

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00219 vom 25. Oktober 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00219

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00219 du 25 octobre 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00219 del 25 ottobre 2017

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Sowohl B.einträchtigungen der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit können eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Dabei ist in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_932/2011 vom 7. März 2012 E. 2.6; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 3).

Beruhet die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konsellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (siehe Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, Schaffhauser/Schlauri [Hrsg.], Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (siehe Kopp/Willi/Klippstein, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, S.1434, mit Hinweis auf eine grundlegende Untersuchung von Winckler und Foerster; BGE 131 V 51).

E. 1.3

Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit (Abs. 1) : a.

diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und b.

die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind .

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen gemäss Abs. 3 in medizinischen Massnahmen (lit. a), Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (lit. a bis), Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe; lit. b) und in

der Abgabe von Hilfsmitteln (lit.

d).

E. 1.4

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 1.5.1

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; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 1.5.2

Die Verwaltung als verfügende Instanz und – im Beschwerdefall – das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3).

E. 1.5.3

Für anspruchsbegründende Tatsachen trägt die versicherte Person die objektive Beweislast, das heisst sie trägt die Folgen der Beweislosigkeit. Die Annahme einer Beweislosigkeit ist erst möglich, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen der Abklärungspflicht aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_254/2017 vom 21. August 2017 E. 4.4). Die Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_700/2011 vom 19. Juni 2013 E. 3.2.1). 2.

E. 2.1

Die IV-Stelle verneinte im Vorbescheid vom 20. August 2014 und in der angefochtenen Verfügung den Anspruch auf berufliche Massnahmen und auf eine Rente (vgl. Urk. 7/83, 2). Dabei ging sie davon aus, gemäss dem Gutachten der Z.____ vom 23. Juni 2014, welches umfassend und überzeugend sei, liege keine gesundheitliche Störung vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Es bestehe kein IV-relevanter Gesundheitsschaden (Urk. 7/83, 2). In der Beschwerdeantwort vom 22. März 2016 wies sie zusätzlich auf die gutachterliche Stellungnahme vom 28. Mai 2015 hin (Urk. 6).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer liess in der Beschwerde vom 12. Februar 2016 geltend machen, die gesundheitlichen Einschränkungen an seinem rechten Arm führten zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 1 S. 3). Er leide an einer therapierefraktären, fokalen Myositis des rechten Unterarms, die äusserst schmerzhaft sei und ihn in der Benutzung des rechten Armes sehr stark einschränke. Dieses Leiden könne aufgrund der Befunde objektiviert werden (Urk. 1 S. 3). Das Gutachten der Z.____ erfülle die Anforderungen nicht, ihm komme kein Beweiswert zu (Urk. 1 S. 4). Die Schlussfolgerungen im Gutachten, wonach eine artifizielle Störung zu erwägen sei, seien nicht schlüssig dargetan und würden bestritten. Gegen diese Mutmassungen sprächen die objektivierbaren Befunde in den MRI's sowie die Normalisierung der Muskulatur unter Immunsuppression (Urk. 1 S. 4). Weder der untersuchende Neurologe noch der untersuchende Rheumatologe seien von ihrem Werdegang oder ihrem Fachwissen her qualifiziert, die vorliegende seltene Problematik zu beurteilen. Dies zeige sich unter anderem auch in der unqualifizierten Beurteilung der Auswirkungen der objektiven Befunde auf die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Die Gutachter legten sogar rückwirkend die Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 1 S. 5). Es werde auf die Stellungnahme zum Z.____-Gutachten von Frau Dr. B.____ vom 9. Oktober 2014 verwiesen (Urk. 1 S. 5). Er

sei in einem Myositiden-Fachzentrum zu beurteilen (Urk. 1 S. 5). Die Diagnose der fokalen Myositis sei auch von den Ärzten des C.____ gestellt worden (Urk. 1 S. 6). Aus den Berichten ergebe sich klar, dass er in der bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei. Es werde beantragt, dass er so rasch als möglich an Eingliederungsmassnahmen teilnehmen könne. Aufgrund seiner Krankheit sei er auf die Hilfe der Invalidenversicherung angewiesen (Urk. 1 S. 7 f.).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, ob nach Mai 2009 und bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung eine gesundheitliche Störung mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vorlag. 3. 3.1

Der Beschwerdeführer hatte bereits vor dem 4. Mai 2009 drei kleinere Unfälle: Am 28. September 2007 rutschte er während seiner Arbeit als Schaler auf einem Gerüst aus, schlug mit dem vorderen Unterschenkel an einem harten Gegenstand auf und erlitt eine 1,5 cm lange Rissquetschwunde, welche genäht werden musste. Die Hausärztin Dr. med. D.____ berichtete am 1. Dezember 2007 vom Abschluss der Behandlung. Am 3. Dezember 2007 erlitt der Beschwerdeführer beim Arbeiten auf dem Bau eine Kontusion des linken Unterschenkels, als ihm eine schwere Kiste auf den Unterschenkel fiel. Hinweise auf eine strukturelle Schädigung wurden von den behandelnden Ärzten nicht gefunden. Dr. D.____ berichtete am 27. Dezember 2007, dass der Verdacht auf eine Symptomausweitung bestehe, und die Wiederaufnahme der Arbeit am 7. Januar 2008 erfolge. Am 31. Dezember 2008 schnitt sich der Beschwerdeführer in den linken Zeigefinger. Die Schnittwunde musste genäht werden, und der Beschwerdeführer wurde mittels Physio- und Ergotherapie behandelt. Am 3. März 2009 wurde ihm wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert (Urk. 7/21/20-22). 3. 2

Am 7. Mai 2009 meldete der Beschwerdeführer, er habe am 4. Mai 2009 einen Arbeitsunfall erlitten; beim Ziehen an einer Eisenstange habe er plötzlich heftige Schmerzen im rechten Unterarm verspürt (Urk. 7/14/106). Die gleichentags notfallmässig konsultierten Ärzte der Medizinischen Poliklinik des E.____

diagnostizierten in ihrem Bericht vom 4. Mai 2009 einen Muskelfaserriss der Extensoren des rechten Unterarms. Die Röntgen- und Ultraschalluntersuchung des rechten Arms habe eine intakte Bizepssehne ergeben. Hinweise auf frische ossäre Läsionen, ein eigentliches Hämatom oder einen Muskelfaserunterbruch hätten sich nicht feststellen lassen (Urk. 7/14/105).

Auf MRI-Bildern des rechten Unterarms vom 19. Mai 2009, welche wegen der klinisch erhobenen Druckdolenz und Schwellung

zur Klärung der Frage nach dem Vorliegen eines Hämatoms, eines Seroms oder eines Muskelfaserrisses angefertigt wurden, zeigte sich eine unauffällige Unterarmmuskulatur. Die Verlaufs-MRI-Untersuchung vom 25. Juni 2009 brachte hingegen nach einer Kontrastmittelgabe Veränderungen im proximalen Anteil des Musculus brachioradialis und Musculus extensor carpi radialis longus und brevis auf einer Länge von 11 cm und Flüssigkeitseinlagerungen zur Darstellung (Urk. 7/14/96, 7/14/95; vgl. auch Urk. 7/16/34-42).

Im Bericht vom 27. Juni 2009 über die ambulante Behandlung vom 26. Juni 2009 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Medizinischen Poliklinik des E.____ eine

posttraumatische Myositis (entzündliche Reaktion von Muskeln), differentialdiagnostisch eine erneute Zerrung der Musculi brachioradialis und extensor carpi radialis longus und brevis bei Status nach Muskelfaserriss in den Extensoren des rechten Unterarms am 4. Mai 2009. Laut dem Beschwerdeführer bestünden seit dem 24. Juni 2009 eine intermittierende Schwellung und Schmerzen wechselnder Intensität im Bereich der dorsalen Unterarmmuskulatur. Schmerzmittel halfen jeweils nur wenig. Die klinische Untersuchung habe eine Schwellung und Rötung des rechten Unterarms, eine Differenz bezüglich des Umfangs zwischen dem linken und dem rechten Unterarm von 2,5 cm (links 30,5 cm, rechts 33 cm) und Schmerzen im Unterarm über den Extensoren bei der Extension und Flexion des Handgelenks und der Langfinger ergeben. Der MRI-Befund vom 25. Juni 2009 spreche am ehesten für das Vorliegen einer posttraumatischen Myositis / Nekrose, wobei aber ungewöhnlich sei, dass die Veränderungen auf den MRI-Voraufnahmen nicht zu sehen gewesen seien. Der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit als Akkordarbeiter vom 27. Juni bis 19. Juli 2009 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 7/14/100-101).

Die am 3. Juli 2009 durch die Ärzte des E.____, Rheumaklinik mit Institut für Physiotherapie und Poliklinik, durchgeführte Exzisionsbiopsie am Unterarm rechts mit Faszien- und Muskelanteilen ergab fokale Nekrosen des Fettgewebes mit minimal ausgeprägter Entzündung. Dieser Befund sei in erster Linie mit einer posttraumatischen Panikulitis vereinbar (Urk. 7/16/25-26; vgl. auch Urk. 7/16/27-30).

Die folgenden MRI-Untersuchungen vom 10. August und 4. September

2009 zeigten jeweils eine deutliche Befundverbesserung im Vergleich zu den Voruntersuchungen (Urk. 7/14/94, 7/14/88 = 7/16/22).

Nachdem sie den Beschwerdeführer vom 26. August bis 7. September 2009 stationär behandelt hatten, stellten die Ärzte des E.____, Rheumaklinik und Institut für Physiotherapie mit Poliklinik, im Bericht vom 7. September 2009 folgende Diagnosen: - Persistierende Schmerzen Musculi brachioradialis und extensor carpi radialis longus und brevis rechts mit/bei - Status nach Zerrung am 4. Mai 2009 - zunehmenden Hauteffloreszenzen (Differentialdiagnose: Hämatome) am 3. Juli 2009 und Verdacht auf Erythema nodosum, nicht bestätigt - Regredienz der Myositis/Nekrose im Musculus brachioradialis, Musculus extensor carpi radialis longus und brevis mit möglicherweise leichter Atrophie und sehr diskreter fettiger Degeneration der Extensorengruppe (MRI vom 25. Juni, 10. August und 4. September 2009) - Status nach Exzisionsbiopsie Unterarm rechts mit Faszien und Muskelanteilen (Musculus brachioradialis) - Histologie vom 3. Juli 2009: fokale Nekrosen des Fettgewebes mit minimal ausgeprägter Entzündung, am ehesten mit posttraumatischer Panikulitis vereinbar; keine weiteren Anhaltspunkte für entzündliche Prozesse an Faszien- und Muskelfragmenten - Bekannte Kopfschmerzen - Status nach unauffälligem Schädel-CT vom September 2008.

Zum Abschluss sei der Arm gepolstert und für sechs Tage einbandagiert worden. Bei der anschliessenden Sonographie und MRI-Untersuchung sei wie schon am 10. August 2009 eine Regredienz der ödematosen Veränderungen festgestellt worden. Nachdem die durchgeführten Untersuchungen keinerlei fassbare pathologische Befunde ergeben hätten, sei der Beschwerdeführer mit dem Ziel, den Arm wieder funktionell zu beanspruchen, zur Ergotherapie angemeldet worden. Die Suva werde ersucht, die Wiedereingliederung am bisherigen Arbeitsplatz zu prüfen (Urk. 7/14/83-86; vgl. auch Urk. 7/10).

Die Ärzte des E.____, Medizinische Klinik, hielten im Bericht vom 28. September 2009 fest, bei der neurologischen und elektromyographischen Untersuchung vom 28. September 2009 sei kein neuropathisches oder myopathisches Muster festgestellt worden, weshalb sie weiterhin von einer traumatisch bedingten schweren Muskelzerrung ausgingen (Urk. 7/16/16-17).

Die Ärzte der F.____ berichteten von der ambulanten Untersuchung vom 28. April 2010 und hielten als Diagnose unklare Unterarm schmerzen rechts fest. Aufgrund der durchgeführten ausgedehnten Abklärungen ohne Befund durch die Neurologie, die Rheumatologie und die Orthopädie, sei es wahrscheinlich am sinnvollsten, wenn die persistierenden, nicht einordbaren Schmerzen einer multidisziplinären Sprechstunde zugeführt würden (Urk. 7/14/22; vgl. auch Urk. 7/15/6).

Nach den Angaben der G.____ vom 6. Juli 2010 habe sich der Ver sicherte nicht auf berufsorientierte Themen und neue berufliche Perspektiven einlassen können. Er klagte über Schmerzen, die ihn hinderten, irgendwelche Perspektiven auszuloten. Die Voraussetzungen für erfolgsversprechende beruf liche Eingliederungsmassnahmen seien aktuell nicht gegeben (Urk. 7/14/16).

Die Neurologin Dr. H.____ von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva gelangte gestützt auf ihre Untersuchung des Beschwerdeführers vom 27. Oktober 2010 in ihrer versicherungsmedizinischen Beur teilung vom 25. Januar 2011 zum Schluss, dass das Ereignis vom 4. Mai 2009 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine andauernde strukturelle Läsion im Bereich des rechten Unterarms zur Folge gehabt habe. Aufgrund der Befunde und des Verlaufes lasse sich die Diagnose eines Muskelfaserrisses nicht auf rechterhalten. Gegen die von den behandelnden Ärzten differentialdiagnostisch angeführte posttraumatische Muskelentzündung spreche der unauffällige MRI-Befund vom 19. Mai 2009, welcher auch aus Sicht der behandelnden Ärzte nur schwer nachvollziehbar sei. Auch eine potentielle Muskelentzündung im Rahmen einer systemischen Erkrankung (Sarkoidose) sei von den behandelnden Ärzten anlässlich des Auftretens eines Erythema nodosum (auch Knotenrose; entzündliche Erkrankung des Unterhautfettgewebes mit Auftreten von rötlich gefärbten Flecken beziehungsweise Knötchen unter der Haut) geprüft und verworfen worden. Eine Muskelbiopsie habe keinen pathologischen Befund ergeben. Die von den behandelnden Ärzten ebenfalls diskutierte Diagnose einer „posttraumatischen“ Pannikulitis (Entzündung des Unterhautfettgewebes) sei auch nicht plausibel, weil ein Zusammenhang zwischen dem Schädigungsmechanismus - dem Ziehen an einem Gegenstand am 4. Mai 2009 - und einer Irritation der Muskulatur sowie einer Wochen später auftretenden Entzündung im Unterhautfettgewebe medizinisch in keiner Weise nachvollziehbar sei. Das Krankheitsbild spreche auch nicht für das Vorliegen eines Complex Regional Pain Syndrome (CRPS). Erwäh nenswert sei, dass in einem wissenschaftlichen Artikel aus dem Jahr 1985 fünf Fälle beschrieben worden seien, in denen sich die betroffenen Personen durch stumpfe Selbstverletzung Pannikulitiden zugefügt hätten. Häufigste Lokalisationen dieser Form einer artifiziellen Störung seien die Streckseiten der Unterschenkel, Unterarme und Hände. Bemerkenswert sei, dass die Anfang Juli 2009 neu aufgetretenen Hautveränderungen von den behandelnden Ärzten differentialdiagnostisch als Hämatome eingeordnet worden seien, was als ein Hinweis für eine nach dem 4. Mai 2009 aufgetretene Verletzung gedeutet werden könne. Es müsse deshalb auch an eine artifizielle Störung gedacht werden. Zu dieser Theorie passe auch die Latenz, mit welcher die visuell objektivierbaren Veränderungen aufgetreten seien, die

jeweilige Besserung der Veränderungen bei ärztlich verordneter Ruhigstellung durch einen Gipsverband oder eine Bandage und die fehlende Einschränkung des Beschwerdeführers in den Aktivitäten des täglichen Lebens, bei gleichzeitig geltend gemachter Unmöglichkeit, Arbeitsversuche vorzunehmen. Diese Annahme werde auch dadurch gestützt, dass das gemäss Angaben des Beschwerdeführers aktuell eingenommene Medikament Lyrica beziehungsweise der Wirkstoff Pregabalin in der Laboruntersuchung vom 27. Oktober 2010 nicht nachgewiesen werden können. Dies sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht auf die Halbwertszeit der Substanz oder eine abweichende individuelle Geschwindigkeit in der Metabolisierung zurückzuführen, sondern auf eine Nichteinnahme des Medikamentes. Die im MRI vom 25. Juni 2009 dargestellten Auffälligkeiten liessen sich also auch auf eine zwischenzeitlich erfolgte Muskelkontusion zurückführen. Letztlich könne aber auch eine derartige Verletzung das Ausmass der vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen – aktuell 5 bis 6 auf einer Skala von 0 bis 10 - nicht begründen, zumal der Beschwerdeführer während der gesamten Untersuchung nicht schmerzbeeinträchtigt gewirkt habe. Bemerkenswert sei, dass aus chirurgischer, orthopädisch-chirurgischer, rheumatologischer und auch neurologischer Sicht keine definitive Diagnose gestellt werden können, welche die geklagten Symptome zu erklären vermöchte (Urk. 7/21/28-38).

Dr. med. I.____, ebenfalls von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, untersuchte den Beschwerdeführer auch am 27. Oktober 2010. Sie fand keine Hinweise für eine relevante psychische Störung und wies darauf hin, die verfügbaren Informationen sprächen dafür, dass sich der Beschwerdeführer in einer schwierigen sozialen Lage befinde, aus der er ohne Beratung nur schwer herausfinden werde (Urk. 7/21/19).

Die Suva stellte daraufhin mit Verfügung vom 26. Januar 2011 die Leistungen per 31. Januar 2011 ein (Urk. 7/21/8-9). 3.3

Dr. D.____ hielt am 14. Februar 2011 fest, der Versicherte habe sich erneut ans E.____ gewandt, wo noch weitere Abklärungen durchgeführt würden. Besonders störend sei, dass die Blutanalyse keinen Pregabalin-Spiegel nachweisen könne, und auch der Tramal-Spiegel sei kleiner als 0,01 % gewesen. Dies, obwohl der Versicherte die Medikamente angeblich regelmässig wegen unerträglicher Schmerzen einnehme. Sobald die Abklärungen im E.____ abgeschlossen seien, werde sie die Arbeitsunfähigkeit nicht mehr weiter verlängern (Urk. 7/19).

Auf MRI-Bildern vom 18. März 2011 zeigte sich erneut eine deutliche ödematöse Veränderung im Musculus brachialis und im Musculus extensor carpi radialis longus und brevis. Gleichzeitig gelangte eine ödematöse Veränderung der umgebenden Faszien zur Darstellung. Nach Kontrastmittelgabe zeigten sich ferner deutliche Veränderungen der Faszien und des Muskels. Die Verlaufs-MRI-Untersuchung vom 10. November 2011 ergab einen Rückgang der Befunde, die Flüssigkeitsansammlung erschien gar erheblich bis teilweise vollständig regredient (Urk. 7/89/2).

Die Ärzte des E.____, Medizinische Poliklinik, diagnostizierten eine fokale Myositis am Unterarm rechts (Angaben vom 29. November 2011 und vom 9. Februar 2012, Urk. 7/43, 7/48) beziehungsweise am 22. Mai 2012 eine therapierefraktäre fokale Myositis sowie einen Verdacht auf eine depressive Episode (Urk. 7/50).

Dr. J.____, Oberärztin der Rheumaklinik des C.____, untersuchte den Beschwerdeführer am 28. Juni und 14. August 2012 ambulant. Gemäss Bericht vom 20. August 2012 gab der

Beschwerdeführer an, aktuell unter einem Dauerschmerz, der trotz Analgesie nur bedingt beherrscht und als zermürbend empfunden werde, zu leiden. Laut Dr. J. ___ imponierte klinisch eine Umfangdifferenz des rechten Unterarms von 3 cm gegenüber links, ferner eine allenfalls schmerzbedingte Reduktion der groben Kraft des gesamten rechten Arms. Die klinisch-neurologische und die konventionell-radiologische Untersuchung hätten keine Auffälligkeiten ergeben. Mittels früherer laborchemischer Untersuchungen habe eine infektiöse Ursache der Beschwerden ausgeschlossen werden können, insbesondere seien weder die myositis-spezifischen noch die myositis-assoziierten Autoantikörper positiv gewesen. Aktuelle MRI-Bilder vom 13. Juli 2012 hätten im Vergleich zum letzten MRI vom November 2011 ein stationäres Ausmass der intramuskulären Flüssigkeitsansammlung und der Kontrastmittelaufnahme im Musculus extensor carpi radialis longus und brevis ergeben. Mittels einer aktuellen ENMG habe eine neurogene Komponente ausgeschlossen werden können, wobei auch Zeichen einer Myopathie/Myositis nicht nachweisbar gewesen seien. Der festgestellte Bindegewebeumbau des Musculus extensor carpi radialis sei in jedem Fall pathologisch, jedoch sei unklar, ob dieser Befund als Folge des initialen Traumas oder der nachweislichen Entzündung zu interpretieren sei. Insgesamt könne die bereits von den Ärzten des E. ___ gestellte Diagnose einer fokalen Myositis des rechten Unterarms, bestehend seit 2009, nur bestätigt werden. Bei dieser Diagnose handle es sich um ein extrem seltenes Krankheitsbild, für welches in der Literatur nur wenige 100 Fälle beschrieben seien. In der Regel würden sich diese Patienten durch eine hohe Remissionsrate und ein sehr gutes Ansprechen auf eine Prednisontherapie kennzeichnen. Da beim Beschwerdeführer erst zwei Jahre nach dem Unfall mit einer anti-entzündlichen Therapie begonnen worden sei, sei denkbar, dass bereits ein gewisser bindegewebiger Umbau stattgefunden habe, welcher eventuell das reduzierte Ansprechen auf die anti-entzündliche Therapie erklären könnte. Allerdings dokumentierten die Labor- und MRI-Befunde vier Wochen nach Beginn der Prednisontherapie einen Rückgang der entzündlichen Aktivität. Aufgrund der Seltenheit des Krankheitsbildes lägen keine evidenzbasierten Therapien vor. Die Arbeitsfähigkeit werde durch die teilweise schmerzbedingte, teilweise entzündlich bedingte Muskelschwäche im rechten Arm eingeschränkt. Weiterhin liege ein wahrscheinlich bindegewebiger Umbau vor, der eine weitere Reduktion der Muskelkraft möglich erscheinen lasse (Urk. 7/54/1-4). Im Bericht vom 1. März 2013 präziserte Dr. J. ___ ihre Ausführungen dahin gehend, dass aufgrund der am 14. August 2012 erhobenen Untersuchungsbeefunde nicht nur in beruflicher Hinsicht, sondern bereits bei Alltagsaktivitäten eine massive Einschränkung bestehe; der Beschwerdeführer könne den rechten Arm wegen der fokalen Myositis quasi nicht einsetzen.

Des halb sei er - basierend auf den damaligen Untersuchungsbefunden – sowohl im angestammten Beruf als Bauarbeiter als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeits unfähig gewesen (Urk. 7/61/7).

MRI- Bilder vom 5. März 2013 zeigten im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. Juli 2012 nach Beginn einer immunsuppressiven Therapie mit Mycophenolat bis 12. Januar 2013 sowie Prednison 15mg einen Rückgang der Befunde (Urk. 7/89/2-3).

In ihrem Verlaufsbericht vom 8. März 2013 diagnostizierten die behandelnden Ärzte der Medizinischen Poliklinik des E. ___ eine therapieresistente fokale Myositis des rechten Unterarms nach einem Trauma, erst mals 2009 diagnostiziert. Die Ärzte hielten fest, unter einer Prednisolon-Therapie seien mehrere Therapieversuche (Methotrexat, Azathioprin und

Myco phenolat -Mofetil) unternommen worden. Aufgrund starker Nebenwirkungen oder fehlendem Ansprechen hätten diese Therapien gestoppt werden müssen. Eine für den Beschwerdeführer einigermaßen erträgliche Lebensqualität könne nur durch den Einsatz von Morphin-Präparaten gewährleistet werden. Aufgrund der Chronizität der Beschwerden mit seit 2009 ungenügendem Ansprechen auf die Therapie sei die Prognose nicht gut, es sei von einer dauerhaften Einschränkung auszugehen. Aufgrund der lokalen Entzündung, der Schmerzen und der verminderten Kraft im rechten Unterarm sei ein Einsatz dieses Arms in der bisherigen Tätigkeit nicht möglich. Zudem bestehe aufgrund der aktuellen medikamentösen Therapie eine ausgeprägte Müdigkeit. Ab etwa Mitte März werde eine Arbeitsfähigkeit von vorerst 20 % in einer leidensadaptierten Tätigkeit angestrebt (Urk. 7/62/2-4).

Das Verlaufs-MRI vom 13. März 2014 ergab nach dem Stopp der immun-suppressiven Therapie mit Mycophenolat am 12. Januar 2013, aber unter fortlaufender Therapie mit Prednison 5mg progrediente Signalalterationen, insbesondere im Bereich des Musculus extensor carpi radialis longus und brevis, des radialen Anteils des Musculus extensor digitorum superficialis sowie des Musculus supinator. Weiter zeigte sich ein weitgehend unverändertes subkutanes Ödem und eine etwas progrediente schmale intermuskuläre Flüssigkeitslamelle (Urk. 7/80/30). 3.4

Das polydisziplinäre medizinische Gutachten der Z.____ vom 23. Juni 2014 erging gestützt auf die zur Verfügung gestellten medizinischen Vorakten (Urk. 7/80/2-12), fachärztlich-internistische und –neurologische Untersuchungen vom 18. März 2014 (7/80/12-23), fachärztlich-rheumatologische und –psychiatrische Untersuchungen vom 26. März 2014 (7/80/23-38) sowie eine interdisziplinäre Konsensbildung unter Mitwirkung des Leiters der Gutachterstelle Prof. Dr. K.____, Facharzt für Neurologie (Urk. 7/80/38-44).

Der Beschwerdeführer gab an, unter chronischen Beschwerden im rechten Unterarm in Form von Schmerzen unterschiedlicher Intensität und einer verminderten Kraft zu leiden. Aktuell habe er Schmerzen mit einer Intensität von 7-8 auf einer Skala von 0 bis 10. Mit dem rechten Arm könne er keine Arbeiten ausführen.

Die internistische Untersuchung ergab eine Adipositas sowie den Verdacht auf eine arterielle Hypertonie, wobei sich diese Diagnosen nach Ansicht der Gutachter nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten (Urk. 7/80/15).

Der neurologische Gutachter erhob mit Ausnahme einer geringgradigen Schwel lung des proximalen radialen Unterarms keine auffälligen Befunde. Der Beschwerdeführer wirkte auf ihn nicht schmerzbeeinträchtigt und gab nur während der Untersuchung des rechten Arms an, Schmerzen zu haben. Eine eindeutige Parese des rechten Arms liess sich nicht nachweisen, da der Beschwerdeführer bei den Kraftprüfungen abrupt nachgab und eine ungenügende Willküranstrengung zeigte. Die erhobenen Hämatome im Bereich des Unterarms führte der Gutachter auf ein lokales Trauma zurück, da er die diesbezügliche Angabe des Versicherten, die Hämatome würden von einer Wärme applikation herrühren, als nicht plausibel einstufte. Hinsichtlich der mehrmals auch auf MRI-Bildern dokumentierten ödematösen Schwellungen des Unterarms führte der Gutachter aus, zweimalig durchgeführte Elektromyographien hätten keine genügenden Anhaltspunkte für neurogene Veränderungen ergeben, wobei solchenfalls nach mehrjährigem Verlauf auch eine Muskelatrophie zu erwarten gewesen wäre. Zwei im Juli 2009 und am 4. Mai 2011 durchgeführte Muskelbiopsien hätten eine minimal ausgeprägte Entzündung

beziehungsweise vereinzelte entzündliche Infiltrate in der betroffenen Muskulatur gezeigt. Diese Befunde seien nicht geeignet, die Beschwerden zu erklären. Auch die weiteren histologischen Befunde könnten eine spezifische Erkrankung nicht belegen. Sowohl aufgrund der klinischen Befunde als auch mit Blick auf die Ergebnisse der apparativen Voruntersuchungen bestünden keine ausreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen eines CRPS. Angesichts des bisherigen Verlaufs ohne eindeutigen Progress sei eine progrediente Muskelerkrankung nicht wahrscheinlich. Äusserst ungewöhnlich sei das Auftreten einer fokalen Myositis nach einem Trauma. In der medizinischen Literatur habe er keinen solchen dokumentierten Fall finden können. Da die Schwellung im Bereich des rechten Unterarms und die damit zusammenhängenden Klagen nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit einer unfallbedingten, entzündlichen oder anderweitigen endogenen biologischen Ursache zugeordnet werden könnten, seien diese nur möglicherweise, nicht aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf eine fokale Myositis zurückzuführen. Aufgrund der erhobenen Hämatome und der in den Akten dokumentierten Hauteffloreszenzen sei als Ursache eine Artefaktstörung mit bewusster Selbstverletzung des Unterarms (Morbus Münchhausen [ICD-10: F 68.1]) zumindest ebenso wahrscheinlich. Die fehlenden Zeichen einer Inaktivitätshypotrophie des dominanten rechten Arms und die sich aufgrund der anamnestischen Angaben andeutende rege Freizeitaktivität seien – was auch für die Vergangenheit gelte – mit den geltend gemachten Einschränkungen nicht vereinbar (Urk. 7/80/16-23).

Dem rheumatologischen Gutachter fiel vor allem eine Diskrepanz zwischen den bei der formalen Untersuchung des rechten Unterarms gezeigten Einschränkungen und der deutlich besseren spontanen Mobilität auf. Drei von fünf Waddel-Zeichen waren positiv. So gab der Beschwerdeführer bei der formalen Prüfung des Unterarms einen deutlichen Druckschmerz auf der Extensorenseite rechts an, unter Ablenkung konnte der Gutachter aber über längere Zeit einen lokalen Druck ausüben, auch eine tiefe Palpation, ohne eine Schmerzreaktion des Beschwerdeführers her vorzurufen. Bei den Alltagsaktivitäten war keine wesentliche Einschränkung der dominanten rechten Extremität – sowohl des Handeinsatzes als auch der Armfunktion, sowohl grob- als auch feinmotorisch – zu beobachten. Laut dem Gutachter war das Gewebe bindegewebig und fest induriert, ohne eine Überwärmung oder Rötung. Zusätzlich fanden sich zwei zirka 2 cm grosse Hämatome am Unterarm. Angesichts der ebenfalls erhobenen fehlenden Inaktivitätshypotrophie des rechten Arms und der seitengleichen Beschwellung der Hände sei nicht von einer namhaften alltagsrelevanten Einschränkung auszugehen. Die geklagte erhebliche Schmerzintensität stehe in Widerspruch zum beobachteten Verhalten und den klinischen Befunden. Kernsymptomographisch nachgewiesen sei eine unspezifische lokale Signalalteration der rechtsseitigen Unterarmstrecker- und Flexorermuskulatur. Die Ursache für diesen Befund sei jedoch offen, da er nicht pathognomonisch (bereits für sich allein genommen hinreichend für eine sichere Diagnosestellung) für eine Myositis sei und ebenso gut auf eine Artefaktstörung zurückgehen könne. Da klinische Zeichen einer floriden lokalen Entzündung fehlten und eine gravierende Funktionseinschränkung klinisch nicht konsistent belegt sei, sei die Diagnose einer lokalen Myositis der Unterarm-Extensoren rechts bloss als möglich einzustufen. Für das Vorliegen einer Artefaktstörung sprächen demgegenüber die lokalen Hämatome (Urk. 7/80/23-31).

Die psychiatrische Exploration ergab keine hinreichenden Anhaltspunkte für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/80/32-38).

In der abschliessenden zusammenfassenden Konsensbeurteilung erwähnten die Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Bei den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führten sie eine mögliche lokale Myositis der Unterarm-Extensoren rechts auf. Sie wiesen darauf hin, dass die formalen Auffälligkeiten der somatischen klinischen Befunde mindestens ebenso gut auf eine Artefaktstörung zurückgeführt werden könnten. Darauf habe bereits Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie von der Abteilung Versicherungsmedizin der Suva, in ihrem Gutachten vom 25. Januar 2011 hin gewiesen. Der Versicherte sei in der zuletzt ausgeübten und in jedweder ver gleichbaren Tätigkeit, zumindest aber in einer körperlich leichten, wechselbelastenden oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit per sofort als zu 100 % arbeitsfähig einzustufen. Angesichts der Untersuchungsergebnisse sei auch retrospektiv keine Arbeitsunfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die vom Beschwerdeführer angegebene Analgetika-Medikation sei nicht leitliniengerecht und mit Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen behaftet und müsse deshalb schrittweise zurückgeführt werden. Ohnehin ergebe sich aus den Vorakten, dass der Beschwerdeführer die Einnahme von Analgetika angegeben habe, welche bei einer Überprüfung mittels Blutentnahme nicht ausreichend nachweisbar gewesen seien. Die dokumentierten rheumatologischen Vorbewertungen seien mangelhaft, weil die offensichtlich mit zu erwägende Artefaktstörung unbe rücksichtigt geblieben sei, die fehlende biologische Plausibilität einer „post traumatischen fokalen Myositis“ missachtet worden sei und die Unspezifität der bildmorphologischen Befunde eine kritische Reevaluation der diagnostischen Grundannahme erfordert hätte. Nicht zuletzt seien die klinischen Hinweise auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden, der fehlende schmerzbeeinträchtigte klinische Eindruck, die anamnestisch wahrscheinlich rege Alltagsaktivität, die fehlenden Zeichen einer Inaktivitätshypotrophie und die mit Selbstverletzungen zu vereinbarenden Lokalbefunde nicht einbezogen worden. Deshalb sei auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seitens der behandelnden Ärzte versicherungsmmedizinisch nicht haltbar (Urk. 7/80/38-44). 3.5

Eine weitere MRI-Untersuchung vom 3. Oktober 2014 ergab im Vergleich zur Voruntersuchung vom 13. März 2014 einen deutlich progredienten Befund mit unveränderten Signalalterationen in den Musculi extensor carpi radialis longus und brevis sowie supinator, hingegen eine progrediente Signalalteration des Musculus brachioradialis und des Musculus extensor digitorum superficialis und neu eine Beteiligung der Musculi extensor pollicis brevis und abductor pollicis longus. Das subkutane Ödem und die intermuskulären Flüssigkeitsansammlungen waren dagegen stationär (Urk. 7/89/3).

Dr. B.____ von der Medizinischen Poliklinik des E.____ diagnostizierte in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2014 eine therapierefraktäre fokale Myositis im rechten Unterarm. Die Diagnose beruhe auf den zahlreichen, seit 25. Juni 2009 repetitiven MRI-Befunden und den Muskelbiopsien, welche mit einer fokalen Myositis vereinbar seien. Im Juli 2012 sei eine immunsuppressive Therapie mit verschiedenen Substanzen begonnen worden, welche zu einem mittels der MRI-Bilder objektivierten Rückgang der bildgebend sichtbar gewordenen Veränderungen geführt habe, mit Normalisierung der zuvor erhöhten Creatinkinase (CK). Wegen der subjektiv fehlenden Schmerzverbesserung und relevanten Nebenwirkungen sei diese Therapie gestoppt worden, werde nun aber angesichts der deutlichen Zunahme der Befunde und deren Ausweitung auf bis her nicht beteiligte Muskeln gemäss den aktuellsten MRI-Bildern reevaluiert. Die Diagnose einer fokalen

Myositis sei im Rahmen einer Zweitmeinung durch die Kollegen des C.____ (Bericht der Sprechstunde für Kollagenosen und Vaskulitiden vom 20. August 2012, elektrodiagnostische Untersuchung vom 13. Juli 2012) bestätigt worden. Eine fokale Myositis gehe aufgrund der Entzündung typischerweise mit einer lokalen Schwellung, welche auf den MRI-Bildern objektiviert worden sei, einher, entgegen der Ansicht des rheumatologischen Gutachters der Z.____ aber nicht mit einer Atrophie. Entgegen der Aussage des neurologischen Gutachters, es existiere keine Literatur, werde im Bericht des C.____ vom 20. August 2012 auf entsprechende Literatur mit Fallbeschreibungen hingewiesen. Im entsprechenden Bericht würden auch ausführlich die Therapie und die Schwierigkeit der Behandlung besprochen. Sowohl die rheumatologische als auch die neurologische Beurteilung im Z.____-Gutachten stützten sich auf Aktenbefunde, welche oberflächlich beschrieben, jedoch in ihrer Qualität und Wertigkeit nicht kommentiert und gewichtet würden. Zusätzlich hätten die Gutachter lediglich klinische Befunde als Argumente angeführt, um die Diagnose anzuzweifeln, hätten jedoch keine aktuellen objektivierbaren Befunde erhoben. Zudem hätten sie es unterlassen, den durch objektivierbare Befunde (MRI, CK) dokumentierten Krankheitsverlauf beim Beschwerdeführer unter Bezugnahme auf den allgemein zu erwartenden klinischen Verlauf einer fokalen Myositis zu würdigen. Die von den Gutachtern als Ursache für die Befunde in den Raum gestellte Selbstverletzung vermöge sicher nicht die durch die MRI-Bilder dokumentierte Verbesserung der objektivierbaren Befunde sowie die Normalisierung der Muskelenzyme (CK) unter immunsuppressiver Medikation zu erklären. Deshalb seien die rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten des Z.____ ungenügend. Weder würden sie auf eine fundierte Erfahrung der Gutachter zur Beurteilung der speziellen und seltenen Fragestellung schliessen lassen, noch würdigten die Gutachter die objektivierbaren Befunde im Hinblick auf eine Heilung und Arbeitsfähigkeit. Zur Erstellung einer der Erkrankung des Beschwerdeführers gerecht werdenden Beurteilung werde eine externe Begutachtung vorgeschlagen (Urk. 7/89).

Mit Schreiben vom 28. Mai 2015 (Urk. 7/107) äusserten sich die Z.____-Gutachter insbesondere zum Bericht von Dr. B.____ vom 9. April 2014 und zu den Histologiebefunden des C.____ vom 3. Juli 2009 und vom 4. Mai 2011 (Urk. 7/89, 7/96) und hielten fest, die vorgelegten Histologiebefunde seien ebenso gut mit Gewebeveränderungen nach Selbstverletzungen vereinbar, nämlich unspezifisch und nicht eine Myositis beweisend oder überwiegend wahrscheinlich machend. Sie - die Gutachter - würden sodann keine Einzelmeinung vertreten; es sei auf die Beurteilung von Dr. H.____ hinzu weisen. Der neurologische Gutachter sei sodann hoch erfahren, insbesondere auch bezüglich der hier im Raum stehenden Diagnosen. Sie hätten in Abwägung aller – vor allem auch der aktenkundigen – Daten eine Myositis nicht verneint, sondern vielmehr auf die unzureichende überwiegende Wahrscheinlichkeit dieser Diagnose hingewiesen (Urk. 7/107/2). Die von den Ärzten des E.____ als belegt behauptete Myositis werde im histologischen Bericht als „myopathisches Bild“, also im Sinne einer unspezifischen Veränderung beschrieben, die ebenso gut auf eine andere Ursache (auch auf sich selbst beigebrachte Traumata) zurückgehen könne. Der seitens der Ärzte des E.____ zitierte EMG-Befund belege eben keine Myositis, ein amplitudengemindertes elektromyographisches Muster (das Achsenkriterium einer Muskelerkrankung) werde dezidiert nicht umschrieben. Eine „rarefizierte Willküraktivität“ des Muskels sei bekanntlich bereits bei jeder mangelhaften Willküranstrengung auch bei Gesunden zu beobachten und stelle hier also keinen pathologischen Befund dar. Auch das von den

Ärzten des E.____ angenommene Ansprechen auf eine immunmodulierende Medikation sei allenfalls spekulativ. Der Muskelenzymwert CK könne auch bei Selbstverletzungen schwanken (fallen oder ansteigen, entsprechend deren Intensität und Wiederholung) und die Behandler hätten die Pharmaka-Compliance in Korrelation zu den eingesetzten Medikamenten und den Laborbefunden auch gar nicht geprüft. Ein spezifisches Labormuster einer Myositis sei niemals schlüssig nachgewiesen worden. Die grundsätzliche Existenz fokaler Myositiden sei in ihrem Gutachten nicht bestritten worden. Sie hätten jedoch auf die schwache Datenlage zu der aktenkundigen Erwägung einer posttraumatischen myositischen Genese der Beschwerden und Befunde hingewiesen. Chronische Myositiden mündeten regelmässig in eine Atrophie ein, eben diese liege beim Versicherten nicht vor (könne aber auch bei fortgesetzten Selbstverletzungen in Abhängigkeit von deren Ausmass noch entstehen). Die behandelnden Ärzte des E.____ hätten also basierend auf unspezifischen Befunden die Diagnose einer Myositis gestellt und es dabei versäumt, weitere Ursachen hinreichend kritisch zu prüfen (Urk. 7/107/2-3).

Dr. J.____ vom C.____ führte im Bericht vom 4. Januar 2016 über die letzte Untersuchung vom 12. November 2014 aus, es habe damals weiterhin eine ausgeprägte fokale Myositis des rechten Unterarmes bestanden, wodurch sich der Versicherte für jegliche manuelle Tätigkeiten disqualifiziert habe (Urk. 7/117/1-8; vgl. auch die Stellungnahmen und Ausführungen des Regionalen Ärztlichen Dienstes [RAD], Urk. 7/118). 4. 4.1 Strittig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer an der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten fokalen Myositis im rechten Unterarm mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit leidet, beziehungsweise ob ein IV-relevanter Gesundheitsschaden besteht. Dabei ist insbesondere zu prüfen, ob auf das von der IV-Stelle eingeholte Z.____-Gutachten vom 23. Juni 2014 abgestellt werden kann, oder ob ergänzende Abklärungen zu veranlassen sind.

Dass die von den behandelnden Ärzten teilweise ebenfalls diagnostizierte depressive Episode (vgl. etwa Urk. 7/50/4, 7/61/6, 7/62/2) sich längerfristig auf die Arbeitsfähigkeit ausgewirkt hätte, wird von keiner Seite geltend gemacht, wobei sich aus den Akten auch keine Anhaltspunkte für das Bestehen einer psychischen Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ergeben (vgl. etwa Urk. 7/21/19, 7/80/37). 4.2

Im den Beschwerdeführer betreffenden Urteil KK.2014.00021 vom 19. Februar 2016 E. 5.2 führte das Sozialversicherungsgericht Folgendes aus:

„An der Erstellung des multidisziplinären Z.____-Gutachtens vom 20. August 2012 waren fünf Gutachter aus vier medizinischen Fachdisziplinen beteiligt. Auch mit Blick auf die Menge an gewürdigten medizinischen Vorakten handelt es sich um die umfassendste bei den Akten liegende medizinische Beurteilung des Klägers. Als Einzige haben sich die Gutachter bei der Erstellung ihrer Expertise sowohl mit der unfallversicherungsmedizinischen Beurteilung von Dr. H.____ als auch mit den Berichten der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt und zu abweichenden Beurteilungen Stellung genommen. Die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation werden nachvollziehbar dargelegt und begründet, insbesondere auch unter Berücksichtigung der überzeugenden Ausführungen von Dr. H.____ in ihrer Beurteilung vom 25. Januar 2011 zur möglichen Zufügung der Befunde durch Selbstverletzung, worauf die Gutachter ausdrücklich verwiesen.

Bei der von den behandelnden Ärzten diagnostizierten fokalen Myositis handelt es sich um ein extrem seltenes, von der medizinischen Wissenschaft nur spärlich erforschtes Krankheitsbild, welches sich zudem in aller Regel nach einer Prednisontherapie (gemäss Angaben von Dr. J. ___ im Bericht vom 20. August 2012 [Urk. 7/54] oder ohne Behandlung spontan (gemäss Angaben auf dem Portal für seltene Krankheiten Orphanet; www.orpha.net

) zurückbildet. Der Verlauf der gesundheitlichen Störung des Klägers weicht vom üblichen Ablauf einer fokalen Myositis ab. Als einzigen, mit dieser Diagnose zu vereinbarenden pathologischen Befund erhoben die Gutachter die auch mehrmals auf MRI-Bildern dokumentierten ödematösen Schwellungen und einen Bindegewebeumbau einzelner Muskeln im rechten Unterarm. Dieser Befund ist aber nicht pathognomonisch (bereits für sich allein hinreichend für eine sichere Diagnosestellung) und kann, wie auch Dr. H. ___ mit Bezugnahme auf das ähnliche Krankheitsbild einer Pannikulitis überzeugend dargelegt hat, durch eine (absichtliche) Kontusion/Prellung mittels direkter stumpfer Gewalteinwirkung hervorgerufen werden. Auch Dr. J. ___ hat in ihrem Bericht vom 20. August 2012 (Urk. 7/54) darauf hingewiesen, dass der pathologische Befund ebenfalls auf ein Trauma zurückgehen könne. Für eine derartige Verursachung sprechen die erstmals im Bericht der Ärzte des E. ___ vom 27. Juni 2009 (Urk. 7/14/100-101; vgl. auch den späteren Bericht vom 7. September 2009 [Urk. 7/14/83]) und später immer wieder, zuletzt anlässlich der Begutachtung im Z. ___, festgestellten Hautrötungen, welche mit Hämatomen vereinbar waren und kein typischer Befund für eine fokale Myositis sind. Auch das im Bericht des E. ___ vom 27. Juni 2009 als auffällig vermerkte Fehlen der später erhobenen Veränderungen auf den MRI-Erstaufnahmen nach dem Unfall vom 4. Mai 2009 (Urk. 7/14/100-101) sowie die vorwiegend auf den MRI-Bildern, aber auch in den übrigen Untersuchungsbefunden dokumentierte Verbesserung, erneute Verschlechterung und die nach Beginn einer anti-entzündlichen Therapie von Dr. J. ___ festgestellte neuerliche Verbesserung des Befunds (Urk. 7/54/3) lässt sich mit wiederholten Selbstverletzungen erklären. Auffallend ist dabei, dass die erneute Befundverschlechterung kurze Zeit nach der Einstellung der Unfalltaggelder per Ende Januar 2011 (Urk. 7/21/8) auf den MRI-Bildern vom 18. März 2011 zur Darstellung gelangte, nachdem zuvor während rund eineinhalb Jahren keine MRI-Untersuchungen mehr durchgeführt worden waren (Urk. 7/89/2). Weiter wiesen die Gutachter, wie vor ihnen bereits Dr. H. ___, auf das auffallend inkonsistente Verhalten des Klägers hin. Sie beobachteten, dass er, ausser bei der formalen klinischen Untersuchung des rechten Arms, trotz Angabe starker Schmerzen nicht schmerzbeeinträchtigt wirkte und die Funktion des rechten Unterarms in unbeobachteten Momenten nicht eingeschränkt war, wozu auch die von ihnen erhobene seitengleiche Beschwielung der Hände passte. Nicht zuletzt führte der Kläger

für die anlässlich der Begutachtung festgestellten zwei kleinen Hämatome im rechten Unterarm, welche laut den Gutachtern auf ein stumpfes Trauma zurückgeführt werden könnten, eine medizinisch nicht plausible Begründung

an, weswegen es nicht ausgeschlossen werden kann, dass es sich dabei um eine Schutzbehauptung gehandelt hat.

Aufgrund dieser Überlegungen kann auf die von den Gutachtern vorgenommene diagnostische Einordnung der Gesundheitsstörung des Klägers – dass diese nur möglicherweise auf eine fokale Myositis der Unterarm-Extensoren rechts zurückzuführen sei und ebenso gut durch bewusste Selbstverletzungen im Rahmen einer Artefaktstörung (

Morbus Münchhausen [ICD-10: F 68.1]) ver ursacht sein könne - abgestellt werden.“ 4.3

Weiter führte das Gericht in E. 5.3 des genannten Urteils aus:

„Dr. B.____ kritisierte in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2014 (Urk. 7/89) insbeson dere die rheumatologischen und neurologischen Beurteilungen im Z.____-Gut achten als ungenügend. Soweit sie geltend machte, die Gutachter hätten zu wenig Erfahrung zur Beurteilung der mit der seltenen Diagnose fokale Myositis einhergehenden Befunde, kann angesichts der extremen Seltenheit und spärli chen Erforschung dieses Krankheitsbilds davon ausgegangen werden, dass Dr. B.____ – wie die allermeisten Ärzte – ebenfalls nicht über viel einschlägige Erfahrung verfügt, zumal sie sich in ihrem Bericht nicht als erfahrene Spezialis tin mit Bezug auf dieses Krankheitsbild auswies. Ihr Vorwurf, der rheumatologi sche Gutachter sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass eine fokale Myo sitis nicht mit einer Schwellung, sondern mit einer Atrophie einhergehe, mag zutreffen. Eine solche Fehlannahme genügt aber für sich allein angesichts der bei der Diagnosestellung zu berücksichtigenden zahlreichen weiteren Aspekte nicht zur Minderung der Beweiskraft des Gutachtens. Sodann negierte der neu rologische Gutachter entgegen der Ansicht von Dr. B.____ nicht die generelle Existenz von Literatur zur fokalen Myositis. Soweit sie den mittels der MRI-Bil der objektivierten Rückgang der sichtbar gewordenen Veränderungen nach Beginn der immunsuppressiven Therapie im Juli 2012 als Argument für die von ihr gestellte Diagnose anführte, muss ihr entgegengehalten werden, dass die Befunde bereits im Jahr 2009, ebenfalls belegt durch mehrere MRI-Untersu chungen, im zeitlichen Verlauf zurückgingen. Da sich nicht nur ein gewöhnli ches, durch Selbstverletzung beigefügtes Hämatom, sondern auch eine fokale Myositis nach dem in der vorstehenden Erwägung Gesagten spontan ohne Therapie zurückbilden kann, ist bereits der von Dr. B.____ postulierte Kausalzu sammenhang zwischen dem Rückgang der Befunde und der immunsuppressiven Therapie keinesfalls zwingend, zumal gemäss Dr. J.____ bisher noch keine evi denzbasierte Therapie der fokalen Myositis existiert (Urk. 7/54). Die weitere von Dr. B.____ gegen das Z.____-Gutachten erhobene Kritik ist angesichts der in der vorstehenden Erwägung wiedergegebenen überzeugenden Ausführungen im Gutachten nicht nachvollziehbar.

Die übrigen Beurteilungen der behandelnden Ärzte ergingen ohne Beachtung des selbstlimitierenden und inkonsistenten Verhaltens des Klägers; die in versi cherungsmedizinischen Fragen unabdingbare Prüfung der Plausibilität der Angaben des Klägers wurde von den behandelnden Ärzten folglich versäumt. Dabei sprechen die von ihnen erhobenen Befunde durchaus nicht eindeutig für das Vorliegen der diagnostizierten fokalen Myositis. So fällt auf, dass etwa Dr. J.____ von der Rheumaklinik des C.____ in ihrer aus führlichen Beurteilung vom 20. August 2012 darauf hinwies, mittels labor-chemischer Untersuchungen habe eine infektiöse Ursache der Beschwerden aus ge schlossen werden können und weder die myositis-spezifischen noch die myosi tis-assozierten Autoantikörper seien positiv gewesen (Urk. 7/54).

Hinsichtlich der Beweiskraft der Beurteilungen der behandelnden Ärzte fällt auch ins Gewicht, dass der Behandlungsauftrag einerseits und der Gutach tensauftrag andererseits sich wesensmässig unterscheiden und – gerade auch in Fällen, wo der Verdacht auf eine artifizielle Störung im Raum steht – miteinander in Konflikt geraten können. Die Pflichten eines Sachverständigen lassen sich nicht mit dem besonderen Vertrauensverhältnis, das dem Behandlungs-vertrag mit dem Patienten eigentümlich ist, vereinbaren. In umstrittenen Fällen ist deshalb in der Regel nicht ohne triftigen Grund von der Beurteilung der sach

verständigen Gutachter abzuweichen (vgl. dazu etwa die Urteile des Bundesgerichtshofes 9C_319/2014 vom 8. September 2014 E. 3.2, I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4 sowie I 506/00 vom 13. Juni 2001 E. 2b). Auch dieser Aspekt spricht also dafür, auf die den behandelnden Ärzten widersprechende Beurteilung der Z.____-Gutachter abzustellen. Auf einen besonders starken Interessenkonflikt der behandelnden Ärzte deutet der Umstand hin, dass Dr. B.____ in ihrem Bericht vom 9. Oktober 2014 nicht abschliessend Stellung nehmen wollte, sondern eine externe Begutachtung empfahl (Urk. 7/89/4).

Soweit der Kläger geltend macht, auf die Beurteilung von Dr. H.____ vom 25. Januar 2011 könne nicht abgestellt werden, weil die dortigen Schlussfolgerungen angesichts der später erfolgten Diagnose einer fokalen Myositis überholt seien, kann ihm nicht gefolgt werden. Zumindest die überzeugenden Ausführungen von Dr. H.____ zur möglichen Zufügung der Befunde durch Selbstverletzung mit Bezugnahme auf das der fokalen Myositis ähnliche Krankheitsbild einer Pannikulitis sind nach wie vor aktuell, wie auch die Darlegungen der Z.____-Gutachter zeigen.“ 4.4

4.4.1

Die in E. 4.2. und E. 4.3 zitierten Ausführungen gelten auch für das vorliegende invalidenversicherungsrechtliche Verfahren.

Ergänzend zu berücksichtigen ist das Schreiben der Z.____-Gutachter vom 28. Mai 2015 (Urk. 7/107), welches im Verfahren KK.2014.00021 nicht vorgelegt wurde, und worin die Gutachter zu den Ausführungen von Dr. B.____ im Bericht vom 9. Oktober 2014 (Urk. 7/89) Stellung nehmen, sowie der weitere Verlauf bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2016 (vgl. Urk. 7/117/1-8, 7/118). 4.4.2

Die Ausführungen der Z.____-Gutachter vom 28. Mai 2015 untermauern im Wesentlichen die vom Gericht im Verfahren KK.2014.00021 gezogenen Schlussfolgerungen. Die Gutachter legten dar, dass die verschiedenen im Verlauf erhobenen Befunde das Bestehen einer fokalen Myositis für sich nicht belegen könnten, dass vielmehr insbesondere auch eine (wiederholte) Muskelkontusion im Sinne eines Artefakts dieselben Befunde hervorbringen könne. Damit fehlt es – wie bereits dargetan (vgl. E. 4.2) – an pathognomonischen Befunden. Festzuhalten bleibt, dass auch Dr. B.____ keine pathognomonischen Befunde geltend machte, sondern nur festhielt, verschiedene Befunde seien vereinbar mit einer fokalen Myositis oder eindeutig pathologisch (vgl. Urk. 7/89/3). Auch der Rückgang der Befunde unter Immunsuppression führt nach der nachvollziehbaren Einschätzung der Z.____-Gutachter nicht notwendigerweise zum Nachweis einer fokalen Myositis (vgl. auch E. 4.3). In der Beschwerde wurde zudem nicht geltend gemacht, und auch aus den Akten ist nicht ersichtlich, dass der weitere Verlauf bis im Januar 2016 neue Erkenntnisse gebracht hätte (vgl. Urk. 7/117/1-8). Der Einschätzung der Z.____-Gutachter, welche – anders als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte - neben den objektiven Befunden und dem Verlauf auch die Konsistenz der Angaben des Versicherten geprüft haben, kommt damit von vorneherein höheres Gewicht zu (vgl. auch die Ausführungen in E. 4.2 und E. 4.3).

Der rheumatologische Gutachter der Z.____ führte im Gutachten vom 23. Juni 2014 aus, es bestünden keine Zeichen einer Inaktivitätshypotrophie des rechten Arms (Urk. 7/80/27, 7/80/31). Dr. B.____ schloss daraus, der rheumatologische Gutachter sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass eine fokale Myositis nicht mit einer Schwellung, sondern mit einer Atrophie einhergehe (Urk. 7/89/4; vgl. E. 4.3). Diesem Verständnis der Ausführungen

des Rheumatologen kann nicht gefolgt werden. Eine Inaktivitätshypotrophie beziehungsweise -atrophie ist eine Atrophie infolge mangelnder oder fehlender funktioneller Inanspruchnahme (vgl. www.gesundheit.de). Der rheumatologische Gutachter prüfte mit hin, ob die vom Versicherten geltend gemachten funktionellen Beeinträchtigungen, nämlich mit dem rechten Arm keine Aktivitäten ausführen zu können, und die geltend gemachten erheblichen Schmerzen (vgl. Urk. 7/80/23), mit einer in dieser Situation zu erwartenden Inaktivitätsatrophie einhergingen (vgl. Urk. 7/80/27, 7/80/31). Es ist sodann anzunehmen, dass sich bei Nichtgebrauch des gesamten Arms neben der begrenzten lokalen Schwellung am Unterarm zusätzlich auch eine Atrophie weiterer Muskeln einstellen könnte. Die diesbezüglichen Einwendungen von Dr. B.____ vermögen das Gutachten jedenfalls nicht in Frage zu stellen (vgl. E. 4.3). Im Bericht vom 28. Mai 2015 führten die Z.____-Gutachter hierzu – und soweit unwidersprochen aus – aus, chronische Myositiden mündeten regelmässig in eine Atrophie ein (Urk. 7/107/3).

Beschwerdeweise liess der Versicherte sodann geltend machen, die echtzeitlichen medizinischen Akten belegten eine Arbeitsunfähigkeit. Die Beurteilung der Z.____-Gutachter, auch rückwirkend habe eine Arbeitsfähigkeit bestanden, sei aktenwidrig und werde seiner Situation nicht gerecht (Urk. 1 S. 5). Angesichts der gutachterlichen Einschätzung, ein somatisches Leiden habe nie mit hinreichender Wahrscheinlichkeit vorgelegen, ist die Schlussfolgerung, für die Vergangenheit sei auch keine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit ausgewiesen, zwingend (vgl. Urk. 7/80/38-43). Was den Rentenanspruch betrifft ist zudem festzuhalten, dass aufgrund der Anmeldung vom 24. Juni 2010 ein allfälliger Rentenanspruch nach Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens am 1. Dezember 2010 hätte entstehen können. Gemäss der Beurteilung von Dr. H.____ vom 25. Januar 2011, welcher die Untersuchung vom 27. Oktober 2010 zu Grunde lag, bestanden auch zum damaligen Zeitpunkt aufgrund von Inkonsistenzen bereits erhebliche Zweifel an den vom Versicherten angegebenen erheblichen Schmerzen und der Plausibilität der anamnestischen Angaben (vgl. Urk. 7/21/37-38). Die von den behandelnden Ärzten in der Folge gestützt auf die nicht ausreichend gesicherte Diagnose einer fokalen Myositis und ohne hinreichende Prüfung der Nachvollziehbarkeit der geltend gemachten Einschränkungen attestierte Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/43, 7/48, 7/50, 7/61/7, 7/62/3) vermag deshalb nicht zu überzeugen, und keine, auch keine nur vorübergehende Arbeits- oder Erwerbsunfähigkeit zu belegen (vgl. auch nachfolgende E. 4.5).

Festzuhalten bleibt, dass eine abweichende Auffassung behandelnder Ärzte für sich allein keinen Grund bildet, von den Ergebnissen des in Wahrung der Mitwirkungsrechte nach Art. 44 ATSG extern in Auftrag gegebenen Administrativgutachtens abzuweichen. Es bedarf objektiv fassbarer Gesichtspunkte, welche geeignet sind, Zweifel an den Ergebnissen dieser Begutachtung zu erwecken (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_658/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 4.2). Solche objektiv fassbaren Gesichtspunkte fehlen vorliegend, und auf weitere Beweismassnahmen wie die vom Beschwerdeführer

beantragte Anordnung eines Gerichtsgutachtens in einem Myositiden-Fachzentrum ist zu verzichten. Auf die umfassende und überzeugende Beurteilung im Z.____-Gutachten vom 23. Juni 2014 ist abzustellen. Damit war bis zum Verfügungszeitpunkt kein (somatisches) Leiden mit Auswirkung auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit hinreichend nachgewiesen.
4.5

Im Urteil des Sozialversicherungsgerichts KK.2014.00021 vom 19. Februar 2016 E. 6.1 wurde sodann weiter festgehalten:

„Selbst wenn , entgegen der in den vorstehenden Erwägungen vertretenen Ansicht, die Diagnose einer fokalen Myositis ausgewiesen wäre, könnte der Klä ger daraus nichts zu seinen Gunsten ableiten. Wie bereits ausge führt, unterlies sen es die behandelnden Ärzte, die Plausibilität der angegebenen Beeinträch tigungen zu überprüfen . So ging etwa Dr. J. ___ in ihrem Bericht vom 1. März 2013 davon aus, der Klä ger könne den rechten Arm wegen der fokalen Myositis quasi nicht einsetzen (Urk. 7/61/7), was in deutlichem Wider spruch zu den glaubhaften Beobachtungen der Z. ___-Gutachter steht. Deshalb kann auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seitens der behandelnden Ärzte nicht abgestellt werden.

Die Z. ___-Gutachter haben demgegenüber überzeugend dargetan, dass nur geringfügige pathologische Befunde erhoben werden konnten, welche aufgrund des in den Vorakten dokumentierten gesundheitlichen Verlaufs im relevanten Zeitraum vor der Begutachtung jedenfalls nicht wesentlich schlimmer waren. Der Klä ger wirkte anlässlich der Begutachtung nicht schmerzbeeinträchtigt, die Hände waren seitengleich beschwiel und es war keine wesentliche Einschränkung der dominanten rechten Extremität - sowohl des Handeinsatzes als auch der Armfunktion, sowohl grob- als auch feinmotorisch - zu beobachten. Seine anamnestischen Angaben liessen auf eine rege Freizeitaktivität schliessen. Fer ner legten die Gutachter dar, dass die verordnete Analgetika-Medikation nicht leitliniengerecht war und vom Klä ger vermutlich gar nicht eingenommen wurde. Auf diesen Umstand wies bereits Dr. H. ___ hin. Deshalb ist auch nicht davon auszugehen, dass der Klä ger unter Nebenwirkungen wie starke Müdigkeit und Kopfschmerzen litt, welche die Arbeitsfähigkeit erheblich ein schränkten. Zu beachten ist auch, dass der Klä ger noch relativ jung ist und Anhaltspunkte für weitere körperliche Beeinträchtigungen in den Akten fehlen. Unter diesen Umständen ist die gutachterliche Schlussfolgerung, dass er in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit – auch retrospektiv - zu 100 % arbeitsfähig sei, einleuchtend, und es kann darauf abgestellt werden.“

Auch diese Ausführungen haben für das vorliegende Verfahren Gültigkeit. Für den massgebenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 14. Januar 2016 ist damit jedenfalls eine Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu verneinen. 4.6

Damit wurde der Anspruch auf berufliche Massnahmen und der Anspruch auf eine Rente zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen. 5.

Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Strei tigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Versicherungs-leistungen kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG).

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem unterliegen-den Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Marianne I. Sieger - 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, zuzu stellen.

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

E. 6

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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgleichender Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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