

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00600 vom 30. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00600

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00600 du 30 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00600 del 30 giugno 2010

Erwägungen

E. 3

3.1 Das interdisziplinäre Gutachten des E. ___ vom 7. August 2007 basiert auf internistischen, orthopädisch-chirurgischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchungen vom 2. und 9. Mai 2007. Anlässlich der Untersuchungen klagte der Beschwerdeführer über einen unveränderten Dauerschmerz im Bereich des rechten Schultergelenks mit Ausstrahlung bis zur Hand und mit Gefühlsstörungen in den Fingern IV und V. Zusätzlich verspürte er seit rund einem Monat eine Lumbago ohne Ausstrahlung. Die Untersuchung des Neurostatus durch die chirurgischen und rheumatologischen Teilgutachter ergab Hinweise auf das Bestehen eines oberen vorderen sensiblen Quadrantensyndroms unter Einbezug der rechten Gesichtshälfte, eine Hyperhidrose der rechten Hand volar sowie eine Hypästhesie am vierten und fünften Finger rechts (Urk. 8/20 S. 16-17). Zusätzlich erhob der orthopädisch-chirurgische Teilgutachter eine für einen Rechtshänder knapp signifikante muskuläre Verschmächtigung des rechten Armes (Oberarm am Deltoideusansatz rechts 40 cm, links 41 cm; maximaler Vorderarmumfang rechts 31,5 cm, links 32 cm) sowie unauffällige Verhältnisse im Bereich der unteren Extremitäten. Er gelang zur Interpretation, dass Hinweise auf Weichteilveränderungen im Sinne einer Algodystrophie fehlen würden. Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule und des rechten Schultergelenks vom 2. Mai 2007 ergaben keine strukturelle Pathologie, es zeigten sich einzig geringgradige Sklerosierungen subacromial, am Tuberculum majus sowie am superioren Glenoid nach den beiden chirurgischen Eingriffen. Mit Blick auf die ihm vorliegenden bildgebenden Befunde, wozu auch die Ergebnisse einer im März 2007 durchgeführten Skelettszintigraphie und eines Arthro-MRI vom April 2007 gehörten, hielt der rheumatologische Teilgutachter fest, es beständen keine Hinweise für eine relevante strukturelle Pathologie des Schultergelenkes, und die zuvor vermutete Algodystrophie könne praktisch ausgeschlossen werden. Eine früher durchgeführte fachärztlich-neurologische Abklärung habe lediglich eine leichte sensible Neuropathie des Nervus ulnaris aufgrund eines Sulkus-Ulnaris-Syndromes ergeben, aber keine Hinweise für ein zervikoradikulares Syndrom. Da insbesondere die Aussenrotation in Neutralstellung der rechten Schulter frei sei, erscheine auch das Vorliegen einer retraktilen Kapsulitis beziehungsweise Frozen Shoulder als unwahrscheinlich (Urk. 8/20 S. 19-20). Die vom Beschwerdeführer gezeigte Bewegungseinschränkung der rechten Schulter sei nicht vereinbar mit strukturellen Befunden, seine massiven Schmerzäusserungen bei Bewegung der Schulter seien inadäquat. Die ebenfalls inadäquate Schonhaltung und die neurovegetativen Begleitsymptome liessen in erster Linie an eine Störung der Schmerzverarbeitung denken. Die psychiatrische Teilgutachterin erhob ein subdepressives

Zustandsbild sowie eine gewisse Somatisierungstendenz. Ihrer Ansicht nach waren die Kriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung oder einer anderen psychischen Störung von Krankheitswert aber nicht erfüllt (Urk. 8/20 S. 22). In der gemeinsamen Schlussbeurteilung diagnostizierten die Gutachter eine schmerzbedingte Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks mit radiologisch erfassbaren minimalen Zeichen einer Periarthropathia humeroscapularis sowie einer Symptomausweitung. Die schmerzbedingte Funktionseinschränkung des rechten Schultergelenks habe zur Folge, dass ein repetitiver Einsatz des rechten dominanten Armes oberhalb der Horizontalen in einem zeitlichen Ausmass von über 50 % der Arbeitszeit unmöglich sei. Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe von Seiten der linken Extremität, der Wirbelsäule und der unteren Extremitäten. Dem Beschwerdeführer sei eine wechselbelastende Tätigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten ohne körperliche Schwerarbeit ganztags zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Arbeitsunfähigkeit. In der reinen Verkaufstätigkeit eines Bankmetzgers liege weder medizinisch-somatisch noch psychiatrisch eine Arbeitsunfähigkeit vor (Urk. 8/20 S. 27 ff.).

3.2.2.2.2 Der Beschwerdeführer gab beim Handchirurgen Dr. med. F. ___ ein Privatgutachten zu Art und Kausalität seiner Beschwerden in Auftrag. Das Gutachten wurde am 21. Dezember 2007 erstattet und basiert auf einer vierstündigen Untersuchung vom 26. November 2007 sowie den zur Verfügung gestellten Akten. Dr. F. ___ erhob ausgeprägte Druckdolenzen im Bereich des rechten Schultergürtels, welche er als inadäquate, ausgeprägte Schmerz im Sinne einer Allodynie und Hyperalgesie mit Ausstrahlung bis in die rechte untere Gesichtshälfte und entlang des ganzen Armes bis hin zum Ring- und Kleinfinger beschrieb. Bei den Schmerzprovokationen traten auch Parästhesien auf. Funktion und Kraft der rechten Extremität waren schmerzbedingt eingeschränkt. Während den Schmerzen provozierenden Bewegungen beobachtete Dr. F. ___ in mehreren Schüben ein verstärktes Schwitzen besonders im Hohlhandbereich und etwas schwächer am ganzen rechten Arm mit einer bläulichen Marmorierung und leicht zyanotischen Verfärbung im Bereich der Hand und des Unterarms und einer messtechnisch erfassbaren Haut-Temperatur-Senkung. Dr. F. ___ stellte weiter eine herabgesetzte oberflächliche Sensibilität (Hypästhesie) im Bereich der rechten oberen Extremität im Sinne eines Quadranten-Syndroms fest, wobei die rechte Gesichtshälfte mitbetroffen war. Auch erhob Dr. F. ___ einen feinschlängigen Tremor der rechten Hand und führte aus, der Beschwerdeführer habe ihm gegenüber über optische Phänomene im Bereich des rechten Auges (unscharf begrenzte Punkte verstreut über das ganze Gesichtsfeld) sowie über eigenartige dunkle kleine Haarbüschel, welche über dem rechten Schultergürtel wachsen würden und die er sich gezielt ausreissen würde, berichtet. In Würdigung der Befunde und der medizinischen Vorakten kam Dr. F. ___ zum Schluss, dass beim Beschwerdeführer ein in seiner Charakteristik typisches mittelschweres bis schweres CRPS Typ I vorliege. Bereits nach der ersten Operation sei vor allem ausserhalb des Operationsgebietes im Bereich des Oberarms bis zum Ellbogen ein aussergewöhnlicher Schmerz aufgetreten, und in der Folge seien die anfänglich spärlich vorhandenen und dann zunehmend häufiger und differenzierter werdenden Symptome eines CRPS wie ein roter Faden in den Schilderungen des Beschwerdeführers und den medizinischen Akten aufzufinden. Es sei zu vermuten, dass eine partielle Schädigung sensibler Nervenäste vorliege, welche den Bereich der Schultergürtelmuskulatur und des Gelenkes versorgen würden. Das an der

Hautoberflächliche nachweisbare Quadrantensyndrom stehe nicht in einem direkten Zusammenhang mit Läsionen oberflächlicher und sensibler Nerven, sondern sei mit größter Wahrscheinlichkeit Folge eines komplexen Prozesses im Bereich des zentralen Nervensystems. Zum Thema Aggravation und Simulation führte Dr. F. ___ in seinem Gutachten aus, da die zahlreichen und wiederholt applizierten Tests und Untersuchungstechniken teils unerwartet, unregelmäßig und mit verdeckter Hand erfolgt seien, sei es für den Beschwerdeführer ohne fundierte Kenntnisse neuropathologischer Prozesse unmöglich gewesen, die erhobenen Befunde vorzutauschen. Die subjektiven Aussagen hätten stets von objektiven Zeichen unterschieden werden können. Dr. F. ___ diagnostizierte im Wesentlichen ein posttraumatisches Komplexes Regionales Schmerzsyndrom (CRPS Typ I) nach dem Unfallereignis vom 23. Januar 2005, welches durch das zweite Trauma vom 11. Januar 2006 eine richtungsweisende Verschlimmerung (Akzentuierung und Ausbreitung) erfahren habe und mit permanenten sensiblen Störungen geprägt als oberes Quadrantensyndrom rechts einhergehe. Zusätzlich erwähnte er bei den Diagnosen ein lumbovertebrogenes, radikuläres Vertebral-Syndrom L5/S1 rechts sowie einen Status nach Meniskuläsion rechts lateral mit Bakerzyste nach einem Unfall vom 28. Mai 2007. Nach Einschätzung von Dr. F. ___ ist der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Bankmetzger aufgrund der damit verbundenen schweren manuellen Tätigkeiten sowie der Arbeit in gekühlten Arbeitsräumen vollständig arbeitsunfähig. Eine Restarbeitsfähigkeit könne noch in Form sehr leichter manueller Verrichtungen realisiert werden mit Verrichtungen überwiegend mit der linken Hand oder im Rahmen optischer und akustischer Kontrollfunktionen. Einzelnes oder repetitives Greifen und Festhalten mit der rechten Hand sei nicht mehr zumutbar, ebenso wenig das Hochhängen, Tragen und Ziehen schwerer Gewichte. Feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand seien nur bedingt zumutbar. In einer solchen, wechselbelastenden Tätigkeit könne der Beschwerdeführer mit Pausen maximal fünf bis sechs Stunden pro Tag arbeiten (Urk. 20).

3.3.3.3 Dem Bericht des H. ___, Psychosoziale Medizin, vom 7. August 2008 ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben in der Zwischenzeit zwei Mal am rechten Knie operiert werden musste, einmal am Meniskus, ein zweites Mal möglicherweise wegen einer Bakerzyste. Seine Schmerzen seien noch schlimmer geworden. Er habe lumboischialgiforme Schmerzen und Sensibilitätsstörungen. Vier Monate nach der interdisziplinären Begutachtung habe man einen Bandscheibenvorfall entdeckt. Die Oberärztin Dr. med. J. ___ kam zum Schluss, dass es beim Beschwerdeführer im Zuge der Trennung von seiner langjährigen Lebenspartnerin zu einer deutlichen Verschlechterung einer ängstlich-depressiven Symptomatik gekommen sei, welche nun mit einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F32.11) vergleichbar sei. In der aktuellen Konstellation habe die akutpsychiatrische Behandlung aufgrund des deutlich erhöhten Risikoprofils für Suizidalität Vorrang vor einer Rehabilitation zur Behandlung der chronischen Schmerzen. Es sei die Hospitalisation in einer psychiatrischen Klinik oder alternativ eine tagesklinische Behandlung zu empfehlen (Urk. 8/34 S. 4 f.).

3.3.3.4 Gemäss Verlaufsbericht des Hausarztes Dr. G. ___ vom 31. Oktober 2008 klagte der Beschwerdeführer ihm gegenüber über Schmerzen im Bereich der rechten Körperhälfte, insbesondere im Knie- und Schulterbereich. Dr. G. ___ diagnostizierte ein chronisches Schmerzsyndrom sowie Depressionen. Weiter hielt er fest,

aufgrund der starken, trotz Schmerzbehandlung persistierenden Schmerzen sei es dem Beschwerdeführer nicht möglich, einer Arbeit nachzugehen, da dadurch auch seine Konzentrationsfähigkeit und psychische Belastbarkeit deutlich vermindert sei (Urk. 8/34 S. 1).

Im Bericht vom 5. Juni 2009 über die tagesklinische Rehabilitationsbehandlung des Beschwerdeführers vom 25. Februar bis zum 23. April 2009 im I. werden eine mittelgradig depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) sowie eine Adipositas per magna (BMI=36) diagnostiziert. Weiter ergibt sich daraus, dass der Beschwerdeführer in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung stand. Die psychiatrischen und psychologischen Tests und Beobachtungen ergaben das Bild einer mittelgradig ängstlich-gehemmten Depression mit deutlichen Konzentrations- und Leistungsstörungen. Die Verhaltensanalyse der Spezialisten ergab, dass der Beschwerdeführer nach seinen drei Unfällen subjektiv sehr stark unter seinen Schmerzen litt, wobei diese Dauerbelastung zu deutlichen Depressionen, Schlafstörungen und nächtlichem Hunger mit einer Gewichtszunahme von 18 kg auf 116 kg bei 178 cm Körpergröße geführt hat. Er habe eine Möglichkeit gesucht, wieder in die alte Rolle als gesunder, leistungsfähiger Mann zurückzufinden, und sich dabei überfordert. In der aktuellen Situation sei es ihm schwer gefallen, realisierbare Ziele zu sehen. Psychosozial sei er nach drei Trennungen wieder stabilisiert. Der Beschwerdeführer sei mit einem mittelgradig gebesserten Gesundheitszustand, aber aufgrund der unverändert starken Schmerzen weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig aus der Rehabilitationsbehandlung entlassen worden (Urk. 3).

E. 4.1

4.1.1 Beim von Dr. F. diagnostizierten Komplexen Regionalen Schmerzsyndrom handelt es sich um eine zusammenfassende Bezeichnung für Krankheitsbilder, welche die Extremitäten betreffen, sich nach einem schädigenden Ereignis entwickeln und durch anhaltenden Schmerz mit Störungen des vegetativen Nervensystems, der Sensibilität und Motorik gekennzeichnet sind. Das CRPS I (sympathische Algodystrophie, Sudeck-Syndrom; früher sympathische Reflexdystrophie) stellt eine Erkrankung der Extremität dar, die ohne definierte Nervenläsion nach relativ geringfügigem Trauma ohne Bezug zum Innervationsgebiet eines Nervs auftritt. Es kommt am häufigsten nach distaler Radiusfraktur bei wiederholten Repositionsmanövern, einengenden Gipsverbänden oder ohne nachvollziehbare Ursache vor. Das CRPS gehört zu den neurologisch-orthopädisch-traumatologischen Erkrankungen und stellt mithin einen organischen beziehungsweise körperlichen Gesundheitsschaden dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen Y. vom 29. April 2009, 8C_955/2008, Erw. 6 mit Hinweisen).

Das Gutachten des Dr. F. beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt die geklagten Beschwerden. Dr. F. gab seine Beurteilung in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) und in kritischer Auseinandersetzung mit den abweichenden medizinischen Einschätzungen ab. In der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation leuchtet es ein und die Schlussfolgerungen sind begründet (vgl. Urk. 8/M43). Auf das Gutachten kann mithin, wie bereits im mit Urteil vom 27. Februar 2010 abgeschlossenen Verfahren UV.2008.00310 festgestellt worden ist, abgestellt werden (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c). Somit erbringt sich die Anordnung eines Obergutachtens durch das

Gericht.

4.1.2. Hinsichtlich des E. ___-Gutachtens fällt zunächst auf, dass die dokumentierten Untersuchungen im E. ___ bei weitem nicht so detailliert ausgefallen sind wie diejenigen des Gutachters Dr. F. ___. Die Beurteilung der E. ___-Gutachter ist sodann nicht restlos nachvollziehbar. Ihre Schlussfolgerung, wonach keine Algodystrophie beziehungsweise kein CRPS besteht, und die dafür gestellte Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis überzeugen nicht. Von den zahlreichen Ärzten, welche sich bisher mit den Symptomen des Beschwerdeführers auseinandergesetzt haben, sind die E. ___-Gutachter nämlich die einzigen, welche diese Diagnose gestellt haben, was sich bezüglich der von Dr. F. ___ diagnostizierten Pathologie (Algodystrophie beziehungsweise CRPS Typ I) ganz anders verhält. Auch fällt auf, dass die Diagnose Periarthropathia humeroscapularis nicht vom rheumatologischen Teilgutachter des E. ___ aufgrund der gutachterlichen Untersuchung vom 2. Mai 2007 gestellt worden ist, sondern den von diesem gestellten Diagnosen offenbar nachträglich und zusammen mit den übrigen Teilgutachtern hinzugefügt wurde. Jedenfalls erwähnt der rheumatologische Gutachter bei seiner Würdigung der ihm vorliegenden bildgebenden und übrigen Befunde mit keinem Wort, dass sichtbare Zeichen einer Periarthropathia humeroscapularis vorhanden seien, und erwähnt bei den Diagnosen in seinem Teilgutachten, dass aktuell keine strukturelle Pathologie nachweisbar sei (vgl. Urk. 8/20 S. 17 ff). Da die Diagnose einer Periarthropathia humeroscapularis nicht in nachvollziehbarer Weise belegt ist, kann auch nicht auf die übrigen, sich aus dieser Diagnose ableitenden Schlüsse der E. ___-Gutachter abgestellt werden.

4.1.3. In ihrer Stellungnahme vom 27. April 2010 würdigten die RAD-Ärzte Dr. med. K. ___, Praktischer Arzt, Dr. med. L. ___, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, sowie Dr. med. M. ___, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, das Gutachten von Dr. F. ___ vom 21. Dezember 2007 kritisch (Urk. 24). Deren Argumente vermögen allerdings die Beweiskraft des Gutachtens von Dr. F. ___ nicht zu erschüttern. Die Behauptung der RAD-Ärzte, dass Dr. F. ___ für seine Schlussfolgerung hauptsächlich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers abgestellt und dass er diese sowie die erhobenen klinischen Befunde nicht hinterfragt und hinreichend zu objektivieren versucht habe, kann mit Blick auf die im Gutachten dokumentierten, unter anderem vegetativen und neurovaskulären Symptome nicht nachvollzogen werden. Wie Dr. F. ___ glaubwürdig dargelegt hat, bräuchte es fundierte Kenntnisse neuropathologischer Prozesse, um die beschriebenen vielfältigen Symptome vorzutauschen. Die Auffassung der RAD-Ärzte in ihrer Stellungnahme, dass sich entgegen dem nach langer Inaktivität zu Erwartenden kaum Umfangdifferenzen der Extremitäten hätten messen lassen, ist in Anbetracht der Tatsache, dass nicht nur Dr. F. ___, sondern sogar der orthopädisch-chirurgische Gutachter des E. ___ im Rahmen der klinischen Untersuchung des Beschwerdeführers eine für einen Rechtshänder signifikante muskuläre Verschmächtigung des rechten Armes erhoben hatte (vgl. Urk. 8/20 S. 13, Urk. 20 S. 30), ebenfalls nicht nachvollziehbar. Der messbare verminderte Umfang des rechten Armes stellt im übrigen, wie auch die RAD-Ärzte festhielten, einen objektiven Befund dar. Weiter liefert ihre Vermutung, dass die von Dr. F. ___ während der Untersuchung festgestellte vermehrte Schweißsekretion des Beschwerdeführers am ganzen Körper möglicherweise auch auf sein Übergewicht und die lange Untersuchungsdauer zurückzuführen gewesen sei, noch keine

schlüssige Erklärung für die Tatsache, dass sowohl von Dr. F. ___ als auch von den E. ___-Gutachtern jeweils eine auffallende vermehrte Schweisssekretion in der rechten Extremität beobachtet werden konnte (Urk. 8/20 S. 17, Urk. 20 S. 35). Dr. F. ___ hat sodann darauf hingewiesen, dass eine Skelettszintigraphie höchstens vorübergehende Indizien für bestimmte Faktoren eines CRPS liefern kann, eine solche Diagnose aber nicht auszuschliessen vermag. Angesichts der äusserst sorgfältig und umfassend erscheinenden Begutachtung von Dr. F. ___, dessen Befunde sich über weite Teile mit denjenigen der E. ___-Gutachter decken, sind die von den RAD-Ärzten eher allgemein formulierten Zweifel an der Validität der erhobenen Befunde nicht geeignet, die gutachterlichen Schlüsse des Dr. F. ___ zu entkräften. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang, dass der Einschätzung der RAD-Ärzte auch deshalb eingeschränkter Beweiswert zukommt, weil die betreffenden Ärzte den Beschwerdeführer nicht persönlich untersucht haben. Dies fällt bei einer derart schwierig zu stellenden Diagnose wie einer Algodystrophie beziehungsweise einem CRPS Typ I besonders ins Gewicht.

4.1.4.1. Es ist mithin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund der Diagnose CRPS Typ I entsprechend der überzeugenden Einschätzung von Dr. F. ___ in der bisherigen Tätigkeit als Bankmetzger aufgrund der damit verbundenen schweren manuellen Tätigkeiten sowie der Arbeit in gekühlten Arbeitsräumen vollständig arbeitsunfähig ist. Eine Restarbeitsfähigkeit besteht für sehr leichte manuelle Verrichtungen überwiegend mit der linken Hand oder im Rahmen optischer und akustischer Kontrollfunktionen. Einzelnes oder repetitives Greifen und Festhalten mit der rechten Hand ist ihm nicht mehr zumutbar, ebenso wenig das Hochheben, Tragen und Ziehen schwerer Gewichte. Feinmotorische Tätigkeiten mit der rechten Hand sind nur bedingt zumutbar. In einer solchen, wechselbelastenden Tätigkeit ist dem Beschwerdeführer ein Arbeitspensum von fünf bis sechs Stunden pro Tag zumutbar (Urk. 20 S. 58 f.).

4.2. Den Berichten des H. ___ vom 7. August 2008, von Dr. G. ___ vom 31. Oktober 2008 sowie vom I. ___ vom 5. Juni 2009 ist zu entnehmen, dass spätestens im Jahr 2008 auch psychische Probleme auftraten (Urk. 3, Urk. 8/34 S. 1 und 4). Die Tatsache, dass eine rund achtwöchige tagesklinische psychiatrische Therapie im I. ___ nötig wurde und auch noch im entsprechenden Austrittsbericht eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert und von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde (Urk. 3), lässt ein psychisches Leiden mit Krankheitswert nicht ausschliessen, welches sich - nebst dem diagnostizierten CRPS Typ I - allenfalls zusätzlich auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken könnte. Zur Ermittlung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht kann allerdings nicht auf die Berichte der genannten Ärzte abgestellt werden. Während nämlich die Ärzte des H. ___ und Dr. G. ___ - welcher im übrigen nicht Facharzt für Psychiatrie ist - für die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit keine ausreichende Begründung lieferten, scheint die Einschätzung der Ärzte des I. ___ sehr stark auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers im Rahmen diverser Tests beruhen zu haben. Zudem dürften diese Ärzte die Arbeitsfähigkeit entsprechend ihrem Auftrag vorwiegend aus der Sicht behandelnder Ärzte beurteilt haben und weniger unter Berücksichtigung versicherungsmedizinischer Gesichtspunkte. Auch ergibt sich aus den Akten, dass beim Beschwerdeführer erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren (Trennung von der

Lebenspartnerin, finanzielle Probleme, drohende Wegweisung aus der Schweiz [vgl. Urk. 8/34 S. 4, Urk. 8/44]) bestanden, welche mÄglichlicherweise ebenfalls einen vorÄbergehenden Einfluss auf die Psyche hatten, ohne dabei aber eine InvaliditÄt nach sich zu ziehen. In den Akten fehlt eine umfassende, nachvollziehbare Beurteilung der psychischen Gesundheit des BeschwerdefÄhrers und deren lÄngerfristige Auswirkung auf die objektiv zumutbare ArbeitsfÄhigkeit unter BerÄcksichtigung der vorstehend in ErwÄgung 1.3.2 zitierten Rechtsprechung zur invalidenversicherungsrechtlichen Bedeutung psychosozialer und soziokultureller Faktoren. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden besteht somit weiterer AbklÄrungsbedarf.

4.3ÄÄÄ Es ergibt sich, dass bezÄglich der Beschwerden im Bereich der rechten ExtremitÄt und der sich daraus ergebenden EinschrÄnkung der ArbeitsfÄhigkeit auf das nachvollziehbare Gutachten des Dr. F.____ vom 21. Dezember 2007 abgestellt werden kann. Zur Ermittlung der zumutbaren RestarbeitsfÄhigkeit aus psychiatrischer Sicht ist die Sache an die IV-Stelle zurÄckzuweisen, wobei diese vom beauftragten Facharzt insbesondere auch die AufklÄrung der vorstehend aufgezeigten Fragen zu verlangen haben wird. Ausserdem wird sie ihm sÄmtliche Akten und das Ergebnis des vorliegenden Verfahrens zur Kenntnisnahme und MitberÄcksichtigung bei seinen Schlussfolgerungen zu Äbermitteln haben.

ÄÄÄÄÄ Eine ArbeitsunfÄhigkeit aufgrund der Probleme im rechten Knie und der lumboischialgiformen Beschwerden wurde dem BeschwerdefÄhrer in den vorliegenden medizinischen Berichten, insbesondere im Gutachten von Dr. F.____ und im Bericht von Dr. G.____ vom 31. Oktober 2008, nicht attestiert (Urk. 8/34 S. 1 und 4, Urk. 20 S.25). Sollten sich noch entsprechende Hinweise ergeben, so wird die IV-Stelle diesen ebenfalls nachzugehen haben.

ÄÄÄÄÄ Schliesslich bleibt darauf hinzuweisen, dass die vom BeschwerdefÄhrer in seinem Heimatland abgeschlossene Metzgerlehre auf dem Schweizer Arbeitsmarkt offenbar zu einer lohnmÄssigen Gleichstellung mit ArbeitskrÄften fÄhrte, welche ihre Berufsausbildung in der Schweiz abgeschlossen haben. Darauf lÄsst ein Blick auf die in der Vergangenheit in der Schweiz im Rahmen seiner BerufstÄtigkeit als Metzger erzielten Jahresverdienste schliessen (vgl. Urk. 8/7). Dies wird bei einer allfÄlligen Ermittlung des Invalideneinkommens gestÄtzt auf die TabellenlÄhne des Bundesamtes fÄr Statistik zu berÄcksichtigen sein, da mit einer beruflichen Laufbahn mit Metzgerlehre und langjÄhriger Berufspraxis als Metzger und LadenverkÄufer (vgl. auch Urk. 8/18) hinreichende Berufskenntnisse - allenfalls nach durchgefÄhrten beruflichen Eingliederungsmassnahmen - fÄr eine Anpassung des TÄtigkeitsprofils in der Metzgereibranche oder den Einstieg in verwandte, kÄrperlich leichtere berufliche TÄtigkeitsfelder vorhanden sein sollten, sofern sich eine solche zumutbare TÄtigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt finden lassen sollte.

ÄÄÄÄÄ In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen, und die Sache ist an die Ä IV- Stelle zurÄckzuweisen.

E. 5

5.1ÄÄÄ Die Verfahrenskosten von Fr. 1'000.-- gehen ausgangsgemÄss zulasten der unterliegenden IV-Stelle.

5.2ÄÄÄ Nach Ä§ 34 des Gesetzes Äber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) und Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdefÄhrende Person Anspruch auf

den vom Gericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses festzusetzenden Ersatz der Parteikosten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist die Parteientschädigung auf Fr. 2'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 22. Mai 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers verfähre.

2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Christina Ammann, unter Beilage einer Kopie von Urk. 23 und 24
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 25 und 26
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

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