

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00595 vom 31. März 2023

ZH Sozialversicherungsgericht, 2023-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00595

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00595 du 31 mars 2023

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00595 del 31 marzo 2023

Erwägungen

E. 1

Stellung dazu und empfahl zur Abklärung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit die Einholung eines polydisziplinären Gutachtens (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 13. Mai 2022, Urk. 7/226 S. 13 f.). Das polydisziplinäre (internistische, orthopädische und psychiatrische)

C.____-Gutachten wurde am 27. April 2022 erstattet (Urk. 7/224). Gestützt auf die versicherungsmedizinische RAD-Beurteilung vom 9. Mai 2022 (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 13. Mai 2022, Urk. 78/226 S. 1

E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da der Rentenanspruch und die fragliche Aufhebung bzw. Abänderung derselben vorliegend in die Zeit vor dem 1. Januar 2022

fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

E. 1.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 der 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. 1.3

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 145 V 215 E. 5.1, 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne Weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (BGE 145 V 215 E. 5.3.2, 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 13

E. 1.5.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprenkung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung (BGE 141 V 9 E. 2.3, 134 V 131 E. 3). Ferner kann ein Revisionsgrund unter Umständen auch in einer wesentlichen Änderung hinsichtlich des für die Methodenwahl massgeblichen (hypothetischen) Sachverhalts bestehen (BGE 144 I 28 E. 2.2, 130 V 343 E. 3.5, 117 V 198 E. 3b, je mit Hinweisen). Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_135/2021 vom 27. April 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C_144/2021 vom 27. Mai 2021 E. 2.3, je mit Hinweisen).

IV221130 Revision, zeitliche Voraussetzungen für die Herabsetzung oder Aufhebung einer Rente, einer Hilflosenentschädigung oder eines Assistenzbeitrages, Verordnungstext

02.2022 Gemäss Art. 88a Abs. 1 IVV ist eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, oder eine Verminderung der Hilflosigkeit, des invaliditätsbedingten Betreuungsaufwandes oder Hilfebedarfs für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate angedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird.

E. 1.5.2

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_122/2020 vom 26. Februar 2021 E. 2). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.6

Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht 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 (BGE 125 V 351 E. 3a).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er 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 Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich 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; Urteil des Bundesgerichts 8C_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je m.w.H.). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 11. Oktober 2022 (Urk. 2)

gestützt auf das C.____-Gutachten vom 27. April 2022 davon aus, dass der Beschwerdeführer per Ablauf des Wartjahres im Dezember 2018 weiterhin für alle

Tätigkeiten voll arbeitsunfähig gewesen sei, sich sein Gesundheitszustand aber insoweit gebessert habe, dass ihm seit Januar 2020

eine optimal angepasste Tätigkeit wieder zu 100 % zumutbar sei. Für die Zeit vom 1. Dezember 2018 (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG und Art. 29 Abs. 1 IVG) bis 31. März 2020

habe der Beschwerdeführer

demnach Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente.

Für

den nachfolgenden Zeitraum (ab 1. April 2020)

ermittelte die Beschwerdegegnerin unter Anwendung des Einkommensvergleichs einen renten ausschliessenden Invaliditätsgrad von 34 %. 2.2

Der Beschwerdeführer ist demgegenüber der Ansicht, auf das polydisziplinäre C.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Es sei vielmehr auf das konsistente Abklärungsergebnis der BEFAS abzustellen, wonach er in einer angepassten Tätigkeit nur zu 60 % arbeitsfähig sei. Daraus resultiere unter Gewährung eines leidensbedingten Abzuges aufgrund der grossen Einschränkung der dominanten linken Hand ein Anspruch auf eine Dreiviertelrente. Sollte gestützt auf das C.____-Gutachten von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden, würde sich unter Berücksichtigung eines behinderungsbedingten Abzuges von 10 % ein rentenberechtigender Invaliditätsgrad von 40 % ergeben. Eventuell sei die Sache zu ergänzenden medizinischen Abklärungen und zum Neuentscheid zurückzuweisen (Urk. 2). 3. 3.1

Dr. med. D.____, Fachärztin Neurologie, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 21. August 2018 (Urk. 7/72 S. 52-54) zuhanden der SUVA eine HWS-Distorsion QTF 2° und hielt in ihrer Beurteilung fest, dass sich klinisch-neurologische Zeichen einer HWS-Distorsion 2° mit deutlichen schmerzhaften Bewegungseinschränkungen im Bereich der HWS und druckdolenter Schulter-/Nackmuskulatur ohne weitere neurologische Defizite, weiterhin Schmerzen der radialeseitigen Handwurzel links nach Traumata ohne klinische Anhaltspunkte für eine neurogene Schädigung zeigten. Am linken Bein finde sich eine leichte Hypästhesie der linken Sohle

bei Hinweisen auf ein abgelaufenes lumboradikuläres Schmerzsyndrom, am ehesten einem leichten sensiblen Ausfallsyndrom nach S1-Wurzelkompression links entsprechend, allenfalls traumatisch akzentuiert bei vermutlich vorbestehenden degenerativen Bandscheibenveränderungen. Bei inzwischen guter Beschwerderückbildung und minimalem Ausfall sei eine Bildgebung hier nicht zwingend notwendig, da dies ohne weitere therapeutische Konsequenz verbleibe. Von neurologischer Seite sei keine weitere Diagnostik notwendig, sinnvoll sei weitere Physio- und Ergotherapie mit auch vermehrten Eigenübungen und sobald als möglich Beginn der beruflichen Reintegration. Hinsichtlich der Handgelenksbeschwerden sei der Beschwerdeführer in chirurgischer weiterer Abklärung. 3.2

Die behandelnde Hausärztin Dr. med. E.____, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 21. Dezember 2018 (Urk. 7/74) zuhanden der Beschwerdegegnerin eine Handfunktionsstörung links seit dem 19. Dezember 2017 sowie ein lumbosakrales und radikuläres Schmerzsyndrom, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit

auswirkten. Ausserdem leide der Beschwerdeführer seit über fünf Jahren an COPD und über einen Nikotinabusus aus. Der Beschwerdeführer sei seit dem 20. Dezember 2017 für alle Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, wobei noch keine Prognose gestellt werden könne. 3.3

3.3.1

In der auftrags der SUVA in der Rehaklinik Y.____

veranlassten EFL vom 1. April 2019 (Urk. 7/85) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Unfall vom 19. Dezember 2017: Beim Abladen von Schleifmaschine auf Schnee ausgerutscht

-

Skaphoid-Fraktur links

-

Lunatum-Pseudoarthrose mit anteilig

nekrotischen Arealen und

konsolidierter Skaphoid-Fraktur mit Nekrosezone der linken Hand

-

Kontusion Rücken und Gesäss

-

Unfall vom 16. Juni 2018: Heckkollision

-

HWS-Distorsion Grad II nach Quebec Task Force (QTF)

-

Spannungskopfschmerz und Migräneartiger Kopfschmerz gemischt

-

Unfall vom 2. Juli 2015: PW-Seitenkollision rechts

-

HWS-Distorsion QTF II

-

Akute Exazerbation eines chronischen, lumbovertebralen

Schmerzsyndroms

-

Chronisches, lumbovertebrales Schmerzsyndrom

-

Diabetes mellitus Typ 2

-
Asthma bronchiale (Erstdiagnose am 7. März 2019)

Aktuelle Probleme seien

eine eingeschränkte Beweglichkeit bei belastungsabhängigen Schmerzen sowie eine reduzierte Kraft des Handgelenkes links, bewegungs- und belastungsverstärkte Nackenbeschwerden linksbetont sowie occipital betonte Kopfschmerzen, teilweise ausstrahlend in den gesamten Kopf. Bezüglich der linken Hand sei die Fortführung der geplanten Verlaufskontrollen empfohlen. Zukünftig sei noch eine leichte Arbeit zumutbar, mit zusätzlich speziellen Einschränkungen betreffend die linke Hand. Bezüglich der Behandlung der Beschwerden im Bereich der HWS sei auf das ambulante Assessment vom 6. Juni 2019 verwiesen, wobei unfallkausal keine Einschränkungen attestiert würden. Aus unfallfremder Sicht müssten unter anderem die Kompression des Myelons auf Höhe HWK5/6 und die neuroforaminale Stenose mit möglicher leichter Kompression der C6-Wurzel beidseits bezüglich der Zumutbarkeit berücksichtigt werden. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der physischen Leistungstest für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit im Rahmen der Eingliederungsperspektive nur teilweise verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können als bei den Leistungstests gezeigt. Die Beurteilung der Zumutbarkeit stütze sich deshalb wesentlich auf medizinisch-theoretische Überlegungen, unter Berücksichtigung der Beobachtungen bei den Leistungstests. Eine weitergehende Einschränkung der Belastbarkeit lasse sich medizin-theoretisch nicht begründen. Die Beurteilung der Zumutbarkeit erfolge aus unfallkausaler Sicht. Die berufliche Tätigkeit als Bodenleger sei nicht zumutbar; so seien die Anforderungen zu hoch, da es sich um eine schwere Arbeit mit wiederholtem Krafteinsatz handle. Andere berufliche leichte Tätigkeiten seien ganztags zumutbar. Als spezielle Einschränkungen gälten für die linke Hand, dass Vibrationsbelastung und Schläge, wiederholter Krafteinsatz und häufige Handgelenksbewegungen zu vermeiden seien. Betreffend die HWS (unfallfremd) sei eine Zumutbarkeit für Arbeiten ohne Tätigkeiten länger dauernd über Schulterhöhe und ohne häufige Zwangshaltungen im Nackenbereich gegeben. 3.3.2

Im ambulanten Assessmentbericht der Rehaklinik Y.____

vom 6. Juni 2019 (Urk. 7/84 S. 15-24) wurden folgende Diagnosen aufgeführt:

-

Unfall vom 16. Juni 2018: Heckkollision

-

HWS-Distorsion Grad II nach QTF

-

Spannungskopfschmerz und migräneartiger Kopfschmerz gemischt

-

Verdacht auf Diabetes mellitus Typ 2

-

Status nach Exazerbation eines neu diagnostizierten Asthmas bronchiale
(Erstdiagnose am 7. März 2019)

-

Unfall vom 19. Dezember 2017: Beim Abladen von Schleifmaschine auf
Schnee ausgerutscht

-

Lunatum -Pseudoarthrose mit anteilig nekrotischen Arealen und
konsolidierter Skaphoid -Fraktur mit Nekrosezone der linken Hand

Beim Assessment sei für aktive Therapiemassnahmen ein mässiger Zugang gefunden
worden. Der Beschwerdeführer habe eine mässige Leistungsbereitschaft in den probeweise
instruierten Bewegungs- und Trainingsübungen gezeigt. In den Belastungstests sei die
Leistungsbereitschaft ebenfalls fraglich gewesen. Die minimale Performance sei nicht
erreicht worden. Aufgrund der Abklärungsergebnisse sei die Aufnahme einer medizinisch
geleiteten Trainingstherapie (MTT) zur Kräftigung der nacken- und rumpfstabilisierenden
Muskulatur sowie Physiotherapie empfohlen. Der Beschwerdeführer habe keine
abgeschlossene Berufsausbildung. Bisher sei er als Bodenleger tätig gewesen. Den
Arbeitsvertrag habe er noch. Gerne würde er wieder in seinem Beruf tätig sein, doch sehe er
sich derzeit nicht in der Lage dazu. Insgesamt sollte einer Wiederaufnahme einer leichteren
Arbeit nichts im Wege stehen. Die Tätigkeit als Bodenleger dürfte sich aufgrund der
schlechten Funktion der linken Hand aktuell als schwierig erweisen. Aus unfall kausaler
Sicht sei von einer grundsätzlich guten Prognose auszugehen, angesichts der
abzeichnenden, erheblichen Symptomausweitung müsse die Prognose jedoch insgesamt als
ungewiss eingestuft werden. 3.4

Dr. E. ___ stellte in ihrem Bericht vom 19. Dezember 2019 (Urk. 7/108) zuhanden der
Beschwerdegegnerin folgende Diagnose :

-

gemischtes Asthma mit COPD bei langjährigem Nikotinabusus
(rezidivierend persistiert) und bei allergischer Komponente mit Status nach
rezidivierenden Exazerbationen, zuletzt im März 2019 mit erniedrigter
Spontansättigung im Sinne einer deutlichen Gasaustauschstörung,
differentialdiagnostisch: Lungenparenchymerkrankung bei chronischem
Kontakt mit Lösungsmitteln als Bodenleger

-

Schlafstörung bei Verdacht auf Schlafapnoe-Syndrom

-

Diabetes mellitus Typ 2 unter Diabetesdiät

Im Verlauf falle auf, dass der Beschwerdeführer mit den vielen Erkrankungen und damit
zusammenhängender Abklärungen stark überfordert sei. Es sei auch eine Überweisung an
einen Psychiater diskutiert worden, da der Beschwerdeführer zunehmend depressiver

geworden sei. Eine grosse Rolle spiele dabei auch der Verlauf der Handverletzung mit konsekutiver Ausbildung einer Lunatum -Pseudoarthrose und später nötigen Neurotomie. Diese Verletzung führe zu einer Funktionsstörung der linken Hand im Alltag, was den ehemaligen Plattenleger und Handwerker psychisch sehr stark unter Druck setze und zu depressiven Reaktionen führe. Es bestehe aber auch eine Compliance-Problematik, da der Beschwerdeführer schwer zugänglich sei bezüglich regelmässiger Medikation und Wahrnehmung von regelmässigen Terminen. Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Plattenleger sei aus den genannten Gründen nicht mehr möglich. Der ständige Kontakt zu Lösungsmitteln sei aus Asthmagründen zu vermeiden. Arbeiten draussen seien ebenfalls zu vermeiden. Aktuell bestehe eine depressive Entwicklung und ein weiterer Abklärungsbedarf bei Verdacht auf obstruktive Schlafapnoe mit nächtlicher Hypoxie, weshalb Nacht- und Schichtarbeit zu vermeiden seien. Auch Arbeiten als Berufsfahrer könnten zurzeit nicht empfohlen werden. Ausgeschlafen und ohne Leistungsdruck könne der Beschwerdeführer aber Auto

fahren. Es bedürfe weiterer pneumologischer und psychiatrischer Abklärungen zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit; bis dahin sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig. 3.5

Im Bericht der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie des Kantonsspitals F.____ vom 23. Dezember 2019 (Urk. 7/111) wurden folgenden Diagnosen aufgeführt:

-

Lunatum -Pseudoarthrose mit anteilig-nekrotischen Arealen und konsolidierter Skaphoid -Fraktur mit Nekrosezone der linken Hand nach

-

Sturz auf das Handgelenk am 19. Dezember 2017

-

erneutem Trauma nach Auffahrunfall im Juni 2018

-

proximaler row

carpectomy mit Nervus

interosseus

posterior

Neurotomie links am 6. November 2018

-

im Verlauf regredienter Schmerzexazerbation nach

Mobilisationsaufnahme

Die versicherungsmedizinische Beurteilung der Rehaklinik Y.____ sowie der SUVA-Kreisärztin seien als vollständig, nachvollziehbar und schlüssig zu betrachten. Der medizinische Endzustand sei erreicht, jedoch sei anzumerken, dass ein Rückfall zu erwarten

wäre, wenn der Beschwerdeführer seine ergotherapeutischen Übungen nicht regelmässig durchführt e. Das Zumutbarkeitsprofil mit leichter Arbeit, ganztags, ohne Vibrationsbelastung und Schlägen, ohne wiederholten Krafteinsatz und ohne häufige Handgelenkbewegungen sei als zutreffend zu würdigen. Nach Fallabschluss reiche eine jährliche Arztkontrolle, jedoch seien vier Physio- beziehungsweise Ergotherapie-Serien eher spärlich, weil ein Rückfall bei Sistierung der intensiven Therapien zu erwarten sei. Der Integritätsschaden von geschätzt 15 % erscheine nachvollziehbar. Der Verkehrsunfall vom Juni 2018 habe sicher zu Exazerbation der Klinik geführt, welche zur Operation geführt habe. Prätraumatisch habe die konservative Behandlung einer Skaphoid -Fraktur stattgefunden, jedoch hätten keine dermassen einschränkenden Beschwerden bestanden, dass eine operative Integration angedacht worden sei. Aufgrund dessen sei der Unfall von Juni 2018 als richtungsgebende Verschlimmerung der Vorzustandes zu betrachten. 3.6

Im Schlussbericht der interdisziplinären B EFA S -Abklärung vom 7. Oktober 2020 (Urk. 7/156) zuhanden der Beschwerdegegnerin wurden folgende invalidisierende Diagnosen/Funktionseinschränkungen genannt:

-

Status nach mehreren Unfällen mit chronischen Rücken-, Nacken-, Bein- und Handschmerzen

-

Status nach Skaphoid -Fraktur links bei Sturz am 19. Dezember 2017 und Auffahrunfall am 16. Juni 2018

-

Status nach proximaler row

carpectomy mit Nervus

interosseus

posterior Neurotomie links am 6. November 2018

-

Asthma bronchiale (Erstdiagnose im März 2019)

-

differentialdiagnostisch: Asthma-COPD Overlap -Syndrom bei

Nikotinabusus und mit allergischer Komponente sowie langjähriger

Exposition zu toxischen Substanzen als Parkettleger

-

Status nach rezidivierenden Exzerbationen , letztmals im März 2019

Als nicht invalidisierende Diagnosen verblieben folgende:

-

Epicondylitis

lateralis rechter Ellbogen

-

Diabetes mellitus Typ 2

-

Arterielle Hypertonie

-

Hypercholesterinämie

-

Nicht stenosierende koronare Herzkrankheit

-

Verdacht auf obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

Zur allgemeinärztlichen Situation wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführer in der Türkei während fünf Jahren die Schule besucht habe. In der Schweiz habe er während zwei Jahren ein «Praktikum» absolviert, bei dem ihm alles beigebracht worden sei, was er als Bodenleger wissen müsse. Aktuell ständen vor allem die Schmerzen im linken Handgelenk im Vordergrund (als Linkshänder). Beweglichkeit und Kraft fehlten praktisch vollständig. Weder Faustschluss noch Pinzetten griff seien mit der linken Hand möglich. Die Schmerzen würden als Brennen beschrieben. Zudem klagte der Beschwerdeführer über Schmerzen im Bereich des rechten Epicondylitis

lateralis am Ellbogen. Bei schnellem Gehen gerate er rasch in Atemnot. Nachts erwache er manchmal durch Panikattacken (circa 2-3 Mal pro Woche), die jeweils nach 15 Minuten auf ein Sedativum ansprechen. Bis zum Wirkungseintritt unterstützten ihn manchmal die Nachbarn. Allgemein fühle sich der Beschwerdeführer sehr müde. Er sei als freundlicher und motivierter, aber durch Depression und Schmerzen eingeschränkter Klient erlebt worden. Seine eingeschränkten Deutschkenntnisse erschwerten teilweise die Kommunikation. Im Laufe der Abklärung habe der Beschwerdeführer immer wieder über Schmerzen im linken Handgelenk und im Bereich des rechten Ellbogens geklagt, teilweise auch im Bereich der Wirbelsäule. Zudem habe er regelmässig schlechten Schlaf (häufige Unterbrechungen, nur kurze Schlafzeiten, jedoch keine Panikattacken) erwähnt. Wiederholt sei der Beschwerdeführer für Arztbesuche abwesend gewesen. Vonseiten des Diabetes mellitus sei er immer asymptomatisch gewesen. Im PACT-Test (Selbstbeurteilung der körperlichen Fähigkeiten) habe der Beschwerdeführer lediglich 61 von maximal 200 Punkten erreicht, was nicht einmal einem sitzenden Arbeitsbelastungsniveau mit seltenem Heben von 5 Kilogramm pro Tag entspreche. Die Schilderung der Beschwerden sei sicher durch die Depression geprägt (S. 15).

In psychiatrischer Sicht wurde dargelegt, dass der Beschwerdeführer kurdischer Nationalität

und in der Türkei als jüngstes von acht Kindern geboren worden sei. Er habe zwei Schwestern und fünf Brüder. Die Brüder seien ebenfalls emigriert und lebten in Deutschland und in der Schweiz. Der älteste Bruder sei mittlerweile verstorben. Die beiden Schwestern lebten in der Türkei. Betreffend Geburt und frühkindliche Entwicklung habe er

sich keiner Besonderheiten erinnern können. Sein Vater sei gestorben als er sechs Monate alt gewesen sei und er habe seinen ältesten Bruder für seinen Vater gehalten. Der Vater sei laut Erzählungen häufig gewalttätig gewesen. Er habe in der Türkei die Schule absolviert, Türkisch gelernt und gute Schulnoten und auch immer Kollegen gehabt. Vor dem Militärdienst sei er beginnend im 15. Lebensjahr mehrfach verhaftet und auf verschiedene Weisen gefoltert worden, da er verdächtigt

worden sei, mit der PKK und zu kommunistischen Organisationen Kontakt gehabt zu haben. In der Tat habe er sich als Sympathisant betätigt. Nach dem Ableisten des Militärs sei er mit 19 Jahren aus politischen Gründen in die Schweiz

geflohen. Er habe auf diese Weise die türkische Staatsangehörigkeit

verloren und sei aktuell immer noch staatenlos. Seine Mutter sei im Rahmen des militärischen Konflikts zwischen der türkischen Zentralregierung und aufständischen Kurden durch die Einwirkung einer türkischen Bombe gestorben. Aufgrund seiner Staatenlosigkeit habe er nicht an die Beisetzung reisen können. Er habe eigene Kinder aus zwei langjährigen Beziehungen. Die erste Ehe habe zu drei Kindern geführt und habe nach vier Jahren sehr konflikthaft geendet, sodass er aktuell keinen Kontakt zur Exfrau und den Kindern pflege. Die Beziehungen würden als tiefzerrüttet beschrieben und es offenbare sich eine grosse Enttäuschung und Kränkung in diesem Zusammenhang. Eine weitere Beziehung zu einer tschechischen Frau, mit der er eine 15-jährige Tochter habe, habe vor einem Dreivierteljahr geendet. Diese Frau sei zurück nach Tschechien gezogen und habe die Tochter mitgenommen. Zu dieser Exfrau bestehe weiterhin sporadischer Kontakt, vor allem jedoch zur Tochter. Diese neuerliche Trennung sei sehr schmerzhaft für ihn. In der Schweiz habe er Arbeit als Bodenleger gefunden. Innerhalb von zwei Jahren habe er sich die nötigen Kenntnisse im Sinne des «learning on the

job» angeeignet. In diesem Bereich habe er dann die folgenden 32 Jahre in verschiedenen Unternehmen gearbeitet und habe so eine Vorarbeiterfunktion erarbeitet und teilweise auch eine eigene Firma betreiben

können. Durch die verschiedenen Unfälle, vor allem seine Arbeitshand betreffend, habe er die Arbeitsfähigkeit als Bodenleger eingebüsst, wobei auch die pulmonale Situation wichtig sei. Die Auseinandersetzungen mit der Unfallversicherung und den

verschiedenen

involvierten Versicherungen und Behörden erlebe er als äusserst belastend, fühle sich nicht ausreichend ernstgenommen und zeige auch Mühe, die Entscheidungs-Algorithmen zu verstehen. So habe er auch viele Probleme mit dem Sozialdienst seiner Gemeinde. Mit der Sozialbehörde habe er die Zusammenarbeit abgebrochen und leihe sich aktuell Geld von Freunden, da er mit den Leistungen der Unfallversicherung seinen Lebensunterhalt nicht bestreiten könne. Diagnostisch sei von einer chronifizierten Traumafolgestörung auszugehen, die seit den Unfällen und dem Verlust der körperlichen Integrität und in der Folge der Existenzgrundlage und der Ehefrau exazerbiert sei. Auf der Symptomebene lägen depressive Symptome, eine Impulskontrollstörung, aggressive Phantasien, Gereiztheit, mangelnde Stress- und insbesondere Frustrationstoleranz, Schlafstörungen mit Albträumen und konsensuellen Flashbacks und daraus resultierenden Panikattacken vor. Als Person sei der Beschwerdeführer verbittert und fühle sich von vielen Seiten nicht ausreichend in seinem Leid gewürdigt. Seine limitierten Deutschkenntnisse und der einfache

Bildungshorizont tragen hierzu auch bei und führten zu häufigen Missverständnissen. Für die Diagnosestellung der andauernden Persönlichkeitsänderung sei auch zu berücksichtigen, dass der Beschwerdeführer mit seinen Exfrauen und diversen anderen Bezugspersonen und Autoritäten schwere Konflikte gehabt habe und habe. Es sei nicht untypisch, dass traumatisierte Menschen durch eine gute Integration in die Arbeitswelt sich stabilisieren könnten und Jahre später durch eine Belastung oder durch einen Verlust aus der Bahn geworfen würden und auf einmal mit PTBS-Symptomen konfrontiert würden. Dies sei aus psychiatrischer Sicht beim Beschwerdeführer geschehen durch die Unfälle und all deren Folgen für sein Leben. Rückblickend sei aus psychiatrischer Sicht zu vermuten, dass die hausärztliche Diagnose einer schweren Depression mit psychotischen Symptomen auf die paranoiden Symptome und die nächtlichen Flashbacks Bezug nehme und lediglich anders klassifiziert worden sei. Während der Befragung hätten keine schweren depressiven Symptome

vorgelegen, sondern diese erfüllten die Kriterien für leicht-mittelgradige. Aufgrund der Gesamtschau erscheine es am korrektesten, den gesamten Symptomkomplex im Sinne der Persönlichkeitsänderung zu diagnostizieren. Eine einzelne Diagnosestellung der Symptome (Depression, Panikstörung, Impulskontrollstörung, kognitive Störung) wäre diskutabel, erschien aber wenig zielführend und im Hinblick auf die Ätiologie weniger korrekt. Die gegenwärtige regelmässige psychiatrisch-psychotherapeutische Therapie sei zu begrüssen und sollte fortgesetzt werden; die aktuelle Medikation sei angemessen. Differentialdiagnostisch sei ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert worden, welches aus psychiatrischer Sicht ausgeschlossen werden sollte, wobei als Screeningmethode initial eine aktinometrische Domizilabklärung genügen sollte (S. 15 ff.).

Im Bericht wurde sodann dargelegt, aus somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Parkettleger definitiv ausgeschlossen. Eine Integration im ersten Arbeitsmarkt sei unter Berücksichtigung der Gesamtsituation wenig wahrscheinlich. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine eingeschränkte Eingliederungsfähigkeit, die psychische Verfassung des Beschwerdeführers lasse aktuell kein volles Pensum zu. Unter adaptierten Bedingungen sei eine Tätigkeit in einem zeitlichen Rahmen von circa 60% vorstellbar. Aus berufsberaterischer Sicht müsse ebenfalls von einer dauerhaft eingeschränkten Leistungs- und Eingliederungsfähigkeit ausgegangen werden. Eine Weiterbildung sei nicht zweckmässig beziehungsweise eingliederungswirksam. Eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt mit einem Pensum von 60% wäre nach psychischer Stabilisierung grundsätzlich möglich, jedoch würde es sich um einen Nischenarbeitsplatz handeln. Aus somatischer Sicht müssten für eine behinderungsangepasste Tätigkeit folgende

Kriterien erfüllt sein: leichte Tätigkeit mit

wechsellndem Einsatz der

Hände und ohne Krafteinsatz der linken Hand und ohne Zwangshaltungen, ohne längeres Gehen oder

Treppensteigen, in sauberer Umgebung (ohne Dämpfe oder Staub), keine Schichtarbeit, regelmässige Möglichkeiten für kurze Pausen, stressfreies und wohlwollendes Umfeld mit Arbeiten ohne grossem Instruktionaufwand. Aus psychiatrischer Sicht sei ein wohlwollendes, stressarmes und repetitives Arbeitsumfeld empfohlen. Die Flexibilität und

Umstellfähigkeit sowie die Konzentrations- und Lernfähigkeit seien stark eingeschränkt, sodass keine komplexen Tätigkeiten erlernt werden könnten. Tätigkeiten mit Publikumsbeziehungsweise Kundenkontakt erschienen möglich. Eine Ausbildung oder anspruchsvollere Aufqualifizierung könne aus psychiatrischer Sicht in der derzeitigen Situation nicht empfohlen werden. Es sollten einfachere Hilfsarbeitertätigkeiten gesucht werden. Sowohl aus allgemeinärztlicher als auch aus psychiatrischer Sicht könne mittelfristig ein 60%-Pensum angestrebt werden. Aus berufsberaterischer Sicht werde die Installation eines 6 bis 8-monatigen, strukturierten Aufbautrainings in einem wohlwollenden Umfeld und nach Stabilisierung ein Übertritt in den ersten Arbeitsmarkt (zum Beispiel Nischenarbeitsplatz) empfohlen. Das Aufbautraining sollte ein Pensum von 60 % umfassen, verteilt über fünf Tage die Woche (vorzugsweise am Vormittag) in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit. An der Eingliederungswilligkeit und Motivation gebe es keine Zweifel. Die während der BEFAS-Abklärung beobachtete Tendenz zur Selbstlimitation beziehungsweise Verdeutlichung sei auf die aktuelle umfassende Belastungssituation zurückzuführen. Als behinderungsfremde Faktoren mit Einfluss auf die Eingliederung seien die Fremdsprachigkeit beziehungsweise die eingeschränkten Deutschkenntnisse und die geringe Schulbildung sowie das Fehlen einer formalen Berufsausbildung zu nennen. Erwähnenswert seien zudem das fehlende familiäre Umfeld sowie die finanziellen Probleme. 3.7

Dr. med. G.____, Fachärztin FMH für

Physikalische Medizin & Rehabilitation, verwies in ihrem Arztbericht vom 14. April 2021 (Urk. 7/181) zuhanden der Beschwerdegegnerin insbesondere auf die beigelegten Berichte vom 17. Februar und 23. März 2021 (S. 13-16) zuhanden der behandelnden Hausärztin Dr. E.____, worin folgende Diagnosen aufgeführt wurden:

-

Epicondylitis

humeri

lateralis rechts

-

Partiellruptur der gemeinsamen Ursprungssehne der

Unterarmextensoren, degenerative Veränderungen am proximalen

lateralen ulnaren Kollateralband

-

Beginnende Dupuytren'schen Kontraktur Dig. IV links

-

Lunatum-Pseudoarthrose mit anteilig nekrotischen Arealen und

konsolidierter Skaphoid-Fraktur mit Nekrose an der linken Hand

-

Status nach Sturz auf das Handgelenk am 19. Dezember 2017

-

erneutem Trauma nach Auffahrunfall im Juni 2018

-

proximale row

carpectomy mit Nervus

interosseus

posterior

Neurotomie links am 6. November 2018

-

Im Verlauf regrediente Schmerzexazerbation nach

Mobilisationsaufnahme

-

Cervikospondylogenes Schmerzsyndrom

-

Myofasziale Verspannung im Musculus Trapezius rechts

Der Beschwerdeführer sei als Plattenleger zu 100 % arbeitsunfähig. Aktuell sei er stellenlos und beziehe eine 31%ige SUVA-Rente. Im Rahmen der bestehen den Unfallrente sei er für angepasste Tätigkeiten arbeitsfähig. Es sei auf eine Besse rung der Beschwerden zu hoffen, die Belastbarkeit werde sich aber nicht ändern. Es gebe keine Faktoren, welche einer Eingliederung im Wege ständen. 3.8

Dr. med. univ. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, welcher den Beschwerdeführer seit März 2020 psychiatrisch

behandelt, diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Mai 2021 (Urk. 7/184) zuhanden der Beschwer degegnerin eine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1), welche zumindest seit Behandlungsbeginn bestehe, der Beginn sei aber schon zu einem früheren Zeitpunkt anzunehmen. Arbeitsun fähigkeitszeugnisse habe er nicht ausgestellt, doch sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn auszugehen. Die bisherige Tätigkeit als Bodenleger sei de m Beschwerdeführer aktuell nicht zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei bei einem positiven Verlauf mittel- bis langfristig eventuell zu einem Pensum von 50 % möglich. 3.9

Im polydisziplinären (internistischen, orthopädischen und psychiatrischen) C.____

-Gutachten vom 27. April 2022 (Urk. 7/224)

wurden im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

-

Diabetes mellitus Typ 2, suboptimal kontrolliert, HbA1c vom 15. Februar

2022 6.8 % mit Polyneuropathie

-

Teilcarpektomie links (am 6.

November 2018) mit Funktionsstörungen und

Belastungseinschränkungen an der linken Hand

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen folgenden Diagnosen:

-

Prädipositas , BMI 28.06 kg/m²

-

Gemäss Akten gemischtes Asthma bronchiale mit COPD

-

Mögliches Schlafapnoesyndrom

-

Erstgradiger Morbus Dupuytren 4. Strahl links

-

Geringe Skoliose bei Beinverkürzung rechts: 1 cm

-

Bildmorphologische degenerative Bandscheibenveränderungen und

Arthrose der kleinen Wirbelgelenke der LWS

-

Dysthymie (ICD-10: F34.1)

-

Spezifische (isolierte) Phobie: Klaustrophobie (ICD-10: F42.0)

Der als Bodenleger ausgebildete Beschwerdeführer habe vornehmlich über Schmerzen im Bereich des linken Handgelenks sowie psychische Beschwerden berichtet. Aus allgemein-internistischer Sicht habe ein suboptimal kontrollierter Diabetes mellitus Typ 2 imponiert. Darüber hinaus bestehe ein Asthma bronchiale. Im klinischen Status hätten sich internistischerseits Hinweise auf eine diabetische Polyneuropathie bei reduziertem Vibrationsempfinden ergeben, welche s

insbesondere auf der rechten Seite ausgeprägt sei. Laborchemisch habe ein erhöhter HbA1c-Wert imponiert. Zudem zeigten sich auskultativ ein expiratorisches Giemen. In der Lungenfunktion hätten sich keine Hinweise auf eine schwere Obstruktion ergeben. Im Alltag sei der Beschwerdeführer selbständig, pulmonale Einschränkungen im Alltag seien verneint worden. Auch hätten sich während der Begutachtung keine Hinweise auf pneumologische Einschränkungen ergeben. Zur Konsistenz und Plausibilität hielt der internistische Gutachter fest, dass die angegebene Medikation nicht im therapeutischen Serumspiegel nachgewiesen haben können. Arbeiten in der Höhe (auf Leitern oder Gerüsten) sowie das Bedienen von Maschinen mit den Füßen seien aufgrund des unkontrollierten Diabetes mellitus mit wahrscheinlich rezidivierenden Hypoglykämien und

den bereits eingetretenen Sekundärfolgen (Polyneuropathie) auf Dauer aus. Dies spätestens seit der aktuellen Untersuchung (18. Januar 2022) und auf Dauer geltend. Entsprechend scheidet die angestammte Tätigkeit als Parkettleger auf Dauer aus. Eine der Behinderung optimal angepasste Tätigkeit wie sie keine Arbeiten in der Höhe (Leitern/Gerüste), kein Bedienen von Maschinen mit den Füßen, regelmässige Pausen mit der Möglichkeit der regelmässigen Nahrungsaufnahme und gegebenenfalls Blutzuckermessungen auf. Aus allgemein-internistischer Sicht sei der Beschwerdeführer für eine solche angepasste Tätigkeit zu 100 % und entsprechend 9 Stunden/Tag arbeitsfähig. Der bereits eingetretene Sekundärschaden im Rahmen eines Diabetes mellitus sei irreversibel. Zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit sei eine Optimierung des Blutzuckers anzustreben, um weitere Sekundärkomplikationen zu vermeiden. Die bereits eingetretene Polyneuropathie könne nicht mehr verbessert werden. Neben einer Gewichtsreduktion sei eine Optimierung des Lebensrhythmus mit einer Diabetes-adaptierten, gesunden und ausgewogenen Ernährung sowie regelmässigen Zeiten für die Medikamenteneinnahme empfohlen. Darüber hinaus seien regelmässige pneumologische Kontrollen im Hinblick auf das Asthma bronchiale - allenfalls mit einer inhalativen Dauertherapie - und eine weitergehende Abklärung eines möglichen Schlafapnoesyndroms empfohlen. In der vorliegenden Aktenammlung seien bis anhin keine möglichen Sekundärkomplikationen des bekannten Diabetes mellitus Typ 2 genannt gewesen. Spätestens ab dem aktuellen Begutachtungszeitpunkt sei eine Veränderung des Gesundheitszustandes anzunehmen. Der Beschwerdeführer sei in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, in einer angepassten Tätigkeit bestehe dagegen eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 71 ff.).

Bei der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über Rückenschmerzen im unteren Rückenbereich, gelegentliche Kopfschmerzen, Beschwerden im Bereich der linken Hand mit Bewegungseinschränkung und Kraftverlust sowie aktuell vor allem über belastungsabhängige Schmerzen an der Streckseite des rechten Handgelenks geklagt. Die Schmerzen würden die Stärke VAS 6-7 bei Belastung erreichen. Nach der Einnahme der Schmerztabletten habe er keine Schmerzen mehr. Die linke Hand sei bewegungseingeschränkt, nicht belastbar und es fehle die Kraft. Das grösste Problem sei jedoch die Psyche; er habe kein Einkommen mehr und Schulden. Die letzten orthopädischen Behandlungen am rechten Ellengelenk mit Physiotherapie und Ergotherapie seien vor zwei Monaten erfolgt. Der Behandlungsabschluss der Unfallfolgen am linken Handgelenk vom 19. Dezember 2017 nach der Operation vom 6. November 2018 sei dann im Dezember 2019 gewesen. Die vorgenommene orthopädische Untersuchung des Beschwerdeführers vom normosomen bis athletischen Konstitutionstyp habe einen normalen spinalen Befund ohne Anzeichen für eine Nervenwurzelreiz- oder Nervenwurzelkompressionssymptomatik an den oberen und unteren Extremitäten ergeben. Die leichtgradige Skoliose der Wirbelsäule bedinge keine Leistungseinbussen für das Stammskelett. Die Untersuchung der unteren Extremitäten habe eine normale Funktion der Hüft-, Knie- und Fussgelenke mit seitengleichen unauffälligen Muskel- und Weichteilbewegungen der unteren Extremitäten ergeben. Die ausgeprägte, seitengleiche Beschwerung der Füsse sei ein Hinweis für eine ungestörte Alltagsbeanspruchung der unteren Extremitäten und Beleg für eine rege Aktivität. Die aktienkundigen degenerativen Veränderungen im Bereich der LWS in der MRI-Bildgebung hätten ohne ein pathologisches Untersuchungsbefundkorrelat keinen Krankheitswert, da diese in der Normalpopulation hochprävalent seien. An den oberen Extremitäten bestehe eine freie

Schultergleichseitigkeit beidseits und eine seitengleiche Muskel- und Weichteilbelegung der Arme als Beleg für eine normale Alltagsbeanspruchung. Diese Einschätzung werde auch gestützt durch die hier beobachtete nahezu seitengleich ausgeprägte vermehrte Beschwiellung beider Hohlhände mit zahlreichen Rhagaden und einer

(subungalen) leichten Verschmutzung der Nägel beider Hände. Auch dies weise auf eine normale Alltagsbeanspruchung hin und spreche gegen eine Schonung des rechten Ellengelenks oder der linken Hand. Am rechten Ellengelenk bestehe aktuell eine Epicondylitis

humeri

radialis -Symptomatik («sogeannter «Tennisarm») in leichtgradiger Ausprägung. Dieses Überlastungs- und Fehlbelastungssyndrom der Sehnenursprünge der Hand- und Unterarmstreckmuskulatur sei eine funktionelle Störung und bei sachgerechter Behandlung binnen weniger Monate erfolgreich therapierbar. Im Bereich der linken Hohlhand bestehe ein leichtgradiger Morbus Dupuytren mit knotiger Verdickung der Palparaneurose, jedoch ohne Gelenkkontrakturen des 4.

Fingers. Aus dieser Gesundheitsstörung leite sich jedoch keine Leistungseinbuße ab. Der orthopädische Hauptbefund beim Beschwerdeführer bestehe im Bereich der linken Hand, wo die Folgen einer Frakturverletzung der linken Handwurzel an Kahn- und Mondbein vom 19. Dezember 2017 am 6. November 2018 operativ durch eine Teilentfernung von Handwurzelknochen der körpernahen Handwurzelknochenreihen bei einsetzendem carpalem Kollaps behandelt worden seien. Ausserdem sei eine sogenannte Denervierung nach Wilhelm zur nervalen Schmerzausschaltung durchgeführt worden. Die gesamte Behandlung der linken Hand sei seit Dezember 2019 abgeschlossen. Verblieben sei eine demonstrierte leichtgradige Kraftminderung der linken Hand und eine ausgeprägte Bewegungsstörung der linken Hand im Handgelenk für die Bewegungen der Hand nach handrücken- und hohlhandwärts sowie für die Abkipfung der linken Hand nach ellen- und speichenwärts. Bei Linksdominanz des Beschwerdeführers resultierten aus dieser dauerhaften Funktionsstörung der linken Hand Leistungseinbußen für besondere und kraftaufwendige Greif- und Haltearbeiten der linken Hand sowie für alle Tätigkeiten mit einem freien Bewegungsanspruch der linken Hand im Handgelenk. Längere Greif- und Haltearbeiten sowie Vibrations- und Stossbelastungen seien dauerhaft nicht zumutbar. Somit bestehe seit dem orthopädisch begründeten Krankheitsbeginn im Dezember 2017 mit den unfallbedingten Frakturfolgen der Handwurzel eine anhaltende 100%ige Arbeitsunfähigkeit für den angestammten Beruf als Plattenleger. Eine angepasste Tätigkeit (ohne besonderen Leistungsanspruch an die linke Hand, ohne wiederholten höheren Krafteinsatz der linken Hand, ohne häufige ausgeprägtere Handgelenksbewegungen sowie Vibrationsbelastungen und Schlägen für das linke Handgelenk) sei jedoch seit dem Behandlungsabschluss an der linken Hand im Dezember 2019 als zu 100 % leistbar anzusehen. Dies stehe in keinem Gegensatz zu den aktenkundigen chirurgischen Vorbewertungen. Diese Einschätzung werde gestützt durch die hier gemachte Beobachtung einer seitengleichen Muskelbelegung der Arme, der ausgeprägten seitengleichen Hohlhandbeschwiellung mit Rhagaden und Nagelverschmutzung als eindeutiger Hinweis auf eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Beanspruchung beider Hände (S. 113 ff.) .

Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass beim AMDP-konform erhobenen psychiatrischen Befund eine gereizte, dysthyme Verstimmung aufgefallen sei und der Beschwerdeführer vorwurfsvoll, anklagend und verbittert gewirkt habe. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei zum negativen Pol hin eingeengt, die Auslenkung zum positiven Pol gelinge vereinzelt. Eine Antriebsstörung sei nicht zu eruieren. Formalgedanklich sei der Beschwerdeführer eingeengt auf subjektiv erlebte Kränkungen infolge des Arbeitsunfalles von 2017. ICD-10-konform sei vom Vorliegen einer Dysthymie auszugehen, einer chronisch depressiven Verstimmung, die nach Schweregrad und Dauer nicht die Kriterien für eine leichte oder mittelgradig rezidivierende depressive Störung erfülle. Der Beschwerdeführer fühle sich müde und depressiv, alles bedeute für ihn eine Anstrengung, er grüble und beklage sich, schlafe schlecht und fühle sich unzulänglich, sei aber in der Lage, mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertigzuwerden. Die Dysthymie werde mitunterhalten durch psychosoziale Probleme (geringe Schulbildung, fehlende Berufsausbildung, finanzielle Sorgen und Betreibungen). Es würden Panikattacken berichtet mit ausschliesslichem Auftreten von Atemnot ohne weitere Symptome. Die diagnostischen Kriterien für eine Panikstörung seien nicht erfüllt. Die Symptome seien der dysthymen Verstimmung zuzuordnen. Die Auffälligkeiten im 3-Begriffe-Test und im Subtraktionstest seien gleichrangig wahrscheinlich auf eine mangelhafte Mitarbeit zurückzuführen. Eine Dysthymie begründe keine Arbeitsunfähigkeit, da definitionsgemäss keine höhergradige Depressivität vorliege. Hinzu kämen Hinweise auf eine nicht plausible Beschwerdepäsentation: das Labor weise keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikation aus, ein erheblicher Leidensdruck sei mithin nicht belegt. Die mögliche Klaustrophobie schränke den Beschwerdeführer in seiner Lebensführung nicht namhaft ein und sei zudem einer Behandlung zugänglich. Ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit resultiere daraus nicht. Für das Vorliegen einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung finde sich kein Anhalt: eine Angst- oder Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörung, Suchterkrankung, Traumfolgestörung oder anderweitige psychiatrische Erkrankung sei nicht ICD-10-konform zu diagnostizieren, da die entsprechenden Kriterien fehlten. Auch eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor: ein den Schmerzen zugrunde liegender erheblicher und unbewältigter seelischer oder psychosozialer Konflikt sei anamnestisch nicht herauszuarbeiten. Aktuell habe kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden (bei Angabe einer Schmerzstärke von VAS 8-9). Der Beschwerdeführer sei aus psychiatrischer Sicht sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Diese psychiatrische Einschätzung gelte uneingeschränkt und auch retrospektiv. Die anderslautenden Beurteilungen im Rahmen der BEFAS-Abklärung von 60 % und gemäss Dr. H. ___ von 100 % seit Behandlungsbeginn im März 2020 seien aus gutachterlicher Sicht nicht plausibel (S. 159 ff.).

In der interdisziplinären Zusammenschau (S. 16 f.) wurde zu den funktionellen Auswirkungen der befundenen Diagnosen festgehalten, der unzureichend kontrollierte Diabetes mellitus Typ 2 mit Folgeschäden einer Polyneuropathie und die Teilcarpektomie links bedingten eine nicht mehr gegebene Belastbarkeit in der mit hohen händischen Anforderungen einhergehenden angestammten Tätigkeit. Für eine Persönlichkeitsstörung ergebe sich anhand der aktenkundigen Vorbewertungen, der Biografie, der psychiatrischen Exploration sowie der hiesigen Verhaltensbeobachtung kein Anhalt. Die Plausibilitätsprüfung ergebe keine wirksamen Spiegel der geprüften Medikamente, was den Angaben zur Beeinträchtigung widerspreche. Auch habe kein namhaft schmerzgeplagter klinischer Eindruck bestanden. Die Indikatorenprüfung ergebe objektive Zeichen einer

erhaltenen regen Alltagsselbständigkeit, eine Selbstversorgungsfähigkeit und soziale Aktivität, was die Annahme einer Belastbarkeit in einer angepassten Tätigkeit schütze. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage dauerhaft 0 %. Gesundheitsstörungen, die eine dauerhafte Einschränkung in körperlich leichten Arbeiten bedingten, seien anhand objektiver Befunde nicht zu erheben gewesen. Eine additive Zusammenziehung von behinderungsrelevanten Gesundheitsstörungen aus den einzelnen Fachgebieten ergebe sich nicht. 3.10

Am 9. Mai 2022 nahm RAD-Arzt Dr. B.____ Stellung zum interdisziplinären C.____-Gutachten (Urk. 7/226 S.14 ff.) und kam in seiner versicherungsmedizinischen Beurteilung zum Schluss, dass aus somatischer Sicht die Leistungsfähigkeit durch die Funktionseinschränkung der linken Hand, Wirbelsäulen- und Ellenbogenbeschwerden sowie dem Diabetes mellitus mit diabetischer Polyneuropathie beeinträchtigt sei. Die angestammte Tätigkeit sei deshalb seit dem Unfall im Dezember 2017 dauerhaft nicht mehr zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht seien die Diagnosekriterien und funktionellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen plausibel dargestellt und die abweichende Beurteilung zu den Vorberichten nachvollziehbar begründet worden. Aufgrund der Gebrauchsspuren an Händen und Füßen habe ein regelmässiger Einsatz im Alltag nachgewiesen werden können. Unter Berücksichtigung von funktionellen Einschränkungen und Ressourcen sei eine namhafte andauernde Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit medizinisch nicht begründbar. Die Beurteilung könne seit Abschluss der handchirurgischen Behandlung im Dezember 2019 angenommen werden. Das Belastungsprofil laute wie folgt: Kraftaufwendige oder längere Greif- und Haltearbeit beidseits, Tätigkeiten mit freier Bewegungsbeanspruchung im linken Handgelenk sowie Vibrations- und Stossbelastungen der linken Hand seien ungeeignet. Tätigkeiten mit hoher körperlicher Belastung, Arbeiten in der Höhe oder Bedienen von Maschinen mit den Füßen sowie unregelmässige Arbeitszeiten seien zu vermeiden. Leichte, wechselbelastende, rückenergonomische Tätigkeiten ohne Belastung der linken Hand mit regelmässigen Pausen seien zumutbar. 4. 4.1

Vorliegend ist unbestritten und gemäss Aktenlage

ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner körperlichen Beschwerden in seiner angestammten Tätigkeit als Plattenleger zu 100 % arbeitsunfähig ist.

Streitig ist dagegen, in welchem Umfang der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig ist. 4.2

Das interdisziplinäre C.____-Gutachten vom

27. April 2022 (Urk. 7/224) basiert auf einer umfassenden internistischen ,

orthopädischen und psychiatrischen

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 inter disziplinären Gutachten kommt demnach grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. E. 1. 6). 4.3

Die Gutachter stellten schlüssig fest, dass mit dem suboptimal kontrollierten Diabetes mellitus Typ 2 und dessen Sekundärfolge Polyneuropathie sowie der Funktionsstörungen und Belastungseinschränkungen der dominanten linken Hand ein somatischer Gesundheitsschaden, welcher die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, ausgewiesen ist. So erachteten sie eine 100%ige Einschränkung für die bisherige Tätigkeit als Plattenleger als gegeben, was sich mit der medizinischen Aktenlage deckt (so auch E. 4.1). Aufgrund der polyneuropathischen Einschränkungen sowie der Funktionsstörung der linken Hand formulierten die fachärztlichen Gutachter in der interdisziplinären Zusammenschau ein entsprechendes Belastungsprofil für eine solche angepasste Tätigkeit: keine Arbeiten in der Höhe (Leitern/Gerüste), kein Bedienen von Maschinen mit den Füßen, regelmässige Pausen mit der Möglichkeit der regelmässigen Nahrungsaufnahme und gegebenenfalls Blutzuckermessungen,

ohne besonderen Leistungsanspruch an die linke Hand, ohne wiederholten höheren Krafteinsatz der linken Hand, ohne häufige ausgeprägtere Handgelenksbewegungen sowie Vibrationsbelastungen und Schlägen für das linke Handgelenk. Dies erscheint plausibel und nachvollziehbar. Dieses Zumutbarkeitsprofil deckt sich weitgehend mit dem Abklärungsergebnis der EFL, wonach zukünftig leichte Arbeiten mit speziellen Einschränkungen für die funktionsbeeinträchtigte linke Hand möglich seien (vgl. E. 3.3.1), sowie mit der Beurteilung der handchirurgischen Spezialisten des Kantonsspitals F.____

(vgl. E. 3.5). Auch Dr. G.____ erachtet den Beschwerdeführer für angepasste Tätigkeiten als arbeitsfähig (vgl. E. 3.7). Wenn die behandelnde Hausärztin Dr. E.____

dem Beschwerdeführer eine

vollständige Arbeitsunfähigkeit

in jeglicher Tätigkeit

attestiert

(vgl. E. 3. 2 und E. 3.4), ist auf die

Erfahrungstatsache

hinzuweisen, dass Hausärztinnen und Hausärzte wie überhaupt

behandelnde

Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten 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),

weshalb diese mit Vorsicht zu würdigen

sind.

Aus psychiatrischer Sicht wurde ausgeführt, dass mit einer Dysthymie zwar eine psychische Beeinträchtigung des Wohlbefindens vorliege, diese aber ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbleibe. So schloss der psychiatrische Gutachter mangels Vorliegens der ICD-Kriterien eine Depression explizit aus, was sich aus der dargelegten Befundlage ergibt. Zudem konnte bei einem nicht nachgewiesenen Medikamentenspiegel nachvollziehbar ein

erheblicher Leidensdruck aufgrund einer depressiven Störung verneint werden. Zudem setzte er sich detailliert mit den in den Vorberichten aufgeführten anderslautenden Diagnosen auseinander und legte seine Schlussfolgerung überzeugend dar (vgl. Urk. 7/224 S. 159 ff.). Da

gestützt auf das überzeugende psychiatrische Teilgutachten keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliegt,

erübrigt sich

auch eine Prüfung anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281.

Auch RAD-Arzt Dr. B.____ erachtete das interdisziplinäre C.____ -Gutachten als valide (Urk. 7/226 S. 14 ff.) und stellte darauf als Entscheidungsgrundlage ab. 4. 4

An dieser Beurteilung vermögen auch die Einwände des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 6 ff.)

nichts zu ändern:

Wenn auch die Anamnesewiedergabe in Form eines vom Beschwerdeführer ausgefüllten Fragebogens im C.____ -Gutachten nicht optimal eingescannt in den Akten liegt, so ist diese dennoch nicht unleserlich. Die Fragebogen lagen denn den begutachtenden Fachärzten zur Begutachtung ohne Zweifel im Original vor, woraus die wesentlichen Angaben entnommen werden und Eingang in das erstellte Gutachten finden konnten.

Eine höhere Gewichtung der B EFAS -Abklärung gegenüber der Einschätzung im C.____ -Gutachten (vgl. Urk. 1 S. 6 ff.) rechtfertigt sich nicht, zumal das Gutachten wesentlich aktueller ist und auch die sich aus dem Diabetes mellitus entwickelte Polyneuropathie mitberücksichtigt, was zugunsten des Beschwerdeführers ausfällt. So fanden diese - zur Funktionsstörung der linken Hand zusätzlich vorliegenden - polyneuropathischen Einschränkungen im qualitativ enger formulierten Zumutbarkeitsprofil für angepasste Tätigkeiten Eingang. Wie die Beschwerdeführerin zudem richtig ausführt (vgl. Urk. 2 S. 2) , flossen für die abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sämtliche vorhanden medizinischen Unterlagen in die Einschätzung mit ein. 4. 5

Soweit der Beschwerdeführer weitere medizinische Abklärungen verlangt (Urk. 1), ist darauf

in antizipierter Beweiswürdigung

zu verzichten, da der Gesundheitszustand und die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten , insbesondere des

voll beweiskräftigen interdisziplinären C.____ -Gutachtens (Urk. 7/224), hinreichend abgeklärt sind. 4. 6

Damit steht aufgrund der überzeugenden Feststellungen im interdisziplinären C.____ -Gutachten vom 27. April 2022 (Urk. 7/224) mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest , dass der Beschwerdeführer

ab

dem 19. Dezember 2017 sowohl in seiner angestammten als auch in angepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig war. Ab dem

1. Januar 2020 ist ihm eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zumutbar. 5.

E. 5

f.f.) stellte die IV-Stelle dem Versicherten mit Vorbescheid vom 13. Mai 2022 die Zusprache einer vom 1. Dezember 2018 bis 31. März 2020 befristeten ganzen Invalidenrente in Aussicht

(Urk. 7/229). Dagegen erhob X. am 23. Mai respektive 16. Juni 2022 Einwand (Urk. 7/234 und Urk. 7/238). Mit Verfügung vom 11. Oktober 2022

sprach die IV-Stelle wie vorbeschrieben eine vom 1. Dezember 2018 bis 31. März 2021 befristete ganze Invalidenrente zu (Invaliditätsgrad: 34%, Urk. 2). 2.

Hiergegen erhob

X. am 10. November 2022 Beschwerde und beantragte, es sei ihm unter Aufhebung der Verfügung vom 11. Oktober 2022 ab 1. Dezember 2018 bis 31. März 2020 eine ganze IV-Rente und ab 1. April 2020 eine unbefristete Dreiviertelsrente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur Prüfung eines Rentenanspruchs ab 1. April 2020 und zur Durchführung diesbezüglicher ergänzender Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen (Urk. 1). Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2023 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5, unter Beilage der Tonaufnahme des Gutachtensinterviews auf Datenträger sowie ihrer

Akten, Urk. 6 und Urk. 7/1-258), was dem Beschwerdeführer am 9. Januar 2023 mitgeteilt wurde (Urk.

E. 5.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender 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, 128 V 29 E. 1).

E. 5.2

Beim Einkommensvergleich ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt. Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 128 V 222). 5.3

5.3.1

Wie bereits festgestellt (vgl. E. 4.5), war der Beschwerdeführer

von Dezember 2017 bis Dezember 2019 aus orthopädischer Sicht

in jeglicher Tätigkeit

zu 100 % arbeitsunfähig. Demnach hat der Beschwerdeführerin vom 1. Dezember 2018 bis 31. März 2020 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine ganze Invalidenrente. 5.3.2

Für die

weitere

Zeit ab 1. April 2020, nachdem sich sein Gesundheitszustand gebessert hatte und ihm wieder eine

E. 8

). 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. 9

V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 1. 4

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 herzustellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

0 %ige Arbeitsfähigkeit in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit zumutbar war, ist nachfolgend eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen:

Dabei sind die von der Beschwerdegegnerin für die Invaliditätsbemessung

verwendeten Bemessungsfaktoren

(vgl. Einkommensvergleich vom

13. Mai 2022, Urk. 7/225) nur insofern gerügt worden, dass

der Beschwerdeführer

aufgrund der grossen Einschränkungen der dominanten linken Hand einen Leidensabzug von 10 % verlangt.

Für die Bemessung des Valideneinkommens stellte die Beschwerdegegnerin auf die Angaben im Arbeitgeberbogen vom 6. Juni 2018 (Urk. 7/50) ab, passte das dort angegebene

Einkommen für das Jahr 2017 der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2018 an (Einkommensvergleich vom 13. Mai 2022, Urk. 7/225). Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht bestritten. Dem so ermittelten Valideneinkommen in Höhe von Fr. 102'309.-- stellte sie den «Lohn für Hilfsarbeiter» in Höhe von Fr. 67'766.65, ermittelt anhand der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) für das Jahr 2018 (TA1, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, privater Sektor, Total, Kompetenzniveau 1 [einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art] Männer), angepasst an die wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden, als Invalideneinkommen gegenüber. 5.3.3

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. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen geschäftlich zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (vgl. BGE 135 V 297 E. 5.2, 134 V 322 E. 5.2 und 126 V 75 E. 5b/ aa -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 leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer doppelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen dürfen (BGE 146 V 16 E. 4.1 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 geschäftlich neu zu schätzen (vgl. Urteile des Bundesgericht s 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.3 und 8C_113/2015 vom 26. Mai 2015 E. 3.2).

Der Beschwerdeführer ist aufgrund seines Belastungsprofils sowohl in körperlicher als auch handwerklicher Tätigkeit gemäss Kompetenzniveau 1 lediglich reduziert belastbar und einsatzfähig. Hinzu kommt ein notwendiger erhöhter Pausenbedarf. Unter diesen Bedingungen erscheint es offensichtlich, dass der Beschwerdeführer auch im hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht in der Lage ist bzw. wäre, den Medianwert des Tabellenlohnes zu erzielen. Es ist daher ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen, wobei der vom Beschwerdeführer vorgeschlagene Leidensabzug von 10 % als angemessen erscheint. Dies ergibt einen Invaliditätsgrad von

40 % ([Fr. 102'309.-- - Fr. 67'766.65 x 0.9] : Fr. 102'309.--) und einen Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. April 2020 . 6. 6.1

Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Eingliederungsmassnahmen durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist (etwa bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit; vgl. BGE 141 V 385 E. 5.3 in fine mit Hinweisen), wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1, Urteil des Bundesgerichts 8C_348/2022 vom 22. November 2022 E. 5.1 mit Hinweisen).

Die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als fünfzehn Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, findet auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und/oder Abstufung befunden wird (BGE 145 V 209 E. 5.4). Für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres ist auch bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.3.2 mit Hinweis [zur Publikation vorgesehen] und 8C_348/2022 vom 22. November 2022 E. 6.1). 6.2

Eine Ausnahme von der nach einer befristeten Rentenzusprache bei fortgeschrittenem Alter grundsätzlich anzunehmenden Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung, aufgrund derer auf Eingliederungsmassnahmen verzichtet werden könnte, ist vorliegend nicht ersichtlich. Der Beschwerdeführer verfügt über keine Berufsausbildung und übte jahrzehntelang die angelernte Tätigkeit als selbständiger Plattenleger aus, die ihm aus körperlichen Gründen nicht mehr möglich ist. Ein Umsatteln auf eine andere Erwerbstätigkeit ist unter diesen Prämissen kein Selbstläufer. Aufgrund der Akten ist auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit erstellt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_231/2015 vom 7. September 2015 E. 4.2). Im Gegenteil wurde im Schlussbericht der bidisziplinären BEFAS-Abklärung vom 7. Oktober 2020, worin ein 6- bis 8-monatiges Aufbautraining empfohlen wurde, festgehalten, dass es an der Eingliederungswilligkeit und Motivation des Beschwerdeführers keinen Zweifel gebe (E. 3.6). Damit ist die Rentenaufhebung (bzw. Herabsetzung) mangels Fähigkeit des Beschwerdeführers zur Selbsteingliederung so lange nicht gerechtfertigt, bis die Beschwerdegegnerin die erforderlichen Eingliederungsmassnahmen an die Hand

genommen hat. Der Beschwerdeführer hat daher einstweilen als erwerbsunfähig zu gelten und weiterhin Anspruch auf die bisherige Rente. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen. 7 . 7.1

Die Gerichtskosten, die nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- und Fr. 1'000.-- festzusetzen sind (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), sind auf Fr. 8 00.-- anzusetzen und ausgangsgemäss der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 7.2

Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung zu bezahlen, die gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) - ohne Rücksicht auf den Streitwert - nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen ist, wobei ein Betrag von Fr. 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) angemessen erscheint. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen , dass die angefochtene Verfügung vom 1. Oktober 2022 insoweit aufgehoben wird, als damit ein Rentenanspruch ab dem 1. April 2020 verneint wird und es wird die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum weiteren Vorgehen im Sinne der Erwägungen zurückgewiesen. Der Beschwerdeführer hat einstweilen weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 8 00 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

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

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'900 .-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen. 4.

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) 5.

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

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

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

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