

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00924 vom 17. Juni 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-06-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00924

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00924 du 17 juin 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00924 del 17 giugno 2015

Erwägungen

E. 1

Der 1963 geborene X.____

liess der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) mit Unfallmeldung vom 23. Februar 2011 melden, dass er sich bei seiner Tätigkeit für die Y.____ am 16. November 2010 den zwölften Rückenwirbel gebrochen habe (Urk. 8/9/149). Die SUVA erbrachte in der Folge Taggelderleistungen und kam für die Heilbehandlungskosten auf. Am 12. April 2011 (Eingangsdatum gemäss Aktenverzeichnis) meldete sich X.____ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/7). Die IV-Stelle holte in der Folge Arztberichte von Dr. med. Z.____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin, (Bericht vom 28. April 2011, Urk. 8/13) und von Dr. med. A.____, Facharzt FMH für Neurologie, (Bericht vom 29. Juni 2011, Urk. 8/15) ein und zog Akten der SUVA bei (Urk. 8/9, Urk. 8/17, Urk. 8/18 und Urk. 8/30). Am 4. Juli 2012 teilte die IV-Stelle X.____ mit, dass Arbeitsvermittlung zurzeit nicht möglich sei (Urk. 8/33). Am 8. November 2012 wurde

X.____

von Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der IV-Stelle untersucht (Bericht vom 28. November 2012, Urk. 8/43). Die IV-Stelle stellte daraufhin mit Vorbescheid vom 23. Januar 2013 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/50). Nachdem X.____ hiergegen am 28. März 2013 Einwand erhob (Urk. 8/58) und die SUVA ihm mit Verfügung vom 12. September 2013 mit Wirkung ab 1. August 2012 eine auf einem Invaliditätsgrad von 17 % basierende Rente und eine Integritätseinbusse von 7,5 % entsprechende Entschädigung zugesprochen hatte (Urk. 8/62), verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 19. September 2013 einen invalidenversicherungsrechtlichen Rentenanspruch von X.____ (Urk. 2).

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 19.

September 2013 im Wesentlichen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 16. November 2010 nicht mehr in der Lage ist, die angestammte Tätigkeit als Gipser auszuüben. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit erachtete die Beschwerdegegnerin den Beschwerdeführer hingegen nach Ablauf des Wartejahres im November 2011 als zu 80 % und ab November 2012 als zu 100 % arbeitsfähig. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens sei ein behinderungsbedingter Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vorzunehmen. So ergebe sich ein Invaliditätsgrad von zunächst 28 % und hernach von 10

% . Der Beschwerdeführer habe daher keinen Rentenanspruch (Urk. 2 und Urk. 7).

E. 1.1.10

Total) ergibt dies für das Jahr 2011 für ein 80%- Pensum ein Jahreseinkommen von Fr. 49'539.70 (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41,7 x 1,01 x 0,8). 5.3.2

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerthen kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). 5.3.3

Der Beschwerdeführer konnte im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns nur noch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufige wirbelsäulenbelastende Zwangshaltungen und Tätigkeiten wie Bücken, Hocken, Überkopfarbeit, Arbeiten in weiten Armvorhalten, in einem Pensum von 80 % ausüben (E. 3.8). Die Beschwerdegegnerin nahm

deshalb einen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vor (Urk. 2).

Der Beschwerdeführer war aufgrund der genannten Einschränkungen in der Wahl einer Arbeitsstelle eingeschränkt. Diese Einschränkungen bezogen sich jedoch lediglich auf die körperlichen Anforderungen der zumutbaren Tätigkeit, insbesondere auf die Belastung der Wirbelsäule. Weitere Einschränkungen in der Art der zu verrichtenden Tätigkeit, wie beispielsweise betreffend Konzentrationsvermögen, lagen nicht vor. Zu berücksichtigen ist jedoch zusätzlich, dass Teilzeit arbeitende Männer durchschnittlich tiefer entlohnt werden als Vollzeit tätige (u.a. Urteil des Bundesgerichts 9C_481/2011 vom 30. September 2011 E).

E. 1.2

Der Beschwerdeführer liess hiergegen im Wesentlichen einwenden, er sei in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich noch zu 80 % arbeitsfähig. Aufgrund seiner multiplen Einschränkungen sei vom Tabellenlohn zudem ein behinderungsbedingter Abzug von 20 % vorzunehmen. Insgesamt resultiere so, bei einer Berechnung des

Invalideinkommens gestützt auf den Medianwert für sämtliche Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 ein Invaliditätsgrad von 41 % (Urk. 1 und Urk. 11) .

E. 1.3

In seiner ergänzenden Eingabe vom 31. Januar 2014 (Urk. 11) brachte der Beschwerdeführer vor, im Nachgang zu seiner Beschwerde habe sich herausgestellt, dass bei ihm medizinische Befunde vorlägen, welche die Beschwerdegegnerin nicht mitberücksichtigt habe. Es liege die Vermutung nahe, dass sie lediglich die unfallbedingten Einschränkungen in die Beurteilung miteinbezogen und die krankheitsbedingten Einflüsse unberücksichtigt gelassen habe. Es sei davon auszugehen, dass er insbesondere neurologisch nicht ausreichend medizinisch abgeklärt worden sei, weshalb die Angelegenheit zur weiteren medizinischen Abklärung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen sei.

E. 1.4

Die Beschwerdegegnerin hielt dem in ihrer Stellungnahme vom 27. Februar 2014 entgegen, dass die degenerativen Veränderungen im Bereich der HWS und LWS im orthopädischen Untersuchungsbericht vom 28. November 2012 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt und entsprechend in die versicherungsmedizinische Beurteilung miteinbezogen worden seien. Unter anderem deswegen sei für den Beschwerdeführer lediglich eine angepasste Tätigkeit ausführbar. Die Tatsache, dass es sich dabei um unfallfremde Erkrankungen handle, sei für die Invalidenversicherung nicht von Belang (Urk. 15). 2.

E. 2

Hiergegen liess X.____ am 11. Oktober 2013 (Urk. 1) durch Fürsprecherin Astrid Meienberg Beschwerde erheben und beantragen ,

die Verfügung vom 19. September 2013 sei aufzuheben und es sei ihm rückwirkend ab November 2011 eine Viertelsrente

der Eidgenössischen Invalidenversicherung auszurichten. In prozessualer Hinsicht ersuchte er um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und um die Bestellung von Fürsprecherin Astrid Meienberg als unentgeltliche Rechtsvertreterin. Die Beschwerdegegnerin schloss mit Beschwerdeantwort vom 14. November 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7), was dem Beschwerdeführer am 19. November 2013 mitgeteilt wurde (Urk. 9). Am 21. Januar 2014 liess der Beschwerdeführer mitteilen, dass er rechtsschutzversichert sei, weshalb das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung und unentgeltliche Prozessführung zurückgezogen werde (Urk. 10). Am

E. 2.1

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art.

E. 2.3

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzu geben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3. 3. 1

Dr. Z.____

nannte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 28. April 2011 als Diagnose n : - posttraumatisches lumbospondylogenes Syndrom

- lumboradikuläres Reizsyndrom beidseits bei Status nach Sturz auf das Gesäss mit stabiler BWK-12-Fraktur im November 2011

E. 3

Nachdem die SUVA dem Beschwerdeführer in teilweiser Gutheissung der von ihm gegen die Verfügung vom 12. September 2013 erhobenen Einsprache mit Einspracheentscheidung vom 16. Dezember 2013 – nebst einer auf einem Invaliditätsgrad von 17 %

basierenden

Rente

eine auf einer Einbusse der Integrität von 10 % beruhende Entschädigung zugesprochen hatte, wies das hiesige Gericht mit heutigem Urteil die vom Beschwerdeführer am 31. Januar 2014 erhobene Beschwerde ab, soweit es überhaupt darauf eintrifft (Prozess-Nr. UV.2014.00025).

E. 3.1

2). Sie erklärte dabei nicht, ob diese Arbeitsunfähigkeit nur für die angestammte, oder auch für angepasste Tätigkeiten gelte. Dr. Z.____

nannte in ihrem Bericht keinerlei Befunde. Dass das von ihr neu angeführte Vorhofseptumaneurysma Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (in einer angepassten Tätigkeit) haben könnte, lässt sich ihrem ärztlichen Zeugnis nicht entnehmen, zumal sie jenes ausdrücklich als „asymptomatisch“ bezeichnete. Die von ihr attestierte 100%ige

Arbeitsunfähigkeit seit 16. November 2010 begründete sie sodann insbesondere mit den permanenten Rückenschmerzen und wies nur diesbezüglich auf einen weiterhin bestehenden Behandlungsbedarf hin. Nachdem Dr. Z.____

überdies keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers seit der Beurteilung durch Dr. B.____ anführt, stellt

ihr ärztliches Zeugnis vom 30. Januar 2014 die Einschätzung von Dr. B.____ eben falls nicht in Frage. 4. 4

Dr. A.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 29. Juni 2011 (E. 3. 3) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ab September 2011 könne mit einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % gerechnet werden, wobei eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (bei Arbeitsfähigkeit von 50 %). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sollte eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realisierbar sein, dies ohne weitere Einschränkungen. Dr. A.____ legte seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin zwei Berichte an Dr. Z.____ vom 14. Dezember 2010 (Urk. 8/15/7-8)

und vom 30. März 2011 (Urk. 8/15/5-6) bei. Im Bericht vom 30. März 2011 erklärte er: „Vor gut einer Woche trat beim Patienten eine periphere Fazialisparese rechts auf. Bei ansonsten normalem Neurostatus dürfte es sich um eine kryptogene Form handeln. Das Ausmass der Parese ist als leicht einzustufen, im EMG beträgt der Faserausfall etwa 50 % . Die Prognose ist damit günstig, mit einer weitgehenden Ausheilung kann in vier bis sechs Wochen gerechnet werden. Seitens der Folgen des Sturzes vom 16. November 2010 ist das Beschwerdebild unverändert, und neurologisch bestehen nach wie vor keine Hinweise für eine relevante Läsion einer lumbalen oder sakralen Wurzel“. Nachdem Dr. A.____ gemäss eigenen Angaben den Beschwerdeführer letztmals am 29. März 2011 sah, somit unmittelbar vor der Berichterstattung an Dr. Z.____, ist nicht nachvollziehbar, wie er ohne irgend welche weiteren Abklärungen, welche zu neuen Erkenntnissen geführt hätten, dem Beschwerdeführer im Juni 2011 in Abweichung zur Berichterstattung an Dr. Z.____

eine derart weitgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestieren konnte. Sein Bericht ist daher nicht nachvollziehbar. 4. 5

Der Bericht der Dres. G.____ und H.____ vom 14. Dezember 2011 (E. 3. 5) steht der Beurteilung von Dr. B.____ ebenfalls nicht entgegen, machen doch Dr. G.____ und Dr. H.____ gar keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers und nennen auch keine Befunde, welche die Einschätzung von Dr. B.____ in Frage stellen würden.

E. 3.1.2

und E. 3.4.2.1).

Dies wurde von der Beschwerdegegnerin ausser Acht gelassen. Weitere Abzugsgründe sind nicht vorhanden. Insbesondere kommt im Anforderungsniveau 4 weder der fehlenden Ausbildung des Beschwerdeführers noch der Tatsache, dass er über eine Niederlassungsbewilligung C verfügt, entcheidende Bedeutung zu. Insgesamt erscheint deshalb ein Abzug vom Tabellenlohn von 15 % als angemessen. Das Invalideneinkommen belief sich demnach im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns auf Fr. 42'108.75 (Fr. 49'539.70 x 0,85). 5.4

Bei einem Valideneinkommen von Fr. 67'092.40 und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'108.75 resultierte im Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns im November

2011 eine Einkommenseinbusse von Fr. 24'983.65 und ein Invaliditätsgrad von gerundet 37 % (Fr. 24'983.65 : Fr. 67'092.40). Bei einem Invaliditätsgrad von 37 % besteht kein Anspruch auf Rentenleistungen (vgl. E. 2.1) . 5.5

Nachdem der Beschwerdeführer bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit keinen Rentenanspruch hat, kann auch nach Wiedererlangung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit ein Rentenanspruch ohne Weiteres verneint werden. 5.6

Die Beschwerde erweist sich somit im Ergebnis als unbegründet und ist abzuweisen. 6.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit . a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 700.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer

aufgelegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecherin Astrid Meienberg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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 Vorsitzende Der Gerichtsschreiber HurstWyler

E. 4

.

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

E. 4.1

2

Die Ärzte des RAD setzen die für die Invalidenversicherung nach Art. 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben (Art. 59 Abs. 2 bis IVG). Nach 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) können sie die geeigneten Prüfmethode im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die RAD können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Der RAD-Bericht von Dr. B.____ vom 28. November 2012 (E.

3.8) stellt einen Bericht nach Art. 49 Abs. 2 IVV dar. Dieser hat, sofern er die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an beweistaugliche medizinische Berichte erfüllt, grundsätzlich Beweiswert (BGE 135 V 254 E. 3.3.2) .

E. 4.1.1

Die Beschwerdegegnerin ging – wie ausgeführt (E. 1.1) – in der angefochtenen Verfügung vom 19. September 2013 davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 16. November 2010 in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig, jedoch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit nach Ablauf des Wartejahres im November 2011 (vgl. E. 2.1) zu 80 % und ab November 2012 zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 2). Die Beschwerdegegnerin stützte sich hierbei im Wesentlichen auf die Beurteilung von RAD-Arzt

Dr. B.____ vom 28. November 2012 (E. 3.8, vgl. Feststellungsblatt, Urk. 8/48) .

E. 4.1.3

Dr. B.____

attestiert dem Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Gipser eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit jedoch ab September 2011 eine 80%ige und ab 9. November 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Der Bericht von Dr. B.____ vom 28. November 2012 erfüllt die rechtsprechungsgemässen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden: Der Bericht ist für die streitigen Belange umfassend, er beruht auf eingehender fachärztlicher Untersuchung, er berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, er ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese), insbesondere auch der Ergebnisse der bildgebenden Abklärungen (Urk. 8/38-40, Urk. 8/48 /3 -4), abgegeben worden, er leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin enthaltenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a).

Dr. B.____ setzte den Beginn der 80%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit offensichtlich auf den Zeitpunkt des Assessments im E.____ (E. 3.4) und denjenigen der 100%igen Arbeitsfähigkeit auf den Zeitpunkt unmittelbar nach seiner eigenen Untersuchung vom 8. November 2012 fest. Der Beginn der 80%igen Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Assessment im E.____ scheint schlüssig, hielten die Sachverständigen des E.____ für diesen Zeitpunkt doch für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 80%ige Arbeitsfähigkeit fest. Diese 80%ige Arbeitsfähigkeit wurde denn

vom Beschwerdeführer zunächst auch nicht in Frage gestellt (vgl. E. 1.2 und E. 1.3).

Betreffend Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. B.____ gilt es zu beachten, dass auch die Sachverständigen des E.____ eine Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf 100 % bei entsprechenden medizinischen Massnahmen zumindest für möglich hielten. Der Beschwerdeführer trat im Nachgang zum Assessment im E.____, wie von den Sachverständigen empfohlen (Urk. 8/18/5-10 Ziffer 6), eine Medizinische Trainingstherapie an (vgl. Bericht von Dr. G.____ und Dr. med. M.____, Oberarzt Neurochirurgie, von der F.____ vom 11. Oktober 2011, Urk. 8/26/9; vgl. auch Urk. 8/43/2). Zusätzlich trug er auf Anraten der Dres. G.____ und H.____ während einer gewissen Zeit eine LWS-Bandage (Urk. 8/31/1-2).

Dass Dr. B.____ rund 14 Monate nach dem Assessment im E.____

eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert, steht daher nicht im Widerspruch zur Einschätzung der Sachverständigen des E.____. Dies gilt umso mehr, als die von den Sachverständigen des E.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit im Wesentlichen durch die Dekonditionierung

des Beschwerdeführers begründet war. Eine

Dekonditionierung

ist nämlich bei der Beurteilung der Invalidität, welche definitionsgemäss auf Dauer beruht (Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit; Art. 8 ATSG),

an sich

ausser Acht zu lassen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 884/05 vom 15. März 2006 E. 2.2).

Es gilt zudem zu beachten, dass Kreisarzt Dr. K.____ bereits im Juni 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit erhob (E. 3.7), wobei aus dem betreffenden Bericht vom

14. Juni 2012 keine Anhaltspunkte hervor gehen, dass seines Erachtens gesamtmedizinisch

bloss eine

80%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit vorliegt (s. E. 4.7).

Wie nachfolgend zu zeigen ist, kann offen bleiben, ob nicht auch aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht bereits ab dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. K.____ von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in behinderungsangepasster Tätigkeit auszugehen ist, hat dies er doch so oder anders keinen Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

E. 4.2

Der Bericht der Ärzte der D.____ vom 24. Mai 2011 (E. 3.2) wurde zu einem Zeitpunkt verfasst, für welchen auch die Beschwerdegegnerin in einer behinderungsangepassten Tätigkeit keine verwertbare Arbeitsfähigkeit annahm. Da auch die Ärzte der D.____ davon ausgingen, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erreichen könnte, steht ihr Bericht zumindest nicht im

Wider spruch zur Einschätzung von Dr. B.____ . 4. 3

Der Bericht von Dr. Z.____ vom 28. April 2011 (E. 3. 1) steht der Einschätzung von Dr. B.____

(80%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ab September 2011 und 100%ige Arbeitsfähigkeit ab November 2012) ebenfalls nicht entgegen, hielt Dr. Z.____ doch fest, dass mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit in einem Pensum von 100 % gerechnet werden könne.

Im Bericht vom 17. Mai 2013 hielt Dr. Z.____ hingegen in Abweichung zu Dr. B.____ und Dr. K.____ auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit lediglich eine zeitlich deutlich reduzierte Arbeitsfähigkeit fest (E. 3. 9). Dr. Z.____ führt e dabei nicht an, wie ihres Erachtens eine optimal behinderungsangepasste Tätigkeit auszusehen hätte . Da Dr. Z.____ ausdrücklich darauf hinwies , dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verändert habe (seit April 2011), gehen aus ihrem Bericht keine Anhaltspunkte hervor, dass sich nach den Untersuchungen durch Dr. K.____ und Dr. B.____ eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingestellt haben könnte . In Anbe tracht der Erfahrungstatsache , dass Hausärzte und behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen

(BGE 125 V 351 E. 3b/cc) , vermag der Bericht von Dr. Z.____ vom 17. Mai 2013 die Einschätzung von

Dr. B.____ , 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, jedoch 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit , nicht in Frage zu stellen.

Im ärztlichen Zeugnis vom 30. Januar 2014 attestierte Dr. Z.____ dem Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 16. November 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (E.

E. 4.6

Dr. J.____ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 10. Januar 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für schwere Arbeiten (E. 3. 6). Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit äusserte er sich nicht. Dass der Beschwerdeführer in s einer angestammten Tätigkeit als Gipser zu 100 % arbeits un fähig ist, steht fest. Die Einschätzung von Dr. J.____ steht somit der Einschätzung von Dr. B.____ nicht entgegen.

E. 4.7

Dr. L.____ erklärte in seinem Bericht vom 3. Oktober 2013 (E. 3.10), dass er betreffend Arbeitsfähigkeit mit Dr. K.____ übereinstimme, soweit er dem Be schwerdeführer eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätig keit attestiere. Dr. K.____ attestierte dem Beschwerdeführer jedoch nicht eine 80 % ige , sondern eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit. So verwies Dr. K.____ zwar auf das im E.____ durchgeführte Assessment und zitierte die Einschätzung der Sachverständigen des E.____ betreffend Arbeits fähigkeit wörtlich, gleichzeitig formulierte er jedoch selbst ein Zumut barkeits profil , in welchem er keine quantitative Einschränkung festhielt. Dr. K.____ erklärte denn auch, dass der Endzustand erreicht sei (Urk. 8/70/38-44) . Dem würde die von den Sachverständigen des E.____ festgehaltene 80%ige Arbeitsfä higkeit, die innert einer gewissen Zeit auf 100 %

steigerbar ist, wider sprechen. Da Dr. L.____ in seinem Bericht keine Befunde nannte, welche die Einschätzung von Dr. K.____ bzw. Dr. B.____

entgegenstehen und eine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen würde, stellt sein Bericht die Annahme einer 100%igen Arbeitsfähigkeit nicht in Frage.

E. 4.8

Dr. C.____ machte in ihrem Bericht vom 3. Oktober 2013 (E. 3.11) keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weitere Abklärungen der vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden erachtete

Dr. C.____ lediglich bei persistierenden Beschwerden als notwendig („Bei persistierender lokaler Schmerzsymptomatik empfiehlt sich [...]“).

Betreffend die von Dr. C.____ angeregten Massnahmen gilt es zu beachten, dass bereits ein MRI der BWS erstellt

wurde (Bericht der Dres. G.____ und H.____ vom 3. November 2011, Urk. 8/31/3-4) und der Beschwerdeführer eine Lues- und Borreliosen-serologie im Rahmen der Abklärungen in der D.____ kategorisch abgelehnt hatte (vgl. Urk. 8/17/10). Es liegen zudem keinerlei Anhaltspunkte vor, dass der Beschwerdeführer in den mehr als eineinhalb Jahren seit der Untersuchung durch Dr. C.____ irgendwelche der von ihr angeführten Abklärungen veranlasst hätte und hierbei ein bislang unberücksichtigter pathologischer Befund erhoben werden konnte. Die vom Beschwerdeführer in seiner ergänzenden Eingabe vom 31. Januar 2014 (Urk. 11 Seite 2) erwähnten „Missempfindungen beim Gehen im Beckenbereich sowie eine Schwäche und schmerzhaftes Missempfindung im linken Bein, einhergehend mit Kribbelparästhesien im Fersenbereich, im Bereich der linken Sohle und der vierten Zehe sowie ein Druck im Gesässbereich“ wurden von Dr. C.____ unter dem Titel „Zusammenfassung der Anamnese“ angeführt (Urk. 12/1 S. 1) und sind denn auch längst aktenkundig: Der Beschwerdeführer hatte bereits gegenüber den Ärzten der F.____ über eine ausstrahlende Schmerzsymptomatik ins linke Bein bis zum Fuss Aussenrand (Bericht vom 8. März 2011, Urk. 8/26/1), über eine fehlende Sensibilität im Bereich der Zehe IV links (Bericht vom 11. Oktober 2011, Urk. 11/26/9) sowie über Beschwerden im Bereich des Beckenkamms (Bericht vom 3. November 2011, Urk. 8/26/11) geklagt. Dr. C.____ selbst stellte jedoch, wie erwähnt, – in Einklang mit den Vorakten sowie den von ihr erhobenen Befunden – fest, dass sich keine Anhaltspunkte für eine Läsion im Bereich der spinothalamischen Bahn, eine lumboradikuläre Ausfallsymptomatik, eine Ischiadikusläsion, eine Kompressionsneuropathie oder eine Polyneuropathie ergeben hätten. Die von Dr. C.____

genannten Befunde ergeben demnach keine Hinweise auf eine weitgehende, als die bereits von Dr. B.____

attestierten Arbeitsunfähigkeit, führte dieser doch auch ein fragliches belastungsabhängiges sensibles Reizsyndrom bei der Arme und des linken Beines als Diagnose an (Urk. 8/43). Ihr Bericht stellt die Einschätzung von Dr. B.____

demnach ebenfalls nicht in Frage. 4.9

Nach dem Gesagten steht auf Grund der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Abklärungen mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartjahres im November 2011 in einer

behinderungsangepassten Tätigkeit zu 80 % und spätestens ab November 2012 zu 100 % arbeitsfähig war. 5. 5.1

Zur Ermittlung der erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlich bedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ist ein Einkommensvergleich vorzunehmen. Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des (hypothetischen) Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Valideneinkommen und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige renten wirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind. Der Beschwerdeführer ist in der angestammten Tätigkeit seit November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Der hypothetische Rentenbeginn ist somit, nachdem sich der Beschwerdeführer im April 2011 zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 8/7), im November 2011. 5.2

Die Beschwerdegegnerin errechnete das Valideneinkommen des Beschwerdeführers auf Basis der Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung für das Jahr 2010 (LSE 2010), wobei sie der Berechnung den Medianwert des Einkommens von Arbeitnehmern, welche im Baugewerbe einfache und repetitive ausüben, in Höhe von Fr. 5'310.-- zugrunde legte (Tabelle TA1, Anforderungsniveau 4, Ziffern 41-43; Urk. 2). Dies ist nicht zu beanstanden. In Anpassung an die Nominallohnentwicklung 2011 für Männer

von 1 % (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2013, Tabelle T1.1.10, Baugewerbe, S. 22) und unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Baugewerbe im Jahr 2011 von 41,7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 3/4-2015 Tabelle B9.2, Baugewerbe/Bau) ergibt sich so für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von Fr. 67'092.40 (Fr. 5'310.-- : 40 x 41,7 x 1,01 x 12). 5.3 5.3.1

Für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschädigung zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der - kumulativ - besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, sowie das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn erscheint, gilt grundsätzlich der von ihr erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzielt, wird kein Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne beigezogen werden (BGE 126 V 76 E. 3b). Vorliegend rechtfertigt es sich mit

der Beschwerdegegnerin

auf die Tabellenlöhne abzustellen, da der Beschwerdeführer keine neue Tätigkeit aufgenommen hat und die ursprüngliche Tätigkeit nicht mehr ausüben kann. Massgebend ist dabei die Tabelle TA 1.

Innerhalb dieser Tabelle ist auf den Medianwert für sämtliche Arbeitnehmer des Anforderungsniveaus 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) abzustellen, und nicht etwa auf denjenigen des verarbeitenden Gewerbes. Es ist daher von einem Bruttomonatslohn von Fr. 4'901.-- (Tabelle TA1 S. 26) auszugehen. In Anbetracht der betriebsüblichen

wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2011 für alle Sektoren von 41,7 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 3/4 – 2015, Tabelle B 9.2) und in Anpassung an die Nominallohnentwicklung für Männer von 1 % (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung, Tabelle T

E. 6

des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). 2. 2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 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 ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen , das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 010

- Osteochondrose mit bilateraler Protrusion L5/S1 - c hronisches Zervikovertebralsyndrom bei Diskusprotrusionen C4/5, C5/6 und C6/7, subligamentärer Diskushernie C6/7 und kombinierte r

Neuro foramenstenose C6/7 beidseits

Der Beschwerdeführer sei seit dem 16. November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Es könne mit einer 100%igen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit gerechnet werden, wobei der Zeitpunkt offen sei (Urk. 8/13). 3. 2

Vom 6. April bis 19. Mai 2011 weilte der Beschwerdeführer in der D.____, wobei die Therapie vom 14. bis 25. April 2011 unterbrochen wurde. Mit Austrittsbericht vom 24. Mai 2011 hielten die Ärzte der D.____ als Diagnosen im Wesentlichen fest: - Leitersturz am 16. November 2010 mit stabiler BWK-12-Fraktur - aktuell Fraktur BWK-12 offensichtlich konsolidiert, Kyphosewinkel unverändert 12,8 % , angrenzende Bandscheibenfächer diskret höhen gemindert . Empfehlung: Zunehmend aktivierende und muskelstabilisierende Übungen der BWS und LWS, Wiederaufnahme alltäglicher Belastungen und Heranführen

an das vormalige Aktivitätsniveau, schrittweise Reduktion der Schmerzmittel, Arbeitsversuch in zwei bis drei Monaten - periphere Fazialisparese rechts

Die Abklärungen betreffend die unfallfremde periphere Fazialisparese rechts seien noch nicht abgeschlossen. Die BWK-Fraktur sei noch nicht konsolidiert. Deshalb könne die Zumutbarkeit noch nicht getestet und definitiv beurteilt werden. Die Zumutbarkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit werde daher noch nicht festgelegt. Die angestammte Tätigkeit als Gipser sei nicht mehr zumutbar (Urk. 8/17/9-25) . 3. 3

Dr. A. ___ diagnostizierte mit Bericht an die Beschwerdeführerin vom 29. Juni 2011: - chronische Zervikalgie bestehend seit 2007 - posttraumatische Lumbalgie bei Status nach Sturz aufs Gesäss mit BWK-12-Fraktur am 16. November 2010

Der Beschwerdeführer sei vom 13. Dezember 2010 bis 29. März 2011 bei ihm in Behandlung gewesen. Er sei seit dem 16. November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Ab September 2011 könne mit einer Arbeitsfähigkeit von etwa 50 % gerechnet werden, wobei eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (bei Arbeitsfähigkeit von 50 %). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sollte ab September 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % realisierbar sein, dies ohne weitere Einschränkungen (Urk. 8/15/1-4) . 3. 4

Im August 2011 wurde mit dem Beschwerdeführer im E. ___ ein Arbeitsassessment durchgeführt. Die mit dem Assessment betrauten Fachpersonen nannten mit Bericht hierzu vom 9. September 2011 als arbeitsrelevante Diagnosen: - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.86) - nach Sturz aus 1,2 Meter mit stabiler BWK-12-Fraktur (Impressionsfraktur Boden- und Deckplatte) - Verlaufskontrolle Wirbelsäulenzentrum F. ___ am 17. Mai 2011: konsolidierte Fraktur, Kyphosewinkel unverändert 12,8° - Fehlförmigkeit mit linkskonvexer grossbogiger Skoliose thorakal, akzentuierte BWS-Kyphose - dysfunktionales Copingverhalten mit Schonungstendenz, teilweise iatrogen gefördert - zervikovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.82) - chronische, täglich auftretende Zephalgien (ICD-10 R51) - Differentialdiagnose medikamenteninduziert (tägliche Paracetamol-Einnahme)

Als weitere Diagnosen nannten sie einen chronischen Nikotinkonsum und eine leichte periphere Fazialisparese rechts.

Infolge erheblicher Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der ergonomischen Tests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Es sei anzunehmen, dass die Selbstlimitierung zumindest teilweise durch dysfunktionale Überzeugungen bezüglich Umgang mit den Schmerzen zustande komme. Es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung erbracht werden könne, als bei den Tests gezeigt worden sei. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erfolge daher medizinisch-theoretisch. Eine schwere körperliche Arbeit, wie als Gipser, sei aktuell nach langer Arbeitspause und aufgrund der deutlichen Dekonditionierung höchstens in einem geringen Pensum umsetzbar. Durch entsprechende medizinische Massnahmen könnte aber – bei optimaler Kooperations- und Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers – eine Besserung der Klinik und Steigerung der Arbeitsfähigkeit erreicht werden. Inwieweit dies möglich sei, müsse hier offen bleiben und müsste gegebenenfalls nach einigen Monaten konsequentem Training im Rahmen eines Gutachtens bestimmt werden. Infolge der langdauernden Arbeitsunfähigkeit würden sie einen schrittweisen Wiedereinstieg beginnend mit einer Arbeitsfähigkeit von 20 % (zwei Halbtage zur Anpassung und Angewöhnung) mit sukzessiver Steigerung in 10%-Schritten alle vier bis sechs Wochen empfehlen. In Bezug

auf andere Tätigkeiten sei aufgrund der inzwischen eingetretenen Dekonditionierung bei langer Arbeitspause von einer reduzierten Leistungsfähigkeit auszugehen mit einem vermehrten Pausenbedarf. Daraus ergebe sich eine zumutbare Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von etwa 80 % . Durch medizinische Massnahmen könnte die Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeit innerhalb von etwa vier Monaten bis zur vollen Arbeitsfähigkeit gesteigert werden (Urk. 8/ 18/ 5-10). 3. 5

Dr. med. G.____ , Assistenzarzt, und Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurochirurgie, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie , von der F.____ nannten mit Bericht vom 14. Dezember 2011 als Diagnosen: - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei - traumatische r BWK-12-Fraktur, Kyphosewinkel 13°, nach Arbeitssturz am 16. November 2010, rechtsbetonte pseudoradikuläre Ausstrahlung - chronisch zervikospondylogenes Schmerzsyndrom bei - Diskusprotrusionen C4-C7 ohne sensomotorische Defizite, Differential diagnose Migräne - segmentale r Hypermobilität unteres Drittel der HWS links, am 5. April 2011 therapeutisch mobilisiert - periphere Fazialisparese rechts (Erstdiagnose 19. März 2011) bei - neurologische r Abklärung Dr. A.____ : EMG, leichtgradiger

Faserausfall von 50 % , günstige Prognose - siebentägige m

Prednisonstoss 100mg täglich: subjektiv keine Änderung

Bei anhaltenden Beschwerden sähen sie durch ein operatives Vorgehen im Sinne einer Vertebroktomie BWK-12 die Chance für eine Besserung postoperativ bei 60 % . Auch durch ein weiteres abwartendes, konservatives Vorgehen sei eine Besserung denkbar. Der Beschwerdeführer gebe an, dass eine Operation für ihn nur in Betracht komme, falls er schmerzbedingt nicht mehr gehen könne. Dies sei im Moment nicht der Fall. Sie hätten vereinbart, dass er den weiteren Verlauf beobachten und sich in den nächsten Monaten entscheiden werde, inwiefern die nun bestehende Lebensqualität für ihn akzeptabel sei. Sie hätten somit die Behandlung vorerst abgeschlossen. Eine Wiedervorstellung erfolge bei Operationswunsch (Urk. 8/31/1-2). 3. 6

Der Beschwerdeführer wurde in I.____ untersucht, unter anderem wurde auch ein MRI angefertigt. Gemäss Bericht des Neurochirurgen Dr. J.____ vom 10. Januar 2012 hat der Beschwerdeführer ständig starke Schmerzen im thorakalen Bereich des Rückens, welche während längeren Sitzens und Stehens an Ort stärker würden. Während längeren Stehens ergäben sich radikuläre Symptome im linken Bein. Aus dem MRI ergäben sich keine Hinweise auf einen Bandscheibenschaden. Medulla und Cauda seien frei, auch im Bereich des Bruches. Der Abstand zwischen BWK-12 und BWK-11 sei reduziert.

Dies verursache die Schmerzen . Der Beschwerdeführer klage zudem über Nackenschmerzen. Diese seien degenerativ bedingt. Der Beschwerdeführer sei für körperlich schwere Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, besonders wenn die Arbeit mit längerem Sitzen und dem Heben von Gewichten von mehr als 5 Kilogramm verbunden sei (Urk. 8/ 31/ 6 -7). 3. 7

Am 14. Juni 2012 nahm Kreisarzt Dr. med. K.____ , Facharzt FMH für Chirurgie, von der SUVA eine ärztliche Abschlussuntersuchung vor. Es sei nun von einem Endzustand auszugehen , und er empfehle , den Fall abzuschliessen. Die SUVA werde für vier bis sechs Konsultationen pro Jahr sowie für die erforderlichen Schmerzmittel aufkommen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit könne er sich der Einschätzung gemäss Arbeitsassessment vom 9. September 2011 anschliessen. Aus kreisärztlicher Sicht seien folgenden Tätigkeiten

zumutbar: leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten mit maximal zu hantierenden Lasten von 15 Kilogramm. Der Beschwerdeführer sollte die Möglichkeit haben, seine Position häufig zu wechseln. Die Phasen der sitzenden bzw. stehenden Tätigkeiten sollten eine halbe Stunde nicht überschreiten (Urk. 8/ 30/2 - 8). 3. 8

Dr. B.____ vom RAD diagnostizierte mit Bericht vom 28. November 2012 mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - schmerzhafte Bewegungs- und Belastungseinschränkung der Wirbelsäule mit/bei - Status nach Fraktur BWK-12 mit Defektheilung und Keilwirbelbildung - degenerative Veränderungen der distalen LWS ohne Hinweis für Nervenwurzelirritation - degenerative Veränderungen der unteren HWS mit breitbasiger

Diskusprotrusion C6/7 mit möglicher Reizung der Nervenwurzel - ohne motorische Ausfälle der oberen und unteren Extremitäten - fraglichem belastungsabhängiges sensibles Reizsyndrom beider Arme und des linken Beines

Anhand der vorliegenden medizinischen Berichterstattung und der körperlichen Untersuchung vom 8. November 2012 sei ein somatischer Gesundheitsschaden ausgewiesen, der die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. In der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Gipser bestehe seit dem 16. November 2010 auf Dauer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit ohne Arbeiten auf Leitern und Gerüsten, ohne häufige wirbelsäulenbelastende

Zwangshaltungen und Tätigkeiten

wie Bücken, Hocken, Überkopfarbeit, Arbeiten in weiten Armvorhalten, bestehe ab September 2011 eine 80%ige und ab 9. November 2012 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Unfallfremd seien die degenerativen Erkrankungen der HWS und LWS (Urk. 8/43). 3. 9

Dr. Z.____ erklärte mit Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. Mai 2013, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich seit ihrer Berichterstattung im April 2011 nicht wesentlich verändert. Der Beschwerdeführer klagt weiterhin über permanente Zervikalgien mit Ausstrahlungen in den linken Arm, verbunden mit Dysästhesien und Parästhesien über Dermatom C6 und C7. Zusätzlich bestünden lumbosakrale Schmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein über Dermatom L4 und L5 mit Hyposensibilität ohne motorischen Ausfall. Vor kurzem habe sich der Beschwerdeführer in seinem Heimatland neu abklären lassen, wobei die zervikalen Protrusionen als Diskushernien C3/4, C4/5 und C6/7 beschrieben worden seien mit leichter Kompression der Medulla. Im thorakolumbalen Bereich verspüre der Beschwerdeführer permanente Schmerzen mit nächtlicher Intensivierung bei deutlichem Keilwirbel nach BWK-12-Fraktur mit Kyphosierung von 13°, allerdings habe sich die Fraktur bei initialem Verdacht auf Pseudoarthrose verheilt. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, körperlich belastende Arbeiten auszuüben, aber auch die adaptierte Tätigkeit sei ihm nur mit deutlicher zeitlicher Einschränkung zumutbar (Urk. 8/ 60).

E. 13

(Urk. 12/1) : - , Status nach Sturz am 17. November 2010 (richtig: 16. November 2010) mit BWK-12-Fraktur - residuales thorakovertebrales Schmerzsyndrom und lumbospondylogenes , sowie sekundäres zervikospodylogenes Schmerzsyndrom und Kopfschmerzen vom Spannungstyp - kraniale Kopfschmerzen - Status nach idiopathischer peripherer Fazialisparese rechts 2011 (MRI Schädel am 29. April 2011 unauffällig) -

Okulomotorikstörung , leichtgradige distale Tetraparese und Hyperreflexie ,
differentialdiagnostisch residual entzündlich-autoimmuner Genese “

Betreffend die

Frage nach der unklaren Symptomatik im linken Bein , Zehe IV, ergäben sich aufgrund der klinischen und elektrophysiologischen Untersuchungsbefunde keine Anhaltspunkte für eine Läsion im Bereich der spin o thal mischen

Bahn, eine lumboradikuläre Ausfallsymptomatik, eine Ischiadicusläsion , eine Kompressionsneuropathie oder eine Polyneuropathie. Ein myotonisches Syndrom, einhergehend mit einer intermittierenden Kompressionsneuropathie im Verlauf des Nervus ischiadicus

sei möglich. Es bestehe anamnestisch ein Zustand nach peripherer idiopathischer Fazialisparese rechts, die im Verlauf regressiert sei. Die Konstellation der Befunde sei unter Berücksichtigung der bereits erfolgten und bei gleichartiger Klinik unauffälligen Darstellungen von Hirnstamm und Cerebellum am ehesten mit einem postentzündlichen, autoimmunvermittelten Residualzustand vereinbar . Bei persistierender lokaler Schmerzsymptomatik empfehle sich zum Ausschluss einer fokalen Myopathie /Myositis eine MRI-Darstellung der BWS und der paravertebralen Muskulatur mit Kontrastmittel. Labor mit CK, zudem anti- Gangliosid und anti-ZNS-Antikörper sowie Lues- und Borrelienserologie .

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