

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01079 vom 7. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.01079

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01079 du 7 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.01079 del 7 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1957 geborene X.____ war seit dem 1. November 2001 bei der Y.____ AG als Automechaniker tätig, als er sich am 25. März 2015 eine Schnittverletzung am Mittelfinger der rechten Hand zuzog. Der Hausarzt Dr. med. Z.____ überwies ihn am 26. März 2015 in das Spital A.____, wo ein Verdacht auf eine Hohlhandphlegmone rechts diagnostiziert wurde (Urk).

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. 2 IVG).

E. 1.3

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, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

E. 1.5

Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin 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 Unpar teilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversiche rungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gut achterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 135 V 465 E. 4.4, 125 V 351 E. 3b/ ee , 122 V 157 E. 1c; vgl. auch BGE 123 V 331 E. 1c). 2.

2.1

Im angefochtenen Entscheid erwog die Beschwerdegegnerin, da es sich beim Gesundheitsschaden des Beschwerdeführers um reine Unfallfolgen handle, sei im Rahmen des Koordinationsverfahrens auf die Angaben des obligatorischen Unfallversicherers abzustellen. Anlässlich der kreisärztlichen Abschluss untersuchung bei der Suva sei dem Beschwerdeführer für Tätigkeiten, welche seinem Leiden angepasst seien, eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Die Suva habe einen Invaliditätsgrad von 27 % ermittelt (Urk. 2). 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber im Wesentlichen geltend, das Valideneinkommen betrage mindestens Fr. 85'406.--. Die Lohnreduktion von Fr. 6'400.-- auf Fr. 5'600. -- pro Monat sei nur vorübergehend während maxi mal eines Jahres geplant gewesen. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens sei der Durchschnittslohn bezogen auf alle Wirtschaftszweige berücksichtigt worden, was nicht korrekt sei, da der Beschwerdeführer nur noch leichte Tätig keiten verrichten könne. Ausserdem sei der maximal mö gliche leidensbedingte Abzug von 25 % gerechtfertigt. Somit betrage das Invalideneinkommen Fr. 45'495.7 5. Ohne Berücksichtigung des Schulterleidens ergebe dies einen Invaliditätsgrad von 47 %. Eine Koordination zwischen der Suva und der Beschwerdegegnerin sei nicht möglich, weil die Suva die Schulterschmerzen links nicht als unfallkausal erachtet habe . Da die Beschwerdegegnerin nie medi zinisch abgeklärt habe, inwiefern die Schulterschmerzen links zusätzlich zu einer Einschränkung der

Erwerbsfähigkeit führten, sei eine orthopädische/rheumatologische Begutachtung notwendig (Urk. 1 S. 9 ff.). 3.

3.1

Im Bericht der chirurgischen Klinik des Spitals A.____ vom 30. März 2015 betreffend die notfallmässige Konsultation vom 26. März 2015 wurde ein Verdacht auf eine Hohlhandphlegmone rechts mit/bei Rissquetschwunde Endglied Dig. III Hand rechts vom 25. März 2015 diagnostiziert. Der Beschwerdeführer wurde in die Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B.____ verlegt (Urk. 6/7 S. 93 f.). 3.2

Im Austrittsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B.____ vom 6. Mai 2015 betreffend den Aufenthalt vom 26. März bis 1. Mai 2015 wurde die Diagnose einer nekrotisierenden Faszitis Hand rechts bei Status nach Schnittverletzung Dig. III dorsalseits mit fulminantem Verlauf genannt. Bei fulminantem Infekt mit Nachweis von Beta hämolysierenden Streptokokken der Gruppe A seien mehrere operative Débridements durchgeführt und die Wunden mit VAC-Verbänden konditioniert worden. Der Beschwerdeführer sei stets hämodynamisch stabil gewesen und die systemischen Entzündungszeichen hätten sich unter der empirischen intravenösen Antibiotikatherapie mit Augmentin / Dalacin

regredient gezeigt. Am 8. April 2015 sei die Defektdeckung mittels freier Lappenplastik erfolgt. In der Folge habe sich eine weitere Demarkierung/Nekrose der Fingerspitzen des Mittel- und Ringfingers sowie von Teilen der transplantierten Haut dorsalseits gezeigt. Es sei eine Ilomedin -Therapie gestartet worden. Am 25. April 2015 hätten die Restdefekte mittels Spalthaut gedeckt werden können. Die antibiotische Therapie mit Augmentin sei bis und mit 29. April 2015 weitergeführt worden. Der Beschwerdeführer sei am 1. Mai 2015 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverhältnissen in die Rehabilitation nach C.____ entlassen worden. Es wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 26. März bis 1. Juni 2015 attestiert (Urk. 6/7 S. 37 f.). 3.3

Im Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik C.____ vom 22. Juli 2015 betreffend den Aufenthalt vom 1. Mai bis zum 15. Juli 2015 wurden als Diagnosen eine nekrotisierende Faszitis Hand rechts sowie eine Schulterschmerzproblematik links bei subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne, vollständiger Ruptur der Infraspinatussehne und der Bizepssehne, Gelenkerguss und degenerativen Veränderungen glenohumeral und am AC-Gelenk (Arthro -MRI vom 18. Juni 2015) genannt. Es wurde ausgeführt, bei Klinikeintritt hätten eine eingeschränkte Handfunktion rechts und eine noch nicht abgeschlossene Wundheilung bestanden. Unter den angeordneten ergotherapeutischen Massnahmen habe bis Klinik austritt erreicht werden können, dass sich die Handfunktion dahingehend verbessert habe, dass v.a. im Dig. I ein aktiver Schlüsselgriff möglich gewesen sei. Die Hand habe zunehmend in Alltagsaktivitäten eingesetzt werden können, so dass der Beschwerdeführer in den ADL (Activities

of Daily Living) selbständig gewesen sei. Es habe nach wie vor eine eingeschränkte passive und nahezu aufgehobene aktive Fingerbeweglichkeit bestanden. Die MCP-Gelenke Dig. II-V seien in Flexionsstellung 30/30/30/20° gestanden, nach intensiver Therapie seien aktive Bewegungsauslässe von 10/15/20/20° gelungen. Die PIP II-V seien in 40° Flexionsstellung gestanden, passiv hätten ausser PIP V alle voll gestreckt werden können, die Flexion sei passiv bis zu 70/70/70/80° gelungen. Die Handgelenksfunktion in DE/PF habe auf 30-0-30° verbessert werden können. Wegen der noch guten Beweglichkeit im

linken Schultergelenk wünsche der Beschwerdeführer diesbezüglich keine weiteren medizinischen/operativen Massnahmen. Am 15. Juli 2015 sei der Beschwerdeführer nach Hause entlassen worden (Urk. 6/13 S. 37 ff.). 3.4

Im Verlaufsbericht der Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie des B.____ vom 13. Oktober 2015 nannte Oberarzt Dr. med. D.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Handchirurgie, folgende Befunde: Verheilte reizlose Wunden. Gute Mobilität des Handgelenkes mit 40° Extension und 40° Flexion. Gute Beweglichkeit des Daumens im IP-Gelenk, im MCP sei diese jedoch mit 20° ein geschränkt. Auch das CMC-Gelenk des Daumens sei leider fixiert. Die Daumenstellung befinde sich in einer Mittelopposition, natürlich auch weil eine Kontraktur der 1. Kommissur 3. Grades (30°) vorliege. Der Beschwerdeführer könne keine grossen Objekte greifen. Sehr eingeschränkte Beweglichkeit der Langfinger, die Strecksehnen seien in den Narben verklebt, so auch die Beugesehnen. Er schätze die Situation der Hand jetzt definitiv als nicht gross verbesserungsfähig für die Zukunft (Urk. 6/13 S. 5). 3.5

Dr. Z.____ nannte in seinem Bericht vom 7. November 2015 zuhanden der Suva betreffend die Konsultation vom 27. Oktober 2015 die folgenden Diagnosen: - Massive Funktionseinschränkung Hand rechts - nach nekrotisierender Faszitis (3/15) - aktuell: fehlende aktive Langfingerbewegung - aktuell: beginnende aktive Daumenbewegung - Schulterschmerzen links nach Operation (4/15) - Verkürzung und muskuläre Dysbalance nach Serratusresektion - konsekutive myofasziale Verspannungen im Schultergürtel - degenerative gelenksumgebende Veränderungen (MRI 6/15)

Er führte aus, trotz intensiver Beübung der rechten Hand bestehe praktisch sieben Monate nach dem Ereignis eine fast vollständige Functio

laesa, d.h. mit der dominanten Hand könnten nur minime Stützfunktionen ausgeübt werden. Es sei deshalb kaum zu erwarten, dass je wieder mechanische Arbeiten, wie dies im Beruf als Automechaniker erforderlich sei, ausgeübt werden könnten. Die Beschwerden der linken Schulter seien vorwiegend Folge der am 8. April 2015 zur Defektdeckung erfolgten freien Serratus-Lappenplastik. Die im Arthro-MRI vom 18. Juni 2015 gefundenen fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen (subtotale Ruptur der Supraspinatussehne, vollständige Ruptur der Infraspinatussehne und der Bizepssehne, Gelenkserguss, degenerative Veränderung glenohumeral und am AC-Gelenk) seien unschön, könnten aber im Alter von 58 Jahren und aufgrund des Mechanikerberufs als altersentsprechend beurteilt werden. Der Beschwerdeführer leide vor allem an den schmerzhaften myofasziellen Verspannungen (Urk. 6/19 S. 18 ff.). 3.6

Am 3. Dezember 2015 wurde der Beschwerdeführer kreisärztlich untersucht. Prof. Dr. med. E.____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, führte in seiner Stellungnahme aus, anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung habe sich der fulminante Verlauf einer Schnittverletzung Dig. III rechts mit nekrotisierender Faszitis und mehrfachen operativen Revisionen gezeigt. Die rechte Hand sei funktionell als Beihand/Hilfshand einzuschätzen. Einzig ein kraftloser Schlüsselgriff mit Dig. II sei möglich. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt seien sehr leichte körperliche Tätigkeiten ganztags zumutbar, keine repetitiven Belastungen, keine Stoss- und Vibrationsbelastungen der oberen rechten Extremität. Die rechte Hand sei nur als Hilfshand/ Beihand zu gebrauchen (Urk. 6/19 S. 4 ff.). 3.7

In seiner Stellungnahme vom 14. März 2016 nannte RAD-Arzt Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, die folgenden unfallbedingten Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Deutlich ausgeprägte Belastungsintoleranz rechte Hand und rechter Unterarm bei Zustand nach Schnittverletzung Dig . III rechts mit - f ulminantem Verlauf nekrotisierende Fasciitis Hand rechts mit - y-förmiger Spaltung distaler Unterarm palmar bis MC-Köpfchen II und MC-Köpfchen V - Spaltung Retinaculum

flexorum, Spaltung zwischen MC II und III dorsalseits - radikale Synovektomie der Beugeschienen FDS/FDP Dig . II-V und FBL vom 27.3.2015 - 2nd-look mit ausgedehntem Débridement, VAC-Anlage vom 29.3.2015 - 3rd-look mit ausgedehntem Débridement, Spülung und VAC Anlage vom 30.3.2015 - 4th-look mit ausgedehntem Débridement, Spülung, VAC-Wechsel vom 1.4.2015 - Débridement, Spülung, VAC-Wechsel vom 5.4.2015 - freie Lappenplastik von links zur Hand rechts vom 8.4.2015 - Spalthauttransplantat vom rechten Oberschenkel zur Hand rechts vom 25.4.2015

und folgende unfallun abhängige Diagnosen mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Schulterschmerzen links mit/bei - Verkürzung und muskulärer Dysbalance nach Serratusresektion - Konsekutive n

myofasciale n Verspannungen im Schultergürtel - MRI 18.6.2015: subtotale r Ruptur der Supraspinatussehne, komplette r Ruptur der Infraspinatussehne und der Bicepssehne, Gelenkserguss

Dr. F.____ führte aus, mittelschwere und schwere körperliche Tätigkeiten, insbesondere solche mit überwiegender Belastung des rechten Handgelenkes / der rechten Hand und mit erhöhten Anforderungen an die Kraft der rechten Hand sowie mit Kälte-/Nässe-Exposition sollten vermieden werden. Aus medizinischer Sicht seien bei vorgeschädigter Schulter Tätigkeiten mit häufigen Schlägen und Vibrationseinwirkungen auf die linke Schulter sowie Überkopf arbeiten und Arbeiten in ständiger Armvorhalteposition, insbesondere repetitive Tätigkeiten mit Belastung des linken Armes nicht mehr zumutbar. Das Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5-8 kg (unter ungünstigen Hebeln), in günstiger Belastungsposition (körpernah bis Lendenhöhe) über 20 kg sollte vermieden werden. Aus versicherungsmedizinischer Sicht seien körperlich sehr leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der rechten Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am rechten Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der rechten Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der rechten Hand weiterhin zu 100 % zumutbar. Die rechte Hand sei nur noch als Hilfshand/ Beihand zu gebrauchen. Weiterhin seien keine Stoss- und Vibrationsbelastungen der rechten Hand zumutbar. Leichte (angepasste) Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten, ohne linksseitiges Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopfarbeiten seien medizinisch-theoretisch weiterhin zumutbar. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer 100 % arbeitsunfähig. In angepasster Tätigkeit sei er seit dem 3. Dezember 2015 100 % arbeitsfähig gemäss Belastungsprofil (Urk. 6/37 S. 4 f.). 3.8

Dr. Z.____ hielt in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 zuhanden der Suva fest, die rechte dominante Hand sei aktuell gut zwei Jahre nach dem Ereignis immer noch stark berührungsempfindlich. Es seien mit den Fingern nur andeutungsweise

Wackelbewegungen möglich. Der Pinzettengriff zwischen Daumen und Zeigefinger sei so, dass der Beschwerdeführer nicht einmal ein Blatt Papier halten oder beim Einköpfen der Kleider helfen könne. Funktionell sei der Beschwerdeführer Einhänder. Die rechte Hand könne knapp als Stützhand gebraucht werden. Mit der Selbstbeübung und der Ergotherapie mache der Beschwerdeführer immer noch leichte funktionelle Fortschritte in der Fingerbeweglichkeit. Fast das grösste Problem seien die linksseitigen Schulterbeschwerden. Die Region um die lange s-förmige Narbe von der Axilla bis zum Rippenbogenrand in der mittleren Axillarlinie zeige eine unangenehme Dysästhesie, so dass das Tragen der Kleider und das Berühren der Region sehr unangenehm sei. Die Weichteile und die Muskeln am seitlichen Thorax seien verhärtet. Es bestünden Verspannungen und Verkürzungen der medialen Schulterblattfixatoren, der Pars horizontalis und ascendens, des M. Latissimus dorsi sowie des M. levator

scapulae. Auch im linksseitigen Halsbereich zeigten sich störende Verspannungen. Der Beschwerdeführer komme mit Mühe mit dem linken Arm über Schulterhöhe. Inspektorisch zeige sich eine Asymmetrie der Weichteile am seitlichen Thorax (UV.2016.0223 Urk. 11).
4.

4.1

Streitig und zu prüfen ist, ob bei m

Beschwerdeführer ein Gesundheitsschaden vorliegt, der ihn derart in der Erwerbsfähigkeit einschränkt, dass er Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung hat. 4.2

Aus sämtlichen medizinischen Berichten geht übereinstimmend hervor, dass dem Beschwerdeführer seine bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist.

RAD-Arzt Dr. F.____ kommt gestützt auf die medizinische Aktenlage zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer angepasste Tätigkeiten seit dem 3. Dezember 2015 zu 100 % zumutbar sind. Körperlich sehr leichte Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne erhöhte Anforderungen an die Kraft und Haltefunktion der rechten Hand, daher auch ohne Besteigen von Leitern und Gerüsten, ohne Heben und Tragen von Lasten und ohne Arbeiten mit ungünstigen Hebelwirkungen am rechten Handgelenk (Stielwerkzeuge, Arbeiten mit ausgestreckten Armen), ohne repetitive Beanspruchung der rechten Hand und ohne erhöhte Anforderungen an das feinmotorische Geschick der rechten Hand seien zu 100 % zumutbar. Die rechte Hand sei nur noch als Hilfs-/Beihand zu gebrauchen. Es seien keine Stoss- und Vibrationsbelastungen zumutbar. Leichte Tätigkeiten ohne Heben, Tragen und Transportieren von mittelschweren und schweren Lasten ohne linksseitiges Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopparbeiten seien medizinisch-theoretisch weiterhin zumutbar (Urk. 6/37 S. 5).

Es ist kein Grund ersichtlich, diese medizinischen Schlussfolgerungen in Zweifel zu ziehen.
. 4.3

Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1. S. 12)

hat die

Beschwerdegegnerin die linksseitigen Schulterschmerzen berücksichtigt. RAD-Arzt Dr. F.____

nannte in seiner Stellungnahme vom 14. März 2016 als unfallunabhängige Diagnosen Schulterschmerzen links mit/bei Verkürzung und muskulärer Dysbalance nach Serratusresektion, konsekutiven myofascialen Ver spannungen im Schultergürtel und subtotaler Ruptur der Supraspinatussehne, kompletter Ruptur der Infraspinatussehne und der Bicepssehne und Gelenkser guss (MRI vom 18. Juni 2015).

Er hielt fest, bei vorgeschädigter Schulter seien Tätigkeiten mit häufigen Schlägen und Vibrationseinwirkungen auf die linke Schulter sowie Überkopfarbeiten und Arbeiten in ständiger Armvorhaltepo sition, insbesondere repetitive Tätigkeiten mit Belastung des linken Armes nicht mehr zumutbar. Das Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5-8 kg (unter ungünstigen Hebeln), in günstiger Belastungsposition (körpernah bis Lendenhöhe) über 20 kg sollte vermieden werden. Er ergänzte das bereits auf grund der Verletzung der rechten Hand deutlich eingeschränkte Zumutbarkeits profil dahingehend, das s wegen der Schulterbeschwerden

linksseitige Arbeiten in Armvorhalteposition und Überkopfarbeiten nicht möglich seien und attestier t e in einer gemäss Belastungsprofil angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Urk. 6/37 S. 5). Da dem Beschwerdeführer wegen der Handver letzung rechts ohnehin nur noch sehr leichte Tätigkeiten zumutbar sind,

ist die zusätzliche Einschränkung des Belastungsprofils aufgrund der Schulterbe schwerden links gering. Zu einer weitergehenden Einschränkung der Arbeitsfä higkeit in einer angepassten Tätigkeit führen die Schulterbeschwerden links jedenfalls nicht.

Da die linke Schulter medizinisch hinreichend abgeklärt wurde und diesbezüg lich keine sich widersprechenden medizinischen Beurteilungen vorliegen – aus ser in Bezug auf die Kausalitätsfrage, was vorliegend jedoch nicht relevant ist – besteht – entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13) – kein Anlass für weitere Abklärungen.
4.4

Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrschein lichkeit erstellt, dass der Beschwerdeführer seit Dezember 2015 in einer behin derungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. 5.

5.1

Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. 5.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen einkommens entscheidend, was die versicherte Person 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 Einkom mensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrschein lichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; BGE 135 V 58 E. 3.1; BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Der Beschwerdeführer arbeitete vor dem Unfall als Automechaniker bei der Y.____ AG in einem 100%-Pensum. Das Arbeitsverhältnis wurde von Seiten des Arbeitgebers aus gesundheitlichen Gründen per 30. November 2015 aufgelöst. Somit ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall noch an dieser Arbeitsstelle tätig wäre.

Dementsprechend

ist vom vertraglich festgesetzten Lohn

von Fr. 72'800.-- (13 x Fr. 5'600.--) auszu gehen . Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 2226 Punkten im Jahr 2015 auf 2239 Punkte im Jahr 2016 ergibt dies ein Valideneinkommen von Fr. 73'225.--. Dass es sich beim infolge der Firmenübernahme im Januar 2015 vertraglich neu fest gesetzten Lohn von Fr. 5'600. -- pro Monat lediglich um eine temporäre Lohn kürzung gehandelt haben soll und dem Beschwerdeführer eine Lohnerhöhung zugesichert worden wäre – wie dies der Beschwerdeführer geltend macht (Urk. 1 S. 9) – ist aufgrund der Akten nicht ausgewiesen. Eine allfällige vom Geschäfts gang abhängige Lohnerhöhung kann bei der Berechnung des Valideneinkommens nicht berücksichtigt werden. Massgebend ist, was die versicherte Person im Zeitpunkt des hypothetischen

Rentenbeginns mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. 5.3

Hinsichtlich der Festsetzung des Einkommens, das die versicherte Person trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise noch zu erzielen vermöchte (Invalideneinkommen), ist rechtsprechungsgemäss primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher sie konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare Erwerbstätigkeit mehr aus, so können Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweisen).

Der Beschwerdeführer rügt, es sei nicht korrekt, auf den standardisierten Durchschnittslohn bezogen auf alle Wirtschaftszweige abzustellen , da er nur noch leichte Tätigkeiten verrichten könne. Es sei der Lohn des Sektors Dienstleistungen heranzuziehen (Urk. 1 S.

E. 6

/

E. 7

S. 37) und am 15. Juli 2015 nach Hause entlassen (Urk. 6 /

E. 11

).

Nach der Rechtsprechung ist zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens üblicherweise auf die Tabelle TA1 der LSE abzustellen. Bei versicherten Personen, die nach Eintritt des Gesundheitsschadens lediglich noch leichte und intellektuell nicht anspruchsvolle Arbeiten verrichten können, ist vom durchschnittlichen monatlichen Bruttolohn (Total) für Männer oder Frauen im Anforderungsniveau 4 (resp. Kompetenzniveau 1 gemäss LSE 2014) auszugehen. Davon kann abgewichen werden, wenn der versicherten Person aufgrund ihrer Behinderung alle produktionsnahen Tätigkeiten verschlossen sind und sie praktisch nur noch im Dienstleistungssektor beschäftigt werden kann. Auch in solchen Fällen kann die versicherte Person jedoch nicht auf der Anwendung der Lohnansätze aus einem bestimmten Niedriglohnssektor (z.B. Gastgewerbe) bestehen, sofern ihr trotz Behinderung andere normal entlohnte Hilfsarbeiten zumutbar sind (vgl. Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG,

3. Auflage, Zürich/Basel/Genf 2014, Art. 28a N 97 mit weiteren Hinweisen) . Dem Beschwerdeführer sind noch sehr leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar und er kann die rechte Hand funktionell noch als Hilfshand gebrauchen. Im Sektor Produktion stehen ihm grundsätzlich noch Tätigkeiten offen. Zu denken ist etwa an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die keinen Einsatz der rechten Hand voraussetzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 3.3). Im Bereich Produktion verfügt er auch über langjährige Berufserfahrung, wohingegen er im Dienstleistungssektor wegen ungenügender Sprachkenntnisse in seiner Vermitelbarkeit eingeschränkt wäre. Somit ist der Durchschnittslohn aller Wirtschaftszweige heranzuziehen .

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist

die LSE 2014 heranzuziehen . Es ist vom standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte, Kompetenzniveau 1, auszugehen (Tabelle TA1). Somit ist von einem Einkommen von Fr. 5'312.-- pro Monat bzw. Fr. 63'744 .-- pro Jahr auszugehen. Angepasst an die im Jahr 2016 betriebsübliche durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt dies Fr. 66'453. -- . Unter Berücksichtigung der Entwicklung des Nominallohnindex der Saläre für männliche Arbeitskräfte von 2220 Punkten im Jahr 2014 auf 2239 Punkte im Jahr 2016 resultiert für ein Pensum von 100 % ein Einkommen Fr. 67'022 .--.

Dieser Betrag ist rechtsprechungsgemäss zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). 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 (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 134 V 322 E. 5.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 mit weiteren Hinweisen).

Den Leistungseinschränkungen des Beschwerdeführers und der damit zusammenhängenden Eingrenzung des Spektrums der erwerblichen Tätigkeiten, die noch in Frage kommen, hat die Suva mit einem leidensbedingten Abzug von 20 % Rechnung getragen. Die Beschwerdegegnerin hat diesen Abzug übernommen. Ein leidensbedingter Abzug von 20 % wurde denn auch in vergleichbaren Fällen, in welchen die versicherte Person ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt, beispielsweise als Zudienhand , einsetzen konnte, anerkannt (Urteil des Bundesgerichts 8C_1050/2009 vom 28. April 2010 E. 4.2 mit Hinweis). Die weiteren vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kriterien (Urk. 1 S. 11) sind nicht abzugsrelevant.

So ist die Nationalität nicht von Belang, da der Beschwerdeführer über eine Niederlassungsbewilligung (Kategorie C) verfügt (Urk. 6/6 , vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_594/2011 vom 20. Oktober 2011 E. 5). Auch der Faktor Alter wirkt sich nicht (zwingend) lohn senkend aus , da Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen

Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_808/2015 E. 3.4.2). Die mangelnden Deutschkenntnisse rechtfertigen für Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4

(resp. Kompetenzniveau 1 gemäss LSE 2014) ebenfalls keinen höheren Abzug (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_633/2013 vom 23. Oktober 2013 E. 4.2).

Angesichts der aktenmässig ausgewiesenen Einschränkungen und dem Fehlen weiterer Abzugsmerkmale ist der gewährte Abzug von 20 % nicht zu beanstanden. Die linksseitigen Schulterbeschwerden, welche beim ohnehin stark eingeschränkten Belastungsprofil des Beschwerdeführers

nur gering ins Gewicht fallen, rechtfertigen keinen höheren Abzug.

Nach Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 20 % resultiert ein Invalideneinkommen von Fr. 53'618.--. 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 73'225.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'618.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von 19'607.--, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 27 % entspricht.

Selbst beim maximal zulässigen Abzug von 25 % würde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad (31 %) resultieren. 6.

Eingliederungsmassnahmen sind von der angefochtenen Verfügung nicht umfasst (Urk. 2, Urk. 6/48/3), weshalb mangels Anfechtungsobjekts auf den entsprechenden Antrag des Beschwerdeführers nicht einzutreten ist. 7.

Nach dem Gesagten erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtsens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 8.

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

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

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der

angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin HurstLeicht

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