Wesentlichen remittiert waren und keine krankheitswertigen Störungen mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit mehr vorlagen (Urk. 6/55/63-64). Der Beschwerdeführer hat gegen die Einschätzung von Dr. F.____ denn auch nichts vorgebracht und im (Überprüfungs-)Zeitraum bis zum angefochtenen Entscheid vom 20. Juli 2018 (Urk. 2) ist den Akten nichts Gegen teiliges zu entnehmen.

E. 4.2.1

In somatischer Hinsicht ist mit den vorliegenden, insofern übereinstimmenden medizinischen Akten belegt, dass der Beschwerdeführer nach der letzten Operation am linken Fussgelenk mit OSG-Prothesenwechsel vom 29. Mai 2013 (Urk. 6/20) weiterhin an Beschwerden mit persistierenden Schmerzen, eingeschränkter Belastungstoleranz und Beweglichkeit an der linken unteren Extremität litt, welche auch Anfang 2015 noch

Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, namentlich auf das Arbeitsprofil, hatten.

Bei vorliegender Aktenlage kann indes entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht abschliessend davon ausgegangen werden, dass ab der Begutachtung durch Dr. E.____ am 21. Januar 2015 (Urk. 6/55/2) eine anspruchserhebliche Verbesserung der Beschwerden eingetreten war, welche anhaltend bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 20. Juli 2018 (Urk. 2) auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit schliessen lässt.

E. 4.2.2

Denn das Gutachten von Dr. E.____ vom 16. Februar 2015 (Urk. 6/55/2-53) wurde in somatischer Hinsicht allein aus fachärztlich chirurgischer Sicht erstellt (Urk. 6/55/2) und berücksichtigt die Entwicklung der Beschwerden lediglich bis Anfang 2015.

Aufgrund der Ergebnisse der neurologischen Abklärungen von Dr. I.____ und der Klinik A.____ im Oktober und November 2017 (Urk. 6/103/3-9, Urk. 6/106) ist jedoch ausgewiesen, dass sich das von Dr. G.____ nach den Budapester Kriterien diagnostizierte und ausführlich begründete aktive CRPS (Urk. 6/100/9-10, Urk. 6/100/24-28, Urk. 6/100/32) im Verlauf spätestens bis im November 2017 zum CRPS II mit Nervenschädigung entwickelt hat (Urk. 6/106/1). Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung handelt es sich bei einem CRPS um eine neurologisch-orthopädisch-traumatologische Erkrankung und es ist ein organischer beziehungsweise körperlicher Gesundheitsschaden (Urteile des Bundesgerichts 8C_232/2012 vom 27. September 2012 E. 5.3.1; 8C_1021/2010 vom 19. Februar 2011 E. 7). Die Arbeitsfähigkeit zufolge der Beschwerden aufgrund eines CRPS ist somit insbesondere auch aus neurologischer Sicht zu beurteilen.

Des Weiteren ist den Berichten von Dr. I.____ vom 2. Oktober 2017 (Urk. 6/103/3) und der Klinik A.____ vom 2. November 2017 (Urk. 6/103/5) zu entnehmen, dass Ende 2016 ein Schraubenbruch im Bereich des Talushalses mit Nachsinterung festgestellt worden ist. Im Gutachten von Dr. E.____ war dagegen erst der Verdacht auf eine Schraubenlockerung festgehalten worden (Urk. 6/55/45). Ausserdem klagte der Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchung durch Dr. G.____ gemäss dessen Bericht vom 29. August 2017 über neue Schmerzen lateral links, wobei seit März 2017 ein therapieresistentes Unterschenkelgeschwür bestehe (Urk. 6/100/32).

E. 4.2.3

Somit ergeben sich aus den Akten für die Zeit von rund dreieinhalb Jahren seit der Begutachtung durch Dr. E.____ Anfang 2015 bis Mitte 2018 (Urk. 2) Hinweise auf Beschwerdebilder, welche von diesem nicht berücksichtigt wurden respektive berücksichtigt werden konnten. Es fehlt daher an einer fachärztlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hinsichtlich der Beschwerdeentwicklung ab Februar 2015. Dabei kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich für die Zeit ab Februar 2015 eine von Dr. E.____ abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigt; dies insbesondere aufgrund des Schraubenbruches und der Entwicklung des CRPS, das im weiteren Verlauf von Dr. G.____ als aktiv und progredient beschrieben wurde (Urk. 6/100/32) und das sich nach neurologisch-fachärztlichen Abklärungen im Herbst 2017 schliesslich als CRPS II mit Nervenschädigung herausstellte (Urk. 6/103/3-9, Urk. 6/106). Hierzu fehlt es für die Zeit ab Februar 2015 an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus fachärztlich-neurologischer Sicht, von der bei vorliegendem Beschwerdebild am linken Fuss nicht abgesehen werden kann.

Da das Gutachten von Dr. E.____ somit insbesondere in Bezug auf die Zeit ab Februar 2015 nicht umfassend ist und damit nicht alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweis kräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c) erfüllt, kann in somatischer Hinsicht nicht darauf abgestellt werden. Sämtliche Vorbringen der Beschwerdegegnerin rechtfertigen keine andere Betrachtungsweise.

E. 4.3

Aber auch auf das vom Beschwerdeführer eingeholte Gutachten des Chirurgen Dr. G.____ vom 29. August 2017 (Urk. 6/100) kann nicht abschliessend abgestellt werden, zumal es ebenfalls keine fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht enthält, welche das Gutachten von Dr. E.____ zu ergänzen vermöchte. Zwar rechtfertigt der Umstand allein, dass eine ärztliche Stellungnahme von einer versicherten Person eingeholt und in das Verfahren eingebracht wurde, nach dem Prinzip der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a) nicht Zweifel an ihrem Beweiswert (BGE 125 V 351 E. 3b/dd). Jedoch gilt rechtsprechungsgemäss einschränkend, dass solche Stellungnahmen nicht die Funktion von Gutachten haben können, welche vom Gericht oder von einem Unfallversicherer nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholt wurden (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das Parteigutachten verpflichtet indes das Gericht

zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassung und Schlussfolgerungen des vom Gericht oder vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist oder zumindest weitere Abklärungen angezeigt sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_892/2014 vom 23. April 2015 E. 2). Letzteres ist hier im Sinne des hiervor Ausgeführten (E. 5.2) zu bejahen. Weitere Ausführungen dazu erübrigen sich daher.

Auch den übrigen medizinischen Akten ist keine fachärztlich-neurologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2015 zu entnehmen.

E. 5.1

Nach dem Gesagten ist bei gegebener Aktenlage eine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ab Februar 2015 nicht möglich, weshalb die Beschwerdegegnerin die medizinischen Abklärungen zu ergänzen hat. Sie hat dazu ein polydisziplinäres Gutachten aus fachärztlicher chirurgischer und/oder orthopädischer sowie aus neurologischer Sicht, eventuell zusätzlich aus psychiatrischer Sicht, einzuholen, welches retrospektiv für die Zeit ab Februar 2015 insbesondere Auskunft gibt über die Arbeitsfähigkeit in der angestammten und einer leidensangepassten Tätigkeit unter chronologischer Berücksichtigung sämtlicher Gesundheitsbeeinträchtigungen. Dabei sind auch die Auswirkungen der Medikamenten Nebenwirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beachtlich.

E. 5.2

Die Beschwerde ist folglich in dem Sinne gutzuheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2018

(Urk. 2) insoweit aufzuheben ist, als sie einen Rentenanspruch ab Mai 2015 verneint, und es ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 2015 neu verfüge.

E. 6

Da der Streitgegenstand die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen betrifft, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Dem Beschwerdeführer steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen auf Fr. 2'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird

in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 20. Juli 2018 insoweit aufgehoben wird, als sie einen Rentenanspruch ab Mai 2015 verneint, und es wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers ab dem 1. Mai 2015 neu verfüge. 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: - Rechtsanwältin Christine Fleisch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Pensionskasse Y.____ - 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin GrünigHartmann

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