

# **BVGer C-3490/2012 vom 17. Juli 2013**

Bundesverwaltungsgericht, 2013-07-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger\\_C-3490\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bvger_C-3490_2012)

FR: TAF C-3490/2012 du 17 juillet 2013

IT: TAF C-3490/2012 del 17 luglio 2013

## **Regeste**

Rentenanspruch

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Gemäss Art. 31 des Verwaltungsgerichtsgesetzes vom 17. Juni 2005 (VGG, SR 173.32) in Verbindung mit Art. 33 Bst. d VGG und Art. 69 Abs. 1 Bst. b des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie Art. 5 des Bundesgesetzes vom 20. Dezember 1968 über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021) beurteilt das Bundesverwaltungsgericht Beschwerden von Personen im Ausland gegen Verfügungen der IVSTA. Eine Ausnahme im Sinne von Art. 32 VGG liegt nicht vor.

### **E. 1.2**

Nach Art. 37 VGG richtet sich das Verfahren vor dem Bundesverwaltungsgericht nach dem VwVG, soweit das VGG nichts anderes bestimmt. Indes findet das VwVG aufgrund von Art. 3 Bst. dbis VwVG keine Anwendung in Sozialversicherungssachen, soweit das Bundesgesetz vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) anwendbar ist.

### **E. 1.3**

Der Beschwerdeführer hat am vorinstanzlichen Verfahren teilgenommen; er ist durch die angefochtene Verfügung berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Anfechtung (Art. 59 ATSG). Da die Beschwerde im Übrigen frist- und formgerecht eingereicht und auch der Kostenvorschuss rechtzeitig geleistet wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten (60 ATSG, Art. 52 und 63 Abs. 4 VwVG).

### **E. 2.1**

Gemäss Art. 40 Abs. 2 IVV ist bei Grenzgängern die IV-Stelle, in deren Tätigkeitsgebiet diese eine Erwerbstätigkeit ausüben, zur Entgegennahme und Prüfung der Anmeldungen zuständig. Dies gilt auch für ehemalige Grenzgänger, sofern sie bei der Anmeldung ihren ordentlichen Wohnsitz noch in der benachbarten Grenzzone haben und der Gesundheitsschaden auf die Zeit ihrer Tätigkeit als Grenzgänger zurückgeht. Die Verfügungen werden von der IVSTA erlassen. Da der Beschwerdeführer bei Eintritt des geltend gemachten Gesundheitsschadens als Grenzgänger mit Wohnsitz in V.\_\_\_\_\_/Deutschland in U.\_\_\_\_\_. im Kanton Y.\_\_\_\_\_. einer Arbeit nachging und zum Anmeldezeitpunkt (nach wie vor) in V.\_\_\_\_\_. Wohnsitz hatte, war die IV-Y.\_\_\_\_\_. für die Entgegennahme und Prüfung der Anmeldung zuständig und wurden die angefochtenen Verfügungen vom 21. Mai 2012 zu Recht von der IVSTA erlassen.

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer ist deutscher Staatsangehöriger mit Wohnsitz in Deutschland, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) zu beachten ist. Nach Art. 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des Art. 8 FZA ausgearbeiteten und Bestandteil des Abkommens bildenden (Art. 15 FZA) Anhangs II ("Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit") des FZA in Verbindung mit Abschnitt A dieses Anhangs wenden die Vertragsparteien untereinander insbesondere die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und Selbstständige sowie deren Familienangehörige, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (SR 0.831.109.268.1; nachfolgend: Verordnung Nr. 1408/71), und die Verordnung Nr. 574/72 oder gleichwertige Vorschriften an. Diese sind am 1. April 2012 durch die Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit sowie (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit abgelöst worden.

### **E. 2.3**

Nach Art. 4 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004, haben Personen, für die diese Verordnung gilt, die gleichen Rechte und Pflichten aufgrund der Rechtsvorschriften eines Mitgliedstaats wie die Staatsangehörigen dieses Staates. Dabei ist im Rahmen des FZA auch die Schweiz als "Mitgliedstaat" im Sinne dieser Koordinierungsverordnungen zu betrachten (Art. 1 Abs. 2 Anhang II des FZA).

### **E. 2.4**

Laut Art. 46 Abs. 3 der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 ist eine vom Träger eines Mitgliedstaats getroffene Entscheidung über den Grad der Invalidität eines Antragstellers für den Träger jedes anderen in Betracht kommenden Mitgliedstaats verbindlich, wenn die in den Rechtsvorschriften dieser Mitgliedstaaten festgelegten Definitionen des Grads der Invalidität in Anhang VII dieser Verordnung als übereinstimmend anerkannt sind. Letzteres ist mit Bezug auf das Verhältnis zwischen Deutschland und der Schweiz nicht der Fall. Eine entsprechende Regelung sah Art. 40 Abs. 4 und Anhang V der Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 vor.

### **E. 2.5**

Der Träger eines Mitgliedstaats hat jedoch gemäss Art. 49 Abs. 2 der Verordnung (EG) Nr. 987/2009 bzw. nach Art. 40 der Verordnung (EWG) Nr. 574/72 die von den Trägern der anderen Mitgliedstaaten erhaltenen ärztlichen Unterlagen und Berichte sowie die verwaltungsmässigen Auskünfte ebenso zu berücksichtigen, als wären sie in seinem eigenen Mitgliedstaat erstellt worden. Jeder Träger behält indessen die Möglichkeit, die antragstellende Person durch einen Arzt oder eine Ärztin seiner Wahl untersuchen zu lassen. Es besteht hingegen keine Pflicht zur Durchführung einer solchen Untersuchung.

### **E. 2.6**

In materiell-rechtlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, wobei nach ständiger Praxis auf den im Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes (hier: 21. Mai 2012) eingetretenen Sachverhalt abgestellt wird (BGE 130 V 329, BGE 129

V 1 E. 1.2 mit Hinweisen). Ein allfälliger Leistungsanspruch ist für die Zeit vor einem Rechtswechsel aufgrund der bisherigen und ab diesem Zeitpunkt nach den in Kraft stehenden Normen zu prüfen (pro rata temporis; vgl. BGE 130 V 445). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

### **E. 2.7**

Bei den materiellen Bestimmungen des IVG und der IVV ist auf die Fassung gemäss den am 1. Januar 2008 in Kraft getretenen Änderungen (5. IV-Revision; AS 2007 5129 und AS 2007 5155) abzustellen. Soweit ein Rentenanspruch ab dem 1. Januar 2012 zu prüfen ist, sind weiter die mit dem ersten Massnahmenpaket der 6. IV-Revision zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretenen Gesetzesänderungen zu beachten (IVG in der Fassung vom 18. März 2011 [AS 2011 5659], IVV in der Fassung vom 16. November 2011 [AS 2011 5679]). Nachfolgend wird auf die ab 1. Januar 2008 gültigen Bestimmungen verwiesen, ausser diese hätten mit der IV-Revision 6a eine Änderung erfahren.

### **E. 2.8**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein solcher auf eine Viertelsrente. Hieran hat die 6. IV-Revision nichts geändert. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG). Laut Art. 29 Abs. 4 IVG werden jedoch Renten, die einem Invaliditätsgrad von weniger als 50% entsprechen, nur an Versicherte ausgerichtet, die ihren Wohnsitz und gewöhnlichen Aufenthalt (Art. 13 ATSG) in der Schweiz haben, was laut Rechtsprechung eine besondere Anspruchsvoraussetzung darstellt (vgl. BGE 121 V 264 E. 6c). Eine Ausnahme von diesem Prinzip gilt seit dem 1. Juni 2002 für Schweizer Bürger und Staatsangehörige der EU, denen bereits ab einem Invaliditätsgrad von 40% eine Rente ausgerichtet wird, wenn sie - wie der Beschwerdeführer - in einem Mitgliedstaat der EU Wohnsitz haben.

### **E. 2.9**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, welche ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (Bst. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich zu mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und auch nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind (Bst. b und c).

### **E. 2.10**

Anspruch auf eine Invalidenrente der IV hat, wer invalid im Sinne des Gesetzes ist (Art. 8 ATSG) und beim Eintritt der Invalidität während der vom Gesetz vorgesehenen Mindestbeitragsdauer von 3 Jahren (vgl. Art. 36 Abs. 1 IVG) Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV) geleistet hat. Diese Bedingungen müssen kumulativ gegen sein; fehlt eine, so entsteht kein Rentenanspruch, selbst wenn die andere erfüllt ist.

### **E. 3.1**

Die Beschwerdeführenden können im Rahmen des Beschwerdeverfahrens die Verletzung von Bundesrecht unter Einschluss des Missbrauchs oder der Überschreitung des Ermessens, die unrichtige oder unvollständige Feststellung des rechtserheblichen Sachverhalts sowie die Unangemessenheit des Entscheids rügen (Art. 49 VwVG).

### **E. 3.2**

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweismässigkeit; UELI KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, Zürich 1999, S. 212, Rz 450; vgl. auch BGE 122 V 162 E. 1d, 122 II 464 E. 4a, 120 Ib 224 E. 2b). Diese Praxis wurde vom Bundesgericht immer wieder bestätigt (vgl. z.B. das Urteil des Bundesgerichts 9C\_108/2010 vom 15. Juni 2010 E. 4.2.2).

### **E. 3.3**

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 dabei, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen). Die - arbeitsmedizinische - Aufgabe der Ärzte und Ärztinnen besteht darin, sich dazu zu äussern, inwiefern die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Funktionen leidsbedingt eingeschränkt ist. Im Vordergrund stehen dabei vor allem jene Funktionen, welche für die nach der Lebenserfahrung im Vordergrund stehenden Arbeitsmöglichkeiten der versicherten Person wesentlich sind (so etwa, ob diese sitzend oder stehend, im Freien oder in geheizten Räumen arbeiten kann oder muss, ob sie Lasten heben und tragen kann). Die Frage, welche konkreten beruflichen Tätigkeiten auf Grund der medizinischen Angaben und unter Berücksichtigung der übrigen Fähigkeiten der versicherten Person in Frage kommen, ist demgegenüber nicht von der Ärztin oder dem Arzt, sondern von der Verwaltung bzw. von der Berufsberatung zu beantworten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 457/04 vom 26. Oktober 2004, in: SVR 2006 IV Nr. 10, E. 4.1 mit Verweis auf BGE 107 V 20 E. 2b).

### **E. 3.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertinnen und Experten begründet sind (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und E. 3b/cc mit Hinweisen). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft des Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder als Gutachten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts I 268/2005 vom 26. Januar 2006 E. 1.2,

mit Hinweis auf BGE 125 V 352 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte kommt Beweiswert zu, sofern sie schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine konkreten Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a und 3b, 122 V 160 E. 1c, 123 V 178 E. 3.4 sowie Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Auflage, Zürich 2009, Art. 43 Rz. 35).

#### **E. 4.1**

Einleitend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer gemäss der den angefochtenen Verfügungen beiliegenden Auflistung "der berücksichtigten Versicherungszeiten und Einkommen" (IV-Y. \_\_\_\_\_ 60.6) von 1985 bis Januar 2010 Beiträge an die AHV/IV geleistet hat, womit er die Mindestbeitragsdauer nach Art. 36 Abs. 1 IVG zweifellos erfüllt. Damit bleibt zu prüfen, ob er invalid im Sinne des Gesetzes ist (vgl. E. 2.10). Darauf hinzuweisen ist, dass ein Rentenanspruch vorliegend frühestens sechs Monate nach Anmeldung (6. Januar 2010) entstehen kann d.h. ab Juli 2010 (vgl. E. 2.8), weshalb die Prüfung, ob eine rentenrelevante Invalidität vorliegt, auf den Zeitraum zwischen 1. Juli 2010 und 21. Mai 2012 (Datum der angefochtenen Verfügung, vgl. E. 2.6) beschränkt werden kann.

#### **E. 4.2**

Den Akten sind folgende (unbestrittene) Diagnosen zu entnehmen: 1) Nach Unfall am 24. Februar 2009: Status nach zweitgradig offener distaler Humerusfraktur links vom 24. Februar 2009, mit Abscherfraktur Caputulum humeri links, Radiusköpfchenabscherfraktur links mit ZerreiSSung des Ligamentum anulare, Ruptur Ligamentum collaterale laterale links, Décollement Ellenbogen links, Status nach offener Reposition und Doppelplattenosteosynthese Humerus links mit s.c. Vorverlagerung des Nervus ulnaris am 27. Februar 2009, inkomplette sensomotorische Parese des Nervus ulnaris links bzw. Sucus ulnaris Syndrom links; mit folgenden Auswirkungen gemäss Gutachter: Teilversteifung linkes Ellbogengelenk mit Streckdefizit von 30° und Funktionsbeeinträchtigung des Armes. 2) Nach Rückenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Beine und Diskushernie L5/S1 seit November 2009: Status nach symptomatischer Spinalkanalstenose der Lendenwirbelsäule (LWS) am 27. Januar 2010 mit/bei mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS mit Radikulopathie L5 rechts, Status nach dorsaler instrumentierter Spondylodese L2-S1, dekompensiver Laminektomie L3-S1, Hemilaminektomie L2, Foraminotomie L4-L5 und L5-S1 beidseits, Allograft-Anlagerung L2-S1 posterolateral; 3) Status nach postoperativem Wundinfekt mit Staph. aureus am 27. Januar 2010, Status nach Débridement, Spülung, Einlage von Gentamicin-Schwämmen, VAC-Anlage am 8. Februar 2010 und sekundärem Wundverschluss am 13. Februar 2010; Lumboischialgie (M54.4) mit folgenden Auswirkungen (Ziff. 2-4) gemäss Gutachter: Bewegungseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der Rumpf-Wirbelsäule bei Funktionsstörungen und muskulären Dysbalancen. 4) sporadische Halswirbelsäulen-Beschwerden; 5) an den Hüftgelenken: beidseits eingeschränkte Innenrotationsbewegung (links endgradig schmerzhaft); 6) leichte

Daumensattelgelenksarthrose (M18.9) links mehr als rechts mit teilweisem Kraftdefizit lokal; Bouchardarthrose [arthrotische Veränderung der Fingermittelgelenke] (M19.8); 7) Chondropathia patellae [Knorpelkrankheit der Kniescheibe] (M22.4); 8) Verdacht auf Leistenhernien [Durchbruch in der Bauchwand]-Rezidiv. 9) Arterielle Hypertonie.

### **E. 4.3**

Bestritten werden vom Beschwerdeführer jedoch die vom Gutachter und den RAD-Ärzten getroffenen Feststellungen in Bezug auf seine Arbeitsfähigkeit. Diesbezüglich enthalten die Akten folgende Beurteilungen:

#### **E. 4.3.1**

Dem Austrittsbericht der Rehaklinik T.\_\_\_\_\_ zuhanden des Universitätsspitals W.\_\_\_\_\_ vom 15. April 2010 ist zu entnehmen, dass es beim Beschwerdeführer nach Rehabilitationsbehandlung vom 24. Februar bis 17. März 2010 zu einer Schmerzreduktion gekommen sei, er könne ohne Stöcke schneller gehen, ziehe sein Bein nicht mehr nach, sei nun (ohne Pause) in der Klinik und für kleine Strecken ausser Haus mobil und schaffe knapp 12 Stufen ohne Hilfe. Der linke Arm sei im Rahmen der Ergotherapie mit funktionellem Training behandelt worden (IV-Y.\_\_\_\_\_/17.3).

#### **E. 4.3.2**

Der Kreisarzt der SUVA, Dr. B.\_\_\_\_\_, erhob in seiner Untersuchung vom 4. Mai 2010 als Befund unter anderem einen flüssigen hinkfreien Barfussgang in allen drei Positionen, mit noch etwas Mühe beim Fersengang links, Einbeinstand beidseits durchführbar, Einnehmen der hockenden Position bis Flexion 150° mit flüssigem Aufrichten, Fingerbodenabstand 41cm mit flüssigem Aufrichten, Einschränkungen in der Rotation und Seitwärtsneigung des Beckens, symmetrische freie Schulterfunktion in allen Bewegungsrichtungen, beim linken Ellbogen bestehe spontan eine Flexionsstellung von zirka 35°. In der Beurteilung erwähnte er einen im Umfang verminderten linken Vorderarm und eine Faustschlusskraft von zirka 20% im Vergleich zur rechten Faust. Dem Versicherten seien aufgrund der Unfallfolgen nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, mit zu hantierenden Lasten von 10-15 kg den ganzen Tag zuzumuten. Für feinmotorische Tätigkeiten bestünden keine Einschränkungen, ohnehin würden diese üblicherweise mit der dominanten rechten Hand durchgeführt. Die Beschwerden am linken Bein hätten sich anamnestisch zurückgebildet. Mässige Beschwerden würden im lumbalen Bereich verspürt, die sich jedoch bei Belastung erheblich intensivieren könnten. Aus globaler Sicht sei dem Versicherten eine leichte, wechselnd belastende Tätigkeit mit maximal zu hebenden Lasten von 10 kg den ganzen Tag zumutbar. Eine häufig wechselnde Tätigkeit sitzend/stehend/gehend sei zu bevorzugen; Tätigkeiten in längerdauernder stereotyper Haltung seien ungeeignet (IV-Y.\_\_\_\_\_/18.3).

#### **E. 4.3.3**

Die Dres. E.\_\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W.\_\_\_\_\_ hielten in ihrem Verlaufsbericht vom 6. Mai 2010 fest, trotz operativer Dekompression der Spinalkanalstenose habe der Patient immer noch Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule. Insbesondere bei körperlicher Belastung und auch beim Gehen sei er stark eingeschränkt. Die neurologischen Ausfälle hätten sich erfreulicherweise vollständig zurückgebildet. Er sei aber nicht in der Lage, körperliche Arbeiten auszuführen, dies sei seit der Diagnosestellung im November 2009 der Fall. Bezüglich der komplexen Ellbogenverletzung habe sich nichts wesentlich geändert. Es bestehe weiterhin eine

Bewegungseinschränkung und eine Parese des Nervus ulnaris (Nerv am linken Arm); dort sei der Patient ebenfalls nicht belastbar. Dank Rehabilitation sei er nun in der Lage, kürzere Gehstrecken zu bewältigen, Treppensteigen sei jedoch weiterhin nur stark eingeschränkt möglich. Als Schreiner/Zimmermann werde er kaum mehr arbeiten können, für leichte Arbeiten wäre der Patient voraussichtlich in 6 Wochen bis 3 Monaten einsetzbar (IV-Y.\_\_\_\_\_/19.3).

#### **E. 4.3.4**

In ihrem Bericht vom 16. Juni 2010 (neurologische und neuropsychologische Untersuchung vom 21. Mai 2010) hielten die Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ der Universitätsklinik I.\_\_\_\_, W.\_\_\_\_, fest, bezüglich der Läsion des Nervus ulnaris links sei die Situation im Wesentlichen klinisch unverändert (zur Voruntersuchung von Dezember 2009), das sensible Nervenantwortpotenzial sei weiterhin noch nicht ableitbar, ein Zuwarten werde empfohlen, ein Fallabschluss sei sicher verfrüht. Bezüglich der Lumboischialgien habe sich die Schmerzsituation postoperativ klinisch verbessert (IV-Y.\_\_\_\_\_/20.18)

#### **E. 4.3.5**

Der Regionale Ärztliche Dienst, Dr. J.\_\_\_\_, führte in seiner Stellungnahme vom 17. September 2010 aus, gestützt auf die kreisärztliche Untersuchung der SUVA vom 4. Mai 2010 seien eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule und des linken Arms nachvollziehbar. Hinsichtlich der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit könne mit der SUVA koordiniert werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schreiner bestehe ab Februar 2009 eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit. In einer behinderungsadaptierten Tätigkeit sei ab Mai 2010 analog kreisärztlichem Untersuchungsbericht eine 100%-ige Arbeitsfähigkeit mit folgendem Belastungsprofil ausgewiesen: leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit maximal zu hebenden Lasten von 10 kg; sitzende, gehende und stehende Positionen sollten häufig gewechselt werden, Zwangshaltungen sollten vermieden werden (IV-Y.\_\_\_\_\_/22.4)

#### **E. 4.3.6**

Mit Bericht vom 2. November 2010 nannten die Dres. K.\_\_\_\_ und L.\_\_\_\_ des Universitätsspitals W.\_\_\_\_ in ihrer Befunderhebung unter anderem eine deutliche Einschränkung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule mit Rotation von links nach rechts 20-0-40°, endgradig schmerzhaft, einen Finger-/Bodenabstand von 60cm, eine Hypästhesie über Dig. I [Daumen] rechts plantar, ansonsten pDMS [periphere Durchblutung, Motorik, Sensorik] intakt, Kraft der unteren Extremitäten beidseitig M5 [intakt], Lasègue beidseitig negativ [fehlender Dehnungsschmerz]. Betreffend Ellenbogen links lägen reizlose Narbenverhältnisse, keine Schwellung, keine Rötung, keine Überwärmung, keine fortleitende Infektzeichen, keine Druckdolenzen vor, die Beweglichkeit Extension sei 130-30-0°, weiterhin bestünden Hypästhesien im Bereich des Versorgungsgebiets des Nervus ulnaris links, die Kraft sei normal (M5), im Weiteren sei die pDMS intakt. Bezüglich des linken Ellenbogens seien die weiteren Verlaufskontrollen abgeschlossen; die Fortführung der ambulanten Physiotherapie zur Schmerzlinderung und Verbesserung der Beweglichkeit der Wirbelsäule werde empfohlen. Bezüglich des Berufs als Schreiner werde mit der SUVA eine Umschulung und bezüglich der Leistenschmerzen links eine hausärztliche Abklärung bei Verdacht auf Leistenhernienrezidiv empfohlen (IV-Y.\_\_\_\_\_/31).

#### **E. 4.3.7**

In ihrem Verlaufsbericht vom 18. Januar 2011 erhoben die Dres. E. \_\_\_\_\_ und M. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_ bezüglich der Lendenwirbelsäule folgende Befunde: reizlose Narbenverhältnisse, keine Rötung, keine Schwellung. Druckdolenz über der Lendenwirbelsäule und beim thorakolumbalen Übergang über Proc. spinosi und paravertebral. Fingerbodenabstand 50 cm. Rotation rechts/links 40-0-40°. Diskrete Hypästhesie gluteal links, ansonsten pDMS intakt. Kraft anderer Extremität beidseits M5 (intakt). Lasègue beidseits negativ. Flüssiges Gangbild ohne Hinken. Ein Jahr postoperativ bestehe radiologisch ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis. Bezüglich der Restbeschwerden sei eine Mobilisation nach Massgabe der Beschwerde und bedarfsgerechte Analgetika-Therapie vorzusehen. Die physiotherapeutischen Behandlungen seien vorerst zu pausieren und der weitere Verlauf zu beobachten (IV-Y. \_\_\_\_\_/38).

#### **E. 4.3.8**

In seiner kreisärztlichen Abschlussuntersuchung für die SUVA vom 21. Februar 2011 führte Dr. B. \_\_\_\_\_ aus, zwei Jahre nach Unfallereignis bestehe am linken Ellenbogen eine Wetterfühligkeit. Schmerzfreie Phasen seien offensichtlich vorhanden. Dagegen seien sowohl die Gefühlsstörungen als auch die Kribbelparästhesien in den Fingern V und IV ulnarseits geblieben. Mit der Kraftentwicklung sei der Versicherte einigermaßen zufrieden. Bei einer aktiven Flexion des Ellenbogens von 130° bestehe keine invalidisierende Einschränkung. Der Vorderarm weise eine verminderte Trophik auf, die rohe Faustschlusskraft betrage nach wie vor ca. 20% der gesunden rechten Seite. Am Digitus IV ulnarseits und V bestehe eine verminderte Berührungsempfindlichkeit. Es sei von einem Endzustand auszugehen. Auch eine Verbesserung betreffend die Residuen seitens der Läsion des Nervus ulnaris sei nicht mehr zu erwarten. Zwecks Erhaltung des Gesundheitszustandes werde die SUVA für sechs Konsultationen pro Jahr (für Schmerzmittel) sowie für 2-3 Physiotherapiezyklen bei Bedarf aufkommen. Aufgrund der verbleibenden Unfallfolgen am linken Ellenbogen sei dem Versicherten folgende Tätigkeit zumutbar: leichte bis mittelschwere Tätigkeit mit beidhändig zu hantierenden Lasten von 10-15 kg den ganzen Tag. Auch für feinmotorische Tätigkeiten bestehe keine Einschränkung, da solche üblicherweise mit der dominanten Extremität, welche unversehrt sei, durchgeführt würden. Die bisherige Tätigkeit als Schreiner sei nicht mehr zumutbar. Hinsichtlich der SUVA-fremden Beschwerden fügte er an, in der klinischen Untersuchung bestehe eine mässige Einschränkung bei einer Inklination mit einem Fingerbodenabstand von 42 cm. Die Rotation bei nicht fixiertem Becken sei um gut einen Drittel eingeschränkt. Palpatorisch bestehe eine Druckdolenz an den Dornfortsätzen ab LWK4 bis zum lumbosakralen Übergang. Eingehendere Angaben bezüglich der Zumutbarkeit seitens der krankheitsbedingten Residuen an der Wirbelsäule lägen nicht vor; auf eine Zumutbarkeitsbeurteilung werde verzichtet, da in der Zuständigkeit der Invalidenversicherung liegend (IV-Y. \_\_\_\_\_/36.2).

#### **E. 4.3.9**

In seiner Stellungnahme vom 2. März 2011 führte Dr. C. \_\_\_\_\_ des RAD aus, der SUVA-Kreisarzt halte in seiner Untersuchung vom 4. Mai 2010 eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen mit einer Gewichtslimite von 10 kg ganztags zumutbar, das Universitätsspital W. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 2. November 2010 hingegen nur leichte Tätigkeiten im Haushalt. Um den Verlauf der Einschränkungen seit der kreisärztlichen Untersuchung abzuklären und den Widerspruch in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aufzulösen, sei eine orthopädische Begutachtung vorzunehmen. Dabei

sei der Gutachter um detaillierte Angaben zum chronologischen und prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit Beginn der 20%-igen Einschränkung in der bisherigen Tätigkeit und in einer angepassten Tätigkeit zu bitten (IV-Y.\_\_\_\_\_/51.2).

#### **E. 4.3.10**

Prof. Dr. E.\_\_\_\_\_\_ vom Universitätsspital W.\_\_\_\_\_\_ führte am 14. Juli 2011, aufgrund einer am selben Tag erfolgten Konsultation, in der Anamnese aus, der Patient berichte über persistierende belastungsabhängige Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule; Gehen oder stehende Tätigkeiten seien mittlerweile bis zu einer bis eineinhalb Stunden möglich, die Schmerzen könnten durch Positionswechsel wie z.B. Sitzen oder Liegen gelindert werden. Der Patient sei weiterhin zu 100% arbeitsunfähig in seinem angestammten Beruf als Schreiner. In der Befunderhebung zur Lendenwirbelsäule nannte er reizlose Narbenverhältnisse, unauffällige Weichteile, keine Druckdolenzen über Proc. spinosi und paravertebral, einen Fingerbodenabstand von 50 cm, Kraft untere Extremität beidseits M5 [intakt] und flüssiges Gangbild ohne Hinken. Bezüglich Ellbogen links sind erwähnt: reizlose Narbenverhältnisse, keine Druckdolenzen, eine Beweglichkeit (Extension/Flexion) 0-30-130°, Pro-/Supination 90-0-70°, Hypästhesie über Dig. IV und V ulnarseitig, ansonsten periphere DMS intakt. Die Bildgebung ergebe regelrechte Stellungsverhältnisse und Alignment, ein intaktes Spondylodese-Material, keine Lockerung. Es bestehe klinisch und radiologisch ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis. Mit einer Persistenz der Beschwerden sei zu rechnen. Zur Verbesserung der Beschwerden stünden derzeit die bedarfsgerechte analgetische Therapie, regelmässige Positionswechsel, physiotherapeutische Behandlungen und entsprechende regelmässige Heimübungen zur Verfügung (IV-Y.\_\_\_\_\_/44).

#### **E. 4.3.11**

In seinem Gutachten vom 6. Dezember 2011 zuhanden der IV-Y.\_\_\_\_\_  
(IV-Y.\_\_\_\_\_/48) nannte Dr. D.\_\_\_\_\_, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates unter Würdigung umfangreicher Vorakten (Ziff. 1.2), eigener Anamnese, klinischer Untersuchung, neurologischer Teiluntersuchung, Würdigung der bildgebenden Dokumente (Ziff. 2) in der versicherungsmedizinischen Beurteilung (Ziff. 3) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Teilversteifung des linken Ellbogengelenks mit Streckdefizit von 30° und Funktionsbeeinträchtigung des Armes; 2. Bewegungseinschränkung und verminderte Belastbarkeit der Rumpf-Wirbelsäule bei Funktionsstörungen und muskulären Dysbalancen [M62.99] mit Lumboischialgien [M54.4]; 3. leichte Daumensattelgelenksarthrose [M18.9] links mehr als rechts mit teilweisem Kraftdefizit lokal; Bouchardarthrose [M19.8]; 4. Chondropathia patellae [M22.4] beidseits. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit führte er an: 5. Am linken Ellbogen abgebrochene Bohrer Spitze im körperfernen Anteil des Oberarmknochens; 6. Sporadische Halswirbelsäulenbeschwerden "trotz" degenerativer Veränderungen mit Bandscheibenschäden; 7. An den Hüftgelenken beidseits eingeschränkte Innenrotationsbewegung (links endgradig schmerzhaft). Betreffend Ellenbogengelenk / linker Arm bestehe eindeutig ein Streckdefizit von ca. 30° links, ausserdem grenzwertige Beugeverminderung links, etwas seitenunterschiedliche Unterarm-Rotationsfähigkeit und grenzwertige bis leichte Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit links im Seitenvergleich. Zusätzlich bestehe eine Kraftminderung vorwiegend im Oberarmbereich einschliesslich leichter Verminderung der Ellenbogengelenks-Beugung und -Streckung bei vollständiger Kraftleistung beider Hände.

Hinzuweisen sei auf die offensichtliche Diskrepanz zwischen der zunächst vollständigen Kraftentwicklung der linken Hand anlässlich der Primäruntersuchung und der danach fast hälftigen Einschränkung der Kompressionskraft der linken Hand bei Prüfung mit dem Ballon-Vigorimeter, obwohl nur eine geringfügige Verminderung der Muskelmasse an der linken Hand zu erkennen sei. Die angegebenen sensiblen Störungen seien von untergeordneter Bedeutung. Die grenzwertige Einschränkung der Möglichkeit, beide Arme zur Seite bzw. nach vorn anzuheben, beeinträchtigte die versicherte Person dagegen nicht und dürfte schon deutlich vor dem Unfallereignis bestanden haben. Bezüglich der Lendenwirbelsäule hielt er fest, dass jetzt eine Einschränkung der freien Beweglichkeit im Brust- und Lendenbereich einschliesslich des Übergangs zum Kreuzbein vorliege. Der Kontrollbericht vom 14. Juli 2011 sei ihm nicht zugestellt worden. Zweifelsfrei bestünden weiterhin eine Einschränkung der Beweglichkeit der Rumpfwirbelsäule in allen Richtungen, eine deutliche muskuläre Dysbalance und eine Verminderung der Kraftleistungsmöglichkeiten im Rumpfbereich. Er empfahl Arbeiten im Wechsel von Gehen, Stehen und Sitzen mit etwa gleichmässiger Verteilung während des Arbeitstages, jedoch nach Möglichkeit nicht länger als jeweils 20-30 Minuten ohne Änderung der Körperhaltung. Auch bei sitzender Tätigkeit müsse der Versicherte die Möglichkeit haben, bei Bedarf aufzustehen und herumzugehen. Das Bewegen von Lasten sei auf max. 10 kg zu beschränken, die Belastungsdauer zu begrenzen. Bezüglich der Einsetzbarkeit der Hände sei zu beachten, dass hohe Kraftanstrengungen den gesamten Arm in Anspruch nähmen und dabei auch das arthrosegefährdete linke Ellbogengelenk einbezogen sei. Zudem bestehe eine Daumensattelgelenksarthrose links mehr als rechts und eine beginnende Bouchard-Arthrose. Es sollten keine Arbeiten ausgeführt werden, bei denen es auf eine hohe Kraftanstrengung des linken Arms ankomme und insbesondere auch hohe Drucke mit einzelnen Fingern ausgeführt werden müssten. Ausserdem sollte eine unmittelbare Kälteeinwirkung an den Händen vermieden werden. Es liege auch eine leichte Einschränkung der Feinmotorik an der linken Hand vor, die nicht vollständig kompensierbar erscheine. Hinsichtlich der Beine hielt er fest, dass an den Hüftgelenken leichte Rotationsdefizite vorlägen und an den Kniegelenken Zeichen einer Knorpelschädigung im Gelenk zwischen Kniescheibe und Oberschenkelrolle, so dass auf Arbeiten in längerfristiger hockender oder kniender Position verzichtet werden sollte. Die Arbeitsfähigkeitsgrade beurteilte Dr. D. \_\_\_\_\_ wie folgt: In seiner letzten Tätigkeit als Schreiner sei der Versicherte zumindest seit 7. November 2009 dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Verweistätigkeit sei von folgenden Arbeitsfähigkeitsgraden auszugehen: 0% seit Unfall bis 31. Mai 2009, 30% vom 1. Juni bis zum 12. Juli 2009, 60% vom 13. Juli bis 25. August 2009 und 100% ab 26. August 2009 (bei Ellbogen-Belastungen links unter 5 kg). Unter Berücksichtigung der zusätzlich aufgetretenen Wirbelsäulenbeschwerden gelte: 0% ab 6. November 2009 bis ca. 31. März 2011, 30% ab 1. April 2011 bis 19. Juni 2011, 60% ab 20. Juni 2011 bis Ende Januar 2012 und 100% ab voraussichtlich Februar 2012 (medizinisch-theoretisch). Eine Umschulung dürfte beim Versicherten nicht erfolgsversprechend sein, allenfalls biete sich eine kurze Anlernphase in Bereichen mit bereits erworbenen Kenntnissen und Fähigkeiten an; in erster Linie sei an Verwaltungs- und Organisationsaufgaben zu denken. Auch Beratungstätigkeiten bspw. in der Holzabteilung eines Baumarktes seien denkbar, solange er nicht langfristig stehen und/ oder gehen müsse. Diesbezüglich und für zusätzliche Integrationsmassnahmen seien Berufsberater/innen einzuschalten. Diese könnten auch bei der allfälligen Reintegration in das Erwerbsleben hilfreich sein.

#### **E. 4.3.12**

Am 15. Dezember 2011 berichtete Prof. Dr. E. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_ aufgrund einer gleichentags erfolgten Konsultation, insgesamt sei der Patient noch nicht beschwerdefrei, es bestünden noch Restbeschwerden seitens der Lendenwirbelsäule sowie in der Beweglichkeit des linken Ellenbogens. Der Befund ergab seitens Lendenwirbelsäule reizlose Haut- und Narbenverhältnisse, keine Druckdolenz über den Schraubenköpfen, keine neuromuskulären Defizite der unteren Extremitäten. Bezüglich des Ellenbogens sei die Beweglichkeit passiv für die Flexion/Extension 120-30-0°, die Pro-/Supination sei frei und nicht schmerzhaft, noch bestehe eine Sensibilitätsstörung im Nervus ulnaris-Gebiet mit einer Schwäche der Fingerabduktion links. Radiologisch zeige sich ein intaktes Osteosynthesematerial im Bereich der Wirbelsäule sowie am linken Ellenbogengelenk. Chirurgisch sehe er keine Möglichkeit, die Restbeschwerden des Patienten zu verbessern. Es handle sich um eine Abschlusskontrolle, eine Wiedervorstellung erfolge im Falle von Beschwerden oder einer Verschlechterung der Wirbelsäule (IV-Y. \_\_\_\_\_/72).

#### **E. 4.3.13**

In seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2012 führte Dr. C. \_\_\_\_\_ des RAD aus, das Gutachten sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und die Vorakten, leuchte in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge ein und die medizinischen Schlussfolgerungen seien begründet. Eine Koordination mit der SUVA sei ab November 2009 nicht mehr möglich, da der Verlauf der Arbeitsfähigkeit anschliessend vorwiegend durch die (UVG-fremde) Lendenwirbelsäulen-Problematik bestimmt worden sei. Während durch die Operation der Lendenwirbelsäule im Januar 2010 normalerweise eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von zirka drei Monaten zu begründen gewesen wäre, sei in diesem Fall wegen postoperativ aufgetretener Komplikationen (Infekt/Wundheilungsstörung) eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bis Ende Januar 2012 zu begründen. Die bisherige Tätigkeit sei seit November 2009, de facto seit Februar 2009, nicht mehr zumutbar. In angepasster Tätigkeit (leichte Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 kg, ohne Verharren in Zwangshaltungen) bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100% ab Februar 2012, zum vorherigen Verlauf verweise er auf die obenstehenden Angaben (bzw. auf die Angaben im Gutachten; IV-Y. \_\_\_\_\_/51.3).

#### **E. 4.4.1**

Übereinstimmend mit der Stellungnahme des RAD ist zu schliessen, dass der 48-seitige Bericht von Dr. D. \_\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2011 die bundesgerichtlichen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. E. 3.4) und ist ihm deshalb volle Beweiskraft für das vorliegende Verfahren zuzuerkennen. Auf die darin gemachten Feststellungen und Beurteilungen (vgl. E. 4.3.11) ist deshalb abzustellen.

#### **E. 4.4.2**

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit hat bereits der Kreisarzt der SUVA, Dr. B. \_\_\_\_\_, mit Bericht vom 4. Mai 2010 ("aus globaler Sicht") eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit maximal zu hebenden Lasten von 10 kg den ganzen Tag als zumutbar erachtet (IV-Y. \_\_\_\_\_/18.6). In seinem Abschlussbericht vom 21. Februar 2011 wiederholte er diese Einschätzung, jedoch nur für den unfallversicherungsrechtlichen Aspekt der Gesundheitseinschränkung

(Ellbogengelenksverletzung; IV-Y. \_\_\_\_\_/36.5). Der Austrittsbericht der Rehaklinik T. \_\_\_\_\_ vom 15. April 2010 gibt bezüglich der Rückenproblematik (noch) keine verlässlichen Hinweise auf die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Y. \_\_\_\_\_/17.3). Jedoch nimmt Dr. E. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 6. Mai 2010 auf diesen Austrittsbericht Bezug und führt aus, der Patient sei trotz operativ dekomprimierter Spinalkanalstenose bei körperlicher Belastung und auch beim Gehen stark eingeschränkt. Die neurologischen Ausfälle hätten sich vollständig zurückgebildet, jedoch sei der Patient (seit November 2009) nicht in der Lage, körperliche Arbeiten auszuführen. Bezüglich der komplexen Ellbogenverletzung bestehe weiterhin eine Bewegungseinschränkung sowie Parese des Nervus ulnaris und sei der Patient ebenfalls nicht körperlich belastbar. Eine berufliche Wiedereingliederung sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorhersehbar (IV-Y. \_\_\_\_\_/19.3). Im Untersuchungsbericht der Uniklinik I. \_\_\_\_\_ vom 16. Juni 2010 wiederum wird eine unveränderte Situation bezüglich der Läsion des Nervus ulnaris attestiert und ein Fallabschluss als verfrüht erachtet. Bezüglich der Lumboischialgien habe sich die Schmerzsituation postoperativ klinisch verbessert. Aussagen bezüglich der Arbeitsfähigkeit fehlen jedoch (IV-Y. \_\_\_\_\_/20.18). In ihrem Verlaufsbericht vom 2. November 2010 hielten die Dres. L. \_\_\_\_\_ und K. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_ fest, die Rückenschmerzen hätten sich leicht gebessert, die Sensibilitätsminderung am linken Fuss plantar jedoch nur minimal. Die Hyposensibilität im Bereich des Nervus ulnaris mit Taubheitsgefühl am kleinen Finger links sei unverändert. Der Patient könne insgesamt nur leichte Tätigkeiten im Haushalt unternehmen, als Schreiner bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, eine Umschulung werde empfohlen (IV-Y. \_\_\_\_\_/31). Ein Jahr postoperativ berichtete Dr. E. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 18. Januar 2011 von einer Besserung der Beschwerden, einem hinkfreien Gangbild und einem radiologisch zufriedenstellenden Behandlungsergebnis, ohne sich zur Arbeitsfähigkeit zu äussern (IV-Y. \_\_\_\_\_/38). In seiner Verlaufskontrolle vom 14. Juli 2011 berichtet Dr. E. \_\_\_\_\_, dass gemäss Angaben des Patienten Restbeschwerden im Sinne von belastungsabhängigen Schmerzen im Bereich der LWS persistierten. Gehen oder stehende Tätigkeiten seien mittlerweile wieder zu ein bis eineinhalb Stunden möglich; die Schmerzen könnten durch Positionswechsel gelindert werden. Als Schreiner sei er aber weiterhin zu 100% arbeitsunfähig (IV-Y. \_\_\_\_\_/44). In seinem Abschlussbericht vom 15. Dezember 2011 berichtet Dr. E. \_\_\_\_\_ des Universitätsspitals W. \_\_\_\_\_, der Patient sei insgesamt noch nicht vollständig beschwerdefrei, es bestünden noch Restbeschwerden seitens der LWS und in der Beweglichkeit des linken Ellenbogens. Gehstrecken über 1 km seien schmerzbedingt nicht mehr möglich. Ausstrahlungen in die Beine bestünden nicht. Es persistierten Sensibilitätsstörungen am linken Ellbogengelenk. Chirurgische Verbesserungen der Restbeschwerden bestünden keine (IV-Y. \_\_\_\_\_/72).

#### **E. 4.4.3**

Dr. D. \_\_\_\_\_ erachtete den Beschwerdeführer - unter Berücksichtigung der Rückenprobleme - aus medizinisch-theoretischer Sicht in seinem Gutachten zusammenfassend wie folgt arbeitsfähig (s. E. 4.3.11, letzter Abschnitt): 0% seit Unfall bis 31. Mai 2009, 30% vom 1. Juni bis zum 12. Juli 2009, 60% vom 13. Juli bis 25. August 2009 und 100% ab 26. August 2009. Wiederum 0% ab 6. November 2009 bis ca. 31. März 2011, 30% ab 1. April 2011 bis 19. Juni 2011, 60% ab 20. Juni 2011 bis Ende Januar 2012 und 100% ab voraussichtlich Februar 2012. Zur Lendenwirbelsäulen-Problematik führte er aus, dass nach einem ausgedehnten versteifenden operativen Eingriff im Januar 2010 wegen

einer Wundinfektion drei weitere Operationen zur Sanierung hätten durchgeführt werden müssen. Im Januar 2011 sei im Rahmen einer Untersuchung per Computertomographie zusätzlich eine unzureichende knöcherne Heilung im Fusionsbereich an mehreren Stellen festgestellt worden, weshalb anlässlich der Untersuchung am 20. Juni 2011 eine angepasste Tätigkeit noch nicht in vollem zeitlichen Pensum habe als zumutbar erachtet werden können und die Einschätzung des SUVA-Kreisarztes, wonach ab Mai 2010 eine Verweistätigkeit ganztägig zumutbar sei, verfrüht gewesen sei; zudem bestehe keine vollständige Übereinstimmung betreffend feinmotorischer Störungen. Von einer weiteren Besserung sei am 20. Juni 2011 jedoch ausgegangen worden, weshalb die volle Arbeitsfähigkeit ab Februar 2012 anzunehmen sei (IV-Y.\_\_\_\_\_/48.77 ff.). Auf diese überzeugende und die Vorakten mitberücksichtigende Einschätzung ist abzustellen.

#### **E. 4.4.4**

Die vom Beschwerdeführer mit Replik eingereichte ärztliche Bescheinigung des Hausarztes, Dr. N.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 10. Januar 2013 vermag diese Einschätzung nicht umzustossen: Dr. N.\_\_\_\_\_ weist daraufhin, dass der linke Arm weiterhin Druck- und Bewegungsschmerzhaft sei und in alle Richtungen Bewegungseinschränkungen aufweise. Zudem weise der Patient trotz wiederholter Wirbelsäulen-Operationen immer noch erhebliche Schmerzen und Probleme im täglichen Leben vor. Diese würden durch die Fehlbelastung und die Entlastungshaltung des linken Armes immer schlimmer. Zudem bezweifelt er, dass es einen Beruf zwischen Sitzen, Stehen und Hinlegen nach Bedarf gebe (B-act. 13, Beilage). Festzustellen ist, dass diagnostisch keine Abweichungen zu den vorgenannten Arztberichten bestehen und der Hausarzt sich weder mit den Beurteilungen der vorgenannten Ärzte detailliert auseinandersetzt noch im Einzelnen aufzeigt, inwiefern diese Beurteilungen fehlerhaft seien. Im Ergebnis äussert er eine abweichende Meinung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit und kritisiert, es gebe keine passende Verweistätigkeit, die dem Anforderungsprofil entspreche (vgl. zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt: Urteil des Bundesgerichts I 758/02 E. 3.3), ohne dass diese Kritik weiter substantiiert wird. Die Aussage, der Beschwerdeführer "steuert stark auf eine Depression zu", ist vorliegend nicht beachtlich, zumal bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung (vgl. zum urteilsrelevanten Prüfzeitraum E. 2.6 und 4.1) keine Hinweise auf psychische Erkrankungen aktenkundig sind. Schliesslich ist auf die Vertrauensstellung des Hausarztes zu verweisen, weshalb der Stellungnahme vom 10. Januar 2013 nur eingeschränkter Beweiswert zukommt (vgl. E. 3.4).

#### **E. 4.4.5**

Abschliessend bleibt der gutachterliche Hinweis, es liege eine 100% Arbeitsfähigkeit "ab voraussichtlich Februar 2012" vor, zu würdigen. Nachdem sich dieser Hinweis auf die persönliche Untersuchung vom 20. Juni 2011 durch den Gutachter und seine positive Prognose anlässlich der Untersuchung bezog, dieser Einschätzung der Abschlussbericht von Prof. Dr. E.\_\_\_\_\_ vom Universitätsspital W.\_\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2011 nicht entgegensteht (vgl. dazu E. 4.3.12) und auf die hausärztliche Stellungnahme nur eingeschränkt abzustellen ist, kann vorliegend von einer 100%-igen Arbeitsfähigkeit ab Februar 2012 ausgegangen werden.

#### **E. 4.5**

Im Ergebnis sind damit hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkungen und deren Auswirkungen festzuhalten, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2009 in seiner

bisherigen Tätigkeit als Schreiner zu 100% arbeitsunfähig ist. Bezüglich einer angepassten Verweistätigkeit ist von einer gegebenen Arbeitsfähigkeit auszugehen, entsprechend der vom Gutachter festgehaltenen Arbeitsfähigkeitsgrade, worauf zu verweisen ist (vgl. E. 4.3.11, 4.4.3).

### **E. 5.1**

Damit bleibt zu prüfen, ob die Vorinstanz den Invaliditätsgrad zutreffend ermittelt hat. Zu beachten ist für den nachfolgenden Einkommensvergleich, dass die Vorinstanz in den angefochtenen Verfügungen dem Beschwerdeführer, gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100% ab Februar 2010, eine ganze Rente ab 1. Juli 2010 (verspätete Anmeldung per 6. Januar 2010) bis 30. September 2011 (drei Monate nach Verbesserung des Arbeitsfähigkeitsgrades im Juni 2011 auf 60% (vgl. E. 4.4.3) zugesprochen hat (vgl. Verfügungsbegründung IV-Y.\_\_\_\_\_/52.1 ff.). Es bleibt daher der Einkommensvergleich für die Zeitspanne von August 2011 bis Mai 2012 (Datum der angefochtenen Verfügung) zu prüfen.

### **E. 5.2**

Für die Ermittlung des Einkommens, welches die Person ohne Invalidität erzielen könnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was sie im Zeitpunkt des frühestmöglichen 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 (BGE 134 V 322 E. 4.1, 129 V 222 E. 4.3.1; RKUV 2006 U 568 S. 66 E. 2). Die IV-Y.\_\_\_\_\_  
ermittelte im Einkommensvergleich vom 21. Oktober 2010 (IV-Y.\_\_\_\_\_/21, und Verfügungsbegründung IV-Y.\_\_\_\_\_/52.2) für das Jahr 2008 ein Valideneinkommen von Fr. 66'000, indexiert auf Fr. 67'386.- für das Jahr 2009, gestützt auf die Lohnmeldungen des letzten Arbeitgebers, wonach der Beschwerdeführer einen Bruttolohn von monatlich Fr. 5'500.- (exkl. 13. Monatslohn für die Jahre 2009 und 2010, exkl. Familien-/Kinderzulagen) erhalten habe (IV-Y.\_\_\_\_\_/20.7-10). Nicht zu berücksichtigen sind dabei zutreffenderweise die vom Arbeitgeber gemeldeten Familien-/Kinderzulagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_569/2009 vom 19. März 2010 E. 2.1.2). Entgegen der Vorinstanz ist jedoch dieses Einkommen auf das Jahr 2010 zu indexieren (Zeitpunkt des frühestmöglichen Beginns des Rentenanspruchs; vgl. BGE 129 V 222), was ein Valideneinkommen von Fr. 67'859.20 ergibt (Fr. 67'386.- / 2136 x 2151).

### **E. 5.3**

Für den Invalidenlohn stützte sich die Vorinstanz in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführer seit Februar 2009 nicht mehr arbeitet und von der Vorinstanz in einer angepassten leichten Verweistätigkeit als vollschichtig arbeitsfähig erachtet wurde, auf die Tabellenlöhne LSE ab, was nicht zu beanstanden ist (vgl. BGE 126 V 75 E. 3b.bb). Dabei berücksichtigte sie die Löhne auf dem Anforderungsniveau 4 für einfache und repetitive Tätigkeiten, Zentralwert, Männer, was dem von den Ärzten noch als zumutbar erachteten Leistungsprofil und einem Jahreslohn 2009 in Höhe von Fr. 61'385.65 entspricht, unter Berücksichtigung eines Bruttolohnes 2008 von Fr. 4'806.- (vgl. www.bfs.admin.ch Themen Arbeit, Erwerb Löhne, Erwerbseinkommen detaillierte Daten nationale Ebene Bruttolohntabelle 2008), der Umrechnung des Bruttolohnes auf eine betriebsübliche durchschnittliche Wochenarbeitszeit (BGE 126 V 75 a.a.O.), welche im Jahre 2009 41.7 Stunden beträgt (Webseite BfS Themen Arbeit, Erwerb Erwerbstätigkeit und Arbeitszeit

detaillierte Daten Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, in Stunden pro Woche 2004-2011, Abschnitt F [Baugewerbe, Bau]). Indexiert mit 0.7% für das Jahr 2010 ergibt dies einen Jahreslohn von Fr. 61.816.75 (Fr. 61'385.65 / 2136 x 2151). Unter Berücksichtigung des als angemessen (vgl. BGE 137 V 71; vorliegend vollzeitliche Arbeitsfähigkeit in angepassten Verweistätigkeiten gegeben) zu erachtenden Leidensabzugs von 15% ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 52'544.25 (Fr. 61'816.75 / 100 x 85).

#### **E. 5.4.1**

Der Vergleich der massgebenden Einkommen ergibt bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'859.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 15'763.30 (30% Arbeitsfähigkeit) für den Zeitraum von April 2011 bis September 2011 (drei Monate nach Änderung der Arbeitsfähigkeit am 20. Juni 2011) eine Erwerbseinbusse von Fr. 52'095.90, respektive gerundet 77% (76.77%).

#### **E. 5.4.2**

Für den Zeitraum vom 20. Juni 2011 bis Ende Januar 2012 ergibt sich bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'859.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 31'526.55 (60% Arbeitsfähigkeit) eine Erwerbseinbusse von Fr. 36'332.65, respektive gerundet 54% (53.54%).

#### **E. 5.4.3**

Schliesslich ergibt sich für den Zeitraum ab Februar 2012 bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'859.20 und einem Invalideneinkommen von Fr. 52'544.25 (100% Arbeitsfähigkeit) eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'314.95, respektive gerundet 23% (22.65%), was keinem rentenrelevanten Invaliditätsgrad von mindestens 40% (vgl. E. 2.8) mehr entspricht.

#### **E. 5.5**

Der Einkommensvergleich der Vorinstanz ist somit im Ergebnis zutreffend vorgenommen worden.

#### **E. 6**

Die Beschwerde erweist sich damit als unbegründet und ist vollumfänglich abzuweisen. Der Verfahrens Antrag vom 29. Juni 2012 um vorsorgliche Teilzahlung der zukünftigen Renten ist gegenstandslos (B-act. 4).

#### **E. 7.1**

Der unterliegende Beschwerdeführer hat gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG die Verfahrenskosten zu tragen. Diese werden auf Fr. 400.- festgesetzt und sind mit dem einbezahlten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen.

#### **E. 7.2**

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens ist dem Beschwerdeführer keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario). Die Vorinstanz hat gemäss Art. 7 Abs. 3 VGKE keinen Anspruch auf Parteientschädigung.

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