

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00405 vom 14. Mai 2024**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2024-05-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00405](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00405)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00405 du 14 mai 2024

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00405 del 14 maggio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des IVG s sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht ( vgl. Rz . 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems , K S ÜB WE IV , gültig ab 1. Januar 2022 ).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### **E. 1.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.3**

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 145 V

215 E. 5.1, 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 Einzelfall 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 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_590/2017 vom 15.

Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 16. Juni 2022 erhob X.\_\_\_\_ am 16. August 2022 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte die Aufhebung der angefochtenen Verfügung, die Zusprache der gesetzlichen Leistungen nach dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung ( IVG ) , insbesondere einer Rente, und eventuell die Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zu weiteren Abklärungen. Mit Beschwerdeantwort vom 29. September 2022 schloss diese auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), wozu der Beschwerdeführer am 24. Oktober 2022 Stellung nahm (Urk. 9) .

Darüber

wurde die Beschwerdegegnerin am 26.

Oktober 2022 in Kenntnis gesetzt (Urk. 10). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte

zur Begründung der angefochtenen , renten verneinenden Verfügung vom 16. Juni 2022 (Urk. 2) aus , dass sie dem Beschwerdeführer vom 25. August 2014 bis am 9.

August 2018

Taggelder ausgerichtet habe, weshalb eine Rentenprüfung ab August 2018 erfolgt sei. Mit Verweis auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten (Urk. 7/230) hielt sie fest, dass in angepasster Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Eine kurzzeitig dauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit von August bis September 2018 werde nicht berücksichtigt. Der Beschwerdeführer hätte in seiner ursprünglichen Tätigkeit im Jahr 2018 ein Einkommen von Fr. 76'464.80 erzielt. In angepasster Tätigkeit könne er in einem Pensum von 80 % - beziehungsweise in einem Pensum von 100 % mit erhöhtem Pausenbedarf

- ein Einkommen von Fr. 56'535.20 erzielen. Aus der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen resultiere ein IV-Grad von 26 % , weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente bestehe. Selbst wenn man dem Einkommensvergleich das vom Beschwerdeführer postulierte Valideneinkommen von Fr. 91'000.-- zugrunde legen würde, was aber nicht zutreffe , ergebe sich ein IV-Grad unter 40 % (Urk. 6

Rz . 5). Wenn sich der Beschwerdeführer bereit fühle, könne er sich mit separate m Gesuch für weitere Eingliederungsmassnahmen unter dem zumutbaren Belastungsprofil melden.

### **E. 2.2**

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer vorbringen, dass auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten aus näher dargelegten Gründen nicht abgestellt werden könne .

Die Sache sei daher zur weiteren Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurück zuweisen (Urk. 1 S. 2) oder

es sei ein Gerichtsgutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 27 Rz . 82). Ferner sei das Valideneinkommen fehlerhaft ermittelt worden und zu erhöhen . Zudem bestünden hinsichtlich Invalideneinkommen klare Hinweise auf eine Berechtigung zu einem erheblichen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. S chliesslich habe er bereits ab dem 1.

August 2013 Anspruch auf eine Invalidenrente.

### **E. 2.3**

Der Beschwerdeführer bezog wegen eines Rückfalls zu einem Unfall vom 29. März 2008 mit Läsion des medialen Meniskusinterhorns am linken Knie (Urk. 7/6/154) seit dem 23. November 2012 bei einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit Taggelder der Suva (Urk. 7/6/23 und Urk. 7/6/27) und meldete sich am 28. Januar 2013 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (Urk. 7/3). Streitig und zu prüfen ist nachfolgend, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat. Dabei ist zunächst der Verlauf der Arbeitsunfähigkeit seit dem 23. November 2012 zu prüfen, wobei ein Rentenanspruch frühestens ab 1. November 2013 in Betracht fällt (Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 3 IVG). 3.

### 3. 1

Dem Bericht der Uniklinik Z.\_\_\_\_ vom 10. Januar 2013 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im November 2012 mehrfach am linken Knie behandelt wurde (Arthroskopie, Debridement und Microfracturing am medialen Femur kondylus sowie mediale open- wedge

Valgisationsosteotomie am Tibiakopf links am 23. November 2012, Dermatofasziotomie, Hämatom-Evakuierung, Drainage und Epigard -Deckung am 25. November 2012, Debridement, Wundverschluss medial und partieller Wundverschluss lateral am 28. November 2012 sowie Debridement und sekundärer vollständiger Wundverschluss am 30. November 2012). Die Ärzte empfahlen neben dem geplanten Belastungsaufbau eine Umschulung in eine nicht kniebelastende Tätigkeit (Urk. 7/6/49-50). 3. 2

Die Beschwerdegegnerin nahm bereits im März 2013 die berufliche Eingliederung des Beschwerdeführers an die Hand (Urk. 7/11). Zum damaligen Zeitpunkt befand sich der Beschwerdeführer zwar noch in der medizinischen Rehabilitationsphase, eine Umschulung oder Weiterbildung war aber schon angedacht (vgl. berufliche Standortbestimmung der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 26. März 2013, Urk. 7/14). Im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2013 über den Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. Mai bis 3. Juli 2013 gingen die Fachpersonen im Sinne einer mittel- bis langfristigen Prognose von einer vollen Arbeitsfähigkeit in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten aus, sobald der Gehstockabbau innerhalb der kommenden ungefähr sechs bis acht Wochen realisiert und vollständig abgeschlossen sei (Urk. 7/19 S. 2). 3. 3

Suva-Kreisarzt Prof. Dr. B.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie FMH, berichtete von

seiner Untersuchung am 17. Juli 2014 (Urk. 7/32 S. 5), dass der Beschwerdeführer am 10. Januar 2014 (ärztlicher Zwischenbericht) noch an Stöcken gegangen sei und im Februar 2014 ein weiterer operativer Eingriff mit Osteosynthesematerial-Entfernung Tibia links stattgefunden habe. Anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung wurde festgestellt, dass sich die Funktionseinschränkungen am linken Kniegelenk im Vergleich zur Voruntersuchung nicht mehr wesentlich verändert hätten. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien nun leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar, wobei Knien, Hocken sowie ausschliesslich gehende und stehende Arbeiten ebenso wie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen seien (Urk. 7/32). 3. 4

In der Folge unterstützte die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer ab 25. August 2014 unter Ausrichtung von Taggeldern bei der beruflichen Eingliederung (Urk. 7/29-30) und schloss diese

nach erfolgreich absolvierte r

Umschulung

zum Automatikmonteur EFZ am 14. August 2018 ab

(Urk. 7/138) .

3. 5

Am 10. Oktober 2018 stellte sich der Beschwerdeführer zur Beurteilung seines linken Knies in der Klinik C.\_\_\_\_ vor. Dr. D.\_\_\_\_ , Konservativer Oberarzt Orthopädie, führte in seiner Beurteilung aus, er sei der festen Überzeugung, dass ein grosser Teil des Schmerzproblems aufgrund der Chronifizierung mit einer gewissen Schmerzverarbeitungsproblematik bedingt sei. Von weiteren operativen Eingriffen würde er absehen (Urk. 7/167 / 13-14 ). 3 .6

Am 13. November 2018 begab sich der Beschwerdeführer wegen Schmerzen im linken Fuss zu einer ambulanten Untersuchung in die

Klinik C.\_\_\_\_ . Die involvierten Ärzte gaben an, dass die Beschwerden klinisch nicht deutlich fassbar seien. Von der klinischen Untersuchung und vom MRI-Befund her seien die Beschwerden nicht auf eine intraartikuläre Problematik zurückzuführen. Es habe sich weder eine

osteocondrale Läsion noch ein

Impingement gezeigt. Es bestünden wohl eine Fasziiitis plantaris aufgrund verkürzter Wadenmuskulatur und wahrscheinlich eine gewisse Schmerzüberlagerung aufgrund der Beschwerden am Unterschenkel und Knie. Dem Beschwerdeführer seien Dehnungsübungen empfohlen worden (Urk. 7/167/10-12).

3.

#### **E. 4**

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 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). 1.

#### **E. 4.1**

Aus den medizinischen Akten ergibt sich und ist

unstreitig , dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Sanitärmonteur aufgrund der Knie problematik

seit dem 23. November 2012 nicht mehr zumutbar ist. Ab diesem Zeitpunkt ist vorerst auch von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit auszugehen.

#### **E. 4.2**

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis zum Beginn der Eingliederungsmassnahmen per August 2014 ist die medizinische Aktenlage nicht ganz kohärent .

Laut RAD-Arzt H.\_\_\_\_

(vgl. E. 3. 16 )

dauerte diese Einschränkung durchgehend vom 23.

November 2012 bis

zum Abschluss der Behandlung der Metacarpalfraktur

am 10.

Juni 2014. Bis zur Neurolyse anfangs Juli 2021 sprach sich der Arzt für eine lediglich um 20 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus und für die Zeit danach für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasstem Belastungsprofil . Er stützt e seine Stellungnahme zwar auf das Y.\_\_\_\_ -Gutachten, in welchem die Fachärzte aber von einer vollen Arbeitsfähigkeit ab dem 4. Juli 2013

(«nach Abschluss der Rehabilitation» )

ausgingen , die lediglich durch verschiedene zwischenzeitliche Operationen eingeschränkt gewese n sei (Urk. 7/230/12).

Dabei bezogen sich die Gutachter auf den Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 5. Juli 20 1 3 . Darin wurde jedoch keine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit attestiert. Vielmehr sprachen die Ärzte prognostisch davon, dass die Arbeitsfähigkeit nach Stockentwöhnung in ca. 6-8 Wochen hergestellt sein sollte. Diese Prognose erwies sich aber zunächst als zu optimistisch, geht doch aus den medizinischen Akten

hervor, dass sich im Verlauf keine Beschwerdefreiheit einstellte , seit dem Austritt aus der Rehaklinik A.\_\_\_\_ verschiedene Behand lungsmöglichkeiten ausgelotet wurden (vgl. etwa Urk. 7/141/357 und Urk. 7/141/377)

und im November 2013 eine Arthroskopie und Teilmeniskek tomie durchgeführt wurde n (Urk. 7/141/392) .

Anlässlich des Standortgesprächs am 5. Dezember 2013 bei der Suva wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer ohne Stöcke gekommen sei, aber noch hinkend gehe.

Beschwerden habe er im Knie keine mehr, lediglich leichte Belastungsschmerzen; ferner sei das Treppensteigen noch mühsam. Psychisch gehe es ihm wegen der erfolgreichen Knieoperation auch besser. Bezüglich der Hüften sei er absolut beschwerdefrei. Er werde sich bei den R.\_\_\_\_ als Quereinsteiger als Buschauffeur bewerben (Urk. 7/141/398-399).

Dieses Gespräch bildet zwar ein gewichtiges Indiz dafür, dass der Beschwer deführer bei frühestmöglichem Rentenbeginn im November 2 0 13 bereits anfangs Dezember 2013 seine Arbeitsfähigkeit mit angepasstem Belastungsprofil mög licherweise ganz oder teilweise wiedererlangt hatte. Indes lässt sich mangels echtzeitlicher ärztlicher Atteste nicht mit

überwiegender Wahrscheinlichkeit (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_717/2009 vom 20.

Oktober 2009 E. 3.3) feststellen, in welchem Zeitraum von welchem Grad der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden kann. Nach diesem Standortgespräch am 28. Februar 2014 erfolgte die Osteosynthesematerial-Entfernung am linken Knie mit einer attestierten Arbeitsunfähigkeit bis zum 14. März 2014 (Urk. 7/230/12). Unmittelbar darauf zog sich der Beschwerdeführer mit der Fraktur des Mittelhandknochens, welche im Spital S.\_\_\_\_ am 28. März 2014 operativ behandelt worden war, erneut eine Verletzung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (Urk. 7/141/507). Die behandelnden Ärzte attestierten ihm am 16. Mai 2014 bis voraussichtlich am 10.

Juni 2014 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/141/509). Am 25. Juni 2014 berichteten sie von der Abschlussuntersuchung vom 10. Juni 2014, dass der Bruch nun verheilt sei und sowohl die ergotherapeutische wie auch die handchirurgische Behandlung abgeschlossen werden könne (Urk. 7/141/552). Die nächste ärztliche Untersuchung erfolgte am 17. Juli 2014 bei Suva-Kreisarzt Prof. Dr. B.\_\_\_\_, der unter Würdigung des gesamten aktenmässigen Verlaufs festhielt, dass dem Beschwerdeführer auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nunmehr leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten ganztags zumutbar seien, wobei Knien, Hocken sowie ausschliesslich gehende oder stehende Arbeiten sowie Arbeiten auf Leitern und Gerüsten aus dem Tätigkeitsprofil auszuschliessen seien. Dementsprechend begann der Beschwerdeführer im August 2014 mit der beruflichen Eingliederung, welche durch die Beschwerdegegnerin begleitet und durch die Ausrichtung von Taggeldern unterstützt wurde.

#### **E. 4.3**

Zusammengefasst ist somit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns

im November 2013 weder in der angestammten noch in angepasster Tätigkeit arbeitsfähig war, jedoch spätestens im Zeitpunkt der kreisärztlichen Untersuchung am 17. Juli 2014 in angepasster Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig war.

Da grundsätzlich ein Rentenanspruch auch vor Durchführung von Eingliederungsmassnahmen (allenfalls auch rückwirkend) zugesprochen werden kann, wenn die versicherte Person wegen ihres Gesundheitszustands nicht oder noch nicht eingliederungsfähig war (E. 1.4 hiervor), der Beschwerdeführer ab dem 23.

November 2012 bis am 17. Juli 2014 sowohl in der angestammten wie auch in angepasster Tätigkeit vollständig arbeitsunfähig und damit erwerbsunfähig war, was zu einem Invaliditätsgrad von 100 % führt, hat er

vom

1. November 2013 befristet bis am 31. Oktober 2014 Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Art. 28 Abs. 1 lit. b und c i.V.m. Art. 29 Abs. 3 IVG i.V.m. Art. 17 ATSG und Art. 88a Abs. 1 IVV; vgl. BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen), vorbehalten bleibt Art. 47 IVG . 5.

#### **E. 5**

Aus dem der Invalidenversicherung innewohnenden Grundsatz «Eingliederung vor Rente» (Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG) folgt zwar, dass keine Rente gewährt werden darf, bevor nicht

Eingliederungsmassnahmen durchgeführt wurden; dies gilt jedoch nur für Versicherte, die auch eingliederungsfähig sind. Ist eine versicherte Person nach Ablauf der einjährigen Wartezeit aufgrund ihres Gesundheitszustands hingegen nicht oder noch nicht eingliederungsfähig, steht ihr (mindestens vorübergehend und allenfalls auch rückwirkend) eine Rente zu, selbst wenn in Zukunft Eingliederungsmassnahmen beabsichtigt sind (in diesem Sinn BGE 148 V 397 E. 6.2.4 mit Hinweis auf BGE 121 V 190 E. 4c, d und e). 1.

### **E. 5.1**

Nachfolgend stellt sich die Frage, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach Abschluss der beruflichen Massnahmen, d.h. ab dem 1. September 2018, wieder rentenrelevant verschlechtert hat.

### **E. 5.2**

In diesem Zusammenhang legten die Y.\_\_\_\_ -Gutachter nachvollziehbar dar, dass beim Beschwerdeführer aufgrund der Neuropathie am linken Knie bis zur Neurolyse des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus links am 5. Juni 2020 seit Mai 2015 eine Leistungsminderung von 20 % bestand. Zudem wiesen sie im Einklang mit der medizinischen Aktenlage darauf

hin, dass ab 25. August und 13. Dezember 2018 für einen Zeitraum von jeweils drei bis vier Wochen zwischenzeitliche Arbeitsunfähigkeiten nach den jeweiligen operativen Eingriffen im Zusammenhang mit den Leistenbeschwerden vorlagen (vgl. auch Urk.

7 / 155 mit Hinweisen ).

Ebenso plausibel zeigten sie auf, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2020 in der Tätigkeit als Automatenmonteur, zu welcher

er auf Kosten der Beschwerdegegnerin umgeschult worden war, mit entsprechendem Belastungsprofil uneingeschränkt arbeitsfähig ist. Das Y.\_\_\_\_ -Gutachten beruht diesbezüglich auf den erforderlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den umfangreichen, fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. So zeigten sie auf, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner Knieprobleme links und eines chronischen lumbalen Schmerzsyndroms nur noch (aber immerhin) in der Lage ist, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Kniebelastung und ohne ausschliessliches Stehen auszuüben. Diesbezüglich wiesen sie darauf hin, dass die Kniegelenksfunktion links in der Beugefähigkeit nur marginal eingeschränkt und die Brust- und Lendenwirbelsäule für Seitneigung und Rotation nur leichtgradig eingeschränkt sei. Aus neurologischer Sicht konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden, insbesondere sei das demonstrierte hinkende Gangbild nicht erklärbar gewesen (zum Ganzen Urk. 7/230/7-8). Ausserdem wurde aus neurologischer Sicht ausgeführt, dass die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich Schmerzausstrahlung im Bereich der Leisten diffus und wechselhaft gewesen seien und sich keinem umschriebenen Nerven zuordnen liessen. Da keine periphere Nervenschädigung vorliege, könne die Diagnose neuropathischer Schmerzen der Leiste nach diversen Leistenoperationen nicht gestellt werden (Urk. 7/230/101). Die neurologische Untersuchung sei durch Diskrepanzen gekennzeichnet gewesen (Urk. 7/230/107).

Insgesamt

zeigten

die Gutachter damit plausibel auf, weshalb sich die verschiedenen somatischen Diagnosen (so insbesondere die rezidivierenden Arthralgien im linken oberen Sprunggelenk, die beidseitige Hüftdysplasie ohne relevante Funktionseinschränkungen, der fortbestehende Mittelhandschmerz nach der Fraktur im März 2014, der Zustand nach verschiedenen Leistenoperationen und die abgeklungene Neuropathie am linken Knie) nicht auf die Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten mit genanntem Belastungsprofil auswirken. Diese Einschätzung steht auch im Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Ärzte in der Klinik C.\_\_\_\_, die bereits im Oktober 2018 darauf hingewiesen hatten, dass ein Grossteil des Schmerzproblems durch eine gewisse Schmerzverarbeitungsproblematik bedingt sei (E. 3. 5), und anlässlich ihrer Untersuchung im November 2018 keine Objektivierung für die angegebenen Beschwerden finden können (E. 3. 6).

Auch der chronischen Schmerzstörung als einzige aktuelle psychiatrische Diagnose massen die Gutachter keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit bei. Sie legten dabei dar, dass zwar eine gewisse Einengung auf die Schmerzen bestehe, was schon aufgrund der Dauer der Beschwerden nachvollziehbar sei, sich jedoch daraus aus psychiatrischer Sicht keine Fähigkeitsbeeinträchtigungen ergeben würden (vgl. Urk. 7/262/3). Im Rahmen der Beantwortung von Zusatzfragen durch den vormaligen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 7/262) setzten sich die Gutachter noch einmal mit den Diagnosen/Arbeitsfähigkeitsschätzungen der Behandler auseinander und betonten insbesondere, dass sich zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung keine Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Faktoren begründen liess. Dies ist mit Blick auf die bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen rechtssprechungsgemässen Standardindikatoren, zu welchen sich die Gutachter eingehend äusserten,

aus Rechtsanwendersicht nicht zu beanstanden. So liegt mit der gestellten Diagnose weder eine schwere psychiatrische Störung vor

noch

ist der Beschwerdeführer in seiner Persönlichkeit beeinträchtigt. Zwar bestehen mit der zweifelsohne belastenden somatischen Problematik und den finanziellen Sorgen ressourcenhemmende Faktoren. Demgegenüber

verfügt der Beschwerdeführer aber über zwei abgeschlossene Ausbildungen und ein intaktes Familien- und Sozialleben, was sich ressourcenfördernd auswirkt. Der Beschwerdeführer wohnt mit seiner Familie im gleichen Haus wie seine Eltern und andere Verwandte, hat einen strukturierten Tagesablauf mit genügend Schlaf, steht morgens um 7 Uhr auf und kümmert sich ab da (abgesehen von schwereren Tätigkeiten) um den Haushalt; er betreut seine drei Kinder, nimmt mit ihnen gemeinsame Mahlzeiten ein und macht regelmässige Spaziergänge mit seinen Kindern und seiner Frau, die erst abends nach Hause kommt. Ferner geht die Familie gemeinsam in die Ferien. Somit sind keinerlei

Einschränkungen des Aktivitätenniveaus ersichtlich, die sich mit der durch die behandelnden Ärzte geltend gemachten vollständigen oder praktisch vollständigen Arbeitsunfähigkeit auch nur ansatzweise vereinbaren liessen. Vielmehr ist unter Berücksichtigung der massgeblichen Indikatoren

der gutachterlichen Einschätzung zu folgen und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer trotz der chronischen Schmerzstörung in einer angepassten Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig ist, was auch der Einschätzung der Ärzte der Rehaklinik A. \_\_\_ entspricht, welche aus psychiatrischer Sicht explizit keine arbeitsrelevante Leistungsminderung feststellen konnten.

Der Beschwerdeführer macht aus formeller Sicht geltend, dass das Gutachten nicht beweiskräftig

sei, weil datenschutzrechtliche Bestimmungen verletzt worden seien, indem das Gutachten von einem Geschäftsleitungsmitglied und weiteren nicht am Gutachten beteiligten Personen unterzeichnet worden sei (vgl. auch Urk. 9) . Weiter bemängelt er, dass keine interdisziplinäre Gesamtbeurteilung im Sinne einer Besprechung stattgefunden habe, da eine solche per E-Mail und ohne Diskussion erfolgt sei.

Diesen Einwänden kann nicht gefolgt werden. Entscheidend ist recht sprechungsgemäss, dass das Y. \_\_\_ -Gutachten durch die daran beteiligten und für die jeweiligen Teilgutachten verantwortlichen Fachärzte unterzeichnet wurde, womit ein gemeinsamer Konsens erstellt ist ( vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_1019/2012 vom 23. August 2013 E. 2.2; vgl. auch Urteil 9C\_38/2022 vom 24.

Mai 2022 E.

4.2) .

Dass das Gutachten darüber hinaus auch die Unterschrift der Geschäftsstellenleiter in der beauftragten Gutachterstelle und von dessen medizinischen Verantwortlichen sowie von einer medizinischen Supervisorin trägt, stellt keinen Mangel dar .

Dem recht sprechungsgemäss verletzt die Involvierung von Personen aus der Geschäftsleitung des Begutachtungsinstituts weder das Arztgeheimnis oder den Datenschutz noch beeinträchtigt sie die Unabhängigkeit der Institution bzw. der beteiligten Gutachter (Urteil des Bundesgerichts 8C\_208/2022 vom 3. August 2022 E. 6.3; vgl. auch Urteil 8C\_628/2014 vom 22. Dezember 2014 E. 3.2).

Recht sprechungsgemäss beurteilt sich sodann die Beweiskraft eines interdisziplinären Gutachtens im konkreten Einzelfall danach, ob sich gestützt auf die Expertise die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen (BGE 143 V 124 E. 2.2.4), was vorliegend zweifelsfrei zutrifft. Eine zusammenfassende Beurteilung auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der einzelnen Gutachter oder unter Leitung eines fallführenden Arztes zur Zusammenführung und Darlegung der Ergebnisse aus den einzelnen Fachrichtungen ist gemäss Bundesgerichts praxis zwar ideal, aber nicht zwingend (BGE 143 V 124 E. 2.2.4 m.w.H .). Hierzu ergibt sich aus den Leitlinien der Swiss Insurance Medicine zur Konsensbeurteilung bei bi- und polydisziplinären Begutachtungen in der Versicherungsmedizin (Stand 4. Dezember 2020), dass die fallführende Person den Lead hat und die beteiligten Fachgutachterinnen und Fachgutachter ihr Einverständnis zur formulierten Konsensbeurteilung in der Regel auf dem Korrespondenzweg geben. Eine Konsenskonferenz ist nur bei relevanten Diskrepanzen erforderlich , welche im vorliegenden Fall nicht bestehen, womit dem Y. \_\_\_ -Gutachten voll er

Beweiskräftig

zukommt .

### **E. 5.3**

Gestützt darauf ist zusammengefasst davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit dem Abschluss der beruflichen Massnahmen ab 1.

September 2018 in seiner Tätigkeit als Automatikmonteur, zu der er umgeschult worden war, zunächst wegen der Neuropathie zu 80

% und nach der Neurolyse ab Juni 2020 mindestens bis zum Zeitpunkt des Gutachtens am 20.

April 2021 wieder uneingeschränkt arbeitsfähig war.

### **E. 5.4**

Mit der Neuropathie, aufgrund

derer die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab Mai 2015 bis Juni 2020

um 20 % eingeschränkt war, liegt ein Revisionsgrund vor (Art. 17 ATSG). Es stellt sich im Hinblick auf einen allfälligen befristeten Rentenanspruch ab September 2018 nachfolgend somit die Frage, ob sich diese Verschlechterung erwerblich auswirkt.

Bei der Bemessung der Invalidität hat die Beschwerdegegnerin für den Einkommensvergleich das Valideneinkommen gestützt auf die Tabelle TA 1, Ziff.

41 43 Baugewerbe, Kompetenzniveau 2, der Schweizerischen Lohnstruktur erhebung (LSE) ermittelt, was angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer letztmals im Jahr 2011 als Sanitärinstallateur gearbeitet hat (vgl. den Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 7/17), nicht zu beanstanden ist. Für die Festsetzung des für den Einkommensvergleich massgebenden Valideneinkommens ist ferner ausschlaggebend, was der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Rentenbeginns ohne Gesundheitsschaden mutmasslich verdient hätte. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers besteht deshalb angesichts seiner Erwerbsbiographie und der ausgewiesenen Löhne im IK-Auszug kein Anlass, auf das geltend gemachte, deutlich höhere Valideneinkommen von Fr. 91'000.-- abzustellen, das zwar offenbar der Taggeldberechnung zugrunde lag, welches der Beschwerdeführer aber zu keinem Zeitpunkt seiner Erwerbstätigkeit je erzielt hatte.

Für das Invalideneinkommen stellte die Beschwerdegegnerin auf dieselbe LSE-Tabelle ab und hierbei auf den Wert Total Männer, Kompetenzniveau 2, was angesichts des neuen erworbenen Abschlusses

als Automatikmonteur zutreffend ist. Im Hinblick auf das Invalideneinkommen erachtet der Beschwerdeführer diverse lohnmindernde Umstände als erfüllt (Urk. 1 Rz. 70). Der erhöhte Pausenbedarf und die damit einhergehend um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit wurde von der Beschwerdegegnerin vollständig berücksichtigt, indem sie von einem um 20 % reduzierten Invalideneinkommen ausgegangen ist. Ferner übersieht der Beschwerdeführer, dass ihm nicht einzig sitzende Hilfsarbeitertätigkeiten zumutbar sind, sondern die

qualifizierte

Tätigkeit als Automatikmonteur , zu der er eigens auf Kosten der Beschwerdegegnerin umgeschult worden war. In dieser Tätigkeit besteht abgesehen vom erhöhten Pausenbedarf, der seine Leistungsfähigkeit um 20 % mindert, die Einschränkung im Belastungsprofil einzig darin, dass für ihn nur Stellen in Frage kommen, bei denen er nicht ausschliesslich Stehen oder Gehen muss. Diese sind nach Auskunft der Berufsberaterin (Urk. 7/201) genügend vorhanden ;

so

ist bei einem Drittel der Stellen für Automatikmonteure eine überwiegend sitzende Tätigkeit möglich und beinhaltet ein weiteres Drittel sitzende und stehende Arbeiten, weshalb sich für den Beschwerdeführer wegen seiner Knie- und Rückenproblematik im Hinblick auf eine Integration im ersten Arbeitsmarkt keine lohnrelevanten Nachteile ergeben.

### **E. 5.5**

Die Beschwerdegegnerin ermittelte gestützt auf die beiden Vergleichseinkommen einen Invaliditätsgrad von 26 % und verneinte damit zu Recht einen Anspruch auf eine befristete Rente ab 1. September 2018 bis zur Y.\_\_\_\_ -Begutachtung im April 2021 . Eine Würdigung der medizinischen Akten nach der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung bis zum Verfügungserlass am 16. Juni 2022 zeigt ausserdem , dass sich auch in dieser Zeit keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ergeben hat. Während sich bezüglich der Beschwerden im Rücken, dem linken Knie und der Leistengegend trotz erneuter Bildgebung (Urk. 3/3) im Vergleich zur Aktenlage im Zeitpunkt der Y.\_\_\_\_ -Begutachtung keine neuen Befunde ergeben haben (vgl. Urk. 7/230/ 6) , ist aus somatischer Sicht einzig ein erneuter Bruch des rechten Handgelenks im April 2022 dazugekommen . Es ist aber davon auszugehen, dass dieser komplikationslos abgeheilt ist, werden im ausführlichen Bericht der Q.\_\_\_\_

doch keine diesbezüglichen Beschwerden oder besondere n Behandlungen erwähnt . Aus psychischer Sicht

fürten die behandelnden Ärzte zwar wie schon früher die Diagnose einer depressiven Störung und neu einer Panikstörung auf. Aus ihren Ausführungen zu den ausgeloteten Behandlungsmöglichkeiten und stattgehabten Therapien wird aber deutlich, dass beim Beschwerdeführer unverändert die Schmerzverarbeitungsproblematik rund um die somatischen Beschwerden an Knie, Rücken und Leiste im Vordergrund steht . Eine Veränderung der psychischen Befunde hin zu einer Verschlechterung seit April 2021 ist aufgrund dieser Berichte trotz der gestellten Diagnosen nicht ausgewiesen. In Bezug auf die Schmerzverarbeitungsstörung haben die Gutachter wie gesehen plausibel aufgezeigt, dass der Beschwerdeführer trotz der zweifelsohne bestehenden Belastungsfaktoren aufgrund seiner vielfältigen Ressourcen un eingeschränkt in der Lage ist, eine Tätigkeit als Automatikmonteur mit entsprechendem Belastungsprofil auszuüben. Somit erweist sich die Verneinung eines Rentenanspruchs ab 1.

September 2018 als rechters. 6.

### **E. 6**

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). 1.

### **E. 6.1**

Damit ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen und die angefochtene Verfügung vom 16. Juni 2022

mit der Feststellung aufzuheben, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2013 bis am 31. Oktober 2014 Anspruch auf eine ganze Rente hat. Darüber

hinaus ist die Beschwerde abzuweisen.

### **E. 6.2**

Die Kosten des Verfahrens sind gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen. Der Beschwerdeführer unterliegt im hiesigen Verfahren in einem wesentlichen Umfang, weshalb ihm die Gerichtskosten zu drei Vierteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Viertel aufzuerlegen sind (vgl. dazu § 28 lit.

a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht i.V.m. Art. 106 Abs. 2 der Schweizerischen Zivilprozessordnung).

### **E. 6.3**

Nachdem sein «Überklagen» den Prozessaufwand wesentlich beeinflusst hat (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_281/20

### **E. 7**

Am 13. Dezember 2018 erfolgte in der Klinik E.\_\_\_\_ ein operativer Eingriff mit Lumbotomie und Tumor-Exzision, nachdem zwei Wochen nach einer im August 2018 durchgeführten

extraperitoneoskopischen Netzplastik bei Rezidiv- Inguinalhernie erneut Beschwerden aufgetreten waren (Urk. 7/155/1-2). Bis am 7. Januar 2019 wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (Urk. 7/155/3). Danach attestierte der Hausarzt des Beschwerdeführers, Praktischer Arzt F.\_\_\_\_, bis am 28. Februar 2019 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/155/4-5).

3.

### **E. 8**

Aus dem Zentrum G.\_\_\_\_, in welchem der Beschwerdeführer seit Juli 2013 in psychiatrischer Behandlung steht, wurde am 7. Februar 2019 berichtet, dass der Beschwerdeführer wegen Schmerzen und Depression in seiner bisherigen Tätigkeit als Sanitärmoniteur seit dem 23. November 2012 zu 100 % arbeitsunfähig sei. Auch eine angepasste Tätigkeit sei weniger als zwei Stunden pro Tag zumutbar. Die Fachpersonen diagnostizierten aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Sie gaben an, dass die Störung deutlich chronifiziert sei, es in der Umschulung zu vielen Absenzen gekommen sei und der Beschwerdeführer schon damals an den Grenzen seiner Möglichkeiten gewesen sei. Versuche, im ersten Arbeitsmarkt anzukommen, seien

gescheitert, die Prognose sei daher insgesamt schlecht (Urk. 7/154) . 3.

#### **E. 9**

Am 20. Juni 2019 attestierte Hausarzt F.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit. Die Situation sei sehr schlecht, der Beschwerdeführer habe starke Schmerzen und sei deswegen auch psychisch entgleist. Seit Oktober 2017 sei der Beschwerdeführer mehr oder weniger vollständig arbeitsunfähig. Therapeutisch seien bereits alle Massnahmen erschöpft. Seiner Ansicht nach sei ein Gutachten sinnvoll (Urk. 7/167 / 1-6). 3.

#### **E. 10**

Am 17. Juli 2019 berichteten die Fachpersonen des Zentrums G.\_\_\_\_ von einer unveränderten Situation trotz hochfrequenter Physio therapie. Aus psychischer Sicht bestünden täglich Aggressionen, Schreien, Zer stören von Türen trotz psychopharmakologischer Behandlung (Urk. 7/172). 3.

#### **E. 11**

Hausarzt F.\_\_\_\_ führte am 7. Mai 2020 aus, dass eine chronifizierte Schmerzsymp tomatik vorliege, die seit Jahren weitgehend therapieresistent sei. Zur abschlies senden Abklärung von Belastungsprofil und Arbeitsfähigkeit werde eine polydis ziplinäre Abklärung empfohlen (Urk. 7/235 S.

11). 3.

#### **E. 12**

Am 29. April 2020 gelangte die Beschwerdegegnerin an ihren regionalen ärztlichen Dienst (RAD), da der Beschwerdeführer nach der IV-Umschulung zum Automatikmonteur krankheitsbedingt im umgeschulten Beruf nicht hatte Fuss fassen können (Urk. 7/235 S. 7). RAD-Arzt H.\_\_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, führte am 7. Mai 2020 in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung aus, dass dem Beschwerdeführer auf grund der posttraumatischen Kniebeschwerden gehende und stehende Tätigkeiten nicht mehr möglich seien.

Die angestammte Tätigkeit sei seit der Umstellung s osteotomie im November 2012 unzumutbar. Die Tätigkeit als Automatikmonteur wäre allenfalls sitzend möglich. Der RAD-Arzt empfahl eine polydisziplinäre Abklärung zur abschliessenden Klärung des Belastungsprofils und der Arbeits fähigkeit (Urk. 7/235/7-11) . 3.

#### **E. 13**

Am 15. Mai 2020 berichtete die Berufsberaterin I.\_\_\_\_ , dass bei einem Drittel der Stellen für Automatikmonteure eine überwiegend sitzende Arbeit möglich sei. Bei einem weiteren Drittel sei die Arbeit sitzend und stehend und bei einem weiteren Drittel überwiegend stehend auszuführen . Diese Aussage stamme von den Fachleuten des J.\_\_\_\_ anlässlich des Roundtables vom 21. Mai 2015. Der J.\_\_\_\_ habe als körperlich angepasstes Tätigkeitsbeispiel die Firma K.\_\_\_\_ in L.\_\_\_\_ erwähnt (Urk. 7/201). 3.

#### **E. 14**

Am 16. Dezember 2020 wurde im Austrittsbericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ angeführt, dass die festgestellte n psychische n Störung en (chronische Schmerz störung gemäss Aktenanamnese sowie eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradig) keine

arbeitsrelevante Leistungsminderung begründen würde n . Generell würden sich tagesstrukturierende Massnahmen günstig auf das Krankheitsbild auswirken. Eine regelmässige Psychotherapie begleitend zur schrittweisen Wiedereingliederung mit anfänglich geringer Belastung werde empfohlen (Urk. 7/ 230/12 7 -136 S. 3). 3.

## E. 15

Im Auftrag der Beschwerdegegnerin wurde der Beschwerdeführer bei der Y.\_\_\_\_ begutachtet. Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung ( Urk. 7/230/1 14 ) stellten die Y.\_\_\_\_ -Gutachter gestützt auf die Teilgutachten der Disziplinen Orthopädie/Traumatologie (3. April 2021, Urk. 7/230/54-70), Psychiatrie (4. Februar 2021, Urk. 7/230/69-83), innere Medizin (20. Januar 2021, Urk. 7/230/84-93) und Neurologie (5. Januar 2021, Urk. 7/230/92-110) die folgenden Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit

(Urk. 7/230 S. 9) : - Medial betonte Gonarthrose links mit Knorpelschaden über dem medialen Femurkondylus

- im Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie sowie Open-Wedge-Valgisationsosteotomie am Tibiakopf am 23. November 2012 mit komplikationsbehaftetem Verlauf und Entwicklung eines Kompartement -Syndroms und eines Neuroms des Nervus saphenus - Dermatofasziotomie aller vier Logen am 25. November 2012, Second look , Debridement und sekundärer vollständiger Wundverschluss am 30. November 2012 - Kniearthroskopie, Teilmeniskektomie und Stabilitätsprüfung Tibiaosteotomie am 7. November 2013 und Osteosynthesematerial -Entfernung am 28. Februar 2014 - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit beginnender Osteochondrose und nachgewiesener Diskushernie auf der Höhe des fünften Lendenwirbelkörpers und ersten Sakralwirbelkörpers (L5/S1)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt aus geübten Tätigkeit nannten die Gutachter (S. 10) : - Rezidivierende Arthralgien am linken oberen Sprunggelenk (OSG) bei Verdacht auf osteochondrale Läsion der medialen Talusschulter - Chronische Zervikozephalgien - Hüftdysplasie beidseits mit initialer Degeneration und zusätzlichem femoro-acetabulärem

Impingement rechts - Fortbestehender Mittelhandschmerz nach Fraktur und Operation am 15. März bzw. 28. März 2014 - Depressive Episode, ICD-10 F32.4, gegenwärtig remittiert - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41 - Adipositas Grad 1 - Arterielle Hypertonie - Zustand nach Inguinalhernien-Repair nach Lichtenstein links bei indirekter Inguinalhernie links am 28. November 2017, Rezidiv-Operation am 25. August 2018 und Operation eines Fettgewebetumors am 13. Dezember 2018 - Neuropathie patellae (wiederholte Operationen am linken Knie) nach Neurolyse des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus links am 5. Juni 2020, abgeklungen

Die Gutachter führten aus, dass die angestammte Tätigkeit als Sanitärinstallateur aus orthopädischer Sicht seit der Kniegelenkoperation am 23. November 2012 nicht mehr möglich sei. Aus neurologischer, internistischer und psychiatrischer Sicht würden sich keine Einschränkungen ergeben (S. 10 und S. 12) .

In angepasster Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 23. November 2012 bis zum Abschluss der Rehabilitation am 4. Juli 2013 arbeitsunfähig gewesen. Ab diesem Zeitpunkt

habe eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen mit zwischen zeitlichen Einschränkungen wegen verschiedener Operationen , so ab dem 7.

November 2013 bei nochmaliger Operation am linken Knie und am 28.

Februar 2014 mit Osteosynthesematerial-Entfernung mit einer darauffolgenden vollständigen Arbeitsunfähigkeit bis zum 14.

März 2014 . Am 15. März 2014 sei es zu einem Mittelhandbruch rechts gekommen mit Operation und vollständiger Arbeitsunfähigkeit bis zum Abschluss der Behandlung am 10. Juni 2014.

Ferner habe zwischenzeitlich eine vollständige Arbeitsunfähigkeit von jeweils drei bis vier Wochen bestanden nach Inguinalhernien-Repair links am 28. November 2017 sowie weiteren Operationen am 25. August 2018 und am 13. Dezember 2018. Ab Mai 2015 bis zur Operation am 5. Juni 2020 habe aufgrund der Irritation des Ramus infrapatellaris des Nervus saphenus eine Leistungsminderung von 20

% bestanden. Seit Juli 2020 sei der Beschwerdeführer wieder uneingeschränkt arbeitsfähig (Urk. 7/230 /12 ) . Er könne körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis 15 kg ausführen. Tätigkeiten in kniender und hockender Stellung sowie Tätigkeiten in Vorbeuge oder über Kopf sollten vermieden werden, ebenso ausschliesslich stehende Tätigkeiten. Belastend sei für den Beschwerdeführer die unsichere berufliche und finanzielle Zukunft und seine gesundheitliche Situation. Als Ressourcen seien die umfangreiche berufliche Erfahrung mit zwei beruflichen Ausbildungen und eine intakte familiäre Situation zu werten. Es sei von einer Symptomausweitung auszugehen; die angegebenen Schmerzen in der linken Leistenregion seien medizinisch nicht erklärbar. Diskrepanz erscheine, dass der Beschwerdeführer seine Kinder versorge, sich gleichzeitig aber nicht in der Lage sehe, seine berufliche Tätigkeit auszuüben, zu der er umgeschult worden sei (Urk. 7/230 /11 ) .

Zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL, Urk. 7/230/111-119) im Rahmen der Begutachtung wurde im orthopädischen Teilgutachten angeführt, dass die Resultate der physischen Leistungstests infolge beobachteter Selbstlimitierung und erheblicher Symptomausweitung nur eingeschränkt verwertbar seien. Aus funktioneller Sicht sei der Beschwerdeführer im Wesentlichen in der Lage , eine Tätigkeit als Automatikmonteur auszuüben, und zwar ganztags und ohne spezielle Einschränkungen (Urk. 7/230 /61 ;

vgl. auch Urk. 7/230/111 ff. ). 3.

## **E. 16**

RAD-Arzt H. \_\_\_ ging in seiner Stellungnahme vom 27. April 2021 (Urk. 7/ 235/13-16) von einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von 100 % ab 23.

November 2012 bis 10. Juni 2014 aus. Vom 11. Juni 2014 bis am 30.

Juni 2020 sei von einer Einschränkung von 20 % auszugehen mit zwischen zeitlichen operationsbedingten vollständigen Arbeitsunfähigkeiten vom 28.

November 2017, 25. August 2018 und 13. Dezember 2018 jeweils für einen Monat. Nach der Neurolyse sei ab 1. Juli 2021 [richtig: 2020 ] von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 3.

### **E. 17**

Die Ärzte des Zentrums M.\_\_\_\_ führten in ihrem Bericht vom 18. November 2021

neben den bekannten somatischen Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung auf. Unter dem Titel «Prozedere» nannten sie verschiedene Behandlungsoptionen hinsichtlich der Leisten- und Knieproblematik. Sie wiesen darauf hin, dass sich für den Beschwerdeführer, solange er die aktuell bestehenden Probleme nicht löse, keine Möglichkeiten ergäben, aktiv in einem Arbeitsumfeld mitzuwirken, dies weder in Tätigkeit mit körperlicher Aktivität noch in einer Bürotätigkeit (Urk. 7/271). 3.

### **E. 18**

Vom

30. Dezember 2021 bis 1. Februar 2022 wurde der Beschwerdeführer in der Integrierten Psychiatrie O.\_\_\_\_ behandelt. Als Austrittsdiagnosen wurden im Bericht vom 1. Februar 2022 insbesondere eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine Panikstörung, Knieschmerzen und eine Zunahme von Kopfschmerzen genannt (Urk. 7/272). 3.

### **E. 19**

Am 19. April 2022 stellte Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, folgende Diagnosen: chronisches schweres Schmerzsyndrom und psychische Dekompensation wegen starker Schmerzen über Jahre hinweg. Der Arzt führte aus, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an Rücken- und Beinschmerzen leide. Die Ursache seiner Beschwerden sei einerseits eine fortgeschrittene Degeneration der Bandscheibe L5/S1 mit einer grossen, medianen bis mediolateralen Diskushernie, welche den Rezessus S1 links einenge und damit die Nervenwurzel S1 links komprimiere. Andererseits bestehe aber auch eine neuroforaminale Enge. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seien die Rückenschmerzen auf das ständige, seit Jahren bestehende Hinken mit dem linken Bein zurückzuführen. Die Schmerzen im linken Knie und linken Unterschenkel seien vom Rücken ausgehend; die Ursache sei eine durch das ständige Hinken bedingte Abnützung der Wirbelsäule am lumbosakralen Übergang links. Dr. P.\_\_\_\_ erachtete eine neurologische Abklärung des Rückens als notwendig (Urk. 7/278). 3.

### **E. 20**

Am 25. Juli 2022 berichteten die Ärzte der Q.\_\_\_\_ vom Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 2. bis 28. Juli 2022, dass ihnen dieser wegen

eines chronifizierten

multifokalen Syndroms bei Versagen der bisherigen ambulanten Therapiemassnahmen zugewiesen worden sei. Als Diagnosen nannten sie insbesondere eine dekompenzierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine depressive Störung (schwer ausgeprägte depressive Episode mit Angst im Juni 2022) sowie einen Status nach endomedullärer Schienung einer erstgradig offenen dislozierten subcapitalen Metacarpale V Fraktur rechts vom 2.

April 2022. Der Beschwerdeführer habe sich bei Eintritt in einem guten Allgemein- und adipösen Ernährungszustand gezeigt. Er sei trotz suffizienter Analgesie nur mässig schmerz kompensiert gewesen. Schmerzen seien im Bereich der Lendenwirbelsäule und der

Leistung gegeben worden. Er habe sich wegen der Beschwerden stark belastet und im Alltag beeinträchtigt gezeigt. Medikation habe der Beschwerdeführer zusätzlich Oxycodon-Naloxon 5mg/2.5mg zweimal täglich erhalten, worunter überwiegend eine Kompensation erreicht werden können. Ebenfalls habe der Beschwerdeführer mehrmals Ernährungsberatung gehabt. In der Physio- und Sporttherapie seien insbesondere der körperliche Aufbau, der Umgang mit Rückschlägen, die Aufklärung über persistierende Schmerzen und Schmerz Copingstrategien im Vordergrund gestanden. Die Umsetzung in den Alltag im Reha-Setting sei erreicht worden. Durch die verschiedenen Therapieangebote habe eine Steigerung des Energieniveaus erreicht werden können (Urk. 3/3). 4.

## **E. 22**

vom 24. Oktober 2022 E. 7.1), steht dem Beschwerdeführer

unter Berücksichtigung seines Unterliegens

lediglich eine reduzierte Parteientschädigung zu. Diese wird vom Gericht in Anwendung von Art.

61 lit. g ATSG unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses und ohne Rücksicht auf den Streitwert festgesetzt. Entsprechend ist ihm eine reduzierte Parteientschädigung von Fr.

600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 16. Juni 2022 mit der Feststellung aufgehoben, dass der Beschwerdeführer vom 1. November 2013 bis am 31.

Oktober 2014 im Sinne der Erwägungen Anspruch auf eine ganz Rente der Invalidenversicherung hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden zu drei Vierteln dem Beschwerdeführer und zu einem Viertel

der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Parteientschädigung von Fr. 600.-- (inkl. Barauslagen und MWST) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Leo Sigg - 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 siebenten Tag vor Ostern bis und mit dem siebenten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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 der beschwerdeführenden Partei oder ihrer Rechtsvertretung 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 Lanzicher

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