

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00576 vom 31. Dezember 2013**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-12-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00576](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00576)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00576 du 31 décembre 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00576 del 31 dicembre 2013

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit ( Art.

### **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 Prozent arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

### **E. 1.3**

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

### **E. 1.4**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder

Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E.

4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### **E. 1.5**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

### **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, dem Beschwerdeführer die gesetzlichen Leistungen zu gewähren, insbesondere eine unbefristete Invalidenrente auszurichten.

### **E. 2.1**

5

Die Ärzte der Q.\_\_\_\_ hielten mit Bericht vom 17. Oktober 2012 (Urk. 3/5) fest, es gebe genügend Zeichen und Symptome bei kontinuierlichem und unproportional zum Ereignis vorhandenem Schmerz, jedoch könnten die meisten dieser Beschwerden differenzialdiagnostisch durch eine direkte Reizung des Nervus

ulnaris mit konsekutivem neuropathischem Schmerz erklärt werden (periphere Sensibilisierung). Symptome wie Druckallodynie im Bereich der Trizepsmuskulatur, Ausdehnung der Allodynie über das eigentliche Versorgungsgebiet des Nervus

ulnaris hinaus etc. könnten differenzialdiagnostisch mit einem zentralen Sensibilisierungszustand erklärt werden, welche sich im Gegensatz zu peripheren Mechanismen/peripherer Sensibilisierung nicht auf das Gebiet sensibler und motorischer Hautäste beschränke, sondern dermatombezogen stattdessen. Entsprechend handle es sich (ihrer Ansicht nach) um kein CRPS, sondern um eine Neuropathie des Nervus

ulnaris einhergehend mit neuropathischen Schmerzen (S. 4). 3.

### **E. 2.2**

Nachdem der Beschwerdeführer über Hypästhesien und Kr i bbelparästhesien im Bereich des lateralen Unterarmes geklagt hatte, wurde im A.\_\_\_\_ am 9. Oktober 2007 bei der Diagnose eines Ulnaris -Kompressionssyndroms links eine Ulnarisvorverlagerung im Ellbogenbereich nach subcutan vorgenommen ( Aus trittsbericht vom 1 2. Oktober 2007, Urk. 8/11/48).

### **E. 2.3**

Am 1 8. August 2008 ( Urk. 8/11/2-3 ) wurde im B.\_\_\_\_ eine erneute Operation des linken Ellbogens vorgenommen, nachdem der Beschwerdeführer im Anschluss an den Eingriff vom Oktober 2007 vor allem nachts intensive Schmerzen im Bereich des neuen Verlaufes des Nervus

ulnaris (lokalisiert vor allem proximal des ulnaren

Epicondylus ) verspürt und sämtliche konservativen Therapien keine Besserung gebracht hatten. Es wurde eine ausgedehnte epi neurale

Neurolyse , eine Dekompression sowie eine tief muskuläre Vorverlage rung nach Learmonth-Mackinnon vorgenommen.

### **E. 2.4**

Der operierende Dr. med. C.\_\_\_\_ , Chirurgie, spez. Handchirurgie FMH, verwies in seinem Bericht vom Januar 2009 ( Urk. 8/19/1-5) auf neurogene Schmerzen im linken Arm und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ( Ziff. 1.11). 2. 5

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Chirurgie FMH, Spez. Handchirurgie, berichtete in seinem Gut ach ten vom 1 8. Februar 2010 ( Urk.

### **E. 2.6**

Dr. med. E.\_\_\_\_ , welche den Beschwerdeführer seit November 2009 psychiatrisch betreut, schilderte in ihrem Bericht vom 2 7. April 2010 ( Urk. 8/56) einen wachen und allseits orientierten Beschwerdeführer in eingeschränktem Allge meinzustand mit deutlich eingeschränkter Aufmerksamkeit und Konzentration, kohärentem formalem Denken und geordnetem Gedankengang, im Affekt stark deprimiert, innerlich unruhig, klagend, mit Zukunftsängsten, Reizbarkeit, Wut, Enttäuschung, Müdigkeit, Antriebsminderung, Verminderung der Ausdauer, niedrige Frustrationstoleranz, schneller Verlust der Impulskontrolle ( Ziff. 1.4).

Sie diagnostizierte - nebst den organischen Befunden - eine schwere depressive Episode ( Ziff. 1.1) und attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit seit Therapiebeginn bis au f

weiteres ( Ziff. 1.6).

### **E. 2.7**

Dr. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neuro lo gie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin, berich tete am 3 0. Juli 2010 ( Urk. 8/59) über seine Untersuchung vom 1 9. Juli 201 0.

Er verwies auf die geklagten Beschwerden (Schmerzen) sowie in psychiatrischer Hinsicht auf die vom Beschwerdeführer geschilderte n Beschwerden: Depression, verminderter Antrieb, Konzentrationsstörungen, Interessenverlust, Verzweiflung wegen aufgegebener Hoffnung auf Besserung der Armproblematik ( Ziff. 4). Dr. F.\_\_\_\_ schilderte einen

bewusstseinsklaren Beschwerdeführer, erwähnte leichte Konzentrationsstörungen ohne Merkfähigkeitsdefizite, eine affektive Verstimmung, eine leicht verminderte Schwingungsfähigkeit sowie einen deutlich reduzierten Antrieb. Er verneinte das Vorliegen von Zwangsgedanken / handlungen, formaler Denk- und Sprachstörungen, inhaltlicher Denkstörungen, Aggravation/Simulation sowie Fremd-/Selbstgefährdung (Ziff. 10).

Er diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode sowie ein CRPS nach Nervus ulnaris -Verletzung links (Ziff. 12).

In neurologischer Hinsicht verwies er auf die Einschätzung des Dr. D.\_\_\_\_ (60 bis 70%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit). Aus psychiatrischer Sicht attestierte er eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit in bisheriger und angepasster Tätigkeit ab dem Tag der Untersuchung. Da durch eine weitere intensive Schmerztherapie eine Besserung der Symptomatik erreicht werden könne, sei eine weitere medizinische Behandlung sinnvoll und Erfolg versprechend (Ziff. 14). 2.

### **E. 2.8**

.3

Die Ärzte empfahlen bei ihrer Beschreibung eines zumutbaren Stellenprofils das Vermeiden schmerzauslösender lokaler Berührungen im Umkreis des linken Ellbogens sowie kraftvoller rascher Bewegungen des Ellbogens, repetitiver Stoss-, Zug- und Drehbewegungen, repetitiver Schläge, kraftvollen Faustschlusses oder kraftvollen Abstützens, Erschütterungen sowie Vibrationen. Zu bevorzugen seien ruhige, nicht abrupte Beuge- und Streckbewegungen des linken Ellbogens in einer mittleren, möglichst entspannten Position. Ein nur sehr begrenzter Einsatz der linken Hand und der Finger für kleine und leichte Gegenstände lasse sich aufgrund der Untersuchungen nicht begründen. Eine solche Tätigkeit sei ganztags möglich bei einer Verlangsamung sowie einer gewissen zeitlichen Limitierung durch vermehrte Pausen (S. 33 f.). 2.

### **E. 2.10**

und 2.11, vgl. auch der gegenüber dem Unfallversicherer gemeldete Lohn von Fr. 73'515.-- per 2009, Urk. 8/106/7) unter Aufrechnung auf das Jahr 2012 (Lohnentwicklung: 2,4 % von Index 2136 auf Index 2188, Die Volkswirtschaft 12-2013 S. 91 Tabelle B 10.3). Auch die Invalideneinkommen wurden gestützt auf die statistischen Angaben in der Lohnstrukturerhebung korrekt ermittelt. 4.5

Damit erweisen sich die Rentenzusprachen als in allen Punkten korrekt, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist. 5.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 9 00.-- festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von

Urk. 10/1-3 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mit tel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu ent halten; 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber GräubSonderegger

### **E. 2.12**

Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchi rurgie des N.\_\_\_\_, hielt in seinem Bericht vom 2. März 2012 ( Urk. 10/3 ) fest, aktuell zeige sich eine deutliche Verschlechterung (gegen über 2009) mit Ausdehnung der Befunde. Klinisch finde sich eine schwere Hyperpathie mit Allodynie im Bereich des medialen Armes und Unterarmes mit Hypästhesie der gesamten oberen Extremität mit Ausdehnung über den ganzen linken Hemikörper mit schweren berührungs- respektive belastungsabhängigen neuropathischen Schmerzen. Es bestehe ein CRPS Typ II mit Auslösefaktor eines Status nach zwei Ulnaris -Operationen 2007 und 2008.

Bei unveränderten elektrodiagnostischen Befunden ohne Anhaltspunkte für eine Verschlechterung der Ulnarisneurographie links sowie ohne objektivierbare neuro gene Schädigung des Nervus

ulnaris links fänden sich weiterhin keine Hinweise dafür, dass primär eine operativ angehbare Schädigung des Nervus

ulnaris vorliege. Im Gegenteil seien weitere operative Interventionen bei nun florider Manifestation eines CRPS keinesfalls zu empfehlen. Die Arbeitsunfähig keit betrage 0 % .

### **E. 2.13**

Dr. med. O.\_\_\_\_, Oberarzt am Institut für Anästhesiologie des N.\_\_\_\_, berichtete am 2 4. Mai 2012 ( Urk. 8/92/5-7) über die Untersuchung in der Schmerzsprech stunde vom 1 5. Mai 201 2. Er diagnostizierte die bekannten neuropathischen Schmerzen und verwies auf die von Dr. M.\_\_\_\_ vorgenommene neurographi sche Untersuchung, welche unveränderte Befunde ergeben habe, insbesondere keine Verschlechterung der Ulnarisneurographie links und auch im Nadel-EMG gebe es keine Hinweise für eine neurogene Schädigung des Nervus

ulnaris links, welche objektiviert werden könnten. Es fänden sich weiterhin keine Hinweise dafür, dass primär eine operativ angehbare Schädigung des Nervus

ulnaris links vorliege.

### **E. 3**

Mit Urteil vom heutigen Datum wurde die Beschwerde gegen den Einspruch der SUVA vom 19. März 2012 betreffend Zusage einer Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsausfall von 15 % sowie einer Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätsschädigung von 7,5 % in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente basierend auf einem Erwerbsausfall von 33 % zugesprochen wurde. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Zwischen den Parteien herrscht insofern Einigkeit, als beide von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit im Anschluss an den Unfall vom 10. April 2007 ausgehen. Dies ist aufgrund der medizinischen Aktenlage auch nicht zu beanstanden. Nachdem im Oktober 2007 eine erste Operation erfolgt war, zeigte sich keine Besserung der Symptomatik, weshalb im August 2008 eine erneute Operation des linken Ellbogens vorgenommen wurde. Damit ist nach Ablauf des Wartjahres im April 2008 von einer vollumfänglichen Arbeitsunfähigkeit auszugehen, weshalb dem Beschwerdeführer ab 1. April 2008 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zusteht.

### **E. 3.2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging ab Juli 2010 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus. Dabei stützte sie sich namentlich auf die Einschätzung ihres RAD-Arztes Dr. F.\_\_\_\_ (E. 2.7).

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, aus psychiatrischer Sicht sei eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Daneben sei aus handchirurgischer Optik eine Arbeitsunfähigkeit (in angepasster Tätigkeit) von 30 bis 40 % attestiert worden, weshalb insgesamt von einer höheren Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei (Urk. 1 S. 7).

### **E. 3.2.2**

Die Einschätzung von Dr. F.\_\_\_\_ (E. 2.7) entspricht den praxisgemässen Kriterien an den Beweiswert eines medizinischen Berichtes. So ist sie für die streitigen Belange umfassend, gibt sie doch Antwort auf die Frage nach der gesundheitlichen Problematik und der verbleibenden Arbeitsfähigkeit. Der Bericht basiert sodann auf den notwendigen persönlich vorgenommenen Untersuchungen sowie den Vorakten und den entsprechend dokumentierten Untersuchungsbefunden sowie den bereits vorliegenden fachärztlichen Beurteilungen. Er leuchtet sodann in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet (BGE 125 V 351 E. 3a).

### **E. 3.2.3**

Aus welchen Gründen nebst der Einschränkung aus psychiatrischer Hinsicht (von 50 %) die reduzierte Arbeitsfähigkeit aus handchirurgischer Sicht (gemäss Dr. D.\_\_\_\_ 30 bis 40 %) additiv berücksichtigt werden müsste, wurde vom Beschwerdeführer nicht dargetan und findet in den medizinischen Akten keine Stütze. Im Gegenteil basiert das Attest einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit auf der Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode, welche definitionsgemäss vorübergehender Natur ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_176/2011 vom 29. Juni 2011 E. 4.3 mit Hinweis).

Wenn die Beschwerdegegnerin von einer zu 50 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausging, ist dies im Gegenteil als grosszügig zu qualifizieren. Dass der Beschwerdeführer ab September 2010 eine Tätigkeit im Reinigungsdienst im Ausmass

von 30 % ausgeführt und diese in der Folge wieder hat aufgeben müssen ( Urk. 1 S. 8), ist nicht von Belang, ist doch das Belastungsprofil des Beschwerdeführers derart eingeschränkt, dass zumindest belastendere Reinigungstätigkeiten von vornherein nicht als zumutbar erscheinen.

Dass Dr. F.\_\_\_\_ die Situation lediglich aus psychiatrischer Sicht geschildert haben soll ( Urk. 1 S. 8), trifft gerade nicht zu. Immerhin ist Dr. F.\_\_\_\_ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Neurologie und ist deshalb nicht zu vermuten, dass er die Nervenproblematik einfach ignoriert hat. Im Gegenteil verwies Dr. F.\_\_\_\_ auf die aktenkundigen Berichte und zog daraus seine überzeugenden Schlussfolgerungen.

#### **E. 3.2.4**

Auch die übrigen ärztlichen Berichte sprechen nicht gegen die von Dr. F.\_\_\_\_ gezogenen Schlüsse. So ging Dr. D.\_\_\_\_ bereits ab Februar 2010 von einer 60 bis 70%igen Arbeitsfähigkeit aus (E. 2.5). Die SUVA-Ärzte Dres . G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ gingen sodann (aus organischer Sicht) von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus (E. 2.8). Der Einschätzung Dr. E.\_\_\_\_ s (vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen, E. 2.6) mangelt es an einer überzeugenden Begründung für eine vollständige Unfähigkeit des Beschwerdeführers, irgendeiner Tätigkeit nachzugehen. Auch lassen die geschilderten Befunde durchaus Raum für eine Arbeitstätigkeit.

#### **E. 3.2.5**

Damit steht fest, dass der Beschwerdeführer spätestens ab Juli 2010 wieder zu 50 % arbeitsfähig in einer angepassten Tätigkeit war. Eine Herabsetzung der Rente ist demgemäss – entsprechendes Resultat des Einkommensvergleichs vorausgesetzt – nach Ablauf von drei Monaten ( Art. 88 a Abs. 1 IVV) per 1. November 2010 vorzunehmen.

#### **E. 3.3.1**

Für die Periode ab August 2012 ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Einschätzung des Hausarztes Dr. P.\_\_\_\_ (E. 2.1 4 ) von einer weiteren Verbesserung des Gesundheitszustandes aus, namentlich in psychischer Hinsicht.

Der Beschwerdeführer verneinte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes unter Hinweis auf den Bericht der Ärzte der Q.\_\_\_\_ vom Oktober 2012 (E. 2.15 ).

#### **E. 3.3.2**

Die von Dr. P.\_\_\_\_ im August 2012 (E. 2.1 4 ) attestierte 80%ige Arbeitsfähigkeit deckt sich mit den übrigen ärztlichen Berichten. Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte im März 2011 ebenso ein Zumutbarkeitsprofil für eine grundsätzlich vollschichtige Arbeit (bei zusätzlichen Pausen) wie die SUVA-Ärzte Dres . G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ im Januar sowie August 2011 (E. 2.8 und E. 2.1 1 ). Die von Dr. M.\_\_\_\_ im März 2012 attestierte vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (E. 2.1 2 ) vermag hieran nichts zu ändern. So wurde nicht nach angestammter und angepasster Tätigkeit unterschieden. Sodann bestätigte Dr. M.\_\_\_\_ unveränderte elektrodiagnostische Befunde ohne Anhaltspunkte für eine neurogene Schädigung des Nervus

ulna ris . Dass sich gestützt hierauf eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch auf eine angepasste Tätigkeit beziehen soll, ist nicht nachvollziehbar. Im Gegenteil zeigten sich unveränderte Befunde, weshalb in organischer Hinsicht weiterhin von einer grundsätzlich vollschichtigen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit auszugehen ist. Die Ärzte der Q.\_\_\_\_ konnten jedenfalls keine objektivierbaren Befunde nennen, die eine andere

Schlussfolgerung als nachvollziehbarer erscheinen lassen würden. Nichts andere ist dem Bericht der Ärzte der Q.\_\_\_\_ vom Oktober 2012 zu entnehmen, schilderten sie doch keine neuen objektivierbaren Befunde.

In psychischer Hinsicht kann ebenfalls auf die Einschätzung von Dr. P.\_\_\_\_ abgestellt werden. Wohl ist er Facharzt für Allgemeine Medizin und nicht Psychiater, dennoch war ihm die depressive Komponente bekannt und nannte er differenzierte Einschränkungen der kognitiven Fähigkeiten (Urk. 8/92/4), unter Berücksichtigung welcher er eine 80%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar erachtete. Auch die Ärzte des L.\_\_\_\_ gingen von einer möglichen Arbeitstätigkeit aus psychiatrischer Hinsicht aus, empfahlen sie doch explizit die Aufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit, und zwar entsprechend der Einschätzung von Dr. D.\_\_\_\_ und damit in erheblich höherem Ausmass als 50 % (E. 2. 10).

### **E. 3.3.3**

Die zwischen Dr. D.\_\_\_\_ und den SUVA-Ärzten bestehenden (diskreten) Abweichungen in der Beschreibung des Zumutbarkeitsprofils sind für das vorliegende invalidenversicherungsrechtliche Verfahren ohne Belang. Dies einerseits deshalb, weil die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit (80 % statt 100 %) auch mit psychischen Beeinträchtigungen begründet sind (welche im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren ohne Belang waren) und der organisch begründeten Arbeitsunfähigkeit in diesem Ausmass keine selbständige Bedeutung zukommt.

### **E. 3.3.4**

Damit steht fest, dass dem Beschwerdeführer jedenfalls ab August 2012 eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 80 % zumutbar war. Eine Rentenherabsetzung kommt damit ab 1. Dezember 2012 in Frage. 4. 4.1

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleiche (per 2010 und 2012) blieben - abgesehen von zwei Vorbringen - beschwerdeweise unbestritten. Der Beschwerdeführer monierte einerseits auf der Seite des Valideneinkommens die fehlende Berücksichtigung von vor dem Unfall geleisteten Überstunden, andererseits verlangte er auf der Seite des Invalideneinkommens die Gewährung eines Abzuges vom Tabellenlohn von 25 % (Urk. 1 S. 13 f.). 4.2

Für die Anrechnung von Überstunden bleibt kein Raum. Vorwegzuschicken ist, dass praxismässig regelmässig geleistete Überstunden bloss dann zum Valideneinkommen zu rechnen sind, wenn die versicherte Person mit Überstunden im gleichen Ausmass hätte rechnen können. Die bloss mögliche Möglichkeit dazu genügt nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_647/2009 vom 4. Januar 2010 E. 4.3).

Der Beschwerdeführer war im Zeitpunkt des Unfalls seit knapp elf Monaten bei der Y.\_\_\_\_ beschäftigt, weshalb sich allfällige Überstunden nicht auf eine langjährige Praxis stützen und demgemäss für die langfristige Beurteilung mit Zurückhaltung zu würdigen sind. Den Lohnangaben der Y.\_\_\_\_

(Bericht vom 15. Oktober 2008, Urk. 8/16) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Jahr 2006 nebst seinem monatlichen Lohn von Fr. 5'200.-- im Dezember einen Verdienst von Fr. 16'738.-- erzielt hat, worin offensichtlich die Entschädigung für geleistete Überstunden enthalten ist. Ab Januar 2007 wurde dann lediglich der Monatslohn von Fr. 5'460.-- und im Dezember ein Anteil 1/3 Monatslohn ausgerichtet, weshalb erstellt ist, dass keine Überstunden mehr geleistet wurden. Damit ist nicht mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit darge tan, dass der Beschwerdeführer auch weiterhin regelmässig und in erheblichem Ausmass Überstunden geleistet hätte. Dass im Baugewerbe im Winter weniger Arbeit anfällt ( Urk. 1 S. 13) , ist nicht von Bedeutung, reicht doch diese allge meine Feststellung nicht, um mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das regelmässige Leisten von Überstunden des Beschwerdeführers zu schliessen, zumal seine Arbeit (Fugenspezialist) nicht auf den äusseren Mantel eines Bau werks beschränkt ist. 4.3

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durch schnitts werten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwer arbeit 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 behinderungsbedingten Abzug, wobei die Recht sprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszuge hörigkeit, 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 Anhalts punkte 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 ver werten 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 Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des so ge nannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Der Beschwerdeführer ist auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem Mit be werber ohne Einschränkungen dadurch benachteiligt, dass er - nebst der nur noch teilzeitlichen Arbeitsfähigkeit - auf eine Tätigkeit angewiesen ist, bei welcher er seinen linken Arm nicht regelmässig belasten und nur noch geringe Lasten heben muss. Dies stellt im - für den Beschwerdeführer einzig in Frage kommenden - Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) eine erhebliche Einschränkung dar.

Das Bundesgericht gewährt in seiner Praxis funktionell einarmigen Versicherten Abzüge zwischen 20 und 25 % (Urteil 8C\_94/2012 vom 29. März 2012 E. 3.2 mit Hinweis). Der Beschwerdeführer kann nicht als funktionell Einarmiger qua lifiziert werden. Die vermehrten Pausen sind teilweise durch den teilzeitlichen Arbeitsfähigkeitsgrad kompensiert , wurden von den Ärzten nicht quantifiziert und dürften deshalb lediglich in einem bescheidenen Ausmass nötig sein.

Unter diesen Gesichtspunkten und dem Umstand, dass das Gericht betreffend Tabellenlohnabzug grundsätzlich nur bei Ermessensüberschreitungen eingreift (BGE 137 V 71 E. 5.1), welche Voraussetzung klarerweise nicht erfüllt ist, hat es mit der Bestätigung des von der Beschwerdegegnerin gewährte n

Abzug es von 20 %

sein Bewenden. 4.4

Die übrigen Grundlagen der Einkommensvergleiche (vgl. auch Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. Februar 2013, Urk. 8/98 S. 6) geben ebenfalls zu keinen Beanstandungen Anlass, namentlich basiert das Valideneinkommen auf dem von der Arbeitgeberin genannten Lohn (Fr. 5'460.--, Urk. 8/16 Ziff.

## **E. 8**

.1

Am 4. Januar 2011 (Urk. 10/1) berichteten die SUVA-Versicherungsmediziner Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, über ihre Untersuchung vom 14. Dezember 2010. Sie diagnostizierten ein überwiegend neuropathisches Schmerzsyndrom im Bereich des linken Oberarmes, des linken ulnaren Unterarmes, der ulnaren Hand, des vierten und fünften Fingers links bei anamnestisch bekanntem CRPS II und Status nach Treppensturz mit Überstreckung des linken Ellbogens (sowie den beiden bekannten Operationen, S. 19).

## **E. 9**

Am 10. März 2011 (Urk. 3/4) nahm Dr. D.\_\_\_\_ zu Händen des Beschwerdeführers hierzu Stellung und führte aus, aufgrund seiner gutachterlichen Untersuchung vom Februar 2010 und der persönlichen Verlaufsbeobachtung seien sämtliche Kriterien eines CRPS erfüllt (S. 9 f.). Beim Beschwerdeführer sei sodann der Nerv nach volar und bei der zweiten Operation in die Tiefe unter die Beugemuskulatur des Vorderarmes verlagert worden, weshalb er auf der Beugeseite des Gelenk-Drehpunktes liege. Damit werde er gespannt bei der Streckung und entlastet bei der Flexion. Dies führe zum umgekehrten wie von den SUVA-Ärzten geschilderten Phänomen, dass der Schmerz bei der Ellbogenstreckung zunehme und bei der Beugung abnehme. Beim stärkeren Durchbeugen wirkten allerdings andere Kräfte (Stauchung des Nerves), so dass die Schmerzen in der Endphase der Beugung wieder stark anstiegen (S. 13). Weiter fanden sich Muskelatrophien am linken Arm (1 bis 1,5 cm Differenz zur rechten Seite, S. 14). Dr. D.\_\_\_\_ formulierte ein leicht abweichendes Zumutbarkeitsprofil (vereinzelte Bewegungen mit geringer Belastungs-Kraft am Arm oder in der Hand und nur vereinzelt bis zu einem Maximum von 5 kg ohne repetierende monotone Bewegungen, abrupte Streck- und Beugebewegungen im linken Ellbogengelenk). Weiter führte er aus, auch der rechte Arm sei eingeschränkt, da die vorhandene Kraft wegen weitgehender einhändiger Nutzung nicht vollumfänglich ausgeschöpft werden könne (S. 15 f.). 2.

## **E. 10**

Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberärztin, und lic. phil. K.\_\_\_\_, Klinische Psychologin, L.\_\_\_\_, berichteten am 21. März 2011 (Urk. 8/92/14-16) über die Untersuchung vom 15. März 2011 und verwiesen auf eine anamnestisch erhobene depressive Entwicklung als Folge der chronischen Schmerzsymptomatik bzw. der Verschlimmerung der Schmerzen. Sie empfahlen die Aufnahme einer behinderungsangepassten Tätigkeit und stimmten der Empfehlung von Dr. D.\_\_\_\_ vom März 2011 (E. 2.9) zu. 2.

## **E. 11**

Am 12. August 2011 (Urk. 10/2) äusserten sich die Dres. G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ erneut und hielten fest, in ihrem Bericht vom 4. Januar 2011 (E. 2.6) sei nicht in Abrede gestellt worden, dass die neuropathischen Schmerzen im Rahmen eines CRPS interpretiert werden

müssten, dies im Bereich des linken Ellbogens, nicht aber der Hand (S. 3). Die von Dr. D. \_\_\_ geltend gemachten neu aufgetretenen neurologischen Defizite (vor allem in der ulnaren Hälfte des linken Mittelfingers in Form einer Hypästhesie, Parästhesie und Dysästhesie) seien weder im

I. \_\_\_ noch bei der eigenen Untersuchung geklagt worden. Dabei handle es sich um subjektive Befunde, welche ausschliesslich von den Angaben des Untersuchten abhängig seien und sich klinisch-neurologisch kaum objektiv ieren liessen (S. 4). Das Zumutbarkeitsprofil bleibe unverändert, namentlich sei der linke Arm mehr als nur als Zudienhand einsetzbar. Sodann leuchte nicht ein, weshalb der gesunde rechte Arm ohne jegliche Funktionsein schränkungen nicht voll belastungsfähig sein solle (S. 5).

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