

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00389 vom 29. Juni 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-06-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00389](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00389)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00389 du 29 juin 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00389 del 29 giugno 2016

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

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.

### **E. 1.3**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen,

dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

## **E. 2**

IVG).

Der Rentenanspruch entsteht gemäss Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt ( Abs. 1). Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht ( Abs. 3).

### **E. 2.1**

Die IV-Stelle begründete die Zusprechung der befristeten halben Rente für die Zeit von Mai bis November 2010 in der angefochtenen Verfügung sowie in der Beschwerdeantwort damit, der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall vom 7. Juli 2008 zu 100 % arbeitsunfähig in der bisherigen Tätigkeit. Ab der Untersuchung des Suva-Kreisarztes vom 3. September 2009, welche eine gute Funktionalität der linken Hand ergeben habe, sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepassten Tätigkeiten auszugehen. Spätestens ab der erneuten kreisärztlichen Abklärung vom 24. August 2010 sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit behinderungsangepasst auszugehen. Ab der neurologischen Untersuchung vom 22. November 2011 sei eine angepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Der Vergleich von Valideneinkommen und Invalideneinkommen ergebe ab 3. September 2009 einen Invaliditätsgrad von 58 %, ab 24. August 2010 einen solchen von 36 % sowie ab 22. November 2011 einen Invaliditätsgrad von 7 %. Da sich der Beschwerdeführer am 18. November 2009 zum Leistungsbezug angemeldet habe, bestehe der Leistungsanspruch ab Mai 2010. Dementsprechend habe er Anspruch auf eine halbe Rente in der Zeit vom 1. Mai bis 30. November 2010 ( Urk. 2, Urk. 9 ). Auf eine eigentliche Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten verzichtete die IV-Stelle. Sie hielt in ihrer Eingabe vom 18. Januar 2016 bloss fest, mit dem Gutachten werde ihre Einschätzung einer 80%igen Arbeitsfähigkeit bestätigt

( Urk. 56).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, er habe ab 1. Mai 2010 Anspruch auf eine unbefristete ganze Rente. Gestützt auf das Gutachten von Dr. K. \_\_\_ vom 28. Februar 2012 stehe zunächst fest, dass er an einem CRPS Typ II leide und in einer leidensangepassten Tätigkeit höchstens zu 30 % bis maximal 40 % arbeitsfähig sei ( Urk. 1 S. 3 ff.).

Auf das vom Gericht eingeholte MEDAS-Gutachten vom 23. Dezember 2015 könne demgegenüber nicht abgestellt werden, da die dortigen Schlussfolgerungen medizinisch nicht begründet seien. Der Meinung der Gutachter, dass eine Nervenläsion ausgeschlossen werden könne, was sie zur Diagnose eines CRPS Typ I und nicht Typ II geführt habe, könne nicht gefolgt werden. Weil seine Schmerzen charakteristisch für Schmerzen nach Nervenverletzungen seien, könne gemäss Dr. K. \_\_\_ mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass anlässlich des operativen Eingriffs

vom 28. Oktober 2008 ein kleiner sensibler Nervenast beschädigt worden sei, welcher nachweislich zu einem begrenzten Defekt sensibler Qualitäten um die Narbe herum geführt habe. Dieses Areal gehöre zu den sensiblen Endästen des Nervus

cutaneus

antibrachii

lateralis. Letztlich sei die Einteilung des CRPS in Typ I und II aber belanglos, weil sie nichts zu tun habe mit dem klinischen Bild und den funktionellen Auswirkungen, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit relevant seien (Urk. 52 S. 4-6). Nicht gefolgt werden könne den Gutachtern ferner, soweit diese eine grosse Diskrepanz zwischen den klinischen Befunden und den Schmerzangaben erblickten. Die von ihnen erwähnte Aggravation und Symptomausweitung sei gemäss Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ subjektiv geprägt und im Gutachten medizinisch nicht nachvollziehbar begründet beziehungsweise in den Gesamtkontext des zu berücksichtigenden CRPS gestellt worden. Auch die von den Gutachtern gestellte Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung sei nicht überzeugend. Sie könne die komplexen, streng auf die linke Extremität begrenzten Störungen nicht schlüssig erklären, stehe im Widerspruch zur von allen drei Gutachtern anerkannten Diagnose CRPS und falle im Übrigen in den Kompetenzbereich eines Psychiaters. Beim CRPS handle es sich um eine somatisch-physische Störung, welche gemäss Dr. K.\_\_\_\_ seine Beschwerden ausreichend erkläre. Dr. P.\_\_\_\_ habe darauf hingewiesen, dass die Schmerzausbreitung zu einem Quadrantensyndrom schmerzmedizinisch keine Seltenheit darstelle und neurophysiologisch mit neuromodulativen Mechanismen, „Wind-up-Phänomenen“ im Rückenmark und zentraler Neuroplastizität erklär- und beweisbar sei. Dem Begriff Allodynie komme bei der Beschreibung von Schmerzen beim CRPS ein hoher Stellenwert zu. Eine Allodynie lasse sich gemäss Dr. K.\_\_\_\_ nicht nur durch oberflächliche Berührung feststellen, sondern es müssten unterschiedlich gear tete Tests durchgeführt werden, etwa Druckeinwirkungen unterschiedlicher Art und Stärke, an verschiedensten Stellen und in unregelmässigem Takt. Erst die Summe der differenzierten Untersuchungen ergebe schliesslich ein genaueres Bild über die Ausdehnung und Intensität einer Allodynie. Indes seien von den Gutachtern solche Techniken zur Ermittlung der Allodynie beziehungsweise des Schmerzes höchstens rudimentär angewendet worden. Gemäss Dr. K.\_\_\_\_ werde im handchirurgischen Teilgutachten nicht angegeben, wo genau die vom Gutachter festgestellte Allodynie lokalisiert gewesen sei, mit welcher Intensität diese bestanden habe und wie die Druckausübung durch den Gutachter erfolgt sei. Weshalb die passive Beweglichkeitsprüfung des Daumengrundgelenks zu einer massiven Abwehrreaktion geführt habe und eine Extension des linken Handgelenks nicht aktiv durchgeführt werden können, werde durch den handchirurgischen Gutachter nicht erläutert. Dies wäre aber durch eine differenzierte Beschreibung der Allodynie auf der Basis einer strukturierten klinischen Untersuchung durchaus möglich gewesen. Dr. K.\_\_\_\_ habe am Unterarm einige quantitative Messungen erstellt, welche zeigten, dass die Schmerzschwelle innerhalb der festgestellten Allodynie teils bereits bei 30-fach weniger Druckeinwirkung erreicht werde. Dies sei ein aussagekräftiges Mittel zur Bestimmung der Intensität der Allodynie. Eine Allodynie könne bereits bei aktiver oder passiver Bewegung von Gelenken durch die auftretende Spannung innerhalb des Gewebes zu Schmerzen führen. Überstiegen die Schmerzen ein gewisses Niveau, komme es beim CRPS zu einer spontanen und unkontrollierbaren Schmerz-Exazerbation, welche über einen längeren Zeitabschnitt andauere. Dadurch lasse sich gemäss Dr. K.\_\_\_\_ erklären, weshalb er sich wie von den Gutachtern

mehrfach beschrieben bei gewissen Tests verweigert habe oder gegen eine schmerzhaft erzählte Bewegung gesperrt habe. Die anlässlich der Untersuchungen geklagten Schmerzen stünden zudem in enger Beziehung zu den festgestellten Allodynien; ausserhalb dieser Bereiche würden keine Schmerzen geklagt. Auch in den neurologischen und rheumatologischen Teilgutachten würden bei den Befunden zahlreiche nicht tolerierte Bewegungen und Druckdolenzen erwähnt, ohne dass diese mit einer Allodynie in Beziehung gebracht würden. Hinsichtlich der Bemerkung des rheumatologischen Gutachters, er könne die Weichteil-Druckdolenzen am ganzen linken Arm in mehreren Untersuchungsgängen nicht streng am selben Ort reproduzieren, weist Dr. K. \_\_\_ darauf hin, dass es bei einer kritischen Auseinandersetzung mit den für das CRPS spezifischen Fakten und mit einer differenzierten Gründlichkeit möglich gewesen wäre, einen engeren Bezug zwischen den vorgetragenen Beschwerden und den vielfältigen nachweisbaren, jederzeit reproduzierbaren und teilweise objektivierbaren Befunden herzustellen. Diese Unzulänglichkeiten seien gemäss Dr. K. \_\_\_ geeignet, den Verdacht fehlender Sorgfalt der MEDAS-Gutachter bei der Beurteilung des Schmerzes aufkommen zu lassen. Dr. P. \_\_\_ weist schliesslich auf eine weitere Widersprüchlichkeit hin: Der rheumatologische Teilgutachter habe angegeben, die Schmerzen in der linken Brust nicht beurteilen zu können, habe dann aber trotzdem Stellung bezogen und keinen Zusammenhang zum CRPS hergestellt. Dies beeinträchtigt die Glaubwürdigkeit des Gutachters (Urk. 52 S. 6-14). Aus diesen Gründen sei die gutachterliche Beurteilung der durch das CRPS verursachten funktionellen Defizite, welche in Tat und Wahrheit zu einer weitgehenden Einhändigkeit für manuelle Belastungen geführt hätten, falsch und es könne deshalb auch nicht auf die von den MEDAS-Gutachtern vorgenommene Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit abgestellt werden. Entsprechend der Beurteilung von Dr. K. \_\_\_ sei von einer Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit von 30 % bis maximal 40 % auszugehen (Urk. 57).

### **E. 3**

September 2009 (Urk. 10/10/21-24) sowie vom 24. August 2010 (Urk. 10/18/7-10) auf eine 50%ige Arbeitsfähigkeit ab 3. September 2009 sowie eine 80%ige Arbeitsfähigkeit ab 24. August 2010 in behinderungsangepassten Tätigkeiten geschlossen hatte (Urk. 10/29/4, Urk. 10/45/2-3), gingen die MEDAS Gutachter davon aus, dass der Beschwerdeführer bereits seit dem Austritt aus der Rehaklinik Q. \_\_\_ am 18. März 2009 in leidensangepassten Tätigkeiten mit einer Leistungseinbusse von 20 % arbeitsfähig sei. Es besteht kein Grund, an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im zeitlichen Verlauf zu zweifeln. Die Gutachter haben aufgezeigt, dass sämtliche Ärzte mit Ausnahme von Dr. K. \_\_\_

Temperaturmessungen an den Händen unterliessen und das pathologische Geschehen deshalb nicht korrekt einem CRPS zuordnen konnten (Urk. 52/37). Sodann haben die Gutachter, nicht zuletzt auch zur Beurteilung der Kausalität des diagnostizierten CRPS, die Entwicklung der Symptomatik im zeitlichen Verlauf sorgfältig analysiert als die Versicherungsmediziner (Urk. 52 S. 24 ff.). Zu beachten ist sodann, dass Kreisarzt Dr. B. \_\_\_ ungeachtet dessen, dass er die Problematik in diagnostischer Hinsicht nicht richtig einordnete, anlässlich seiner Untersuchung vom 3. September 2009 eine ansprechende Funktion und Kraft der linken Hand erhob und nicht erwartete, dass eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit fortbestehen werde (Urk. 10/10/21-24). Insofern weicht seine Einschätzung nicht wesentlich von derjenigen der Gutachter ab.

Schliesslich ist von Bedeutung, dass Dr. C. \_\_\_ vom RAD den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht hatte und für seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch nicht auf

gleichlautende Atteste in den von ihm erwähnten kreisärztlichen Berichten abstellen konnte ( Urk. 10/29/4 , Urk. 10/45/3 ) . Deshalb vermag seine Beurteilung diejenige der MEDAS-Gutachter nicht zu erschüttern .

Den vom Beschwerdeführer

am 8. Juni 2016 eingereichten Berichten der R.\_\_\_\_ vom 30. Mai ( Urk. 71/1) sowie vom 26. April 2016 ( Urk. 71/2) ist zu entnehmen, dass er sich am 17. Juli 2012 freiwillig in psychiatrische Behandlung begeben hatte . Die behandelnden Psychiater hielten in ihren Berichten fest, nebst der auf das CRPS zurückzuführenden Schmerzsymptomatik und eingeschränkten Funktion im linken Arm bestehe eine depressive Symptomatik. Diese sei am Anfang fluktuierend gewesen, auch gekoppelt an die damalige Hoffnung des Beschwerdeführers, dass er in den Arbeitsmarkt zurückkehren könne. Spätestens seit November 2015 sei von einer rezidivierenden depressiven Störung mit mittelgradigen bis schweren Episoden auszugehen ( Urk. 71/1 S. 1 f., Urk. 71/2 S. 1). Zu beachten ist, dass im vorliegenden Verfahren nur die Entwicklung des

(medizinischen) Sachverhalts bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2012 massgeblich ist. Für den relevanten Zeitraum fehlen echtzeitliche medizinische Befunde, welche auf eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende depressive Symptomatik schliessen lassen. Auch gestützt auf die eingereichten Berichte kann nicht rückwirkend auf eine relevante psychische Problematik geschlossen werden; sie decken nur die Zeit ab 17. Juli 2012 ab, wobei aufgrund der Angaben im Bericht vom 30. Mai 2016 davon ausgegangen werden kann, dass die depressive Symptomatik jedenfalls anfänglich nur leicht und nicht invalidisierend war ( Urk. 71/1 S. 1 f.). Ein Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit im relevanten Beurteilungszeitraum ist damit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen.

Demnach steht gestützt auf das MEDAS-Gutachten vom 23. Dezember 2015 fest, dass dem Beschwerdeführer spätestens seit dem Austritt aus der Rehaklinik Q.\_\_\_\_ am 18. März 2009 körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne kräftigen Einsatz des linken Daumens sowie ohne kraftaufwändige und feinmotorische Arbeiten mit der linken Hand bei vollzeitlicher Präsenz mit einer Leistungseinbusse von 20 % zumutbar sind.

### **E. 3.3**

.3

Umstritten sind sodann die vom von den MEDAS-Gutachtern diagnostizierten CRPS Typ I ausgehenden funktionellen Einschränkungen und die daraus folgende Arbeitsunfähigkeit in leidensangepassten Tätigkeiten.

Entgegen der Behauptung von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ haben die Gutachter keine psychiatrische Diagnose gestellt ( Urk. 58 /2 S. 1); insbesondere haben sie eine differentialdiagnostisch mit zu erwägende somatoforme Schmerzstörung als (Mit-)Ursache für die Symptomatik ausgeschlossen ( Urk. 52 S. 39 f.). Die vom Handchirurgen bei den Diagnosen gewählte, möglicherweise etwas missverständliche Formulierung einer „Schmerzverarbeitungsstörung“ bezieht sich auf das CRPS. Dies ergibt sich aus dem Kontext im handchirurgischen Teil - gutachten , wo der Gutachter unter anderem ausführt, der auslösende Faktor eines CRPS sei in der Regel ein nicht zu beherrschender Schmerzfokus ( Urk. 52 /3 S. 4 f.).

Ferner ist die Bemerkung des rheumatologischen Gutachters, er könne die geklagten Schmerzen im Bereich der linken Brust mit rezidivierender Schwellung aus rheumatologischer Sicht nicht erklären, wobei ein Zusammenhang dieser Symptomatik mit dem CRPS ausgeschlossen werden könne ( Urk. 52

S. 33), entgegen der Ansicht von Dr. P.\_\_\_\_ ( Urk. 58 /2 S. 2) nicht zwingend widersprüchlich. Der rheumatologische Gutachter, der sich vor Abgabe seiner Beurteilung intensiv mit der Diagnose CRPS auseinandergesetzt hatte, brachte damit lediglich zum Ausdruck, dass er einen Zusammenhang der Symptomatik in der linken Brust mit dem diagnostizierten CRPS ausschliessen könne, und dass er diese Symptomatik aus rheumatologischer Sicht nicht einer anderen Diagnose zuordnen könne. Wird unterstellt, dass die Gutachter die Beschwerden im linken Brustbereich in ihrer Beurteilung nicht gebührend berücksichtigten, so kann jedenfalls ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass sie keinen wesentlichen Einfluss auf das von den Gutachtern festgelegte Profil an zumutbaren Tätigkeiten haben; die entsprechende Beeinträchtigung liegt nämlich in unmittelbarer räumlicher Nähe zu den von den Gutachtern berücksichtigten Beschwerden im linken Ellbogen- und Schultergelenk. Ferner ergeben sich weder aus den Akten noch insbesondere aus den Berichten von Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_

Anhaltspunkte dafür, dass es sich bei den geklagten Schmerzen mit rezidivierender Schwellung im Bereich der linken Brust um eine internmedizinische, etwa kardio- oder pulmonologische Problematik handelt.

Aus dem blossen Umstand, dass die MEDAS-Gutachter die erhobenen Befunde in der Expertise teils nicht mit dem gleichen Detaillierungsgrad wiedergegeben haben wie Dr. K.\_\_\_\_, kann noch nicht geschlossen werden, dass die gutachterliche Untersuchung nicht mit der erforderlichen Sorgfalt erfolgte. Insbesondere ist nicht nachvollziehbar, wie Dr. K.\_\_\_\_ zum Schluss gelangte, die Gutachter hätten die medizinischen Techniken zur Ermittlung einer Allodynie höchstens rudimentär angewendet. Dass sowohl der rheumatologische als auch der handchirurgische Teilgutachter festhielten, die Weichteildruckdolenzen am linken Arm hätten in mehreren Untersuchungsgängen nicht streng am selben Ort reproduziert werden können ( Urk. 52 S. 22, Urk. 52 /3 S. 3 f.), spricht im Gegenteil für eine besonders sorgfältige Untersuchung. Gleiches gilt für die detaillierte Schmerzskizze im Anhang des Gutachtens ( Urk. 52 /1). Sodann ändern die von Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 28. Februar 2012 ( Urk. 3/5 ) sehr detailliert wiedergegebenen Befunde nichts daran, dass die MEDAS-Gutachter – im Gegensatz zu Dr. K.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ – glaubwürdig auf Inkonsistenzen im Verhalten des Beschwerdeführers beziehungsweise eine Aggravation während der Untersuchung hinwiesen. Die unterschiedlichen Auffassungen zu diesem Thema können damit erklärt werden, dass die regelmässig mit versicherungsmedizinischen Fragestellungen konfrontierten MEDAS-Gutachter im Beobachten von Inkonsistenzen während der klinischen Untersuchung mehr Übung haben und dieser Thematik bei der Begutachtung des Beschwerdeführers wohl mehr Aufmerksamkeit widmeten als Dr. K.\_\_\_\_. Der rheumatologische Gutachter wies denn auch ausdrücklich darauf hin, Dr. K.\_\_\_\_ habe das Ausmass der von den Symptomen ausgehenden Behinderung nur wenig untersucht und dokumentiert ( Urk. 52 S. 33). Angaben zu den trotz der Schmerzangaben noch möglichen alltäglichen (Freizeit-)Aktivitäten etwa fehlen im Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 3/5 S. 5 ff.). Auch das Verhalten des Exploranden in vermeintlich unbeobachteten Momenten, die Überprüfung der Einnahme der verordneten Schmerzmedikamente sowie der Vergleich des

Umfangs des beeinträchtigten Arms mit demjenigen des nicht beeinträchtigten Gegenarms zur Prüfung einer allfälligen Schonung sind zur Validierung der subjektiven Schmerzangaben unabdingbar. Es besteht kein Grund zur Annahme, dass die diesbezüglichen Angaben der MEDAS-Gutachter ( Urk. 52 S. 32 f.) unzutreffend seien, ebenso wenig wie ihre Beobachtung, die Weichteildruckdolenzen am linken Arm hätten bei wiederholter Untersuchung nicht streng am selben Ort reproduziert werden können, in Zweifel zu ziehen ist. Eine korrekte Beurteilung der effektiven, vom CRPS ausgehenden funktionellen Einschränkungen ist nur möglich, wenn auf eine Aggravation zurückzuführende Limitierungen unbeachtet bleiben. Die dahingehenden Abklärungen von Dr. K.\_\_\_\_ waren ungenügend, zumal in den Vorakten immer wieder von inkonsistentem Verhalten des Beschwerdeführers in der Untersuchungssituation die Rede war (vgl. etwa Urk. 10/10/54, Urk. 10/40/47-48 ). Es kann deshalb nicht auf seine Beurteilung, der Beschwerdeführer sei in einer behinderungsangepassten, höchstens leichten bis sehr leichten Tätigkeit noch zu 30-40 % arbeitsfähig ( Urk. 3/5 S. 17 ), abgestellt werden. Hingegen besteht nach dem Gesagten kein Anlass, an der von den MEDAS-Gutachtern nach einem interdisziplinären Konsensverfahren attestierten zumutbaren Restarbeitsfähigkeit in qualitativer und quantitativer Hinsicht zu zweifeln, zumal die Gutachter durchaus gewisse funktionelle Einschränkungen anerkannten und die erhobenen schmerz - bedingten Bewegungseinschränkungen entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nicht generell in Frage stellten. Die Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit weist notwendigerweise Ermessenszüge auf (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 9C\_401/2014 vom 26. November 2014, E. 2) , wobei die in versicherungsmedizinischen Fragen bewandten MEDAS-Gutachter auch diesbezüglich mehr Erfahrung und Vergleichsmöglichkeiten haben als Dr. K.\_\_\_\_ .

Abweichend von Dr. C.\_\_\_\_ vom RAD, welcher in seinen Stellungnahmen vom 21. September 2010 sowie vom 9. Januar 2011 im Wesentlichen gestützt auf die kreisärztlichen Untersuchungen der Suva vom

#### **E. 4.1**

Zu prüfen bleibt, wie sich die gesundheitlich bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Die Invaliditätsbemessung hat mittels eines Einkommensvergleichs zu erfolgen (vorstehend E. 1.3), wobei sich die Parteien darin einig sind , dass Validen- und Invalideneinkommen auf der Basis der Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik

(LSE) festzusetzen sind . Der Beschwerdeführer war nämlich vor dem Unfall als ungelernter Hilfsarbeiter immer wieder im Rahmen von Temporäreinsätzen im Baugewerbe tätig, welche sich mit Phasen von Arbeitslosigkeit abwechselten, und arbeitete nach dem Unfall nicht mehr ( Urk. 1 S. 5, Urk. 2 , Urk. 10/8 ).

Zwar hat der Unfallversicherer das Valideneinkommen davon abweichend und ebenfalls unbestrittenermassen aufgrund des letzten vor dem Unfall erzielten Einkommens auf Fr. 64'370.-- festgesetzt (vgl. das am gleichen Tag ergangene Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2012.00224, E. 5.2). Es kann aber offen bleiben, ob die IV-Stelle das Valideneinkommen auch auf dieser Grundlage hätte festsetzen müssen, da das vom Unfallversicherer eingesetzte Valideneinkommen tiefer ist als das von der IV-Stelle gestützt auf die LSE ermittelte Einkommen, wie nachfolgend noch aufzuzeigen ist.

Weiter ist zu Recht unbestritten ( Urk. 1 S. 2, Urk. 2 ) , dass angesichts der Anmeldung des Beschwerdeführers zum Leistungsbezug am 14. November 2009 ( Urk. 10/3 ) ein allfälliger Rentenanspruch gestützt auf Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate später, als o im Mai 2010, entstehen konnte (vgl. vorstehend E. 1.2).

Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend (BGE 129 V 222 E. 4.2 in fine , 128 V 174, Urteil des Bundesgerichts I 156/02 vom 26. Mai 2003).

#### **E. 4.2**

Gemäss der LSE 2010, Tabelle TA1 Ziffer 41-43, betrug der standardisierte Monatslohn (Vollzeitäquivalent basierend auf 4 1/3 Wochen à 40 Arbeitsstunden) für einfache und repetitive Tätigkeiten im Baugewerbe ( Anforderungsstufe 4) für Männer Fr. 5'310.--. Hochgerechnet auf die im Jahr 2010 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS], Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen in Stunden pro Woche ; im Internet abrufbar) resultiert gestützt auf die LSE ein Valideneinkommen

von Fr. 66'268.80 im Jahr (Fr. 5'310.-- x 41.6 / 40 x 12).

#### **E. 4.3.1**

Zur Festsetzung des Invalideneinkommens ist vom standardisierten Monatslohn für Hilfsarbeiten in sämtlichen Sektoren (TOTAL) für Männer gemäss Tabelle TA1 der LSE 2010 von Fr. 4'901.-- auszugehen. Hochgerechnet auf die im Jahr 2010 betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,6 Stunden und angepasst an die noch zumutbare Leistung von 80 % eines Vollzeitpensums resultiert ein Jahreseinkommen von Fr. 48'931.60 .

#### **E. 4.3.2**

Strittig ist, wie stark dieser Lohn mittels eines leistungsbedingten Abzugs zu kürzen ist. Während die IV-Stelle wegen des von ihr anerkannten eingeschränkten Belastbarkeitsprofils (nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Vibrationen - und Schlagbelastung des linken Armes, Meidung von Tätigkeiten mit besonderem Anspruch an die Handsensomotorik) einen Abzug von 10 % für gerechtfertigt hält ( Urk. 2), macht der Beschwerdeführer geltend , gemäss Dr. K. \_\_\_ sei er nur noch in leichten bis sehr leichten Tätigkeiten einsetzbar . Zudem müsse er morgens und nachmittags mindestens eine Pause von jeweils 15-30 Minuten machen. Ferner sei ihm das Lenken eines Personenwagens ohne Sonderstatus nicht erlaubt. Zu berücksichtigen seien auch sein Alter, die Tatsache, dass er über keine Ausbildung verfüge und der deutschen Sprache kaum mächtig sei , sowie der Umstand, dass er nur noch teilzeitlich arbeiten könne. Deshalb sei ein maximaler Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 25 % gerechtfertigt ( Urk. 1 S. 5 f.).

#### **E. 4.3.3**

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leistungsabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen leistungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung

dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

#### **E. 4.3.4**

Die gesundheitlich bedingte Unmöglichkeit, weiterhin körperlich schwere Arbeit zu verrichten, führt nicht automatisch zu einer Verminderung des hypothetischen Invalidenlohnes, weil der Tabellenlohn im Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.4). Dennoch rechtfertigt sich der von der IV-Stelle vorgenommene Abzug wegen der funktionellen Einschränkungen in der linken Hand und im linken Arm, da sich diese in einer Verweisungstätigkeit zusätzlich beeinträchtigend auswirken. Wie sich ergeben hat, kann diesbezüglich nicht auf das Belastbarkeitsprofil von Dr. K. abgestellt werden; vielmehr ist mit den MEDAS-Gutachtern davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne kräftigen Einsatz des linken Daumens sowie ohne kraftaufwändige und fein motorische Arbeiten ausüben kann. Ferner ist zu beachten, dass es sich bei der beeinträchtigten linken Extremität nicht um die dominante Seite handelt (vgl. Urk. 52 S. 19) und im Fall des Beschwerdeführers auch keine faktische Einhändigkeit vorliegt, weshalb der von der Rechtsprechung in solchen Fällen verschiedentlich anerkannte hohe Abzug von 20 % (vgl. etwa das Urteil des Bundesgerichts 8C\_1050/2009 vom 28. April 2010 sowie Ulrich Meyer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, Zürich 2014, Art. 28a Rz

106) im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigt erscheint.

Der Beschwerdeführer kann wegen seiner eingeschränkten Leistungsfähigkeit in einem Vollzeitpensum faktisch nur noch eine Teilzeitarbeit ausüben. Da bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit, ist deshalb ebenfalls ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen.

Da sich Hilfsarbeiten (Anforderungsniveau 4 bei den Tabellenlöhnen) gerade dadurch auszeichnen, dass sie ohne besondere Ausbildung ausgeübt werden können, und auch in sprachlicher Hinsicht keine grossen Anforderungen bestehen, kann wegen der fehlenden Berufsausbildung und der eingeschränkten Deutschkenntnisse

kein weiterer Abzug anerkannt werden. Ohnehin kann nicht davon

ausgegangen werden, dass die Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers besonders schlecht sind. Er lebt und arbeitet nämlich schon seit Jahren in der Schweiz. Zudem musste

für die MEDAS-Begutachtung kein Dolmetscher heran gezogen werden (vgl. Urk. 52 S. 20). Der Beschwerdeführer war im Jahr 2010 49 Jahre alt und damit noch nicht in einem Alter, welches einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt. Da sodann ohne Weiteres davon ausgegangen werden kann, dass auch für Arbeitnehmer, denen das Lenken eines Personenwagens nicht mehr möglich ist, ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeiten besteht, ist diese Einschränkung des Beschwerdeführers nicht abzugsberechtigt.

Unter Würdigung der gesamten Umstände rechtfertigt sich die Vornahme eines leidensbedingten Abzugs von 15 % . Dies führt zu einem Invalideneinkommen von Fr. 41'591.85 ( Fr. 48'931.60 x 0.85).

#### **E. 4.4**

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 66'268.80 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 41'591.85 ergibt bei einer invaliditätsbedingten Verdiensteinbusse von Fr. 24'676.95 einen Invaliditätsgrad von 37 % .

Damit wird die für den Rentenanspruch relevante Schwelle von 40 % nicht erreicht, und es ist im Sinne einer Reformatio in p e i u s festzustellen, dass der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Rente hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde, wobei die angefochtene Verfügung, mit welcher eine befristete halbe Rente zugeprochen worden ist, aufzuheben ist.

#### **E. 5.1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgesetzt. Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss sind die Kosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge gewährter unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

#### **E. 5.2**

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Grimmer, reichte am 25. April 2016 seine Honorarnote ein ( Urk. 65-66). Dabei wies er das Gericht darauf hin, dass er den Beschwerdeführer auch im parallel zum vorliegenden Verfahren geführten Prozess UV.2012.00224 vertreten habe, wobei seine anwaltlichen Aufwendungen mehrheitlich für beide Verfahren gleichzeitig angefallen seien, aber jeweils nur in einem Verfahren – hauptsächlich im unfallversicherungsrechtlichen Prozess – verbucht worden seien. Er bitte das Gericht, dies bei der Festsetzung seiner Entschädigung in den beiden Verfahren zu berücksichtigen ( Urk. 66 S. 2).

Mit Blick auf die Ausführungen des Rechtsvertreters rechtfertigt es sich, das in der Kostennote vom 25. April 2016 für das vorliegende Verfahren in Rechnung gestellte Honorar für anwaltliche Bemühungen (zuzüglich Barauslagen und Mehrwertsteuer) von Fr. 2'046.40

( Urk. 65) zum Honoraraufwand im Parallelverfahren UV.2012.00224 von Fr.

#### **E. 7**

‘1 82.30

( Urk. 66) hinzuaddieren , und dem unentgeltlichen Rechtsvertreter die Hälfte des kumulierten Honorars für beide Verfahren von Fr. 9‘228.70 , also Fr. 4‘614.35, als Entschädigung für dieses Verfahren zuzusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. Die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 6. März 2012 wird aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer bis zum 6. März 2012 keinen Rentenanspruch hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1‘000.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt , zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird

auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Michael Grimmer, Zürich , wird mit Fr. 4 ‘ 614.35 (inkl. Barauslagen und MWSt ) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Michael Grimmer - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von Urk. 70 sowie Urk. 71/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat ( Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Die VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GrünigKlemmt

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