

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00694 vom 25. Februar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-02-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00694

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00694 du 25 février 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00694 del 25 febbraio 2015

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1977, war zuletzt bei der Y.____ AG als Bau hilfsarbeiter angestellt. Am 7. April 2009 erlitt er einen Unfall, als er beim Hinabstieg in eine Baugrube auf einer Stahltreppe ausrutschte und hinfiel, wobei er sich den linken Ellbogen und das Knie anschlug (Urk. 5/9/2).

Am 30. April 2012 meldete sich der Versicherte bei der Invalidenversicherung an (Urk. 5/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zog Akten des Unfallversicherers bei (Urk. 5/11), holte Arztberichte ein (Urk. 5/12-13) und veranlasste eine orthopädische (Urk. 5/16) sowie psychiatrisch-neurologische (Urk. 5/22) Abklärung beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 5/24-26) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 21. Juni 2013 ab (Urk. 5/34 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

E. 1.3

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

E. 1.4

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachleute ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachleute dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch eine weitere Fachperson im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne eine solche vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 19. August 2013 Beschwerde gegen die Verfügung vom 21. Juni 2013 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm eine Invalidenrente zu gewähren. Eventuell sei die Sache an die IV-Stelle zu rückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Mit Beschwerdeantwort vom 17. September 2013 beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde (Urk. 4).

Mit Verfügung vom 20. September 2013

(Urk. 6) wurden Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt für Neurologie, zum bereits im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren UV.2013.00110 in Auftrag gegebenen Gutachten ergänzende Fragen zur Beantwortung unterbreitet. Ebenfalls wurde der Prozess bis zur Erstattung des Gutachtens von Prof. Z.____ sistiert. Das neurologische Gutachten wurde am 24. April 2014 erstattet

(Urk. 9). Am 15. September 2014 nahm der Beschwerdeführer Stellung zum Gutachten und am

17. November 2014 reichte er einen Bericht von Dr. med. A.____, Facharzt für Neurologie vom 8. Oktober 2014 (Urk. 18) ein und beantragte die Durchführung einer MEDAS-Abklärung (Urk. 17). Mit Verfügung vom 20. November 2014 wurde n

die im Verfahren UV.2013.00110 eingereichten Stellungnahmen des Beschwerdeführers vom 15. September 2014 sowie vom 17. November 2014 als Urk. 19 und 20 im vorliegenden Verfahren beigezogen (Urk. 21). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 6. Januar 2015 auf eine Stellungnahme (Urk. 23), was dem Beschwerdeführer am 9. Januar 2015 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 24). Am 23. Januar 2015 (Urk. 25/1) reichte der Beschwerdeführer einen MRI-Bericht vom 26. November 2014 des B.____ ein (Urk. 25/2).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung davon aus (Urk. 2), beim Beschwerdeführer liege eine chronische Schmerzstörung vor. Diese Diagnose gehöre zu den pathogenetisch -ätiologisch unklaren syndromalen

Beschwerdebildern ohne organische Grundlage. Dieses Krankheitsbild sei gemäss Rechtsprechung grundsätzlich überwindbar und führe in der Regel nicht zu einer Invalidität. Beim Beschwerdeführer sei ein somatischer Gesundheitsschaden, der die

Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, nicht sicher nachweisbar, da das geklagte Schmerzsyndrom und die geklagte Funktionsminderung des Armes durch objektive Befunde nicht zu erklären sei. Lediglich die elektrophysiologisch nachgewiesene Minderung der Nervenleitgeschwindigkeit des Nervus

ulnaris links bleibe als objektivierbarer Befund. Hinweise auf Ausfallerscheinungen mit Atrophie einzelner Muskelgruppen, speziell der Muskulatur des Handrückens, wie sie bei einem Ausfall des Nervus

ulnaris zu erwarten wären, seien nicht gefunden worden. Es liege somit kein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden vor.

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, in den RAD-Berichten würde das diagnostizierte Sulcus

ulnaris-Syndrom links ausgeblendet, obschon der Kreisarzt der Unfallversicherung sowie Dr. med. C.____ und Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, ein solches diagnostiziert hätten. Die RAD-Berichte seien nicht einleuchtend und unbegründet und würden sich auf unwahre Feststellungen stützen. Da sich den übrigen ärztlichen Berichten nichts Näheres zur Restarbeitsfähigkeit entnehmen lasse, sei ein MEDAS-Gutachten anzuordnen (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 4 f.).

Im Weiteren machte er geltend, sowohl dem Gutachten von Prof. Z.____ als auch dem Bericht von Dr. A.____ sei zu entnehmen, dass bei ihm diverse ungeklärte medizinische Beeinträchtigungen in Form von Sensibilitätsstörungen, Schmerzen etc. vorliegen würden. Diese Beeinträchtigungen seien jedoch nicht näher untersucht worden, was im Rahmen der MEDAS-Abklärung nachzuholen sei (Urk. 17).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen invalidenversicherungsrechtlich relevanten Gesundheitsschaden zu Recht verneinte. 3.

E. 3

Nach dem Unfall vom 7. April 2009 erbrachte die Unfallversicherung die gesetzlichen Leistungen. Gegen die Leistungseinstellung mit Einspracheentscheid vom 14. März 2011 erhob der Beschwerdeführer am 4. Mai 2011 ebenfalls Beschwerde am hiesigen Gericht. Diese wurde mit Urteil vom 22. August 2012 abgewiesen (Prozess UV.2011.00135). Nachdem dieses Urteil vom Bundesgericht aufgehoben und die Angelegenheit zur Einholung eines Gutachtens an das hiesige Gericht zurückgewiesen wurde (Urteil 8C_851/2012; Urk. 5/29), wurde das unfallversicherungsrechtliche Verfahren unter der Nummer UV.2013.00110 neu angelegt. Über die Beschwerde wurde abermals mit Urteil vom heutigen Tag entschieden. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 3.1

Am 2. November 2009 erfolgte eine Untersuchung bei einem Kreisarzt des Unfallversicherers, Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation (Urk. 5/11/146-149). Dieser führte aus, der Beschwerdeführer habe berichtet, es gehe ihm seit einem Monat besser mit dem linken Arm, er habe aber dennoch bei den geringsten Bewegungen im linken Ellenbogengelenk Schmerzen an der dorsalen Oberarmseite mit Schmerzmaximum im Ellbogenbereich. Die Schmerzen strahlten auch in die Hand, den

Schulterbereich und teilweise auch zur Halswirbelsäule (HWS) aus (S. 2 Ziff. 3). Dr. E.____ äusserte in seiner Beurteilung den Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung, da das vom Beschwerdeführer beklagte Schmerzsyndrom mit den Unfallfolgen nicht erklärbar sei. Aus orthopädischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden (S. 3 Ziff. 5).

E. 3.2

Im Rahmen der unfallversicherungsrechtlichen Abklärung wurde der Beschwerdeführer am 26. April 2010 von Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. G.____, Assistenzärztin, H.____, untersucht (Urk. 5/11/125-127), welche folgende Diagnosen stellten (S. 1): - anhaltende Schmerzsymptomatik links mit/bei - Anpassungsstörung mit Existenzsorgen, Schlafstörungen und Libidoverlust (ICD-10 F43.28) - Anpassungsproblemen bei Veränderung der Lebensumstände (Angst vor Arbeitsplatzverlust, Existenzängste, ICD-10 Z60.0)

Die Ärzte des H.____

führten aus, der Beschwerdeführer leide seit einem Treppensturz unter Beschwerden des linken Ellbogens mit Schmerzen, schmerzbedingter Kraftlosigkeit, Zittern, Parästhesien sowie ausgeprägter Schonhaltung und sei durch bisher fehlende medizinische Befunde deutlich verunsichert. Die Beschwerden seien im Zusammenhang mit der persistierenden Symptomatik bei fehlenden Befunden und dadurch stressbedingt verstärktem Schmerzerleben zu interpretieren. Dabei sei es im Verlauf des Jahres 2009 zur beschriebenen Anpassungsstörung gekommen. Die Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung seien nicht erfüllt, da der Beschwerdeführer keine hartnäckige Forderung nach weiteren Untersuchungen stellte und kein Zusammenhang zu innerpsychischen Konflikten deutlich geworden sei, was im Rahmen der geführten Abklärungsgespräche aber nicht abschliessend zu beurteilen sei (S. 3).

E. 3.3

Mit Bericht vom 24. Juni 2010 (Urk. 5/11/98-99) hielten Dr. C.____ und Dr. D.____ fest, anamnestisch, klinisch und unter Berücksichtigung der elektroneurophysiologischen (vgl. Urk. 5/11/100-102) Befunde liege beim Beschwerdeführer ein mittelschweres, sensomotorisches, rein demyelinisierendes

Sulcus

ulnaris-Syndrom links bei Status nach Ellbogenkontusion vor zirka einem Jahr vor. Diese Diagnose sei für die Beschwerden vollständig erklärend.

E. 3.4

Am 4. Januar 2011 wurde der Beschwerdeführer auf Veranlassung des Unfallversicherers durch Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie, untersucht (Urk. 5/11/49-69). Dieser führte aus, die vom Beschwerdeführer präsentierten Symptome seien in Übereinstimmung mit den Beurteilungen des Kreisarztes Dr. E.____ nicht durch eine Läsion eines peripheren Nervs (

ulnaris) erklärbar. Zusätzlich fänden sich weitere - näher dargelegte - Inkonsistenzen (S. 14 f.).

Dr. I.____ räumte ein, dass der Anprall des Ellenbogens, eventuell mit Beteiligung des Nervus

ulnaris im Bereich des Sulcus , selbstverständlich akut schmerzhaft sei, diese Schmerzen jedoch langsam wieder abheilen würden. Es sei also typischerweise eine Regredienz - und nicht wie im vorliegenden Falle ein Zunahme - der Beschwerden zu verzeichnen. Die Einordnung des präsen tier ten Schmerzbildes sei schwierig, da die Ausprägung der Schmerzen im ulnaren Versorgungsgebiet nicht parallel mit den klinischen und elektrophysiologischen Befunden einhergehe (S. 16 Mitte).

Aufgrund der klinischen Beobachtungen des Hausarztes, des erstbehandelnden Chirurgen, der ersten neurologischen Untersuchung, der Persistenz der sensiblen Ausfallmuster und der Schmerzen im Bereich des ulnaren Ellbogens sei mit Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer tatsächlich initial eine Anprallkontusion des Nervus

ulnaris ohne erhebliche Verletzung des Nervs vorgelegen sei, welche nach den Kriterien von Seddon als leicht- bis allen falls mittelgradig einzuordnen sei und spontan abheile. Die Messung der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit durch Dr. C. ___ im Juni 2010 belege objektiv einen Geschwindigkeitssprung im Bereich des Sulcus

ulnaris als Aus druck einer lokalen Demyelinisierung des Nervs. Über die Ursache dieser Demyelinisierung könne die Messung aber keine Aussage machen. Klinisch und elektrophysiologisch objektivierbar habe keine Verschlimmerung in den ersten eineinhalb Jahren nach dem Unfall nachgewiesen werden können. Das heutige Beschwerdebild sei geprägt durch eine Symptomausweitung (S. 17 ff.).

Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. I. ___ nicht.

E. 3.5

Am 2. Oktober 2012 wurde der Beschwerdeführer durch med. pract . J. ___ , Fachärztin Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, RAD , unter sucht (Bericht vom 8. Oktober 2012, Urk. 5/16) . Med. p ract . J. ___ nannte als Diagnose mit Auswirku ng auf die Arbeitsfähigkeit Schu lter-Armschmerzen bei Status nach Ellenbogengelenksprellung und neurologisch gesicherter Neuro pathie des Nervus

ulnaris links (S. 5 Ziff. 8).

Beim Beschwerdeführer sei anhand der vorliegenden medizinischen Berichter stattung und der körperlichen Untersuchung vom 2. Oktober 2012 ein somati scher Gesundheitsschaden, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtige, nicht sicher nachweisbar. Das geklagte Schmerzsyndrom und die geklagte Funktionsminde rung des linken Armes seien durch objektive Befunde nicht zu erklären. Ledig lich die elektrophysiologisch nachgewiesene Minderung der Nervenleit ge schwin digkeit des Nervus

ulnaris links bleibe als objektivierbarer Befund.

Bei der Untersuchung habe kein Hinweis auf einen dem Schmerzbild entspre chenden Muskelabbau durch Schonung des linken Armes bei Nichtbenutzung gefunden werden können. Die Umfangsdifferenz der Arme im Oberarm habe der zu erwartenden Differenz bei einem Rechtshänder entsprochen. Lediglich im Bereich des Unterarmes habe sich eine etwas grössere Umfangsdifferenz gefun den, die durch Schonung bedingt sein könn t e. Hinweise auf Ausfallerscheinun g en mit Atrophie einzelner Muskelgruppen, speziell der Muskulatur des Hand rückens, wie sie bei einem Ausfall des Nervus

ulnaris zu erwarten sei, seien nicht gefunden worden.

Eine konklusive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sei aus orthopädischer Sicht derzeit nicht möglich. Medizinisch-theoretisch sei dem Beschwerdeführer jedoch eine angepasste Tätigkeit mit körperlich leichter Wechselbelastung, ohne Hebe- und Tragebelastung des linken Armes, ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne Arbeiten in Armvorhalte und ohne besondere Belastung des linken Armes sowie ohne Schlag- und Vibrationsbelastung der Arme zu 100 % zumutbar (S. 6 Ziff. 10) . 3. 6

Die psychiatrisch-neurologische Untersuchung beim RAD erfolgte am 16. Januar 2013 und wurde von dipl. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, durchgeführt (Bericht vom 30. Januar 2013, Urk. 5/22) . Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt dipl. med. K.____ eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.0) bei wahrscheinlich traumatisch bedingter sensibler distaler Nervus ulnaris Läsion links fest (S. 4 Ziff. 11).

In der Beurteilung führte dipl. med. K.____ aus, beim Krankheitsverlauf falle auf, dass zu Beginn nur starke Schmerzen im Bereich des linken Ellenbogens mit Ausstrahlung in den vierten und fünften Finger vorhanden gewesen seien. Im Verlauf der weiteren Konsultationen sei dann über eine Schmerzausstrahlung im Bereich des Unter- und Oberarmes sowie über Schmerzen im Bereich der Brust, der linken Schulter und des gesamten linken Unterarmes berichtet worden. Ausserdem habe der Beschwerdeführer angegeben, er könne seinen Arm kaum noch gebrauchen. Immer wieder sei in den entsprechenden neurologischen, neurophysiologischen sowie kernspintomographischen Abklärungen eine deutliche Diskrepanz zwischen der praktischen Funktionsaufhebung des linken Armes und der ausgeprägten Schmerzsymptomatik einerseits und den objektiv gefundenen Befunden andererseits festgehalten worden.

Letztlich lasse sich auch anlässlich der aktuellen Untersuchung festhalten, dass die ausgeprägte Schmerzsymptomatik und praktische Funktionslosigkeit des linken Armes bei fehlenden Muskelatrophien und relativ geringen objektiven Befunden nicht nachvollzogen werden könne. Es sei am ehesten von einer deutlichen Schmerzausweitung und Selbstlimitierung auszugehen beim Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung. Hinweise für eine schwerere psychiatrische Störung hätten nicht erhoben werden können. Ebenso habe in der aktuellen Untersuchung kein Hinweis für das Vorliegen einer leichten psychiatrischen Störung im Sinne einer Anpassungsstörung gefunden werden können. Dass sich der Beschwerdeführer Sorgen um die weitere Zukunft mache, sei nachvollziehbar und nicht als krankheitswertig einzustufen (S. 5 Ziff. 12).

Die zugrunde liegende neurologische Schädigung schränke die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nicht ein (S. 6).

3. 7

Prof. Z.____ nannte in seinem am 24. April 2014 erstatteten Gutachten (Urk. 9) folgende Diagnosen (S. 29 Ziff. 4): - Status nach leichter unfallbedingter Kontusion des Nervus ulnaris links - chronisches Schmerzsyndrom des linken Armes

In seiner Beurteilung (S. 23 ff.) führte Prof. Z.____ aus, der linke Arm des Beschwerdeführers sei seit dem Unfall im Jahr 2009 mehrfach klinisch untersucht worden. Es habe sich zu Beginn der Beschwerden eine Hypästhesie des Nervus

ulnaris links versorgten Hautareals, zudem wahrscheinlich auch eine leichte Lähmung des Fingerspreizens beziehungsweise der Abduktion des Kleinfingers gezeigt. Dieses Ausfallsmuster entspreche einer leichtgradigen Funktionsstörung des Nervus

ulnaris links, so dass zu Recht davon ausgegangen worden sei, es sei beim Unfall zu einer leichten Kontusionierung des linken Nervus

ulnaris gekommen. In den späteren Untersuchungen sei, wohl wegen der Ausweitung der Schmerzen, der damit verbundenen Schonhaltung und dem deshalb verminder ten Mitmachen des Beschwerdeführers, die klinische Symptomatik nicht mehr so klar gewesen. Es könne aber immerhin festgestellt werden, das s

Echtzeitdokumente tatsächlich auf eine leichte, klinisch feststellbare Funktionsstörung des Nervus

ulnaris hinweisen würden, die durch den erlittenen Unfall mit Anschlagen des Ellenbogens zu erklären gewesen sei. Derartige leichte Nervenkontusionen hätten eine sehr günstige Prognose, würden sie doch nach wenigen Wochen ohne Residuen ausheilen (S. 24 oben) .

Ab etwa Juli 2009 seien von den untersuchenden Ärzten zunehmend Beschwerden notiert worden, die über eine reine Ulnarisstörung links hinausgegangen seien. Auch bei der aktuellen Untersuchung habe der Beschwerdeführer über Beschwerden geklagt (Schmerzen linker Kopf, linkes Bein, rechte Hand, Muskelschwäche praktisch aller Muskeln des linken Armes, sensibles Hemisyndrom links), welche nicht durch eine Ellenbogenkontusion und/oder eine Funktionsstörung des Nervus

ulnaris links verursacht sein könnten. Es sei davon auszugehen, dass es seit dem Unfall zu einer Ausweitung der anfänglichen Symptomatik gekommen sei, die nicht durch eine organische Störung des Nervus

ulnaris links erklärbar sei (S. 24 f.) .

Hinsichtlich der Frage wie gross der Anteil organisch begründeter Beschwerden am gesamten Beschwerdebild sei, sei bemerkenswert, dass keine objektiven klinischen Befunde einer Nervenschädigung des Nervus

ulnaris haben gefunden werden können: So liege keine spürbare Temperaturdifferenz zwischen den Händen vor, ebenso wenig eine deutliche Muskelatrophie der vom Nervus

ulnaris versorgten intrinsischen Handmuskulatur und auch kein vermehrtes oder vermindertes Schwitzen an der linken Hand. Sodann seien die Muskeleigenreflexe seitengleich, obwohl bei der Kraftprüfung weitreichende linksseitige Muskelschwächen demonstriert worden seien, dementsprechend die Muskeleigenreflexe links also hätten vermindert sein müssen. Alle anderen klinischen Befunde (insbesondere Kraft, motorische Prüfung, Sensibilität) seien nur bei einwandfreier Kooperation des Beschwerdeführers „objektiv“ und deshalb nicht zur klinischen Objektivierung oder Quantifizierung einer allfälligen Nervenschädigung geeignet (S. 25) .

Bei der aktuellen Messung seien normale Nervenleitgeschwindigkeiten des Nervus

ulnaris im Bereich des linken Sulcus

ulnaris gemessen worden. Es seien nie Zeichen einer axonalen Nervenschädigung nachgewiesen worden. In diesem Punkt seien sich die vier bisher durchgeführten Neurographien einig. Axonale Nervenschädigungen könnten auch in der Nadelmyographie

nachgewiesen werden. Alle, auch die aktuell durchgeführte Nadelmyographie, hätten keine Denervationszeichen und damit keine Zeichen einer axonalen

Ulnarisschädigung gezeigt. Auch die aktuell durchgeführte quantitative Nadelmyographie, welche Veränderungen erfasse, die durch eine in der Vergangenheit abgelaufene axonale Nervenverletzung entstehen würden, sei normal. Dementsprechend habe auch diese Untersuchung also keine Hinweise auf eine früher abgelaufene Läsion des Nervus

ulnaris links gezeigt (S. 25 ff.).

Zusammengefasst habe beim Beschwerdeführer keine nennenswerte Läsion des Nervus ulnaris links nachgewiesen werden können. Es fänden sich auch keine objektiven klinischen Zeichen einer Ulnaris-Läsion. Im gutachterlichen Gesamtzusammenhang könne damit gefolgert werden, dass kein organisches Korrelat der enormen vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen habe gefunden werden können (S. 28).

Aus neurologischer Sicht könne keine Diagnose gefunden werden und könne auch retrospektiv keine Diagnose rekonstruiert werden, welche eine funktionelle oder zeitliche Leistungseinbusse begründen könnte. Demnach sei von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter auszugehen (S. 29 f. Ziff. 6 ff.). 3.

E. 3.7

), konnten keine objektiven klinischen Befunde einer Nervenschädigung des Nervus ulnaris gefunden werden. Die elektrophysiologischen Untersuchungen ergaben einen Normalbefund. Es fehlt sowohl an objektivierbaren klinischen Befunden als auch an einem elektrophysiologischen Korrelat hinsichtlich der geklagten Beschwerden. Die Diagnose eines Sulcus

ulnaris-Syndroms sei wegen der generellen Schmerzschonung klinisch nicht nachvollziehbar (vgl. Urk.

E. 8

Dr. A. ___ hielt in seinem Bericht vom 8. Oktober 2014 fest, es bestünden keine Hinweise auf eine Ulnaris-Läsion links am Sulcus, auch seien keine signifikanten Seitendifferenzen feststellbar. Ebenfalls habe die neurographische Untersuchung für den Nervus

medianus beidseits normale Verhältnisse aufgezeigt. Auch die Tatsache, dass das quantitative EMG eines Ulnaris-versorgten kleinen Handmuskels im April 2014 völlig normal ausgefallen sei, spreche gegen eine signifikante Ulnaris-Läsion (Urk. 18 S. 2 f.). 3.

E. 9

00.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Miroslav Paták - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 25/1-2 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom

siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit 1. August sowie vom 1. 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 Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Mosimann
Fonti

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