

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00120 vom 21. März 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-03-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00120

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00120 du 21 mars 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00120 del 21 marzo 2018

Erwägungen

E. 1

Der 196

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.

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 ihrer 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 (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs;

BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 20. Dezember 2016 (Urk. 2) gestützt auf das interdisziplinäre Medas-Gutachten vom 16. Mai 2016 davon aus, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Sigrist/Hauswart nicht mehr möglich sei, ihm hingegen eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 80 % zumutbar sei. Die Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von 42 %. 2.2

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, auf das interdisziplinäre Medas-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da es nicht überzeuge. So werde das gescheiterte Arbeitstraining nicht berücksichtigt und die angedeutete Selbstlimitierung stimme nicht mit den gutachterlich bestätigten Beschwerdebefunden überein

(Urk. 1). 3.

E. 3

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird – soweit erforderlich – im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

mit Hinweisen).

Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beurteilung des Tabellenlohnabzuges gemäss

BGE 126 V 75 geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E.

6). Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt oder zu Unrecht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E.

E. 3.2

und 8C_808/2013 vom 14. Februar 2014 E. 7.1.1 mit Hinweisen).

Nach der Rechtsprechung rechtfertigt der Umstand alleine, dass eine grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähige versicherte Person gesundheitlich bedingt lediglich reduziert leistungsfähig ist, an sich keinen Abzug vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_126/2011 vom 8. Juli 2011 E. 5.2 mit zahlreichen Hinweisen). 5.3

Weder Alter, Dienstjahre, Beschäftigungsgrad oder Aufenthaltskategorie stellen ein zu beachtendes Abzugskriterium dar. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung des Anforderungs- und Belastungsprofils noch ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten vorhanden sein dürfte.

Dem Beschwerdeführer ist aufgrund der somatischen Einschränkungen nur eine adaptierte Tätigkeit mit einem deutlich verminderten Belastungsprofil zumutbar. Die quantitative Einschränkung beruht aber einzig auf einer reduzierten Leistungsfähigkeit, bedingt durch erhöhten Pausenbedarf (vgl. E. 4.4). Demnach ist grundsätzlich kein Leidensabzug vorzunehmen. Würde angesichts der besonderen Umstände gleichwohl ein Leidensabzug vorgenommen, ergäbe sich daraus nichts zu Gunsten des Beschwerdeführers. Ein solcher Leidensabzug wäre mit maximal 10 % zu bemessen. Damit stünde dem Valideneinkommen von Fr. 90'969.-- ein Invalideneinkommen von Fr. 47'303.-- (Fr. 52'559.-- x 0.9) gegenüber, was einen Invaliditätsgrad von gerundet 48 % ergäbe und somit ebenfalls zu einer Viertelsrente berechtigt. 5.4

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert zu bemessen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Daniel Christe - 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 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 mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 HurstGeiger

E. 3.3

Dr. med. D.____, Allgemeine Medizin FMH, welcher den Beschwerdefüh rer seit 2008 als Hausarzt behandelt, stellte in seinem Bericht vom 20. Januar 2015 (Urk. 7/58) zuhanden der Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Trümmerfraktur prox . Humerus links, Plattenosteosynthese (20. Oktober 2012)

-

inverse Totalprothese linke Schulter (C.____, 23. Mai 2013)

-

Dilatative und hypertrophe Herzkrankheit mit schwer eingeschränkter LVF (seit 2003)

Der Gesundheitszustand sei stationär und könne allenfalls durch Therapien und professionelle Schmerzbehandlung verbessert werden. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Sigrist/Hauswart sei der Beschwerdeführer seit Oktober 2012 zu 100% arbeitsunfähig. In der als Arbeitstraining versuchten Tätigkeit sei er seit November 2014 zu 70 % arbeitsunfähig. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 2014 zu 30 % arbeitsfähig.

E. 3.4

Im Schlussbericht der A.____ vom 29 . Januar 2015 (Urk. 7/59) wurde über das Arbeitstraining des Beschwerdeführers in der Papiermanufaktur vom 28. Juli 2014 bis 29. Januar 2015 berichtet. Der Beschwerdeführer war in Versand /Pro duktion tätig und seine Arbeit beinhaltete Versandaufträge, Zuschnitt von Karten, Inventarisierung, Mithilfe im Shop. Sei ne gesundheitliche Situation habe sich während des Arbeitsprojektes ver schlechert, woraus eine Reduktion seines Arbeitspensums von 50 % auf 40 % resultiert habe. Der Beschwerdeführer habe während des gesamten Arbeitstrai nings seine Aufgaben mit viel Motivation, Elan und Einsatzwillen erledigt. Er sei als sehr pflichtbewusster, selbständiger und pünktlicher Mitarbeiter wahrge nommen worden. Er habe seine Ideen eingebracht und von der Leitung sei sein Mitdenken bei den Abläufen sehr geschätzt worden. Im Umgang mit Kunden habe der Beschwerdeführer gutes Fingerspitzengefühl gezeigt und er habe gut auf ihre Forderungen eingehen können. Seine entgegenkommende Art sei auch von seinen Vorgesetzten und Teamkollegen sehr geschätzt worden. Wie sich

im Laufe des Arbeitstrainings gezeigt habe, sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, eine ausreichende körperliche Stabilität aufzubauen. Wenn das im Arbeitsprojekt nicht möglich sei, werde dies wohl auch im 1. Arbeitsmarkt kaum klappen. Aufgrund der momentanen Situation werde eine Rentenprüfung empfohlen.

E. 3.5

Dr. D.____ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Verlaufsbericht zuhanden der Beschwerdegegnerin (undatiert, eingegangen am 2. September 2015, Urk. 7/65) weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Sigrist/Hauswart und erachtete eine 30%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Büro in sehr einfachen Betätigungen als möglich. Zur Prognose verwies er auf den beigelegten Sprechstundenbericht der Schulterorthopädie der C.____ vom 17. Juni 2015 (Urk. 7/65 S. 6-7), wonach der Fall von orthopädischer Seite als nicht verbesserbar abgeschlossen worden sei. Krankheitsaufrechterhaltende Faktoren beständen nicht.

E. 3.6

Im Bericht der Schulterorthopädie der C.____

vom 28. September 2015 (Urk. 7/71) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Status nach Implantation inverse Schulter-Totalprothese und OSME links

am 23. Mai 2013 bei/mit:

-

persistierenden Beschwerden nach Osteosynthese einer proximalen drei-fragmentären Humerusfraktur links mit anteriorem Headsplit vom 20. Oktober 2012

-

Status nach Schulterkontusion/Distorsion am 19. Mai 2015

-

Periprothetische Fraktur ausgeschlossen

-

Status nach Sepsis im Juni 2014 ausgehend von interdigitaler Mykose

(E.____)

-

Schulterpunktion vom 8. Mai 2015: Ohne Keimnachweis

Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Aufgrund der persistierenden, starken Beschwerden nun 2 Jahre nach der Implantation

der Schulterprothese werde eine Tätigkeit als Hauswart im weiteren Verlauf nicht mehr durchführbar sein. Eine angepasste Tätigkeit ohne körperliche Belastung, insbesondere ohne Belastung der linken oberen Extremität sei ab sofort möglich. Über eine

Einschränkung des zeitlichen Umfangs könne aktuell keine Aussage gemacht werden, eine diesbezügliche Abklärung müsse mit dem Hausarzt abgesprochen werden. Da aus orthopädischer Sicht keine Behandlung mehr angeboten werden könne, sei der Beschwerdeführer ans Institut für komplemen täre und integrative Medizin am F.____ überwiesen worden.

E. 3.7

Das interdisziplinäre (orthopädische, psychiatrische, allgemein-internistische und neurologische) Medas -Gutachten vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/86) nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

-

Deutliche Funktionseinschränkung des linken Armes nach einer proximalen dreifragmentären Humerusfraktur links am 20.

Oktober 2012 mit

nachfolgender Osteosynthese am 25. Oktober 2012 und Reoperation mit Metallentfernung und Implantation einer inversen Schulter-Totalprothese links am 23. Mai 2013

-

Deutliche Muskelminderung des linken Oberarmes

-

Weitgehend abgeklungene Distorsion und Kontusion des linken Kniegelenkes mit lateraler Meniskusverletzung am 20. Oktober 2012

-

Schlafapnoesyndrom mit konsekutiver CPAP -Beatmung nachts; dilatative Kardiomyopathie mit Zustand nach kardialer Insuffizienz; aktuell Herzinsuffizienz NYHA Grad II

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verblieben folgende Diagnosen:

-

Fehlhaltung der Wirbelsäule bei Rundrücken und Hohlkreuz mit deutlicher

Muskeldysbalance

-

Abgeklungene Distorsion und Kontusion des linken Sprunggelenkes bei leichter vorbestehender Arthrose und Läsion des Ligamentum deltoideum am 20. Oktober 2012

-

Vorwiegend weichteilbedingte Valgusstellung der Beinachsen bei ausgeprägter Adipositas

-

Knick- Spreizfuß mit beginnenden Zehendeformitäten

-

Zustand nach Cholezystektomie

-

Zustand nach Ulcus duodeni

-

Zustand nach akutem Gichtanfall

-

Zustand nach venösen Stripping beider Beine

-

Adipositas Grad I I nach der WHO-Klassifikation

-

Zustand nach septischem Erysipel des rechten Beines

-

pseudoradikuläre Schmerzausstrahlung am linken Arm bei Zustand nach

Schultergelenks- Endoprothese links nach mehrfragmentärer

Schulterge-

lenksfraktur links

Von orthopädischer Seite sei nachvollziehbar, dass der linke Arm in seiner Belastbarkeit und Funktionsfähigkeit eingeschränkt sei. Auch sei ein Teil der Beschwerden glaubhaft. Die Schonung des linken Armes werde auch durch die starke Muskelminderung des linken Oberarmes bestätigt. Nachvollziehbar aufgrund der Veränderungen im linken Schultergelenk, aber auch im Bereich der Lendenwirbelsäule sei eine Kälteempfindlichkeit. Manuelle Tätigkeiten könnten mit der linken Hand nicht mehr im vollen Masse ausgeführt werden. Dies habe Auswirkungen auf seine berufliche Tätigkeit als Hauswart und als Sigrist. Von Seiten der Arbeitgeberin

werde die Tätigkeit als eine „strenge“ körperliche Arbeit mit viel Heben und Tragen beschrieben, die der Beschwerdeführer aufgrund seiner Verletzung nicht mehr ausüben könne. Aus diesem Grund sei

ihm auch das Arbeitsverhältnis zum 31. März 2014 gekündigt worden. Nicht nachvollziehbar sei die weitgehende komplette Funktionsaufhebung des linken Armes, die vom Beschwerdeführer demonstriert werde. Im Rahmen der orthopädischen Begutachtung könne eine insgesamt verbesserte Funktionsfähigkeit beobachtet und auch festgestellt

werden, die eine teilweise Belastung des linken Armes erlaube. Auch im Rahmen der funktionsorientierten medizinischen Abklärung (FOMA) seien Inkonsistenzen festgehalten worden, die bei Überwindung der Selbstreduktion und konsequenter Behandlung eine Besserung der Beweglichkeit und damit auch eine positive Veränderung mit Ausdauer und Belastbarkeit sowie Arbeitsfähigkeit erwarten lassen. Anhand des orthopädischen Befundes könne dem Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als Hauswart und Sigrüst nicht mehr zugemutet werden, da nur in ganz geringem Masse im Rahmen dieser Tätigkeit leichtere Arbeiten anfallen würden. In einer gut angepassten Verweistätigkeit sei aber zu erwarten, dass leichte Arbeiten und in geringem Masse auch mittelschwere Tätigkeiten ganztags mit einer reduzierten Leistungsfähigkeit möglich sein dürften. Dabei sollte aber auf die Funktionseinschränkung (beispielsweise Heben des Armes bis zur Schulterhöhe oder über den Kopf) Rücksicht genommen werden. Die Röntgenbefunde der Lendenwirbelsäule sowie des linken Kniegelenkes, die zu leichteren Funktionseinschränkungen führen könnten, spielen momentan keine Rolle. Der Unfall vom 20. Oktober 2012 habe als Folge zu einer deutlichen Funktionseinschränkung des linken Armes geführt. Trotz eines prothetischen Ersatzes im linken Schultergelenk im Mai 2013 sei eine bleibende

Funktionseinschränkung verblieben, die im Konsens mit den vorliegenden Befunden und Abklärungen der funktionsorientierten medizinischen Untersuchung im November 2013 eine wesentlich verminderte Belastbarkeit in seiner angestammten Tätigkeit als Sigrüst und Hauswart in Zukunft erwarten lassen. Allerdings zeige aber auch die funktionsmedizinische Abklärung (FOMA mit ELF gemäss Bericht der Z.____

von März 2014) Ressourcen, die vom Beschwerdeführer noch nicht vollständig genutzt würden, er seine Leistungsfähigkeit subjektiv zu niedrig bewerte und auch korrespondierend aktuell gewisse Zeichen der Selbstlimitierung und diversen Inkonsistenzen aufwies, so dass insgesamt in Übereinstimmung mit der Bewertung des Z.____ eine angepasste Verweistätigkeit mit leichten bis teilweise mittelschweren Arbeiten unter Berücksichtigung des beschriebenen Fähigkeitsprofils als zumutbar bewertet werden müsse. Dabei bestehe eine etwas verminderte Leistungsfähigkeit bei einem ganztägigen Arbeitseinsatz. Der jetzige orthopädische Befund könne die früheren Einschätzungen bestätigen, so dass sich damit keine wesentlichen Abweichungen in der Beurteilung anhand des jetzigen Befundes ergäben (S. 33 f.).

Von psychiatrisch-psychotherapeutischer Seite beständen keine Einschränkungen. Es bestehe eine weitestgehend psychische Gesundheit sowie psychische Kräfte, Ressourcen und Reife, um Krisen - auch bevorstehende zukünftige Krisen und die aktuelle Situation - zu überwinden und sich damit zu arrangieren. Aus psychiatrischer Sicht bestehe Arbeitsfähigkeit (S. 34).

An internmedizinischen Erkrankungen, die der Beschwerdeführer durchgemacht habe, führt es das (operierte) Gallensteinleiden

sowie das Ulcus duodeni und die durchgemachte Gicht nicht zu versicherungsmedizinisch relevanten Erkrankungen. Auch die Adipositas Grad II habe versicherungsmedizinisch keinen Einfluss. Das Schlafapnoesyndrom und die Herzinsuffizienz seien klinisch wohl kaum voneinander zu trennen, es sei nach den Akten und auch nach den Aussagen des Beschwerdeführers unklar geblieben, welche dieser beiden Erkrankungen die andere negativ beeinflusst habe. Tatsache sei, dass beide Erkrankungen gleichzeitig aufgetreten

sein , gleichzeitig behandelt worden seien und es danach zu einer erheblichen klinischen Befundbesserung gekommen sei . Die se Erkrankungen könn t en als solche

zu einer Einschränkung der Arbeitsfähig keit auf circa 80 % führen, wobei normalerweise lediglich leichte bis mittel schwere Arbeiten noch durchgeführt werden könn t en. Aufgrund der bestehen den Beeinträchtigung durch die Verletzung der linken Schulter dürfte dies jedoch nicht z um Tragen kommen. An Ressourcen

des Beschwerdeführer s seien sicherlich die freiwilligen sozialen Tätigkeiten zu nennen . Hierbei werde die körperliche Beeinträchtigung des Beschwerdeführers sicherlich keine Rolle spie len (S. 34) .

Unter rein neurologischen Gesichtspunkten ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch die neurologischen Gesundheitsstörungen. Sensible und motorische Ausfälle an den Extremitäten lägen nicht vor. Es besteh e auch kein neuropathisches und kein radikuläres Schmerzsyndrom. Die Einschränkung der Schulterbeweglichkeit sei nicht neurogen zu begründen. Das Schlaf-Apnoe-Syndrom sei unter Ü berdruckbeatmung mit der Mask e sehr gut behandelt und bedinge keine psychophysische Leistungsminderung am Tage. Eine Einschrän kung der Ressourcen sei nicht vorhanden. Somit ergäben sich weder quantitativ e noch qualitative Leistungseinschränkungen. Entsprechend der Einschätzung im vorliegenden Gutachten sei sowohl nach der Osteosynthese- Operation und auch nach der Implantation der Schulterprothese bei der Untersuchung am 4. Juli 2013 eine Läsion des Nervus

axillaris links ausgeschlossen worden . Bei dieser Untersuchung am 4. Juli 2013 heisse es auch, dass die Sensomotorik am linken Arm unauffällig gewesen sei. Auch dies entspreche dem aktuellen Ein druck. Auch bei weiteren orthopädischen Untersuchungen werde eine normale Sensomotorik am linken Arm festgestellt. Lediglich bei der funktionsorientie renden medizinischen Abklärung (FOMA) werde über eine reduzierte Leistung am linken Arm mit verminderter Arm- und Handkraft berichtet. In den späteren Berichten, die allerdings keine exakten neurologischen Befunde enthalten wür den , werde jedoch nicht mehr über motorische Einschränkungen berichtet, jedoch inkonsistent über zudem wechselnd lokalisierte sensible Störungen. Hier zu habe der Beschwerdeführer allerdings bei der aktuellen Untersuchung berich tet , dass kein sensibles Defizit im Sinne einer Minderung der Berührungsschwel len mehr vorliege. Während der umfangreichen orthopädischen Behandlungen werde eine behandlungsbedürftige

LWS -Problematik beziehungsweise über eine radikuläre Beteiligung nicht berichtet. Insgesamt ergäben sich keine Abwei chungen der im medizinischen Dossier enthaltenen Befunde von den aktuellen Befunden.

Nach der neurologischen Anamnese und Untersuchung ergäben sich keine Einschränkungen der Funktionen, der Arbeitsfähigkeit und der Ressourcen (S. 34 f.) .

Die Prüfung der Befund konsistenz ergebe Folgendes: Der Beschwerdeführer

gebe an, dass er - soweit er Behandlung verordnet bekomme - diese regelmässig wahrnehme und auch regelmässig das erlernte Gymnastikprogramm i n Eigenre gie fortsetze. Er zeige auch eine gute Eigeninitiative, seine Situation zu verbes ern. Bei der

Anamneseerhebung aber auch bei der Untersuchung falle auf, dass der linke Arm weitgehend geschont werde. Er betone die starke Schmerzhaf tigkeit, die ihn daran hindern wü rde, den linken Arm einzusetzen. Bei Ablen kung oder wenn er sich unbeobachtet fühle,

könne aber ein besseres Funktions ausmass beobachtet werden, als dies vom Beschwerdeführer demonstriert werde. Im Widerspruch zu m Verhalten des Beschwerdeführers

werde in den Akten eine bessere Funktions- und Einsatzmöglichkeit des linken Armes beschrieben. Auch wenn die

Beschwerden in der linken Schulter durchaus glaubhaft seien , könnten eine Selbstlimitierung und übertriebene Schonhaltung nicht ausgeschlossen werden. Des Weiteren dürfte auch das erhebliche Übergewicht, das er anscheinend nicht reduzieren könne , zu einer verminderten Leistungsfähigkeit beitragen. Der Beschwerdeführer

sei sehr aufgeweckt und lebendig, auf der anderen Seite beklage er immer wieder seine starken Schmerzen, die ihn daran hindern würden, den linken Arm zu belasten. Er scheine sich ein bestimmtes Bewegungsmuster angewöhnt zu haben. Die vom

Beschwerdeführer gemachten Angaben zu seinem Leben, zu seinem Sein, seinem Gewordensein , zu seinem Alltag, zu seiner Teilhabe, zur Behandlungsaktivität und zum sozialen Netz erschienen konsistent, glaubhaft und nachvollziehbar, so dass sie zum heutigen Zustand der psychischen Beschwerdefreiheit beigetragen hätten . Im Rahmen der neurologischen Untersuchung sei der Rapport klar und thematisch bündig gewesen . Die Waddell - Zeichen seien negativ gewesen . Leichte Befundinkonsistenzen seien bei der Prüfung der Armmotorik links aufgetreten . Zwar sei die Armmotorik in Folge der Schultergelenksverletzungen links schmerzhaft eingeschränkt, jedoch hätte die Armbeugung und Armstreckung, die auch ohne Schulterbewegung durchgeführt werden könne , möglich sein müssen, sei aber als eingeschränkt vorgeführt worden . Durch Einweisung und Benutzung einer Untersuchungstechnik ohne begleitende Exkursion im Schultergelenk habe dann aber normale Kraft dokumentiert werden können . Nicht ganz nachvollziehbar sei auch, warum beim Beschwerdeführer nach der Implantation der inversen Schulterprothese links die Hand-Mund-Erreichbarkeit noch knapp möglich gewesen sein soll und nun dargestellt werde , dass mit der links geführten Gabel der Mund nicht erreicht werde . Es drängt es sich somit doch leichtere Befundinkonsistenzen hinsichtlich der motorischen Funktion des linken Armes auf, auf die auch schon bei der funktionsorientierten medizinischen Abklärung im Februar 2014 hingewiesen worden sei (S. 32 f.) .

Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Sigrist/Hauswart liege bei 0 % , dies seit dem Unfalltag am 20. Oktober 2012. In einer gut angepassten Verweistätigkeit bestehe jedoch eine ganztägige Arbeitsfähigkeit, aufgrund der orthopädischen und internistischen Gesundheitsstörungen sei hierfür eine Leistungsminderung um insgesamt 20 % infolge vermehrter Pausen anzuerkennen. Auf psychiatrischem und neurologischem Gebiet könnten keine Minderungen der Arbeits- resp. effektive Leistungsfähigkeit bestätigt werden. Somit bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit (ganztägige Präsenz mit einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit), wobei diese Einschätzung seit dem 19. August 2013 gelte (S. 35 f.) .

Es besteht aufgrund verminderter Belastbarkeit der linken Schulter respektive des linken Armes als auch aufgrund der internistischen Diagnosen (Herzinsuffizienz, Schlafapnoesyndrom) eine allgemein verminderte körperliche Belastbarkeit. Der Beschwerdeführer

sei in der Lage, leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gegenständen bis zu zehn Kilogramm in rü ckenschulgerechter Haltung zu verrichten, dieses in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen, ohne Zeitdruck, mit kleineren Erholungsphasen für Gymnastik und Entspannung. Vermieden werden sollten dagegen den linken Arm belastende, teilweise mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm ausserhalb des Körperlotes, Arbeiten über Brust- oder Schulterniveau, Überkopfarbeiten, Arbeiten mit Armvorhalt, Zwangshaltungen, häufige Vibrationen sowie ruckartige plötzliche Bewegungsausschläge und verstärktes Rumpfbeugen sowie kniende Tätigkeiten. Weiter sollte er keiner Kälte-Nässeexpositionen oder Zugluft ausgesetzt werden.

Aus psychiatrischer Sicht sei

der Beschwerdeführer in der Lage, sämtliche seinem körperlichen Belastungsprofil angepassten Tätigkeiten vollschichtig zu verrichten (S. 35 f.) .

E. 3.8

Der im Einwandverfahren eingereichte Bericht des Instituts für komplementäre und integrative Medizin des F.____ vom 2. September 2016 (Urk. 7/106) führte folgende Diagnosen auf:

-

Chronischer multifaktorieller Schulterschmerz MPSS III

-

Status nach Implantation Schulter- Totalendoprothese und OSME

links am 23. Mai 2015

-

persistierende Beschwerden nach Osteosynthese einer proximalen dreifragmentären Humerusfraktur links mit anteriorem Headsplit vom 20. Oktober 2012

-

Status nach Schulterkontusion/ Distorsion links am 19. Mai 2015

-

periprotetische Fraktur ausgeschlossen

-

Status nach Sepsis (Juni 2014) ausgehend von interdigitaler Mykose (K SW)

-

Schulterpunktion 8. Mai 2015 : kein Erregernachweis

-

dilatative

und hypertrophe Herzkrankheit

-

Echokardiographie 20. August 2008 : dilatierter, hypertropher linker Ventrikel mit gesamthaft schwer diffus eingeschränkter Funktion, EF 28

%, massig dilatierter linker Vorhof, leicht e AI

-

Coronarangiographie 2003: keine Coronarsklerose , EF 70 %, ergometrie klinisch und elektrisch negativ

-

kardiovaskuläre Risikofaktoren : Adipositas WHO Grad II, Dyslipidämie , arterielle Hypertonie, positive Familienanamnese, OSAS

-

obstruktives Schlafapnoesyndrom

-

Polysomnographie 2008

-

CPAP-Therapie

-

Status nach Abklärung bei Verdacht auf Myopathie 1997 ohne relevante Ergebnisse

-

Muskelbiopsie M. musculus

dekostriker links 1997: normale Skelettmuskulatur

-

intermittierende CK-Erhöhung

-

lumbale Diskushernie L4/L5 (1993)

-

Status nach Podagra bei Hyperurikämie

-
Status nach Varizenstripping beidseits (Januar 2003)

Zusammenfassend zeige sich im Verlauf zwischen der Erstkonsultation im Juli 2015 bis zum Juni 2016 eine persistierende, insgesamt wenig dynamische Gestaltung des Schmerzerlebens unter weiterhin fehlender Belastbarkeit im Alltag. Konklusiv erscheine die Prognose eingeschränkt, wobei sich hier eine deutliche Diskrepanz

zu der gutachterlichen Beurteilung durch die IV ergebe. Eine Arbeitsfähigkeit auch für geringe Belastungen erscheine bei oben beschriebenen klinischem Bild nicht möglich. Aktuell könnten

dem Beschwerdeführer keine weiteren sinnvollen Therapieansätze mehr angeboten werden. Der Beschwerdeführer

werde weiterhin konsequente wöchentliche Thermalbadbesuche durchführen, da sich für ihn nur in diesem Kontext eine Entspannung herbeiführen lasse. Der Beschwerdeführer sei hinsichtlich des Praktizierens aktiver Entspannungsmethoden zur Förderung und Entwicklung einer eigenen Übungspraxis ermutigt worden. Weiterhin hätten sie den Versuch besprochen, über das Anlegen des Gilchrist-Verbandes während aktiver Bewegungseinheiten eine Minimierung etwaiger Erschütterungen herbeizuführen und auf diesem Wege aktive Bewegungsansätze zu fördern.

E. 3.9

Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens reichte der Beschwerdeführer einen weiteren Bericht der Schulterorthopädie der C.____ vom 4. Mai 2017 (Urk. 10) ein.

Darin wurde festgehalten, dass sich auch anlässlich der 4-Jahreskontrolle ein unbefriedigendes Ergebnis nach Implantation einer inversen Schulter-Totalprothese bei vorangegangener Fraktur nach Unfall und PHILOS-Plattenimplantation zeige. Der Beschwerdeführer könne seinem

früheren Beruf als Hauswart nicht mehr nachkommen, da er den linken Arm nicht mehr einsetzen könne. Er habe sich zwischenzeitlich so gut wie möglich an die neue Lebenssituation adaptiert und versuche auch noch mit Freiwilligenarbeit den Alltag zu überbrücken. In den letzten Sprechstunden 2013 und 2015 seien zweimal Punktionen abgenommen worden mit jeweils negativem Ergebnis. Auch das neurologische Konsilium habe keine möglichen Gründe für die Schmerzen eruieren können. Die Lage der Prothese scheine radiologisch unauffällig (CT am 14. August 2013, Röntgen am 3. Mai 2017). 4.

4.1

Das interdisziplinäre Medas-Gutachten vom 12. Mai 2016 (Urk. 7/86) basiert auf einer umfassenden orthopädischen, psychiatrischen, allgemein-internistischen und neurologischen Untersuchung und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden auseinandergesetzt. Zudem wurden die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und die Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet. Dem interdisziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1.4). 4.2

Die Medas -Gutachter stellten schlüssig fest, dass auf psychiatrischem und neu rologischem Gebiet keine Minderung der Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit bestehe. Aus orthopädischer und internistischer Sicht bestehe hingegen ein Gesundheitsschaden, welcher sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, wobei aber vor allem die unfallbedingten Schulterschmerzen massgebend die Arbeitsfähig keit beeinflussen (Urk. 7/86 S. 34). Dass aufgrund der dargelegten orthopädi schen Diagnosen im Zusammenhang mit dem Schulterleiden die bisherige Tätigkeit als Sigr ist/Hauswart nicht mehr möglich , ihm hingegen eine angepass te Tätigkeit mit auf seine Beschwerden abgestimmten Anforderungsprofil zu 100 % mit einer 20%igen Leistungsminderung wegen vermehrtem Pausenbedarf zumutbar ist, erscheint nachvollziehbar. Diese Einschätzung deckt sich denn auch mit derjenigen der Z. ___ vom 20. März 2014 (vgl. E. 3.2, mittels FOMA und EFL) . Auch Dr. med. G. ___ , Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) kam in seiner Stel lungnahme vom 24. Mai 2016 zum Schluss, dass die Feststellungen des Medas -Gutachtens überzeug t en und darauf abzustellen sei (Urk. 7/89 S. 8). Lediglich Dr. D. ___ attestierte eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit (vgl. E. 3.3 und E. 3.5). Dabei ist mit Blick auf die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Ver trauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und P ati enten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, BGE 125 V 351 E. 3b/cc) davon auszu gehen, dass die von Dr. D. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit nicht auf objektive Feststellungen zurückzuführen ist, sondern auf die vom Beschwerdeführer sub jektiv geklagten Beschwerden. 4.3

Auch die Einwände des Beschwerdeführers vermögen an dieser Einschätzung nichts zu ändern: 4.3.1

So macht der Beschwerdeführer geltend, dass das erfolglos gebliebene Arbeits training zu Unrecht unberücksichtigt geblieben sei, da sich daraus ergebe, dass der Beschwerdeführer aufgrund starker Schulterschmerzen, welche sich bei Belastung sogar verstärkten, nicht in der Lage sei, einer 80%igen (ganztätig mit 20%iger Leistungsminderung) Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 1 S. 4 f.).

Festzuhalten ist, dass die Beurteilung der Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit aus medizinischer Sicht einem Arzt obliegt. Deshalb ist die Einschätzung der Arbeitsintegrations-Beraterin (vgl. E. 3.4) vorliegend nicht massgebend, sondern es ist vielmehr auf die gutachterliche Beurteilung abzustellen, welches interdis ziplinär eine Gesamtschau vornahm. Überdies deckt sich die Medas -Einschätzung mit derjenigen der Z. ___ von 201 4.

Im Weiteren wird den festgestellten Einschränkungen des Beschwerdeführers – trotz Hinweisen auf eine Selbstlimitierung – zur Genüge Rechnung getragen, indem ein ausführliches positives und negatives Belastungsprofil formuliert wurde und zusätzlich der vermehrte Pausenbedarf mit einer 20%igen Leis tungsminderung berücksichtigt wurde.

Fraglich ist zudem, ob es sich bei der im Arbeitstraining ausgeführten Tätigkeit im Bereich Versand/Produktion überhaupt um eine optimal angepasste Ver weistätigkeit gehandelt hat. Da seine Arbeit Versandaufträge, Zuschnitt von Karten, Inventarisierung und Mithilfe im Shop beinhaltete, ist nicht undenkbar , dass er auch Arbeiten ausserhalb des gutachterlich festgelegten Belastungspro fils vorzunehmen hatte. Zudem berücksichtigte das Medas -Gutachten das erfolglos gebliebene Arbeitstraining im Rahmen der Gesamtwürdigung

durchaus (vgl. Urk. 7/86 S. 38). Der Schlussbericht der A.____ vom 29. Januar 2015 vermag daher die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3.2

Der Beschwerdeführer wendete weiter ein, dass auch die vor kurzem aufgenommene Arbeitstätigkeit als Allrounder im Liegenschaftsunterhalt belege, dass ihm ein höheres Pensum als 50 % nicht möglich sei (Urk. 1 S. 5). Wiederum bleibt zu bezweifeln, dass es sich dabei um eine optimal angepasste Tätigkeit gemäss formuliertem Anforderungsprofil handelt. 4.3. 3

Soweit der Beschwerdeführer weitere medizinische Abklärungen verlangt (Urk. 1 S. 6), ist darauf zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der medizinischen Akten – insbesondere des interdisziplinären Medas -Gutachtens – hinreichend abgeklärt sind. 4.4

Gestützt auf die überzeugenden Feststellungen im interdisziplinären Medas -Gutachten vom 12. Mai 2016 steht somit fest, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit (möglich: leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gegenständen bis zu zehn Kilogramm in rückenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen, im Wechsel zwischen Gehen, Sitzen und Stehen, ohne Zeitdruck, mit kleineren Erholungsphasen für Gymnastik und Entspannung;

nicht möglich: im linken Arm belastende, teilweise mittelschwere und schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über zehn Kilogramm ausserhalb des Körperlotes, Arbeiten über Brust- oder Schulterniveau, Überkopfarbeiten, Arbeiten mit Armvorhalt, Zwangshaltungen, häufige Vibrationen sowie ruckartige plötzliche Bewegungsausschläge und verstärktes Rumpfbeugen sowie kniende Tätigkeiten , ohne Kälte-sowie Nässeexpositionen oder Zugluft) seit August 2013 ganztägig, aber wegen vermehrtem Pausenbedarf mit einer 20%igen Leistungsminderung, zumutbar ist. 5.

5.1

Die von der Beschwerdegegnerin bei der Invaliditätsbemessung verwendeten Bemessungsfaktoren wurden weder in tatsächlicher noch in rechtlicher Hinsicht beanstandet. Der Beschwerdeführer verlangt aber einen Leidensabzug, da er in körperlicher Hinsicht massiv eingeschränkt sei und zudem einen erhöhten Pausenbedarf habe (Urk. 1 S. 6 f.). 5.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/ aa). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/ aa). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5. 2; 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ bb -cc). Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug auf dem Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/ bb

). Zu beachten ist jedoch, dass allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen nicht zusätzlich in die Bemessung des leistungsbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung des selben Gesichtspunkts führen dürfen (Urteile des Bundesgerichts 9C_846/2014 vom 22. Januar 2015 E. 4.1.1 und 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 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).

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