

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00446 vom 8. Dezember 2020

ZH Sozialversicherungsgericht, 2020-12-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00446

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00446 du 8 décembre 2020

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00446 del 8 dicembre 2020

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1978,

war seit dem 2. Februar 2009 bei der Y.____, Z.____, als Hilfsgehilfe tätig (Urk. 6/15 Ziff. 2.1 und Ziff. 2.7), als er am 29. September

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. 1.002

). 5.3

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2, 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (BGE 143 V 295 E. 4.1.3; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 143 V 295 E. 4.2.2, 142 V 178 E. 2.5.8.1, 133 V 545 E. 7.1). Die Verwendung der Tabellenlöhne ist subsidiär, das heisst deren Beizug erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung). 5.4

Vorliegend rechtfertigt es sich, für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors gemäss LSE

abzustellen. Demnach betrug der im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige von Männern im Kompetenzniveau 1 erzielte Lohn im Jahr 2014 Fr. 5'312.-- pro Monat (LSE 2014, Tabelle TA1, Total Männer, Kompetenz niveau 1), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.7 Stunden (betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche, Total; vgl. www.bfs.admin.ch, Statistiken, Arbeit und Erwerb), im Jahr 2014 ein Einkommen von rund Fr. 66'453.-- (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7) und unter Berücksichtigung der männerspezifischen Nominallohnentwicklung von 0.3 % im Jahr 2015 (vgl. Nominallohnindex 2011-2015, Tabelle T1. 1. 10 Total) ein Einkommen von rund Fr. 66'652.-- ergibt (Fr. 5'312.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.003). 5.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/aa-cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteil e

des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.1 und 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Der von der Beschwerdegegnerin gewährte leistungsbedingte Abzug von 10 % (vgl. Urk. 6/70) trägt den konkreten Umständen des Beschwerdeführers angemessen Rechnung und ist nicht zu beanstanden. 5.6

Ab rentenrelevanten Zeitraum im Mai 2014 war der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig.

Erst ab dem Aufenthalt in der C. ___ im Juli 2015 ist ein verbesserter Gesundheitszustand und eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % ausgewiesen (vorstehend E. 4). Demnach rechtfertigt sich die befristete Zusprache einer ganzen Rente von 1. Mai 2014 bis 31. Oktober 2015 (30. Juli 2015 zuzüglich drei Monate; vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV).

Danach resultiert bei einem Valideneinkommen von rund Fr. 68'911.-- und einem unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % festgesetzten Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 59'987.-- (Fr. 66'652.--

x 0.9) eine Einkommens einbusse von Fr. 8'924.--, was einem Invaliditätsgrad von rund

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.3

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 ausgleichender 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, 128 V 29 E. 1). 1. 4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprache einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der 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 . 1. 5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere

Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

E. 1.005

:

E. 2

012

bei einem

Verkehrsunfall eine Knieverletzung erlitt (Scha den meldung vom 1 . Oktober 2012 ; Urk. 6/6/11). Die Suva anerkannte ihre Leis tungspflicht .

Am

20 . November 201

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass davon auszugehen sei, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 29. September 2012 in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsgipser nicht mehr arbeitsfähig sei. Vorübergehend habe auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestanden, was einem Invaliditätsgrad von 100 % entspreche. Da er sich verspätet angemeldet habe, bestehe der Rentenanspruch erst ab Mai 2014. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich verbessert, so dass er seit Juli 2015 in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges könne er ein Rentenanspruch aus schliessendes Invalideneinkommen erzielen. Da eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit mindestens drei Monate andauern müsse, bevor diese berücksichtigt werde, sei die Rente bis Ende Oktober 2015 zu befristen (Begründung S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, dass sich entgegen der Annahme der Beschwerdegegnerin sein Gesundheitszustand im Juli 2015 nicht dauerhaft verbessert habe (S. 3 Ziff. 4 - 5 , S. 7 Ziff.

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Rentenanspruch des Beschwerdeführers , insbesondere die per 31. Oktober 2015 erfolgte Befristung . 3. 3 . 1

Dr. med. A.____ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, B.____ , stellte in seinem Bericht vom 8. Mai 2014 (Urk. 6/24/5-6)

folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1): - unklare Knieschmerzen rechts - Status nach Autounfall im September 2012 mit Kniekontusion rechts - Status nach arthroskopischer Meniskusnaht Korpus Vorderhorn rechts medial am 19. November 2011 [richtig wohl: 2012], postoperativ sehr protrazierter Verlauf - Status nach Re-A rthroskopie am 28. März 2013: Re- Ruptur medialer Meniskus Korpus, partielle

Menishektomie , erneute Meniskusrefixation medial, Meniskusrefixation

Hinterhorn - Status nach Rehabilitationsversuch in C.____ vom 29. August bis 16. September 2013

Dr. A.____ führte aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 13. November 2012 bei ihm in Behandlung und die letzte Kontrolle am 6. Februar 2014 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Er sei seit dem Autounfall in seinem ursprünglichen Beruf als Gipser nicht mehr arbeitsfähig (Ziff. 1.6). Es sei eine erneute Re-Arthroskopie an der D.____ geplant (Ziff. 1.8). Es sei noch unbestimmt, wann mit der Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden könne (Ziff. 1.9). Das Zumutbarkeitsprofil könne erst nach der neuen Intervention und der abgeschlossenen Rehabilitation ausgefüllt werden. Aktuell sei wahrscheinlich eine zum Teil sitzende Arbeitstätigkeit zumutbar (Ziff. 1.11). 3. 2

Dr. med. E.____ , Oberarzt Orthopädie, D.____ , stellte in seinem Bericht vom 5. März 2015 (Urk. 6/35/326-327) folgende Diagnosen (S. 1): - Rehabilitationsdefizit, Schmerzen am Plattenlager proximale mediale Tibia sowie muskuläre Dysbalance bei - Status nach Kniearthroskopie rechts, Entfernung Ultra- Fastfix medialer Meniskus, mediale Teilmenishektomie (Hinterhorn /Pars intermedia), Knorpeldébridement und medialer open- wedge

Valgisationsosteotomie

Tibiakopf

rechts am 10. Dezember 2014 bei

medialer Meniskusrezidivläsion sowie medialer Chondropathie Knie rechts bei varischer Bein achse von 7° - Verdacht auf leichtes

Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) Unterschenkel rechts

Dr. E.____ führte aus, dass nach wie vor ein deutliches Rehabilitationsdefizit bestehe. Es werde die Fortsetzung der Physiotherapie mit intensivem Gangtraining empfohlen. Mechanisch scheine dem nichts im Wege zu stehen. Insbesondere bestünden die Schmerzen am medialen Gelenkspalt nicht mehr, hingegen akzentuierten sich die Schmerzen im Bereich des Plattenlagers sowie im Bereich der Muskulatur des Unterschenkels. Entsprechend werde die Fortsetzung der rebalancierenden Massnahmen sowie der Ergotherapie inklusive Tenstherapie empfohlen . Bei Verdacht auf ein leichtes beginnendes CRPS würden die Kollegen der Rheumatologie um ein Aufgebot des Patienten gebeten. Die nächste klinisch-radiologische Verlaufskontrolle sei sechs Monate postoperativ geplant. Bis dahin betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (S. 2). 3. 3

Die Ärzte der C.____ stellten in ihrem Austrittsbericht vom 30. Juli 2015 (Urk. 6/37) folgende , seit dem Autounfall vom 29. September 2012 mit Kniekontusion rechts bestehende Diagnosen (S. 1):

- Meniskusruptur medial rechts - 18. Oktober 2012 : MRI Knie rechts: Vertikaler, nicht dislozierter Riss im Vorderhorn des medialen Meniskus. Zerrung des medialen Kollateralligamentes. Knochenmarködem im distalen Femur, in erster Linie kontusionsbedingt - 19. November 2012 : Arthroskopische Meniskusnaht rechts medial - 7. und 25. Februar 2013: Punktion des Kniegelenkes mit etwa je 30 ml seröser Gelenksflüssigkeit - 22. März 2013 : MRI Knie rechts: Deutlicher Gelenkserguss mit Hypertrophie der Synovialis . Übergang Vorderhorn/Meniskuskorpus medial auffällige meniskale Veränderungen - 28. März 2013 :

E reute Kniearthroskopie und Teilmenishektomie (TME) Corpus und Refixation

Hinterhorn medial - 8. August 2013 : MRI Knie rechts: Im Verlauf deutlichere horizontal verlaufende bis an die tibiale Oberfläche reichende Signalerhöhung im Hinterhorn des Innenmeniskus, Differenzialdiagnose (DD) neuer Riss, DD postoperativ. Deutlich regredienter Erguss. Unverändert unspezifisches Knochenmarksödem betont im anteromedialen

Femurkondylus . Keine progrediente Reizung an Tibiaplateau oder der Kapsel. Unverändert postoperativ verkleinertes Vorderhorn des Innenmeniskus - 21. April 2015 : Rheumatologisches Konsil (D. ___): Ausschluss eines CRPS. Verdacht auf eine neuropathische Schmerzkomponente am rechten Unterschenkel - mediale Meniskusrezidivläsion sowie mediale Chondropathie des rechten Knies bei varischer Beinachse von 7° - 10. Dezember 2014 : Kniearthroskopie rechts, Entfernung Ultra-Fastfix medialer Meniskus, mediale Teilmenishektomie (Hinterhorn /Pars inter media), Knorpeldébridement und medialer open-wedge

Valgisationsosteotomie

Tibiakopf rechts - 2. Juni 2015 : Röntgen Knie rechts: Unveränderte Stellungsverhältnisse bei Status nach Tibia-Osteotomie. Osteosynthesematerial intakt und ohne Lockerungszeichen. Progrediente Zeichen der Konsolidation des Osteotomiespalts bei noch unvollständiger ossärer

Durchbauung . Patella axial zentriert. Patella baja

Die Ärzte führten aus, der Aufenthalt des Beschwerdeführers habe vom 1. bis 30. Juli 2015 gedauert (S. 1). Zur Arbeitsfähigkeit, Zumutbarkeit und Eingliederungsperspektive hielten sie fest, dass eine erhebliche Symptomausweitung beobachtet worden sei. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könnte, als bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm gezeigt worden sei. Infolge Selbstlimitierung hätten die zu erwartenden Verbesserungen bezüglich Funktion und Belastbarkeit nicht erreicht werden können. Die Resultate der physischen Leistungstests seien deshalb für die Beurteilung der zumutbaren körperlichen Belastbarkeit nur teilweise verwertbar. Das Ausmass der demonstrierten kognitiven

[richtig wohl : körperlichen] Einschränkungen lasse sich mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und bildgebenden Abklärung sowie den Diagnosen nur ungenügend erklären. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich auch auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests und im Behandlungsprogramm (S. 2 Mitte). Es liege keine psychische Störung vor, welche eine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen könnte.

Die Ärzte hielten fest, dass die angestammte Tätigkeit als Gipser nicht mehr zumutbar sei. Die Anforderungen seien zu hoch, da es sich um eine stehend-gehende sehr schwere Arbeit handle mit Zwangshaltungen für das Kniegelenk. Eine leichte Arbeit sei ganztags möglich. Die Tätigkeit sollte wechselbelastend, vorwiegend sitzend und ohne Zwangshaltungen für das Kniegelenk sein, ohne repetitives Treppensteigen und ohne Steigen auf Leitern (S. 2 unten). Der Patient benütze noch zwei Unterarmstöcke, was medizinisch nicht indiziert sei. Perspektivisch (Osteotomiespalt konsolidiert) werde eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Arbeit ganztags für zumutbar erachtet. Es werde die Arbeitssuche und die

Meldung beim RAV empfohlen, eventuell die Einarbeitung mittels Hilfe der Invalidenversicherung (S. 3 oben). 3. 4

Dr. med. F.____, Oberarzt in Vertretung Orthopädie, D.____, stellte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2015 (Urk. 6/51/18-19) folgende Diagnose (S. 1): - persistierende Beschwerden anterolateral und medial Knie rechts, Differenzialdiagnose (DD) neuropathisch, mechanisch durch das Plattenlager proximale mediale Tibia mit/bei - Status nach Kniearthroskopie rechts, Entfernung Ultra-Fastfix medialer Meniskus, mediale Teilmenisektomie (Hinterhorn /Pars intermedia), Knorpeldebridement und medialer open-wedge

Valgisationsosteotomie

Tibiakopf rechts am 10. Dezember 2014 bei medialer Meniskusrezidivläsion sowie Chondropathie Knie rechts bei varischer Beinachse von 7°

Dr. F.____ führte aus, dass ein Teil der Beschwerden sicherlich durch das störende Osteosynthesematerial bedingt sei. Hier biete sich bei verheilter Osteotomie die Osteosynthesematerialentfernung an. Als Problem zu nennen seien jedoch die neuropathisch anmutenden Beschwerden, welche sich nach einem erneuten operativen Eingriff durchaus auch verschlechtern könnten. Klinisch zeigten sich die Beschwerden durchwegs distal des Gelenkspaltes, sodass nicht von einer neuen intraartikulären Pathologie auszugehen werde. Letztlich bleibe anzumerken, dass die körperlich aktive Arbeit als Gipser im weiteren Verlauf wohl nachhaltig eingeschränkt sein dürfte und sich voraussichtlich daran auch nach einer allfälligen Osteosynthesematerialentfernung nichts ändern werde. Für leichte administrative Arbeiten sei der Beschwerdeführer aus ihrer Sicht arbeitsfähig (S. 2). 3. 5

Dr. med. G.____, Assistenzärztin Orthopädie, D.____, stellte in ihrem Bericht vom 10. Juni 2016 (Urk. 6/57/6-10) folgende, gekürzt wiedergegebene Diagnose (S. 1): - Allodynie anteromedialer Unterschenkel mit/bei: - Status nach Entfernung der Tomofixplatte proximal medial Tibia rechts am 18. Januar 2016

Dr. G.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei vom 25. Februar 2014 bis 7. April 2016 bei ihnen in Behandlung gewesen (Ziff. 1.2). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Gipser habe vom 10. April 2014 bis 31. Mai 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.6). Es bestehe eine eingeschränkte Funktion und Belastbarkeit der rechten unteren Extremität. Das Tragen von Gewichten sowie längeres Gehen und kniende Tätigkeiten seien nicht möglich. Eine körperlich nicht belastende Tätigkeit sei ab sofort möglich (Ziff. 1.7). 3. 6

Am 4. September 2017 erstattete Dr. med. H.____, Fachärztin für Chirurgie, ihren kreisärztlichen Untersuchungsbericht (Urk. 6/68). Als Diagnose nannte sie Restbeschwerden im Bereich des rechten Kniegelenks und neuropathische Schmerzen am proximalen Unterschenkel rechts, bei Status nach Meniskusnaht im Juli 2013, Status nach open-wedge

Valgisationsosteotomie im Dezember 2014 und einem Status nach Plattenentfernung im Januar 2016 (S. 9 Mitte).

Dr. H.____ führte aus, dass sie den Beschwerdeführer aufgrund der durchgeführten kreisärztlichen Untersuchung in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden

Tätigkeit (je 1/3 Stehen, Gehen, Sitzen), ohne regelmässiges Knien, Kauern, ohne Zwangshaltungen für das rechte Bein, ohne Bedienen von vibrierenden Maschinen mit dem rechten Bein, ohne repetitives Gehen auf unebenem Grund, manchmal mit Treppensteigen, für ganztags arbeitsfähig einschätze (S. 11 oben).

Den vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden fehle etwas die Authentizität, auch bezüglich des Gangbildes, inklusive dem Treppengehen. Klinisch zeige sich ein reizfreies Kniegelenk rechts, und es würden lokale Druckschmerzen im Bereich des medialen Kniegelenks und der Narbe mit Ausstrahlung angegeben. Die Narbe sei insgesamt sehr berührungsempfindlich, ebenso das Plattenlager. Das rechte Kniegelenk sei im Seitenvergleich nur endgradig eingeschränkt. Bei den erhobenen Stand-, Gang- und Propriozeptionsübungen zeige sich rechts eine gewisse Verminderung, da alles im Zehenstand vorgeführt werde. Aus klinischer Sicht sei dies nicht nachvollziehbar, und es sei auch unwahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer tatsächlich rechts vor allem auf den Zehenspitzen gehe. Im Bereich der Vorfusssohle /-Zehenballe sei keine vermehrte Verhornung rechts sichtbar im Seitenvergleich, und die Ferse rechts sei genauso verhornt wie links. Sollte der Beschwerdeführer tatsächlich vor allem auf den Zehenspitzen gehen, wie er dies bei der kreisärztlichen Untersuchung vorgeführt habe, müsste hier ein Unterschied vorliegen (S. 10 Mitte). Des Weiteren sei aufgrund der erhobenen Umfangmasse eine Schonung des rechten Beins im alltäglichen Leben auszu-schliessen, da die Umfangmasse gleichwertig seien. Die Wadenmuskulatur und der Gastrocnemius seien seitengleich ausgeprägt (S. 10 unten).

Dr. H.____ führte aus, dass gesamthaft vor allem der neuropathische Schmerz im Bereich des proximalen Unterschenkels rechts im Vordergrund stehe bei berührungsempfindlicher Narbe mit Schmerz ausstrahlung (S. 11 oben). Sollte sich der Beschwerdeführer zur vorgeschlagenen Operation (Neurotomie) entscheiden, könne man davon ausgehen, dass etwa nach sechs bis zwölf Wochen das postulierte Zumutbarkeitsprofil bei einem regelrechten Verlauf wieder Gültigkeit habe (S.11 unten). 3. 7

Dr. med. I.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 18. September 2017 (Urk. 6/71/7-8) nach Vorlage der Akten aus, dass beim Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Gipser seit dem 29. September 2012 durchgehend und auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. In einer angepassten Tätigkeit bestehe gemäss kreisärztlicher Beurteilung spätestens seit dem 4. September 2017, im Hinblick auf den Austrittsbericht der C.____ aber überwiegend wahrscheinlich bereits seit dem 30. Juli 2015, eine ganz tägliche Arbeitsfähigkeit. Das Belastungsprofil entspreche einer leichten bis mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit (je 1/3 Stehen, Gehen und Sitzen), ohne regelmässiges Knien oder Kauern, ohne Zwangshaltung für das rechte Bein, ohne Bedienen von vibrierenden Maschinen mit dem rechten Bein und ohne repetitives Gehen auf unebenen Untergrund und nur mit gelegentlichem Treppengehen. 3. 8

Dr. med. J.____, Assistenzärztin, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, K.____, stellte in ihrem Bericht vom 1. März 2018 (Urk. 6/87) folgende, teils gekürzt wiedergegebene Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.5, Urk. 6/89 S. 1): - chronische Knieschmerzen rechts - Status nach traumatischer Meniskusläsion nach stumpfem Trauma durch Autounfall im Februar [richtig: September] 2012 - Status nach Kniearthroskopie rechts am 10. Dezember 2014 (B.____) - Status nach Entfernung

der

Tomofixplatte proximal medial Tibia rechts am 18. Januar 2016 (D.____), danach keine Beschwerdefreiheit - Hyperalgesie und Allodynie im Bereich der Operations-Narbe (Nervus

saphenus -Gebiet), positives Tinel -Zeichen im Bereich der distalen Narbe - diagnostische Blockade am 29. März 2017: positiv - Status nach Neurotomie des Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus rechts vom 18. Dezember 2017 (fecit

Dr. med. L.____) bei Verdacht auf Neurom des Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus rechts und aktuell Verdacht auf Tendinitis Pes

anserinus rechts - synkopaler Sturz vom 18. Dezember 2017 -

Lokalanästhetika-Unverträglichkeit - indolente systemische Mastozytose , Erstdiagnose 2016

Dr. J.____ führt e aus, dass der Beschwerdeführer am 16. Januar 2018 bei ihnen behandelt worden sei (Ziff. 1.1).

Vier Wochen postoperativ habe eine Nachkontrolle stattgefunden (Ziff. 1.2).

Vom 18. Dezember 2017 bis 25. Februar 2018 habe in einer körperlich belastenden oder stehenden Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.3). Eine angepasste Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer zwischen vier und acht Stunden zumutbar (Ziff. 4.2). Aktuell leide der Beschwerdeführer an Schmerzen beim Knien und am Pes

anserinus . Er habe keine elektrisierenden Schmerzen mehr, zeige aber e in stark hinkendes Gangbild (Ziff. 2.2). 3. 9

Dr. Dr. M.____ , Oberarzt Orthopädie , und Dr. med. N.____ , Assistenzarzt Orthopädie, D.____ , stellten in ihrem Bericht vom 18. Mai 2018 (Urk. 6/91) folgende Diagnose (S. 1):
- Knieschmerzen bei muskulärer Dysbalance mit Kraftdefizit rechts mit/bei - Status nach Neurotomie des Ramus

infrapatellaris des Nervus

saphenus rechts (K.____ , 18. Dezember 2017) bei neuropathischen Schmerzen am proximalen Unterschenkel - Status nach Entfernung der Tomofixplatte proximal medial der Tibia am 18. Januar 2016 - Status nach Kniearthroskopie, Entfernung Ultra- Fastfix medialer Meniskus, medialer Teilmeniskektomie (Hinterhorn /Pars intermedia), Knorpeldébridement und medialer open- wedge

Valgisationsosteotomie

Tibiakopf rechts am 10. Dezember 2014 bei medialer Meniskusrezidivläsion sowie medialer Chondropathie des rechten Knies bei varischer Beinachse von 7° - Status nach Autounfall mit Kniekontusion rechts vom 29. September 2012

Die Ärzte führten aus, dass sich insgesamt eine sehr schwierige Situation bei Nicht-Ansprechen auf die Infiltration zeige. Der Patient könne in seinem ange stammten

Beruf als Gipser bei persistierenden Beschwerden nicht arbeiten , und es werde eine Umschulung zu sitzenden und wechselnden Tätigkeiten befürwortet. Es sei bis am 24. Juni 2018 eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Ihrerseits werde die Behandlung vorerst abgeschlossen (S. 2). 3.

E. 2.10

und Ziff. 2.11).

Dies ergibt unter Berücksichtigung der männerspezifischen Nominallohnentwicklung von 0.5 % im Jahr 2014 und

von - 0.2 % im Jahr 2015 (vgl. Nominallohnindex 2011-2018 , Tabelle T1. 1. 10 F 41-43) ein

Valideneinkommen von rund Fr. 69'049.-- im Jahr 2014 (Fr. 68'705.-- x

E. 3

meldete sich der Versicherte unter Hinweis auf seit dem Unfall vom 29. September 2012 trotz zweifacher Meniskusoperation bestehende Kniebeschwerden bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/11 Ziff. 6.1 -3).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab und zog die Akten der Suva bei (Urk. 6/6 , Urk. 6/16 , Urk. 6/20 , Urk. 6/35, Urk. 6/38 -39 , Urk. 6/51, Urk. 6/56, Urk. 6/64-65, Urk. 6/68 -69, Urk. 6/74 , Urk. 6/83, Urk. 6/85 , Urk. 6/90 -94) .

Mit Verfügung vom 29. Juni 2018 verneinte die Suva einen Rentenanspruch sowie einen Anspruch des Versicherten auf eine Integritätsentschädigung (Urk. 6/93/7-9) .

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 6/73 ; Urk. 6/77 , Urk. 6/81 , Urk. 6/96) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 24. Mai 2019 eine vom 1. Mai 2014 bis 31. Oktober 2015 befristete ganze Invalidenrente zu (Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am 18. Juni 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 24. Mai 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab dem 1. Mai 2014 und weiterhin ab dem 31. Oktober 2015 eine Invalidenrente auszurichten (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 18. Juli 2019 (Urk. 5) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 22. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 10

Dr. I.____ , RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 9. August 2018 (Urk. 6/98/4- 5) aus, dass sich gegenüber dem Zeitpunkt der letzten RAD-Stellungnahme vom 18. September 2017 nichts Wesentliches an dem ausgewiesenen Gesundheitsschaden und an der Bewertung der Arbeitsunfähigkeit geändert habe. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Gipser sei weiterhin nicht mehr möglich, aber für eine leidensangepasste Tätigkeit bestehe unverändert eine ganztägige Arbeitsfähigkeit, abgesehen von maximal vier Wochen nach dem erneuten Eingriff am 18. Dezember 2017. 3.

E. 11

Dr. med. O.____ , Assistenzarzt Orthopädie, D.____ , stellte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2018 (Urk. 6/111) die gleiche Diagnose wie im Vorbericht vom 18. Mai 2018 (S. 1 , vorstehend E. 3. 9).

Dr. O.____ führte zur Arbeitsanamnese aus, dass der Patient als Gipser tätig gewesen sei. Soweit von ihnen dokumentiert worden sei, sei er , seit er im Jahr 2014 in ihre Behandlung eingetreten sei, nie arbeitsfähig gewesen (Ziff. 3.4.3 und Ziff. 3.4.4). Er könne die Tätigkeit als Gipser nicht mehr vollschichtig verrichten (Ziff. 11.4). In einer leichten Tätigkeit sei er arbeitsfähig (Ziff. 9). Es dürften nur Tätigkeiten ohne Bücken, Heben und Tragen von Lasten sowie ohne Klettern und Treppensteigen ausgeübt werden (Ziff. 10.1). Diese Tätigkeit könne ganztags verrichtet werden (Ziff. 11.6). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. I.____ vom 18. September 2017 und vom 9. August 2018 (vorstehend E. 3. 7 und E. 3. 10) davon aus, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginnes im Mai 2014 zu 100 % in der Erwerbsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei.

Ab Juli 2015 habe sich sein Gesundheitszustand dahingehend verbessert, so dass er in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100

% arbeitsfähig sei (vorstehend E. 2.1) . Dagegen brachte der Beschwerdeführer vor, dass im Juli 2015 kein stabiler verbesserter Gesundheitszustand vorgelegen habe . Er sei erst im Frühjahr 2019 eingetreten , und

erst dann sei die Selbsteingliederung in der angestammten Tätigkeit gelungen (vorstehend E. 2.2). 4.2

RAD-Arzt Dr. I.____ ging in seiner Stellungnahme vom 18. September 2017 (vorstehend E. 3. 7) gestützt auf den Austrittsbericht der C.____ vom 30. Juli 2015 (vorstehend E. 3. 3) sowie den kreisärztlichen Untersuchungsbericht von Dr. H.____ vom 4. September 2017 (vorstehend E. 3. 6) davon aus, dass ab dem 29. September 2012 in der angestammten Tätigkeit als Gipser keine Arbeitsfähigkeit mehr bestanden habe, der Beschwerdeführer aber in einer leichten bis mittelschweren behinderungsangepassten Tätigkeit seit dem 30. Juli 2015 zu 100 % arbeitsfähig sei. Von dieser Arbeitsfähigkeit ging Dr. I.____ in seiner Stellungnahme vom 9. August 2018 (vorstehend E. 3. 10) auch maximal vier Wochen nach der am 18. Dezember 2017 an der D.____ durchgeführten Neurotomie (vorstehend E. 3. 8) aus.

Auf die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. I.____ kann vorliegend abgestellt werden, erfolgte sie doch in Übereinstimmung mit der übrigen medizinischen Aktenlage. So gingen die behandelnden Ärzte durchwegs davon aus, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte, körperlich schwere Tätigkeit als Gipser seit dem Autounfall vom 29.

September 2012 nicht mehr zumutbar sei. Was seine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit anbelangt, erachtete bereits Dr. A. ___ in seinem Bericht vom 8. Mai 2014 (vorstehend E. 3.1) eine teilweise sitzende Tätigkeit für zumutbar, machte aber die Formulierung eines Zumutbarkeitsprofils vom Verlauf der weiter geplanten Interventionen und der erforderlichen Rehabilitation abhängig.

Dr. E. ___ bestätigte sodann nach am 10. Dezember 2014 durchgeführter Kniearthroskopie rechts in seinem Bericht vom 5. März 2015 (vorstehend E. 3.2) ein deutliches Rehabilitationsdefizit und eine weiterbestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Nach dem Aufenthalt des Beschwerdeführers in der C. ___ vom 1. bis 30. Juli 2015 wiesen die Ärzte in ihrem Bericht vom 30. Juli 2015 (vorstehend E. 3.3) auf eine erhebliche Symptomausweitung und Selbstlimitierung hin. Einen verbesserten Gesundheitszustand bestätigten die Ärzte der C. ___ insoweit, als dass sie eine behinderungsangepasste vorwiegend sitzende Tätigkeit entsprechend dem von ihnen formulierten Zumutbarkeitsprofil für ganztags zumutbar erachteten. Eine mittelschwere Tätigkeit wurde ab dem Zeitpunkt der Konsolidierung des Osteotomiespalts respektive ab der Metallentfernung für möglich befunden. Dass die Ärzte der C. ___ davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer ab Klinikaustritt am 30. Juli 2015 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei, geht daraus hervor, dass sie empfahlen, er solle sich eine Arbeit suchen und sich beim RAV melden. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 3 Ziff. 5), machten sie dies auch nicht davon abhängig, ob der Osteotomiespalt konsolidiert sei oder nicht (Urk. 6/37 S. 3 unten,

Urk. 6/39/19-20 S. 1).

Von Seiten der D. ___ wurde gemäss den Ärztlichen Zeugnissen vom 24. August 2015, 28. September 2015 und 29. Oktober 2015 (Urk. 6/51/36, Urk. 6/51/40-41) lediglich für körperlich schwere Arbeit respektive für die Tätigkeit als Gipser vom 31. August bis 8. Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

Unabhängig von der bevorstehenden Osteosynthese sematerialentfernung bestätigte auch Dr. F. ___ in seinem Bericht vom 8. Dezember 2015 (vorstehend E. 3.4) sowie in seinen ärztlichen Zeugnissen vom 8. Dezember 2015 und vom 4. Januar 2016 (Urk. 6/51/15, Urk. 6/51/25), dass der Beschwerdeführer für eine leichte oder administrative Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig sei. Nach am 18. Januar 2016 erfolgter Plattenentfernung am Knie (Urk. 6/51/9-10), wurde dem Beschwerdeführer bei komplikationslosem postoperativen Verlauf vom 18. bis 31. Januar 2016 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 6/51/7-8 S. 2).

Dr. G. ___ bestätigte ihrerseits in ihrem Bericht vom 10. Juni

2016 (vorstehend E. 3.5) erneut eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit.

Auch die Suva-Kreisärztin Dr. H. ___ (vorstehend E. 3.6) erachtete den Beschwerdeführer nach im September 2017 durchgeführter Untersuchung als in einer behinderungsangepassten leichten bis mittelschweren Tätigkeit für ganztags arbeitsfähig, dies unabhängig von der geplanten Neurotomie. Wie Dr. H. ___ zu Recht festhielt, lassen die anlässlich der klinischen Untersuchung erhobenen gleichwertigen Umfangsmasse der unteren Extremitäten (vgl. Urk. 6/68 S. 10 Mitte) sowie die Beschwellung der rechten Ferse das vom Beschwerdeführer vor getragene Gangbild, wonach er den rechten Fuss nur auf der

Zehenspitze abstellen könne, als unwahrscheinlich erscheinen und bestätigten die bereits von den Ärzten der C.____ im Juli 2015 festgehaltene Symptomausweitung (vorstehend E. 3.3).

Ihr formuliertes Zumutbarkeitsprofil bestätigte Dr. H.____ auch nach am 18. Dezember 2017 erfolgter Neurotomie am 4. Juni 2018 (Urk. 6/92/1).

Gemäss den Ausführungen von Dr. J.____ in ihrem Bericht vom 1. März 2018 (vorstehend E. 3.8) wurde dem Beschwerdeführer nach am 18. Dezember 2017 durchgeführter Neurotomie lediglich für eine körperlich belastende Tätigkeit vom 18. Dezember 2017 bis 25. Februar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt.

Eine behinderungs angepasste Tätigkeit wurde zwischen vier und acht Stunden für zumutbar erachtet. Eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde zuletzt von Seiten der behandelnden Ärzte der D.____

in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2018 ausdrücklich bestätigt (vorstehend E. 3.11).

Abgesehen von den im Zusammenhang mit den verschiedenen Operationen attestierten vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten ist demnach seit dem Austritt aus der C.____ im Juli 2015 durchgehend eine vollständige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten leichten Tätigkeit von fachärztlicher Seite her dokumentiert.

Der Beschwerdeführer vermag vorliegend weder aus seinem subjektiven Beschwerdeempfinden und noch aus dem Umstand, dass er sich, wie er geltend machte (vorstehend E. 2.2), erst im Frühjahr 2019 wieder habe eingliedern können, etwas zu seinen Gunsten abzuleiten.

Entgegen seiner Ansicht ist nicht massgebend, ob ein vollends stabiler Endzustand erreicht war oder nicht, da eine leichte, behinderungsangepasste Tätigkeit auch schon vor einem Behandlungsabschluss möglich sein kann.

Auch stellt die Tatsache, dass der Beschwerdeführer wieder in der Lage war, seine angestammte schwere Tätigkeit in einem Vollzeitpensum auszuüben (Urk. 6/122 S. 1 f., Urk. 6/126), das Ausmass des von ihm vor den behandelnden Ärzten dargebotenen Beschwerdebildes weiter in Frage. 4.3

Zusammenfassend ist demnach der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns im Mai 2014 sowohl in seiner angestammten, als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % eingeschränkt war, sich sein Gesundheitszustand aber ab Juli 2015 dahingehend verbessert hat, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit von einer

100 % ige n Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. 5.5.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2, 135 V 58 E. 3.1, 134 V 322 E. 4.1). 5.2

Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns - hier das Jahr 2014 – abzustellen (BGE 128

V 174, BGE 129 V 222).

Dem Arbeitgeberbericht der Y. ___ vom 2. Dezember 2013 lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2013 ohne Gesundheitsschaden Fr. 68'705.-- verdient hätte (Urk. 6/15 Ziff.

E. 13

% entspricht, bei welchem Ergebnis dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung mehr zusteht.

Die Phasen vollständiger Arbeitsunfähigkeit nach den operativen Eingriffen vom 18. Januar 2016 und vom 18. Dezember 2017 vermochten, da zu kurz, sodann keinen erneuten vorübergehenden Rentenanspruch auszulösen (Urteil des Bundesgerichts 9C_677/2012 vom 3. Juli 2013 E. 2.3).

Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung (Urk. 2) als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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 Gräub-Schucan

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