

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00602 vom 6. Dezember 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00602

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00602 du 6 décembre 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00602 del 6 dicembre 2018

Erwägungen

E. 1

4. November 2014 (Urk.

7/60) durch die A.____ Rechtsschutz und am 5. Januar 2015 (Urk. 7/62) unter Beilage eines Berichtes des Spitals E.____ vom 20. November 2014 (Urk. 7/63) durch Rechtsanwalt Marc Spescha ergänzt. Die IV-Stelle holte den Arztbericht der Universitätsklinik F.____, Handchirurgie, vom 10. März 2015 ein (Urk. 7/68 /1-8). Am 13. Mai 2015 wies die IV-Stelle X.____ darauf hin, dass er im Rahmen seiner Schadenminderungspflicht eine regelmässige fach psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung und eine adäquate psychopharmakologische Therapie nach Massgabe des Therapeuten mit entsprechendem Nachweis für die Dauer von 6 bis 12 Monaten durchzuführen habe und erst nach Abschluss dieser Massnahme über seinen Rentenanspruch entschieden werde. Falls er dieser Aufforderung nicht nachkomme, könne dies zur Ablehnung oder zur Kürzung von Leistungen führen (Urk. 7/71). Am 1. Juni 2015 teilte der Versicherte der IV-Stelle mit, dass er die Behandlung beim D.____

fortführe (Urk.

7/73). Die IV-Stelle holte den Arztbericht des D.____

vom 23. September 2015 ein (Urk. 7/78). Am 29. Januar 2016 stellte die A.____ Versicherungen der IV-Stelle Unterlagen zu, damit diese zur geplanten Begutachtung des Versicherten betreffend allfällige Zusatzfragen und Kostenbeteiligung Stellung nehmen könne (Urk. 7/83; vgl. Urk. 7/87-88 [Zusatzfragen der IV-Stelle]). Das Gutachten des Instituts G.____

erging am 21. Juni 2016 (Urk. 7/89). Am 7. Oktober 2016 nahm der Versicherte Stellung zum Gutachten des G.____ (Urk. 7/94, unter Beilage des Berichtes der Universitätsklinik H.____

vom 22. September 2016 [Urk. 7/91]). Am 21. Oktober 2016 (Urk. 7/96) reichte er sodann einen Bericht des D.____ vom 22. September 2015 (richtig: 2016) ein (Urk. 7/95/1-2). Mit Verfügung vom 6. April 2017 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab (Urk. 2).

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

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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.4

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszüräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc).

Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]).

E. 1.5

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 speziell mit Bezug auf leichte bis mittelschwere Depressionen).

Das für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelte strukturierte Beweisverfahren definiert systematisierte Indikatoren, die es – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und von Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 2, E. 3.4-3.6 und 4.1; vgl. statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1). Die Anerkennung eines rein tenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Diese Rechtsprechung ist auf alle im Zeitpunkt der Praxisänderung noch nicht erledigten Fälle anzuwenden (Urteil des Bundesgerichts 9C_580/2017 vom 16. Januar 2018 E. 3.1 mit Hinweisen). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E.

4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4). 1. 6

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). 2.

E. 2

S. 2):

«1.

Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Sache zur ergänzenden Abklärung insbesondere der psychisch bedingten Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

2.

Unter Entschädigungsfolge zu Lasten des Beschwerdegegners.»

Die Beschwerdegegnerin ersuchte am 26. Juni 2017 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 6), was dem Beschwerdeführer am 3. Juli 2017 mitgeteilt wurde (Urk. 8). Am 3. Mai 2018 (Urk. 9) reichte der Beschwerdeführer die Berichte der H.____ vom 8. Februar 2018 (Urk. 10/1) und des D.____ vom 8. März 2018 (Urk. 10/2) ein. Diese wurden der Beschwerdegegnerin am 7. Mai 2018 zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 11). Am 7. November 2018 (Urk. 12) legte Rechtsanwalt Marc Spescha Berichte der H.____ vom 15. Februar und 2. August 2018 ins Recht (Urk. 13/1-2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Verfügung vom 6. April 2017 (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten des G.____ eine seinen körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit ab August 2013 zu 100 % zumutbar ist. Die psychischen Einschränkungen seien im Wesentlichen auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen. Ausserdem sei es unter Therapie zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen. Aufgrund der psychiatrischen Erkrankung liege damit keine länger andauernde oder bleibende Arbeitsunfähigkeit vor. Es handle sich lediglich um eine vorübergehende, behandelbare psychiatrische Einschränkung.

E. 2.2

Demgegenüber führte der Beschwerdeführer aus, es sei anerkannt, dass er nach dem Arbeitsunfall vom 18. Oktober 2012 in der angestammten Tätigkeit dauerhaft keine Arbeitsfähigkeit mehr habe erlangen können. Die Beschwerdegegnerin gehe zu Unrecht davon aus, dass in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe, würden doch die Gutachter des G.____ diverse Einschränkungen, insbesondere in

Bezug auf den Gebrauch der beeinträchtigten linken Hand festhalten. Sodann lasse sich eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Erwerbsfähigkeit im Lichte der Beurteilungen der behandelnden Psychiater nicht schlüssig verneinen. Die Beschwerdeführerin habe sich weder selber mit den Berichten der behandelnden Psychiater auseinandergesetzt noch dazu ergänzende Abklärungen beim G.____ eingeholt (Urk. 1) . 3.

E. 3

Die von X.____ gegen den Einpracheentscheid der SWICA Versicherungs AG vom 25. Oktober 2017 beim hiesigen Gericht erhobene Beschwerde vom 27. November 2017 wurde mit heutigem Urteil abgewiesen (vgl. Prozess Nr. UV.2017.00271).

E. 3.1

Laut dem Bericht des Gesundheitszentrums I.____ über die von der A.____ Versicherungen in Auftrag gegebene Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit vom 27. August 2013 (Urk. 7/9) besteht beim Beschwerdeführer ein Status nach Plattenosteosynthese einer dislozierten distalen Radiusfraktur links am 18. Oktober 2012. Aktuell habe der Beschwerdeführer Probleme wegen einer Bewegungseinschränkung im Unterarm und Handgelenk links sowie belastungsabhängigen Schmerzen im Handgelenk, Ellbogen und Schultergelenk links. Die bisherige Tätigkeit als Hauswart sei aktuell nicht zumutbar. Die Anforderungen seien zu hoch (Heben und Tragen max. 17,5 kg, Hantieren von Werkzeugen mit Anforderungen an Beweglichkeit des Unterarmes, Stossen). Leichte bis mittel schwere Tätigkeiten mit Heben von Gewichten von max. 7,5 kg bis Kopfhöhe, unter Berücksichtigung einer

eingeschränkten Beweglichkeit des Unterarmes/Handgelenkes links sowie ohne Leitern steigen seien dem Beschwerdeführer dagegen bereits im jetzigen Zeitpunkt zumutbar. Mittelfristig sei es realistisch, dass dem Beschwerdeführer auch die Tätigkeit als Hauswart wieder möglich sei. Dazu sei aber eine intensive Rehabilitation nötig.

E. 3.2

Gemäss dem Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Universitätsspitals B.____ vom 2. Dezember 2013 (Urk. 7/18/5-6) besteht beim Beschwerdeführer ein Status nach Plattenosteosynthese einer dislozierten distalen Radiusfraktur links am 18. Oktober 2012. Der Beschwerdeführer sei am 18. Oktober 2012 beim Wechseln einer Glühbirne von einer Leiter aus einer Höhe von ca. 3 Metern gestürzt und habe sich dabei einen Bruch des linken Handgelenkes zugezogen. Trotz intensiver krankengymnastischer Übungsbehandlung mittels Physiotherapie berichtete der Beschwerdeführer noch über starke funktionelle Einschränkungen. Es bestünden keine Ruheschmerzen, bei Belastung jeglicher Art würden aber Schmerzen im Bereich des distalen Radiusulnargelenkes auftreten. Am 14. November 2013 sei die Metallentfernung erfolgt. Bei Austritt aus der stationären Behandlung sei der Beschwerdeführer in gutem Allgemeinzustand gewesen. Die Wundverhältnisse seien reizlos und bezüglich der Schmerzen kompensiert gewesen. Zwischen dem 14. und dem 24. November 2013 sei der Beschwerdeführer zu 100% arbeitsunfähig gewesen. Die Belastbarkeit des linken Handgelenkes sei deutlich eingeschränkt. Um eine definitive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als Lagerist vornehmen zu können, müsse der weitere Verlauf abgewartet werden.

E. 3.3.1

Laut dem Bericht des D.____

an die Beschwerdegegnerin vom 26. Mai 2014 (Urk. 7/47) bestehen beim Beschwerdeführer eine schwere depressive Episode (ICD-10, F32.2), eine Störung durch Tabak (F17.2) sowie eine dislozierte distale extraartikuläre Radiusfraktur links am 18. Oktober 2012 mit/bei Status nach Operation am 19. Oktober 2012 und Status nach Plattenosteosynthese am 18. November 2013. Der Beschwerdeführer sei seit dem Unfall vom 18. Oktober 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Es bestünden Schmerzen am Arm, Ellbogen und der Schulter links. Der Beschwerdeführer beklage sich über ständiges, teilweise anfallsartiges Weinen, Zittern, ständiges Gedankenkreisen, Lust- und Interesslosigkeit, Müdigkeit, Schlafstörungen (Durchschlaf 2 bis 3 Stunden), Sinnloskeitsgedanken, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Rückzug, Antriebslosigkeit und Appetitverminderung. Daher sei er auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Die Prognose sei schlecht, allerdings bestünde keine genügende medikamentöse Behandlung wegen Angst des Beschwerdeführers.

E. 3.3.2

Im Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 23. September 2015 (Urk. 7/78) führte das D.____ aus, der Beschwerdeführer besuche die Psychotherapie pro Monat 2 bis 4 Mal. Es sei auch eine psychopharmakologische Therapie aufgegleist worden. Es sei geplant, die Behandlung im bisherigen Rahmen weiterzuführen. Der Beschwerdeführer hätte im Rahmen von arbeitsmarktlichen Massnahmen einen Praxis-Check vom 20. April bis zum 23. Mai 2015 absolvieren sollen. An seinem ersten Arbeitstag habe er wegen psychischen Problemen und starken Konzentrationsstörungen aufstehen und das Zimmer fluchtartig verlassen müssen, da er unter Angst vor Menschen und Agoraphobie leide. Er habe auch geweint und gezittert und der Einsatzleiter habe ihn nicht beruhigen können. So sei er am ersten Tag des Einsatzprogrammes nach Hause geschickt worden. Für den zweiten Tag habe er sich krank schreiben lassen. Am dritten Tag sei ihm eine leichte Markierarbeit zugewiesen worden. Beim Drucken der kranken Hand auf das Papier habe er Schmerzen empfunden. Er habe zu zittern begonnen, habe sich nicht mehr kontrollieren können, habe geweint, sei nervös und unkonzentriert gewesen. Er habe den Raum verlassen, um sich mit Rauchen zu beruhigen, was jedoch erfolglos geblieben sei. Der Einsatz habe deshalb am dritten Tag vollständig abgebrochen werden müssen.

E. 3.3.3

Am 10. Mai 2017 (Urk. 3/3) hielt das D.____ auf Nachfrage des Beschwerdeführers fest, die psychische Krankheit des Beschwerdeführers sei behandelbar. Wichtig seien Compliance betreffend verschriebene Medikamente, Blutspiegelkontrollen und regelmässige Einzelpsychotherapie. Aktuell sei der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand habe sich nicht wesentlich verbessert. Der Beschwerdeführer sei mit dem Gutachten und dessen Folgen wie auch mit der Krankheit seiner Ehefrau (Mammakarzinom) beschäftigt gewesen. Die Ehefrau sei mehrmals operiert worden. Diese Ereignisse hätten zu einer Zunahme der depressiven Beschwerden geführt. Es sei deshalb von einer länger andauernden Erwerbsunfähigkeit auszugehen.

E. 3.4

Gemäss dem polydisziplinären Gutachten des G.____ vom 21. Juni 2016 (Urk. 7/89/2-34) bestehen beim Beschwerdeführer folgende Diagnosen (Urk. 7/89/17):

Neurologische Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - leichte, schmerzbedingte Funktionseinschränkung der linken Hand nach CRPS I

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - leichte Dysästhesien im Bereich der Operationsnarbe am distalen Unterarm

Handchirurgische Diagnosen - Status nach CRPS Typ I bei - Status nach dislozierter distaler Radiusfraktur links und - Status nach palmarer Plattenosteosynthese distaler Radius links am 14. November 2013 (richtig wohl: 18. Oktober 2012) - Status nach subtotaler Materialentfernung distaler Radius links am 14. November 2013 - Wenig dislozierte subcapitale Metacarpale II-Fraktur links vom 18. Oktober 2012

Orthopädische Diagnosen - Unspezifische und somatisch nicht erklärbare, inkonstante Bewegungseinschränkung der linken Schulter ohne Hinweis auf « frozen shoulder »

Psychiatrische Diagnosen

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - keine

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Nikotinentzugssyndrom ICD 10 F17.3 bei - Nikotinabhängigkeitssyndrom ICD 10 F17.24 - Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischem Schwerpunkt ICD 10 Z73

Bei vorgängig guter Gesundheit und uneingeschränkter körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit habe der Beschwerdeführer am 18. Oktober 2012 durch den Sturz von einer Leiter eine dislozierte distale Radiusfraktur links und eine wenig dislozierte subcapitale Metacarpale II-Fraktur links erlitten. Es gebe keine Hinweise, dass der Beschwerdeführer beim Unfall eine Schädelhirnverletzung erlitten habe. Bei der orthopädischen Befragung habe er hervorgehoben, dass die Ruhigstellung des linken Arms zu Beschwerden an der linken Schulter geführt habe. In Ruhe habe er heute keine Beschwerden mehr, sobald er den linken Arm einsetze, spüre er aber starke Schmerzen. Seit mehreren Monaten absolviere er keine Therapie mehr, da er keine Fortschritte erziele. Bei Bedarf – alle zwei bis drei Wochen – nehme er Dafalgan gegen die Schmerzen ein. Die klinischen und bildgebenden Befunde hätten die Schmerzen an der linken Schulter nicht erklären können. Es seien zudem Unterschiede zwischen aktiven und passiven Bewegungen zu beobachten gewesen, welche als Verdeutlichung, möglicherweise als Aggravation zu interpretieren seien

(Urk. 7/89/22). Aus handchirurgischer Sicht bestehe eine Übereinstimmung zwischen den geklagten Beschwerden und den klinischen und radiologischen Befunden. Der aktuelle Zustand sei eine sichere Folge des Sturzes vom 18. Oktober 2012 (Urk. 7/89/22-23). Aus psychiatrischer Sicht falle auf, dass in den somatischen Berichten kein auffälliges psychisches Geschehen beschrieben worden sei. Bei der aktuellen psychiatrischen Untersuchung sei der Beschwerdeführer teilweise depressiv, in sich gekehrt, mit stark senkrechter Stirnfalte gewesen. Den linken Arm habe er meist ruhig gehalten, habe jedoch in einem unbeobachteten Moment problemlos ein Haar von der Kleidung entfernen können. Bei einer schweren Depression wäre ein solches Verhalten eher ungewöhnlich. Ebenso sei der Beschwerdeführer auch über die gesamte Dauer der Exploration schwingungsfähig geblieben. Er habe adäquat gelacht. Der Psychostatus weise weniger auf

ein depressives als auf ein apathisches Syndrom hin. Verglichen mit dem klinischen Eindruck hätten die Angaben des Exploranden beim Psychostatus übersteigert gewirkt, im Sinne einer Aggravation. Der Unfall schein geringe psychische Probleme verursacht zu haben, es fänden sich keine Hinweise auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Dass der Beschwerdeführer hingegen arbeitslos geworden sei, habe ihm stark zugesetzt und könnte auf eine starke narzisstische Kränkung deuten, die zu einer gewissen Selbstaufgabe zusammen mit Unsicherheit und Angst geführt habe. Eine depressive Episode könne nicht schlüssig belegt werden, was aber nicht bedeute, dass definitiv keine Depression bestehe. Eine auffällige Persönlichkeit werde trotz knapp zweijähriger psychiatrischer Behandlung nicht beschrieben. Seine Angaben über die Zeit vor dem Unfall sprächen gegen eine Persönlichkeitsstörung, jedoch gebe es klare Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischem Schwerpunkt. Diese Eigenart dürfte erschwerend beim Kränkungsprozess hinzugekommen sein (Urk. 7/89/23-24) .

Die reduzierte Beweglichkeit und Einsatzmöglichkeit der linken Hand und die eingeschränkte Beweglichkeit des linken Unterarms liessen die Aufnahme der angestammten Arbeit (Hauswart zu 100 %) nicht mehr zu. Der Beschwerdeführer sei in allen Tätigkeiten eingeschränkt, die den Gebrauch der linken Hand – Heben und Tragen von Gegenständen, repetitive Bewegungen wie Vorderarmrotationen erforderten. In Tätigkeiten, welche den Einsatz der linken Hand nicht erforderten, sei der Beschwerdeführer aus handchirurgischer Sicht nicht eingeschränkt. Bei bimanuellen Arbeiten seien Belastungslimiten zu beachten, nämlich eine maximale Gewichtsbelastung der linken Hand von 3 kg für gelegentliches Heben und Tragen, für häufiges Hantieren von Gegenständen mit der linken Hand bis maximal 1 kg. Vermehrte Pausen würden es ermöglichen, eine arbeitsbedingte Zunahme der Schmerzen im linken Vorderarm zu mildern. Auch in einer an das Leiden angepassten bimanuellen Tätigkeit sei daher von einer um ca. 25 % reduzierten Effizienz (Rendement) auszugehen. Zudem sei den narzisstischen Grundstrukturen Rechnung zu tragen. Nach und nach sollte das Aktivitätsspektrum gesteigert werden (Urk. 7/89/24-25).

Als Hauswart bestehe damit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % . In sämtlichen Tätigkeiten, welche den Gebrauch der linken Hand erforderten, sei der Beschwerdeführer eingeschränkt. Dabei handle es sich um das Heben und Tragen von Gegenständen, um repetitive Belastungen bei sich wiederholenden Arbeiten, insbesondere bei Vorderarmrotationen , welche nicht nur durch Schmerzen, sondern auch im Umfang eingeschränkt seien. Mit der linken Hand seien dem Beschwerdeführer allenfalls sehr leichte bis leichte Tätigkeiten zumutbar. Hierbei müssten ihm vermehrte Pausen und Erholung eingeräumt werden, womit er eine geringere Gesamtleistung erreiche. Aus orthopädischer Sicht, betreffend die linke Schulter, bestünden keine Einschränkungen. Ebenso bestünden bei fehlender Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit keine Einschränkungen aus psychiatrischer Sicht. Die genannten Einschränkungen seien auf den Unfall vom 18. Oktober 2012 zurückzuführen, krankheitsbedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit seien nicht vorhanden (Urk. 7/89/29-31).

E. 3.5.1

Gemäss dem Bericht der H.____ vom 22. September 2016 (Urk. 7/91) bestehen beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), ein cervikal und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.4), eine stationäre Mehrsklerose im Proc . styloideus

radii (Erstdiagnose 29. Oktober 2013) (ICD-10 H80.8) sowie eine gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis (ICD-10 K21.9). Der Beschwerdeführer sei vom 1. August bis zum 19. September 2016 in stationärer Behandlung gewesen. Der Eintritt sei freiwillig auf Zuweisung seiner Psychologin erfolgt. Der Beschwerdeführer habe berichtet, im Jahr 2012 einen Arbeitsunfall erlitten zu haben. Trotz chirurgischer Versorgung sei die Beweglichkeit seines linken Armes stark eingeschränkt geblieben, so dass er seinen Beruf nicht mehr ausüben könne. In der Folge habe sich ein depressives Syndrom mit sozialem Rückzug, tiefer Traurigkeit, Wertlosigkeitsgefühlen, Antriebs- und Interesselosigkeit und latenten Suizidgedanken entwickelt. Seine chronisch labile Situation sei durch familiäre Belastungen (Herzerkrankung und Operation seiner Tochter, Diagnose eines Karzinoms bei seiner Ehefrau) und Konflikte exazerbiert. Nach Eindosierung der Medikamente hätten sich Affekt und Antrieb deutlich verbessert. Zum Austrittszeitpunkt habe sich nach komplikationslos verlaufener Belastungsproben zu Hause klinisch kein Hinweis auf eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung geboten. Der Beschwerdeführer trete in die ihm vertrauten ambulanten Verhältnisse aus.

E. 3.5.2

Im – vom Beschwerdeführer beschwerdeweise eingereichten – Austrittsbericht vom 8. Februar 2018 (Urk. 10/1) über den stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 27. Dezember 2017 bis zum 31. Januar 2018 hielt die H.____ fest, es bestünden eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F25.1), Differentialdiagnose: anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10 F22.0), Differentialdiagnose: rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (Erstdiagnose: Januar 2018, ICD-10 F33.2), psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10 F17.25), ein cervical und lumbal betontes Panvertebralsyndrom (ICD-10 M54.5) sowie eine gastroösophageale

Refluxkrankheit ohne Ösophagitis (ICD-10 K21.9). Der Eintritt sei per Fürsorgerische Unterbringung (FU) erfolgt, da der Notfallpsychiater eine akute Eigen- und Fremdgefährdung bescheinigt habe. Der Beschwerdeführer habe bestätigt, dass es zu einem heftigen Streit mit seiner Ehefrau gekommen sei, habe aber bestritten, sie dabei mit einem Messer bedroht zu haben. Die während des ersten stationären Aufenthalts im Jahr 2016 eindosierte Medikation habe er aufgrund von Magendarmbeschwerden und Erbrechen selbstständig abgesetzt, worauf sich zunehmend eine Aggravation der depressiven Symptomatik mit tiefer Traurigkeit, Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, Antriebslosigkeit, Schuld- und Insuffizienzgefühlen, subjektiven Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit sowie Ein- und Durchschlafstörungen entwickelt hätten. Seine chronisch labile psychische Situation sei durch familiäre und psychosoziale Belastungen in den letzten Jahren weiter aggraviert. Am 31. Januar 2018 habe der Beschwerdeführer bei deutlicher und glaubhafter Distanzierung von akuter Selbst- und Fremdgefährdung in die ambulante Nachbehandlung entlassen werden können. Aufgrund der derzeitigen Hinweise für eine Veränderung in den Diagnosen werde dringend ein Gesuch zur Wiederaufnahme von IV-Massnahmen empfohlen. Basierend auf dem aktuellen psychopathologischen Zustandsbild werde die Arbeitsfähigkeit derzeit als gering eingeschätzt.

E. 3.6.1

Laut der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. C.____ vom 30. Juli 2016 (Urk. 7/100/11-12) ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seit

dem Unfall vom 12. Oktober 2012 als Hauswart zu 100 % arbeitsunfähig ist. Es sei aber daran festzuhalten und es ergäben sich diesbezüglich aus dem Gutachten des G.____ keine neuen Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer ab August 2013 in einer ideal angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/26/3-4). Diese Arbeitsfähigkeit würde durch kurzzeitige Einschränkungen auf Grund von medizinischen Behandlungen lediglich unterbrochen, eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei nach August 2013 nicht ausgewiesen.

E. 3.6.2

Am 25. Oktober 2016 (Urk. 7/100/13) führte Dr. C.____ aus, die vom D.____ und der H.____ attestierte Depression habe sich primär auf Grund psychosozialer Faktoren entwickelt. Ausserdem sei es im Rahmen des stationären Aufenthalts unter Therapie zu einer deutlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes gekommen (Durchschlafstörungen vollständig remittiert, deutliche Verbesserung von Affekt und Antrieb). Eine dauerhafte/langdauernde Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergebe sich somit auch aus den vom Beschwerdeführer neu eingehenden Berichten nicht. Vielmehr handle es sich nur um eine kurze Krankheitsepisode, welche sich unter stationärer Behandlung deutlich gebessert habe. 4.

E. 4

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 4.1

Das Gutachten des G.____ vom 21. Juni 2016 (Urk. 7/89) beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beeinträchtigungen, wurde in Kenntnis und in sorgfältiger Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Es waren die Fachrichtungen Neurologie, Handchirurgie, Orthopädie und Psychiatrie vertreten, womit es sich für die vorliegend zu beantwortenden Fragen als umfassend erweist. Das Gutachten wird damit den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. 1.4) gerecht. Ihm ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, falls keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 E. 3b/ bb).

Im Zusammenhang mit der eingangs erwähnten (vgl. E. 1.5), nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. April 2017 ergangenen Änderung der Rechtsprechung des Bundesgerichts zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Beschwerden (BGE 143 V 409 und 143 V 418) ist zu beachten, dass nach früherem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8). Zu prüfen ist, ob das Gutachten eine schlüssige Beurteilung im Lichte der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 unter Berücksichtigung der neuesten Rechtsprechung erlaubt oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C_167/2018 vom 26. April 2018 E. 4.1). Vorliegend wurde die

Arbeitsfähigkeitseinschätzung aus psychiatrischer Sicht vom psychiatrischen Gutachter nicht explizit anhand der in BGE 141 V 281 erarbeiteten Indikatoren begründet, weshalb nachfolgend zu prüfen sein wird, ob die psychiatrische Beurteilung auch mit Blick auf die Rechtsprechung von BGE 141 V 281 den Anforderungen an die Beweiskraft genügt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 vom 28. Juni 2018 E. 6.1.2; vgl. E. 5).

E. 4.2

Der Beschwerdeführer bringt gegen das Gutachten des G.____ vor, es verneine eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht, ohne dass es eine Auseinandersetzung mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Psychiater enthalte. Hierzu ist festzuhalten, dass sich

J.____, FMH Psychiatrie und Psychiatrie, in psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Juni 2016 (Urk. 7/89/57-70) ausführlich mit der Beurteilung des D.____

vom 23. September 2015 (vgl. E. 3.3.2) auseinandersetzt (Urk. 7/89/65). Die Behandlung in der H.____ erfolgte erst später, womit sich Dr. J.____ im Rahmen der Erstellung des Gutachtens mit deren Beurteilung gar nicht auseinandersetzen konnte. Wie sich aus dem Bericht der H.____ vom 22. September 2016 (Urk. 7/91) ergibt, konnten aber während der vom 1. August bis zum 9. September 2016 dauernden stationären Behandlung unter schrittweiser Eindosierung der Medikamente die Durchschlafstörung beseitigt sowie Affekt und Antrieb deutlich verbessert werden. Nach komplikationslos verlaufer Belastungserprobung zu Hause sei der Beschwerdeführer aus der Klinik entlassen worden. Eine Tagesstrukturierung oder eine ambulante Ergotherapie habe er abgelehnt, aus finanziellen Gründen (Tram ticket) und weil er sich um seine pflegebedürftige Ehefrau kümmern wolle.

Im Fokus der Gespräche mit dem Beschwerdeführer stand sodann der Selbstwertkonflikt nach traumatischem Verlust der beruflichen und aktueller Gefährdung der privaten Identität. Zur Einweisung in die Klinik kam es aufgrund einer Exazerbation der Situation durch familiäre Belastungen (Herzkrankung und Operation der Tochter, Diagnose eines Karzinoms bei der Ehefrau). Es ergibt sich damit, dass die Klinikeinweisung im Wesentlichen auf die psychosoziale Belastungssituation (Arbeitslosigkeit des Beschwerdeführers, erhebliche gesundheitliche Probleme bei Ehefrau und Tochter) zurückzuführen war. Nichts Anderes geht aus dem Bericht des D.____ vom 22. September 2015 (richtig: 2016, Urk. 6/78 = Urk. 3/6) hervor. Übereinstimmend mit der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. C.____ vom 25. Oktober 2016 (Urk. 7/100/13) ist deshalb festzuhalten, dass sich den Berichten der H.____

und des D.____

vom 22. September 2016 keine invalidenversicherungsrechtlich relevante (langandauernde und erhebliche gesundheitsbedingte) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Begutachtung im März 2016 entnehmen lässt.

Wie bereits erwähnt ist bezüglich der Berichte der behandelnden Ärzte ausserdem darauf hinzuweisen, dass bei deren Würdigung der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (vgl. E. 1.4).

E. 4.3

Als nicht zutreffend erweist sich sodann auch der Einwand des Beschwerdeführers gegen das Gutachten des G.____, wonach dieses im Hinblick auf reine Unfallfolgen erstattet worden sei und die Bezifferung der gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit unterlasse (Urk. 1 S. 7). Es geht klar aus dem Gutachten hervor, dass der Beschwerdeführer in sämtlichen Tätigkeiten, welche nur die rechte Hand beanspruchen, zu 100 % arbeitsfähig ist, hingegen eine Einschränkung von 25 %

bei Tätigkeiten besteht, welche den Einsatz der linken Hand erfordern. Diese Einschränkung führen die Gutachter auf den Unfall zurück, und sie verneinen ausdrücklich zusätzliche krankheitsbedingte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht (Urk. 7/89/30-31). 5. 5.1

Beim strukturierten Beweisverfahrens gemäss BGE 141 V 281 (vgl. E. 1.5) sind zunächst im Rahmen der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ die Indikatoren zum Komplex „Gesundheitschädigung“ näher auszuleuchten.

Entscheidend sind demnach die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome, deren Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz sowie allfällige Komorbiditäten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.1). Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome stellte Dr. J.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten

für den Zeitpunkt der Begutachtung fest, dass trotz offenbar seit spätestens Ende 2013 stattfindender psychiatrischer Behandlung in den somatischen Berichten an keiner Stelle schlüssig auffälliges psychisches Geschehen beschrieben worden sei. Nur im einzigen Bericht einer psychiatrischen Institution (D.____) würden psychiatrische Diagnosen angeführt, zwei jedoch nur als Verdachtsdiagnosen und vor allem der Schweregrad der Depression sei nicht schlüssig aus dem Bericht nachvollziehbar. Was sich aus dem Bericht vom 23. September 2015 ergebe, sei, dass der Beschwerdeführer offenbar zu dekompensieren scheine, wenn er gefordert werde. Er dränge dann massiv nach Nikotinkonsum. Die Medikation erscheine für eine offenbar lang andauernde schwere Depression recht gering, es finde sich keine Augmentation mit anderen Antidepressiva oder auch Stimmungsstabilisatoren. In der Untersuchung habe der Beschwerdeführer sodann im unbeobachteten Moment mit dem linken Arm problemlos ein Haar von seiner Kleidung entfernen können. Dass ihm sowas auffalle, wäre bei einer schweren Depression ungewöhnlich und ebenso passe dazu nicht, dass der Beschwerdeführer während der ganzen Exploration schwingungsfähig gewesen sei. Der Psychostatus weise weniger auf ein depressives als auf ein apathisches Syndrom hin. Zum klinischen Eindruck wirkten die Angaben des Beschwerdeführers beim Psychostatus deutlich übersteigert im Sinne einer Aggravation. Insgesamt könne eine depressive Episode nicht schlüssig belegt werden (Urk. 7/89/65-66).

Das Beschwerdebild ebenfalls mitprägende psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren sind, soweit sie unmittelbar die Symptomatik beeinflussen, als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuschneiden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_329/2018 vom 7. September 2018 E. 5.2.3 und 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3). Beim Beschwerdeführer fällt als erheblicher psychosozialer Belastungsfaktor der Verlust der Arbeitsstelle ins Gewicht. Die Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die ehemalige Arbeitgeberin hat den Beschwerdeführer

erheblich gekränkt. Weitere psychosoziale Belastungen ergeben sich sodann durch die Erkrankungen von Ehefrau und Tochter.

Gegen eine lang dauernde schwere Ausprägung einer depressiven Symptomatik spricht auch der Umstand, dass sich der Zustand des Beschwerdeführers während des stationären Aufenthalts und unter entsprechender Medikation schnell verbessert hat. Eine Chronifizierung liegt damit jedenfalls nicht vor. 5.2

Bezüglich Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. – Resistenz ist in diesem Zusammenhang zu bemerken, dass sich das Beschwerdebild unter entsprechender Behandlung verbessern

lässt. Die Therapieoptionen sind nicht ausgeschöpft, namentlich fehlt es auch an einer konsequenten Einnahme von psychopharmakologischen Medikamenten. Somatische Komorbiditäten sind vorhanden und grundsätzlich als ressourcenraubend in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigen (vgl. dazu BGE 143 V 418 E. 8.1, Präzisierung der Rechtsprechung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis). Sie stehen allerdings nach dem Gesagten der vollzeitlichen Ausübung einer angepassten Tätigkeit nicht entgegen. 5.3

Zur Kategorie „funktioneller Schweregrad“ ist ferner der Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.2). Hierzu ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer in der Untersuchung durch Dr. J. ___ klare Hinweise auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit narzisstischem Schwerpunkt zeigte. Möglicherweise habe er auch zu wenige Problemlösungsstrategien in seinem Leben entwickelt, um der Situation, in welcher er sich seit 2012 befindet, adäquat begegnen zu können. Damit ist eine gewisse Persönlichkeitsproblematik erkennbar, welche bei der Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fällt. 5.4

Innerhalb der Kategorie „funktioneller Schweregrad“ bestimmt ferner auch der Komplex „Sozialer Kontext“ mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.3).

Im Lebenskontext zu berücksichtigen sind (mobilisierbare) Ressourcen des Beschwerdeführers respektive das Fehlen solcher Ressourcen, so er Unterstützung aus seinem sozialen Netzwerk erfährt. Der Beschwerdeführer lebt gemäss eigenen Angaben anlässlich der Begutachtung sozial eher zurückgezogen. Das Familienleben mit Ehefrau und Tochter schien im Zeitpunkt der Begutachtung zwar belastet, aber intakt und der Beschwerdeführer hat auch Kontakte zu seiner Herkunftsfamilie und Nachbarn (Urk. 7/89/67). Ausserdem erhält er Anrufe seiner Kollegen (Urk. 7/89/61). Damit überwiegen beim Lebenskontext des Beschwerdeführers die sich positiv auf seine Ressourcen auswirkenden Faktoren. 5.5
5.5.1

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.4). Der

Tagesablauf des Beschwerdeführers zeigt sich im Wesentlichen unauffällig. Er steht zu unregelmässigen Zeiten auf, wenn Ehefrau und Tochter schon aus dem Haus sind. Dann bereitet er sich einen Tee zu und setzt sich dazu hin. Fernsehen tut er nicht mehr gerne, er geht aber ins Internet und liest manchmal auch Zeitungen. Jeden Tag geht er in den Coop, um Zigaretten zu kaufen. Dort wechselt er ein paar Worte mit dem Personal. Wenn er müde ist, schläft er, wenn er Hunger hat, isst er etwas. Sodann bekommt er Anrufe von seinen Kollegen. Abends kommen Ehefrau und Tochter nach Hause und erzählen von ihrem Tag, wobei der Beschwerdeführer aber angibt, lieber seine Ruhe haben zu wollen. Im Haushalt mache er nichts und der Körperpflege widme er sich zu wenig (Urk. 7/89/61). Diese Umstände sprechen für eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen, der Beschwerdeführer geht aber nach wie vor – wenn auch auf eher nieder schwelligem Niveau – einigen Aktivitäten nach. 5.5.2

Der in die gleiche Kategorie („Konsistenz“) fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder resistenz) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_539/2015 vom 21. März 2016 E. 4.5). Der Beschwerdegegner besucht zwar regelmässig die Psychotherapie beim D.____. Darüber hinaus sind aber wenig Bemühungen erkennbar und auch eine konsequente Einnahme von Medikamenten ist nicht ersichtlich. 5.6

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf den geringfügigen Schweregrad der gutachterlich erhobenen Befunde, die das psychische Beschwerdebild massgeblich beeinflussenden psychosozialen Belastungsfaktoren sowie auf das vom psychiatrischen Gutachter beobachtete aggravatorische Verhalten des Beschwerdeführers eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Arbeitsunfähigkeit aus psychischer Sicht führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen.

5.7

Die im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten, nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten Berichte des D.____ vom 10. Mai 2017 (Urk. 3/8; vgl. E. 3.3.3) und 8. März 2018 (Urk. 10/2) sowie der H.____ vom 8. Februar, 15. Februar und vom 2. August 2018 (Urk. 10/1 [vgl. E. 3.5.2] und Urk. 13/1-2) enthalten keine Angaben, welche darauf schliessen lassen würden, dass sich das psychische Zustandsbild des Beschwerdeführers seit der Begutachtung bis zum Erlass der – rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) – Verfügung vom 6. April 2017 massgeblich verschlechtert hat (vgl. auch E. 1.6). 5.8

Es ist damit gestützt auf das Gutachten des G.____ davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner somatischen Beeinträchtigungen aus handchirurgischer Sicht seit Oktober 2012 in seiner angestammten Tätigkeit als Hauswart zu 100 % arbeitsunfähig ist. Hingegen sind ihm sämtliche Tätigkeiten, welche nur die (dominante [vgl. Urk. 7/89/18])

rechte Hand beanspruchen, seit August 2017 (vgl. E. 3.6.1) vollumfänglich zumutbar. Beim Einsatz der linken Hand ist der Beschwerdeführer auf das Heben und Tragen von Lasten bis

3 kg limitiert und bei repetitiven Handlungen bzw. beim Hantieren mit Gegenständen sollten 0,5 bis 1 kg Belastung nicht überschritten werden. Das Stabilisieren von Werkzeugen mit der linken Hand ist nur bei leichten bzw. kleinen Gegenständen möglich. Zudem benötigt der Beschwerdeführer bei solchen Tätigkeiten häufigere oder längere Pausen. Für in diesem Sinne dem Leiden angepasste Tätigkeiten besteht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 25 % . 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin bei der A.____ Genossenschaft als Hauswart gearbeitet hätte. Gemäss Arbeitgeberbericht der A.____ Genossenschaft hätte der Beschwerdeführer im Jahr 2013 einen AHV-beitragspflichtigen Lohn von Fr. 58'760.-- erzielt (Urk. 7/15/3).

E. 6.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; BGE 129 V 472 E. 4.2.1; BGE 126 V 75 E. 3b). Dabei sind grundsätzlich die im Verfügungszeitpunkt aktuellsten veröffentlichten Tabellen der LSE zu verwenden (Urteile des Bundesgerichts 9C_699/2015 vom 6. Juli 2016 E. 5.2, 8C_78/2015 vom 10. Juli 2015 E. 4 und 9C_526/2015 vom 11. September 2015 E. 3.2.2; zur Verwendung der aktuellsten statistischen Daten bei Rentenrevisionen vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.8.1 und BGE 133 V 545 E. 7.1). Der Bezug der Lohnstatistik erfolgt nur, wenn eine Ermittlung des Invalideneinkommens aufgrund und nach Massgabe der konkreten Gegebenheiten des Einzelfalles nicht möglich ist (vgl. BGE 142 V 178 E. 2.5.7; BGE 139 V 592 E. 2.3, BGE 135 V 297 E. 5.2; vgl. auch Meyer/ Reichmuth , IVG, 3. Aufl., N 55 und 89 zu Art. 28a, mit weiteren Hinweisen auf die Rechtsprechung).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unter durchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden

Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichsein kommen mitverantwortliche invaliditäts - fremde Faktoren im Rahmen des so genannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Wurde bei der Festsetzung der Höhe des Abzugs vom Tabellenlohn ein Merkmal oder ein bestimmter Aspekt eines Merkmals zu Unrecht nicht berücksichtigt, hat die Beschwerdeinstanz den Abzug gesamthaft neu zu schätzen. Es ist nicht von dem von der IV-Stelle vorgenommenen Abzug auszugehen und dieser angemessen zu erhöhen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_796/2013 vom 28. Januar 2014 E. 3. 2 mit Hinweis auf SVR 2011 IV Nr. 31 S. 90, 9C_728/2009 E. 4.1.2).

E. 6.3

Der Zentralwert für die mit einfachen Tätigkeiten (Kompetenzniveau 1) beschäftigten Männer betrug im Jahre 2012 im privaten Sektor Fr. 5'210.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2012, Tabelle TA 1, S. 35), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Bundesamt für Statistik, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Tabelle T 03.02.03.01.04.01) ein hypothetisches Einkommen von monatlich Fr. 5'431.40 bzw. Fr. 65'176.80 pro Jahr ergibt. Angepasst an den Nominallohnindex für Männer (vgl. Bundesamt für Statistik, wichtige Arbeitsmarktdindikatoren, Entwicklung, Tabelle T1.1. 10 : 2012 = 101.7, 2013 = 102.5) beträgt das Einkommen im Jahr 2013

Fr. 65'689.50. Bei einer Leistungsfähigkeit von 75 % ergibt sich ein Einkommen von Fr. 49'267.10. Zumal für eine Tätigkeit, bei welcher der Gebrauch der linken Hand nicht erforderlich ist, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht, scheint die Vornahme eines weiteren Abzugs nicht gerechtfertigt. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 58'760.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 9'492.90 bzw. rund 16 %, welche keinen Anspruch auf eine Invalidenrente gibt.

E. 6.4

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente zu Recht verneint hat. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 1000 Franken festgelegt.

Die Gerichtskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Marc Spescha -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle , unter Beilage je einer Kopie von
Urk. 12 und Urk. 13/1-2 - 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 Bundesge
setzes 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 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstBrügger

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.