

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00206 vom 15. August 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-08-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00206

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00206 du 15 août 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00206 del 15 agosto 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). 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

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. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

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

E. 1.3

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben (BGE 130 V 343 E.

3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

E. 1.4

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b).

E. 1.5

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

E. 1.6

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, die medizinischen Unterlagen, vor allem das eingeholte polydisziplinäre Gutachten, in welchem keine Befunde festgestellt und auf Inkonsistenzen hingewiesen worden sei, wiesen keine dauerhaften gesundheitlichen Veränderungen aus. Dementsprechend seien die angestammte sowie auch jegliche angepassten Tätigkeiten voll zumutbar. In Frage kämen körperlich leichte bis sehr leichte Arbeiten (S. 1 ff.). 2.2

Demgegenüber machte der Beschwerdeführer beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe in Verletzung der Untersuchungsmaxime den Gutachter keine – wie vom Bundesgericht gefordert – Alltagsbeobachtungsaufnahmen zur Evaluation vorgelegt, sondern ohne entsprechende Abklärungen zu seinem Bewegungsverhalten im Alltag eine Neubeurteilung veranlasst, was eine unzulässige „second opinion“ darstelle (S. 6). Ausserdem sei das eingeholte Gutachten inhaltlich nicht verwertbar (S. 6 ff.). Namentlich bestünden weder Inkonsistenzen noch demonstratives Verhalten und die Gutachter hätten sich auch zur Arbeitsfähigkeit in seiner erlernten und vor dem Unfall ausgeübten Berufsaktivität als Koch nicht vernehmen lassen. Unzutreffend sei auch, dass er eine akademische Ausbildung abgeschlossen habe. In seiner marokkanischen Heimat habe er lediglich eine Hotelfachschule besucht (S. 11). 2.3

Strittig und zu prüfen ist, ob und allenfalls in welchem Ausmass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem 15. Juni 2006, dem Datum des massgeblichen Einspracheentscheids (Urk. 6/48), verändert hat. 3. 3.1

Der Einspracheentscheid vom 15. Juni 2006 (Urk. 6/48) stützte sich in medizinischer Hinsicht im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. B.____, Facharzt für Orthopädie, und Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin, des Dr. med. D.____ vom 2. September 2005 (Urk. 6/30), welche die Diagnosen invalidisierende Handschmerzen links mit Ausstrahlungen bis zur linken Kopfhälfte, einen Status nach Neuromexzision und sekundärer Nervenentzündung am 6. Januar 2003, einen Status nach Wundversorgung bei Stichverletzung Thenar am 29. Juli 2002 sowie ein radiales betontes komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Stadium II stellten (S. 16). Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), ein intermittierend auftretendes lumbotorsales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik sowie intermittierend auftretende Schulterschmerzen rechts, aktuell ohne sicheres klinisches Korrelat (S. 16).

Sie führten aus, in der angestammten Tätigkeit als Koch bestehe aus handchirurgischer und orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsunfähigkeit, da infolge der vollständigen Gebrauchsunfähigkeit der linken Hand relevante bimanuelle Tätigkeiten grundsätzlich ausgeschlossen seien. Abgesehen von der Problematik im Bereich der linken Hand bestünden keine klinischen Befunde, welche die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden erklären könnten (S. 11 und S. 17). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es könne dem Beschwerdeführer zugemutet werden, einer seiner körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen (S. 14). Zusammenfassend gelangten die Gutachter zum Schluss, dass in einer angepassten Tätigkeit seit dem Unfallereignis eine dauerhaft reduzierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe, die schätzungsweise seit Mitte 2004, spätestens jedoch seit dem

Zeitpunkt der Begutachtung, noch 80 % betrage (S. 19). 3.2

Das hiesige Gericht gelangte in seinem rechtskräftigen Urteil vom 30. Juni 2008 (Urk. 6/59/1-20, Prozess- Nr. IV.2006.00610) zum Schluss, dass sich im Zeitraum zwischen dem 1. Juli 2003 und 30. Juni 2004 das Krankheitsbild wesentlich verbessert habe und die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, die unter ausschliesslichem Einsatz der rechten Hand durchgeführt werden könne, 80 % betrage. Nach durchgeführtem Einkommensvergleich ermittelte es einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von gerundet 36 % (vgl. E. 4.5 und E. 5.5 des Urteils IV.2006.00610). 4. 4.1

Im Rahmen der am 7. November 2008 erfolgten Neuanmeldung für Eingliederungsmassnahmen (Urk. 6/63) sowie der am 29. Dezember 2009 gestellten Gesuchs um Neubeurteilung des Invaliditätsgrades

(Urk. 6/107) gingen folgende medizinische Einschätzungen ein: 4.2

S uva -Kreiarzt Dr. med. E.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie, berichtete am 12. Januar 2009 (Urk. 6/6

E. 6

/16-1

E. 6.1

Der Beschwerdeführer macht nun vorab geltend, die bei der A.____ veranlasste polydisziplinäre Begutachtung beinhalte keine Alltagsbeobachtungen, sondern sei eine Neubeurteilung, was eine unstatthafte „second opinion“ darstelle (Urk. 1 S. 6).

E. 6.2

Nach den allgemeinen Regeln des Sozialversicherungsrechts hat der Versicherungs träger den rechtserheblichen Sachverhalt abzuklären. Er ist nach dem in Art. 43 Abs. 1 ATSG statuierten Untersuchungsgrundsatz verpflichtet, die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vorzunehmen und die erforderlichen Auskünfte einzuholen. Die Verfahrensleitung liegt dabei beim Versicherungs träger, dessen Ermessensspielraum in Bezug auf Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen gross ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_481/2013 vom 7. November 2013 E. 3.4). Was zu beweisen ist, ergibt sich aus der Sach- und Rechtslage. Gestützt auf den Untersuchungsgrundsatz ist der Sachverhalt soweit zu ermitteln, dass über den Leistungsanspruch zumindest mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit entschieden werden kann. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruchs von Amtes wegen durchzuführenden Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine „second opinion“ zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (BGE 138 V 271 E. 1.1; Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2). Entscheidend dafür, ob weitere Abklärungen angeordnet werden können und müssen, ist, ob die bereits vorliegenden Gutachten die praxisgemässen inhaltlichen und beweismässigen Anforderungen erfüllen (Urteil des Bundesgerichts U 571/06 vom 29. Mai 2007 E. 4.2).

E. 6.3

Indem die Beschwerdegegnerin in Nachachtung ihrer gesetzlichen Abklärungspflicht die bereits im vormaligen Verfahren beantragte Begutachtung (vgl. Urk. 6/148) anordnete, bewegte sie sich ohne weiteres im Rahmen des ihr bei medizinischen Erhebungen zustehenden Ermessensspielraums (vgl. vorstehend E. 6.2). Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Beschwerdegegnerin mit der angeordneten polydisziplinären Begutachtung eine „second

opinion“ zu einem bereits umfassend abgeklärten Sachverhalt einzuholen gedachte, zumal auch das Bundesgericht eine solche nicht explizit ausschloss und lediglich anordnete, dass die Beschwerdegegnerin allenfalls nach entsprechender Rückfrage bei der Gutachtenstelle (D.____) die geeigneten Massnahmen durchführen solle (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 E. 2; Urk. 6/157). Denn aus dem D.____-Gutachten vom 27. Januar 2011 ging gemäss Bundesgericht aufgrund der divergierenden Einschätzungen der Gutachter die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eindeutig hervor, weshalb bei dieser Ausgangslage weitere Abklärungen zum Gesundheitszustand notwendig waren. Schliesslich hat der Beschwerdeführer dieser Begutachtung zugestimmt und keine Rüge der unzulässigen „second opinion“ erhoben (vgl. Urk. 6/175, Urk. 6/180, Urk. 6/197). 7. 7.1

Im D.____-Gutachten vom 27. Januar 2011 (vgl. vorstehend E. 4.5), welches grundsätzlich die praxisgemässen Anforderungen an ein Gutachten erfüllt (vgl. vorstehend E. 1.6) und auch vom Bundesgericht bestätigt wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 E. 1.3; Urk. 6/157), nahmen die Gutachter ausdrücklich Bezug auf die medizinische Einschätzung zur Zeit vor erfolgter Neuanschuldung und führten aus, dass sich aus orthopädischer Sicht bezogen auf die lumbale und die Schulterproblematik rechts keine Veränderung ergeben habe. Aus der Expertise gehe klar hervor, dass von Seiten der rechten Schulter und des Rückens die Arbeitsfähigkeit nicht in nennenswerter Weise eingeschränkt sei. Dies deckt sich auch mit dem Befund der A.____-Gutachter vom 19. November 2015, welche nebst dem genannten lumbovertebralen Schmerzsyndrom und der Diskusprotrusion ohne radikuläre Symptomatik beziehungsweise ohne behinderungsrelevantem Korrelat zusätzlich und neu eine Tendovaginitis stenosans in der rechten Hand, eine geringe Tendovaginitis der langen Bizepssehne ohne behinderungsrelevantem Korrelat sowie einen Senk-Spreizfuss diagnostizierten, jedoch diesen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zumassen (vgl. vorstehend E. 4.11). Auch Dr. Z.____ be richtete am 15. Juli 2015 bezüglich der rechten Hand und des rechten Ellbogen gelenks von einer normalen Beweglichkeit ohne Einschränkungen, wies aber auf Schmerzen in der rechten Schulter hin und gelangte zur Einschätzung, dass mit der rechten Hand Tätigkeiten, welche aufgrund der funktionslosen linken oberen Extremität wegfallen, durchgeführt werden könnten (vgl. vorstehend E. 4.10). Ebenso erwog Facharzt Dr. J.____ im Januar 2014, dass bezüglich der chronischen Tendovaginitis stenosans rechts eine Steroid-Infiltration Abhilfe schaffen könnte (vgl. vorstehend E. 4.7).

Aus psychischer Sicht hatten die D.____-Gutachter nebst einer leichten depressiven Episode im Januar 2011 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) diagnostiziert, welche jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht in nennenswerter Weise einschränke (vgl. vorstehend E. 4.5). Das Bundesgericht verneinte mit Urteil 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 ebenfalls das Bestehen eines zusätzlichen psychischen Leidens (Urk. 6/157 E. 1.3.3). Auch dem A.____-Gutachten vom 19. November 2015 lässt sich keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert entnehmen (vgl. vorstehend E. 4.11), und es

werden dem Beschwerdeführer überdies aufgrund seines Arbeits- und Freizeitverhaltens gute Ressourcen bescheinigt (Urk. 6/202 S. 23 f.). Eine psychische Behandlung bei einem Spezialisten ist – trotz gegenteiliger Aussage des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 6/202 S. 48) – darüber hinaus auch nicht aktenkundig. 7.2

7.2.1

Strittig sind hingegen die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers aufgrund des komplexen regionalen Schmerzsyndroms sowie das Vorhandensein und die Auswirkungen der beobachteten Myoklonien. 7.2.2

Dr. Z.____ bestätigte in seinem den praxisgemässen Anforderungen an die Beweistauglichkeit (vgl. vorstehend E. 1.6) erfüllenden Gutachten vom 15. Juli 2015 (vgl. vorstehend E. 4.10) das Vorliegen ausgeprägter Myoklonien. Ein selbstständiges Entkleiden sei aufgrund der Schonhaltung der linken Hand nicht möglich. Zwar wies auch er darauf hin, dass die Erhebung objektiver Befunde im Allgemeinen durch die immer wieder in kurzen Abständen auftretenden Myoklonien praktisch verunmöglicht worden sei. Dennoch gelangte er in seiner Arbeitsfähigkeitseinschätzung zum nachvollziehbaren Schluss, dass die vor dem Gesundheitsschaden ausgeübte Tätigkeit des Beschwerdeführers als Koch aktuell und auch in Zukunft nicht mehr realistisch sei. Die Arbeitsfähigkeit in einer Verrichtungsleistung bezifferte er mit theoretisch 80 %, realistisch sei jedoch noch eine Restarbeitsfähigkeit von maximal 50 % und dies erst nach erfolgter Behandlung der Probleme an der rechten Hand, was sich zudem mit der früheren Einschätzung des handchirurgischen D.____-Gutachters deckt, welcher aufgrund der Myoklonien eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von höchstens 40 % für zumutbar erachtete (vgl. vorstehend E. 4.5). Diese Einschätzung findet auch in der Beurteilung durch Dr. K.____ ihre Stütze, welcher ausführte, der Krankheitsverlauf, die objektiven Befunde und die einstimmig gestellte Diagnose von CRPS II würden mit der klinischen Symptomatik korrelieren (vgl. vorstehend E. 4.14). 7.2.3

Nicht zu überzeugen vermag hingegen das A.____-Gutachten vom 19. November 2015 (vgl. vorstehend E. 4.11). Die Gutachter bestätigten zwar das Vorliegen eines CRPS der linken Hand beziehungsweise eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms des linken Armes, erachteten aber (als einzige medizinische Sachverständige) die Ausprägung und die Krankheitswertigkeit angesichts des Befunds mit Inkonsistenzen als nicht überwiegend wahrscheinlich.

Dem widersprach Dr. K.____. Erhellend wies er auf fehlende Simulation, Aggravation und Inkonsistenzen hin, welche bereits in der Langzeitbeobachtung während den Reha-Aufenthalten, beruflichen Massnahmen und ambulanten Therapien festgestellt worden seien (vgl. z.B. Urk. 6/18 S. 3 oben, Urk. 6/95 S. 2 unten). Nachvollziehbar und überzeugend ist auch seine Erklärung, dass Patienten mit Neuropathie und Allodynie auf Fremdbertührungen mit Ablehnung reagieren, aus Angst vor Schmerzen. Ferner widerlegte er mittels Fotodokumentation und eigenen Untersuchungsbefunden die Ansicht der A.____-Gutachter, wonach keine Inaktivitätsatrophie vorliege (deutliche Unterschiede zwischen der linken und rechten oberen Extremität hinsichtlich Volumen, Umfang und Farbe; Urk. 6/218/3). Auch Prof. F.____ hat in seiner Beurteilung vom Januar 2008 schon auf die typischen trophischen und sudomotorischen Störungen und die ausgeprägte Allodynie hingewiesen (vgl. vorstehend E. 4.3). Ebenso ersieht unter Berücksichtigung der Expertisen des D.____ und von Dr. Z.____ die Erklärung des Beschwerdeführers

plausibel, dass bei der Bewältigung von kurzen Fahrstrecken mit dem Auto keine ausgeprägte Belastungssituation, wie dies unter dem Druck zur Arbeitsleistung bei den Arbeitsversuchen oder bei den medizinischen Untersuchungen der Fall sei, vorherrsche, weshalb bei dieser Aktivität die Myoklonien auch nicht mit gesteigerter Häufung aufträten (vgl. Urk. 1 S. 10 unten).

Schliesslich nahmen die A.____-Gutachter, unter welchen keiner über eine spezielle Facharztausbildung in Handchirurgie verfügte, auch keine Rücksprache mit dem Facharzt Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 4.13), obwohl dies von der Beschwerdeführerin anlässlich der Gutachtensvergabe vorgesehen war (vgl. Urk. 6/184/1). Bei ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nahmen sie keinen Bezug zur Tätigkeit des Beschwerdeführers vor Eintritt des Gesundheitsschadens, sondern stellten auf seine aktuell ausgeübte Tätigkeit als Verteiler von Postsendungen ab und erachteten den Beschwerdeführer auch aufgrund seiner akademischen Bildung für die Tätigkeit des Dolmetschers als gut geeignet (Urk. 6/202 S. 53), obwohl dieser in seinem Heimatland lediglich die Hotelfachschule absolviert hatte (vgl. Urk. 6/30 S. 5 Ziff. 3.2.2, Urk. 6/66/1).
7.2.4

Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mindestens zu 50 % arbeitsfähig ist, wobei in dieser quantitativen Einschätzung das von RAD-Arzt Dr. N.____ erstellte Belastungsprofil (keine Tätigkeiten mit höherem Einsatz des linken Armes, das heisst, nur körperlich leichte bis sehr leichte Arbeit mit Hantieren von Gewichten bis maximal 3 kg und ohne ständiges Halten oder Greifen mit der linken Hand; vgl. vorstehend E. 4.12) bereits als enthalten gilt.

Die abweichende (und sehr pessimistische) Arbeitsfähigkeitseinschätzung von Hausarzt Dr. H.____ (vgl. vorstehend E. 4.9) vermag die Expertisen von Dr. Z.____ und des D.____ nicht zu entkräften. Es gilt der Grundsatz, wonach Berichte der behandelnden Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu würdigen sind (BGE 135 V 465 E. 4.5), welcher hier für den allgemein praktizierenden Hausarzt Anwendung findet.

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit lässt sich aufgrund der langen Verfahrensdauer seit der Neuanmeldung für Eingliederungsmassnahmen vom November 2008 beziehungsweise des Gesuchs um Neubeurteilung der Rentenfrage infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes vom Dezember 2009 retrospektiv schwierig festsetzen. Aus den Akten kann je doch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden, dass eine Verschlechterung spätestens im Zeitpunkt der D.____-Begutachtung im Oktober/ November 2010 eingetreten ist, kamen doch die dortigen Gutachter zum Schluss, dass gegenüber der letzten D.____-Begutachtung im Jahr 2005 möglicherweise eine Verschlechterung stattgefunden hat (vgl. vorstehend E. 4.5). Diese wurde sodann mit den nachfolgenden medizinischen Berichten erhärtet. Aus diesem Grund ist die gesundheitliche Verschlechterung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit 11. November 2010, dem Datum des Untersuchs des handchirurgischen D.____-Gutachters, ausgewiesen und es ist darauf abzustellen.

Damit ergibt sich, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gegenüber der ersten D.____-Begutachtung verschlechtert hat, womit ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. vorstehend E. 1.3 f.). 7.3

Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt so erstellt, dass von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % in einer adaptierten Tätigkeit seit November 2010 auszugehen ist. In der vor dem Gesundheitsschaden zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Koch besteht nach Einschätzung der D. ___-Gutachter, wie auch nach der jeni gen der übrigen Ärzte, hingegen keine Arbeitsfähigkeit mehr.

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Einkommensvergleich durchgeführt (vgl. Urk. 2). Angesichts der ausgewiesenen 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist die angefochtene Verfügung vom 16. Januar 2017 aufzuheben und die Sache zur Durchführung eines Einkommensvergleichs an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 8. 8.1

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 9 00.-- anzusetzen. Entsprechend dem Aus gang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. 8.2

Ausgangsgemäss ist die Beschwerdegegnerin sodann zu verpflichten, de m ver tre tenen Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung zu bezahlen, da nach ständiger Rechtsprechung die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen gilt (BGE 137 V 57 E. 2.2). Die Prozessentschädigung ist gemäss Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 GSVGer – ohne Rücksicht auf den Streitwert – nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens zu bemessen. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Bemessungs kriterien ist die Prozessentschädigung vorliegend ermessensweise auf Fr. 2‘ 3 00.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 16. Januar 2017 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit sie ausgehend von einer Arbeits fähigkeit von 50 % in adaptierter Tätigkeit seit November 2010 einen Ein kommensvergleich durchführe und über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nu ng und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 2'300 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Y. ___-Pensionskasse -
Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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
Mosimann
Brühwiler

E. 9

) über seine Untersuchung vom selben Tag und hielt fest, der Beschwerdeführer klagt nicht nur über Schmerzen in der linken Hand und im ganzen linken Arm inklusive linker Schulter, er gebe auch eine stechende Schmerzempfindung in der linken Kopfhälfte an und schildere darüber hinaus Rückenschmerzen sowie beim Sich Vorneüberbeugen auch Schmerzen und Kältegefühl im linken Bein bis in den lateralen Fussrand und rechts seitige Schulterbeschwerden (S.

5). Bei der klinischen Untersuchung falle ein sehr ausgeprägtes Schmerzdemonstrationsverhalten des Beschwerdeführers auf. Die Untersuchung der linken oberen Extremität sei nur eingeschränkt und nur rein aktiv möglich, bereits die Berührung sei für den Beschwerdeführer dermassen schmerzhaft, dass ihm dies nicht zugemutet werden könne. Die Muskulatur des rechten Armes sei gut, die Untersuchung der rechten Schulter zeige keine sicheren diagnostischen Hinweise, die angegebene Schmerzhaftigkeit bei sämtlichen Schulterbewegungen und die diffuse Druckschmerzhaftigkeit würden keine sichere Diagnostik zulassen. Die Beweglichkeit sei aber normal. Klinisch bestehe kein Korrelat zu den geschilderten, eher diffus wirkenden Rückenschmerzen; möglicherweise könnte aber der hohe lumbosakrale Übergang, welcher durch die Überbelastung in diesem Bereich biomechanisch ungünstig sei, allenfalls erklärend sein. Die diffusen Schmerzen im linken Bein (Knie, Unterschenkel lateral aber auch Wade, Kältegefühl lateral im Fuss) hätten kein klinisches Korrelat, insbesondere würden Hinweise auf eine vaskuläre oder radikulär-neurologische Pathologie fehlen. Die angegebene Hypästhesie grosser Teile der linken Körperhälfte sei anatomisch und pathophysiologisch nicht erklärbar (S. 5 unten).

Dr. E.____ bestätigte die Funktionslosigkeit der dominanten linken Hand und hielt fest, dass sich bezüglich Arbeitsfähigkeit seit der Beurteilung im D.____ keine Änderungen ergeben hätten (S. 5 in fine). 4.3

Prof. Dr. med. F.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin,

G.____, nannte gestützt auf seine klinische Untersuchung vom 29. Januar 2008 in seinem Bericht vom 13. Februar

2009 (Urk. 6/95/9-12) zu Händen des Beschwerdeführers folgende Diagnosen (S. 1): - CRPS II der gesamten linken oberen Extremität, chronisch atrophes Stadium mit/bei: - invalidisierende Hand-, Arm- und Schulterschmerzen links mit Ausstrahlung bis zur linken Kopfhälfte - Verdacht auf begleitende „myoclonal jerks“; Differentialdiagnose: psychogene jerks - Status nach Neurom-Exzision und sekundärer Nervennaht am 6. Januar 2003 - Status nach Wundversorgung bei Stichverletzung Thenar links am 29. Juli 2002 - leichtes rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom - leichtes Impingement der Supraspinatus- und Subscapularis-Sehne rechts

Prof . F.____ bestätigte die Diagnose des D.____ -Gutachtens und führte aus, dass eine klare Progredienz postuliert werden könne, indem der Beschwerdeführer heute den linken Arm unbeweglich in Schonhaltung angewinkelt halte und ihn absolut nicht mehr einsetze. Es sei zu einer Atrophie sowohl der Muskulatur wie auch der Haut gekommen, und der Beschwerdeführer zeige die typischen trophischen und sudomotorischen Störungen sowie nach wie vor die ausgeprägte Allodynie. Die zusätzlich vom Beschwerdeführer angegebenen lumbovertebralen Schmerzen mit unauffälliger Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und Brustwirbelsäule seien bereits im D.____ - Gutachten erwähnt und würden einem banalen Rückenschmerz, der bei diesem Patienten unabhängig vom CRPS auftreten könne, entsprechen. Die Beschwerden im Bereich der rechten Schulter seien Ausdruck eines leichten Impingements im Bereich der Supraspinatus- und Subscapularis-Sehne (S. 2).

Prof . F.____ erachtete eine erneute Beurteilung aufgrund der Myoklonien, welche die einhändige Arbeitsfähigkeit massiv einschränken würden, für angebracht (S. 3 in fine). 4.4

Mit Verlaufsbericht vom 27. April 2010 (Urk. 6 /113) wies Hausarzt Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, darauf hin, dass sich das CRPS auf die gesamte obere linke Extremität ausgeweitet habe und im Unterschied zu 2005 die linke Hand heute praktisch nicht mehr funktionsfähig sei. Er führte aus, dass es dadurch in den Jahren seit 2005 zu einer Überbelastung der rechten oberen Extremität gekommen sei, welche zu einer Periarthrose r. opathia humero-scapularis rechts und damit zu einer Einschränkung der Belastbarkeit der rechten oberen Extremität geführt habe. Das Ungleichgewicht zwischen linker und rechter oberer Extremität habe sich auch auf den Rücken ausgewirkt in Form einer Ungleichbelastung mit konsekutiver schmerzhafter Blockierung und Funktionseinschränkung vorwiegend im Lendenwirbelsäulenbereich (S.

1). Ebenfalls seit 2005 habe sich der psychische Zustand des Beschwerdeführers verschlechtert (S. 1 in fine). Dr. H.____ erachtete den Beschwerdeführer bei einem durchschnittlichen Leistungsgrad von 50 % während einer Gesamtpräsenzzeit von vier Stunden pro Tag zu 25 % arbeitsfähig (S. 2). 4.5

Am 27. Januar 2011 erstatteten die Ärzte des D.____ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 6 /121/2-32). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.) und je eine am 20. Oktober 2010 erfolgte internistische/allgemeinmedizinische (S. 8 ff.), psychiatrische (S. 11 ff.) und orthopädische (S. 15 ff.) sowie eine am 11. November 2010 erfolgte handchirurgische (S. 22 ff.) Untersuchung.

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 27 Ziff. 5.1): - komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II, atrophes Stadium 3 linke obere Extremität - Status nach Stichwunde und chirurgische Wundversorgung Thenar links am 29. Juli 2002 - Status nach Neuromexzision und sekundärer Nervennaht Kommissur nerv Daumen/Zeigefinger Thenar links am 6. Januar 2003 - wahrscheinlich therapierefraktäre Funktionslosigkeit des linken Armes mit Kontrakturen der linken Hand und repetitiven Myoklonien - chronische Schmerzen der dominanten rechten Schulter - aktiv freie Beweglichkeit bis zur Horizontalen, bei Gegenspannung nicht darüber hinaus steigerbar - fraglich positiver Impingement-Test - chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik - breitbasige mediale Diskusprotrusion Lendenwirbelkörper (LWK) 5

/ Sakralwirbelkörper (SWK) 1 ohne Hernierung - freie Beweglichkeit sämtlicher Wirbelsäulenabschnitte - leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach Nikotinkonsum bis August 2007 (S. 27 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer habe am 21. Juli 2002 eine Verletzung am linken Thenar mit Nervenläsion erlitten, worauf sich ein komplexes regionales Schmerzsyndrom entwickelt habe. Dieses CRPS sei bei der handchirurgischen Untersuchung als Typ II atrophes Stadium III diagnostiziert worden. Die unwillkürlichen Myoklonien des linken Armes könnten grundsätzlich dem CRPS zugeordnet werden. Die linke obere Extremität sei durch diese Bewegungen massiv beeinträchtigt worden. Für die früher ausgeübte Tätigkeit als Koch sei der Beschwerdeführer dadurch aus handchirurgischer Sicht voll ständig arbeitsunfähig. Eine körperlich leichte, einhändig mit der rechten Hand auszuführende Tätigkeit sei dem Exploranden ganztags zumutbar, aufgrund der Schmerzen und der Myoklonien sei die Arbeitsfähigkeit für diese Tätigkeit deutlich eingeschränkt (S. 28 Ziff. 6.2). Im Weiteren habe sich der Beschwerdeführer über Schmerzen im Rücken und in der rechten Schulter beklagt, welche seit der ersten Begutachtung stark zugenommen hätten. Bei ihrer orthopädischen Untersuchung sei eine freie Beweglichkeit der rechten Schulter und der Wirbelsäule festgestellt worden. Radiologisch nachgewiesen bestehe eine breitbasige Diskusprotrusion L 5 /S 1 . Die gesamte Untersuchung sei, wie auch die handchirurgische und die internistische Untersuchung, durch die Myoklonien, Abwehrbewegungen und Gegenspannen des Beschwerdeführers erschwert gewesen. Fünf von fünf Waddel-Zeichen seien positiv gewesen. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Bei einer körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit bestehe aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung der Einschränkungen des linken Armes eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 28 unten). Hingegen befand der handchirurgische Gutachter lediglich eine Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit von höchstens 40 % für zumutbar, sofern sich die hoch gradige funktionelle Einschränkung mit den massiven Myoklonien im Alltag bestätigen würde (S. 26 Mitte).

In der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Stimmungslage feststellbar, der Beschwerdeführer habe auch aggressive Verstimmungen und Schlafstörungen angegeben. Aus psychiatrischer Sicht sei daraus eine leichte depressive Episode zu diagnostizieren. Zudem bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche die somatisch nicht objektivierbaren Beschwerden erkläre (S. 28 in fine). Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers um 20 % eingeschränkt (S. 29 oben).

Bei der internistischen und den anderweitigen somatischen Untersuchungen seien keine zusätzlichen Befunde erhoben oder Diagnosen gestellt worden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden, weshalb zusammengefasst der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte, einhändig mit der rechten Hand auszuübende Tätigkeit reduziert arbeits- und leistungsfähig bei ganztägiger Verwertbarkeit sei (S. 29 oben). Jedoch habe man sich betreffend Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit im Rahmen der Konsensbeurteilung nicht einigen können (vgl. S. 29 Mitte). Für die angestammte Tätigkeit als Koch bestehe seit dem 29. Juli 2002 eine bleibende volle Arbeitsunfähigkeit (S. 31). Gegenüber der letzten D.____ -Begutachtung im

Jahr 2005 habe sich möglicherweise eine Verschlechterung ergeben (S. 31). 4.6

Die Ärzte des I.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, stellten in ihrem Sprechstundenbericht vom 23. Oktober 2012 (Urk. 6/167/6-7) die Diagnose einer Tendovaginitis Digitus III und IV, beginnend auch Digitus V der rechten (dominanten) Hand. Ferner erläuterten sie dem Beschwerdeführer die Therapieoption mittels Infiltration oder Operation (S. 1 f.).

Mit Nachtrag vom 18. April 2013 (Urk. 6/167/8) berichteten die Ärzte, der Beschwerdeführer sei bei persistierenden Schmerzen im Bereich der A1-Ring bänder Digitus III/IV der rechten Hand wieder vorstellig geworden, wobei er weiterhin eine Therapie wünsche, sich jedoch nicht vorstellen könne, eine Operation durchführen zu lassen. 4.7

Dr. med. J.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Handchirurgie, diagnostizierte am 8. Januar 2014 (Bericht vom 16. Januar 2014, Urk. 6/169/7-8) eine Tendovaginitis stenans der Finger III und IV rechts bei zusätzlicher Ketten dinose des rechten Armes. Im Rahmen einer Zweitmeinung gelangte er zur Beurteilung, die therapeutischen Optionen beim Beschwerdeführer seien etwas schwierig zu definieren. Bezüglich der chronischen Tendovaginitis stenans der Finger III und IV rechts könnte sicherlich eine Steroid-Infiltration Abhilfe schaffen, welche aber keinen Einfluss auf die übrigen Schmerzpunkte des rechten Armes haben würde. Der Beschwerdeführer möchte sich aber zuerst ergotherapeutisch behandeln lassen (S. 1 f.). 4.8

Dr. med. K.____, Facharzt für Neurologie, berichtete am 25. März 2014 der Beschwerdegegnerin (Urk. 6/168/5-6). Zuletzt habe er den Beschwerdeführer am 5. Juni 2012 gesehen. Dieser sei wegen Beschwerden im Bereich der Finger IV und III gekommen. Der Beschwerdeführer arbeite als Zeitungsverträger und benütze ausschliesslich die rechte Hand, die Gewichte seien beträchtlich. Nun bestehe eine Situation von schnellenden Fingern IV und V beidseits mit starken Schmerzen und Parästhesien. Diagnostisch bestehe eine Tendovaginitis steno sans (S. 2). 4.9

Dr. H.____ erachtete in seinem Bericht vom 8. Mai 2014 den Beschwerdeführer bei bekannter Diagnose in leichter behinderungsangepasster Tätigkeit als zu 25 bis 30 % arbeitsfähig (Urk. 6/170/1-4). 4.10

Dr. Z.____ nannte in seinem Gutachten vom 15. Juli 2015 (Urk. 6/190/1-5) gestützt auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten und seiner am 13. Juli 2015 durchgeführten Exploration als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach Stichverletzung Thenar links am 29. Juli 2002 mit Hautexzision und Drainage im L.____, eine Neuromexzision und Sekundärnaht am 6. Januar 2003 im M.____, ein neuro pathisches Schmerzsyndrom CPRS II sowie ein komplexes Schmerzsyndrom mit ausgeprägten Myoklonien (S. 3 Ziff. 5). Er führte aus, dem Beschwerdeführer sei ein selbstständiges Entkleiden aufgrund der Schonhaltung der linken Hand nicht möglich. Die ganze linke obere Extremität sei nicht untersuchbar, ebenso könne die rechte Hand bei den vorliegenden stenosierenden Tenovaginitiden nur kurz untersucht werden, da immer wieder heftige Myoklonien den Beschwerdeführer schüttelten. Bei der Untersuchung sei nur auf die obere Extremität geachtet worden. Der linke Arm zeige neben der Flexionsstellung im Ellbogen von 90

Grad eine unbewegliche Schulter. Die Amplituden der linken Extremität hätten nur nach Nachfragen versuchsweise vorgeführt werden können. Ein Berühren der linken oberen

Extremität habe der Beschwerdeführer nicht zuge lassen. Die rechte Hand sowie das rechte Ellbogengelenk zeigten eine normale Beweglichkeit ohne Einschränkungen, die Schulter sei in einer Schonhaltung bei retrograd ausstrahlenden Schmerzen in der Beweglichkeit stark eingeschränkt. Die Erhebung der objektiven Befunde sei im Allgemeinen durch die immer wieder in kurzen Abständen auftretenden Myoklonien praktisch verunmöglicht worden (S. 2 f.).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Koch aktuell und auch in Zukunft nicht mehr realistisch. Seitens der linken oberen Extremität, welche vollständig funktionsmässig wegfallen, bestehe theoretisch eine Restarbeitsfähigkeit von 80 %, da mit der rechten Hand die Tätigkeiten durchgeführt werden könnten. Realistischerweise sei bei dem aktuellen Zustandsbild nur noch mit einer Restarbeitsfähigkeit von maximal 50 % zu rechnen (S. 3 Ziff. 6).

Auf Zusatzfragen der Beschwerdegegnerin hin präziserte Dr. Z.____, aufgrund der regredienten Verschlechterung der Gesamtsituation, insbesondere auch des komplexen generalisierten Schmerzsyndroms, sei eine maximale Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben, dies aber unter Vorbehalt einer vorgängigen sinnvollen Therapie an der rechten Hand (Steroidinfiltration, Tenosynovektomie und Ringbandspaltung). Hinsichtlich der generalisierten Schmerzsymptomatik und der linken oberen Extremität bestünden keine erfolgsversprechenden Therapien. Es sei unmöglich, die Beschwerden willentlich zu überwinden, um eine höhere Arbeitsfähigkeit zu erzielen. Aufgrund der Latenz zwischen dem Unfall und dem jetzigen Zustand seien seines Erachtens nur noch Massnahmen sinnvoll, welche keine weitere Verschlechterung zuließen (S. 4). Dr. Z.____ schloss mit der Bemerkung, dass die bisherigen Massnahmen keinen Erfolg gebracht hätten und er deswegen einer weiteren Steigerung der Arbeitsfähigkeit in der aktuellen Situation kritisch entgegensetze. Eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nach Behandlung der Probleme an der rechten Hand sei eher realistisch, eine 80%ige Arbeitsfähigkeit sehr optimistisch (S. 5). 4.11

Am 19. November 2015 erstatten die Ärzte der A.____ ihr polydisziplinäres Gutachten gestützt auf die vorhandenen Akten, die Anamnese sowie die eigenen internistischen, neurologischen, orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen (Urk. 6/202). Sie konnten keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit stellen und nannten die folgenden Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 61 f. Ziff. 3): - komplexes regionales Schmerzsyndrom der linken Hand unklarer Ausprägung - Opiat-Fehlgebrauch - komplexes regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II linke obere Extremität bei Status nach Stichwunde und chirurgischer Wundversorgung Thenar links am 29. Juli 2002 und Status nach Neuromexzision und sekundärer Nervennaht Kommissurnerv Daumen/Zeigfinger Thenar links am 6. Januar 2003 - Tendovaginitis stenisans A1 und DIII und IV rechte Hand ohne behinderungsrelevantes Korrelat - geringes lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, breitbasige mediale Diskusprotrusion LWK5 /SWK1 ohne Hernierung und ohne behinderungsrelevantes Korrelat - geringe Tendovaginitis der langen Bizepssehne im Sulcus bicipitalis rechts ohne behinderungsrelevantes Korrelat - Senk-Spreizfuss beidseits ohne behinderungsbedingtes Korrelat Aus internistischer Sicht bestünden keine Hinweise auf eine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Erkrankung (S. 25). Der neurologische Gutachter beanstandete eine mangelhafte Compliance. Jedwede Berührung des gesamten linken Arms sei verweigert worden, was angesichts des Tragens von Garderobe und des damit verbundenen

Hautkontakts nicht plausibel sei. Gravierende trophische Störungen des linken Armes lägen zudem inspektorisch nicht vor. Im weiteren Befund seien häufige Myoklonien des linken Arms überwiegend mit einwärts drehender Bewegung, aber auch ausfahrend-abduzierenden Bewegungen aufgefallen. Unter Berücksichtigung der Anamnese und der Aktenlage sei ein CRPS der linken Hand anzunehmen, Ausprägung und Krankheitswertigkeit seien je doch angesichts des hiesigen Befunds mit deutlichen Zeichen einer mangelhaften Mitarbeit fraglich, sodass hier keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren sei (S. 34 f.). Im psychiatrischen Befund fänden sich keine wesentlichen Auffälligkeiten, insbesondere seien Stimmung, Antrieb und affektive Schwingungsfähigkeit unauffällig. Ein depressives Syndrom liege nicht vor. Auch eine anderweitige psychiatrische Erkrankung bestehe nicht. Es fänden sich keine Hinweise für das Vorliegen einer Angst- oder Zwangserkrankung, einer Persönlichkeitsstörung, einer Suchterkrankung oder einer Traumafolgestörung (S. 52).

Die Gutachter gelangten in ihrer Konsensbeurteilung zum Schluss, in der derzeit ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren oder auch einer anderen Tätigkeit ohne höherem Einsatz des linken Armes bestehe eine vollständige Arbeitsfähigkeit. Ein komplexes regionales Schmerzsyndrom der linken Hand beziehungsweise des linken Armes mit einem dystonen Störungsanteil sei aktenkundig und mehrfach attestiert worden und möge auch aus Sicht der Gutachter bestehen. Ausprägung und Krankheitswertigkeit seien jedoch angesichts der in hiesigen Untersuchungen zu Tage getretenen Inkonsistenzen nicht mit der versicherungsmedizinisch gebotenen Wahrscheinlichkeit bestimmbar, sodass hier auch der Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit bestimmt werden könne. Die Schmerzpräsentation sei inkonsistent, namentlich nicht mit dem klinischen Eindruck korrelierend. Die fehlenden Anhaltspunkte für eine namhafte Inaktivitätshypotrophie sprächen gegen die Plausibilität der reklamierten alltagsrelevanten Einschränkungen. Auch lasse sich das Führen eines Autos mit der hier formal dargebotenen Bewegungsstörung nicht in Einklang bringen. Der Beschwerdeführer übe nach eigenem Bekunden derzeit eine Tätigkeit mit der Verteilung von Postwurfsendungen aus. Die hier erhobenen Befunde seien mit der genannten Tätigkeit auch in einem Pensum und Rendement von 100 % vereinbar. Ebenso kämen zum Beispiel Arbeiten an Pforten, Auskunftstresen, an Hotelrezeptionen, in einfachen Hol- und Bringdiensten (interner Postverteiler) oder in Telefondiensten in Betracht (Pensum und Rendement 100 %). Angesichts der anamnestisch angegebenen akademischen Ausbildung sei auch eine Tätigkeit als Dolmetscher geeignet (S. 62 f.).

Schliesslich gingen die Gutachter – näher ausgeführt – auf ausgewählte medizinische Gutachten ein (S. 63 ff.) und hielten zum Gutachten von Dr. Z.____ vom Juli 2015 insbesondere fest, dieser habe offenkundig die Inkonsistenzen und die unzureichende Plausibilität der klinischen Präsentation nicht berücksichtigt, sodass seine gesamte Bewertung letztlich auf subjektivem Beschwerdevorgang fusse. Die Behauptung eines komplexen und generalisierten Schmerzsyndroms sei zudem nicht haltbar, da eine krankheitswertige Schmerzstörung hier gar nicht ICD-10-konform belegt werden könne. Der chirurgische Gutachter habe sich hier also nicht erkennbar mit der zumindest gleichrangigen Wahrscheinlichkeit einer bewusstseinsnahen Artefaktstörung (Inkonsistenz der Präsentation, fehlende Plausibilität) auseinandergesetzt und seine Konklusionen seien somit versicherungsmedizinisch nicht haltbar. Zu den objektiven Achsenkriterien eines behinderungsrelevanten komplexen regionalen Schmerzsyndroms

zählten unter anderem kutan vegetative Störungszeichen und erhebliche Atrophien. Beides liege hier nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit vor (S. 68). 4.12

Dr. med. N.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), erachtete in seinen Stellungnahmen vom 25. November und 4. Dezember 2015 (Urk. 6/209/7) das A.____-Gutachten als beweistauglich. Er bestätigte die gutachterlich festgelegte Arbeitsfähigkeit von 100 % in allen Tätigkeiten mit folgendem Belastungsprofil: keine Tätigkeiten mit höherem Einsatz des linken Armes, das heisst, nur körperlich leichte bis sehr leichte Arbeit mit Hantieren von Gewichten bis maximal 3 kg und ohne ständiges Halten oder Greifen mit der linken Hand. 4.13

Dr. Z.____

hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2016 (Urk. 6/218/7) an seinem erstellten Gutachten fest und erklärte am 26. Mai 2016 (Urk. 6/218/8), er sei nach Erstellen seines Gutachtens hinsichtlich einer erneuten Beurteilung seitens seines Fachgebietes nicht mehr angefragt worden. 4.14

Dr. K.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 8. Juni 2016 und nannte in seiner Stellungnahme vom 21. Juni 2016 (Urk. 6/218/1-6) folgende Diagnosen (S. 4): - Status nach Stichverletzung des linken Daumenballens (Thenar) am 29. Juli 2002 mit $\frac{3}{4}$ Durchtrennung des Nervus Communis I/II auf Abgangshöhe des Thenarastes, daneben Ausbildung eines grossen Neuroms im Bereich des proximalen Nervenstumpfes - Entwicklung von CRPS II mit neuropathischem Syndrom - Hypersensibilisierung der Neurone im zentralen Nervensystem (ZNS) mit Ausdehnung des neuropathischen Gebiets nach proximal im Oberarm Dr. K.____ zeigte sich mit den Ergebnissen des A.____-Gutachtens nicht einverstanden. Namentlich hielt er fest, dass der Krankheitsverlauf, die objektiven Befunde und die einstimmig gestellte Diagnose von CRPS II mit der klinischen Symptomatik korrelieren würden. Es bestünden weder Simulation noch Aggravation, auch keine Inkonsistenzen, dies auch bei Langzeitbeobachtung während den Reha-Aufenthalten, beruflichen Massnahmen und ambulanten Therapien. Die Begründung der Gutachter für den überwiegend wahrscheinlich fehlenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht nachvollziehbar. Ferner bestünden Anhaltspunkte für eine namhafte Inaktivitätsatrophie und die aktuelle Fotodokumentation wie auch seine Befunde (auch von früheren Untersuchungen) würden die trophischen Störungen bestätigen (S. 5). Ausserdem sei es eine bekannte Tatsache, dass Patienten mit Neuropathie und Allodynie auf Fremdbehührung mit Ablehnung reagieren würden, aus Angst die Schmerzen zu provozieren (Urk. 6/218/6). 5. 5.1

Das hiesige Gericht verneinte mit Urteil vom 11. September 2012 (Prozess-Nr. IV.2011.01114; Urk. 6/150) einen Revisionsgrund aufgrund fehlender relevanter Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. Es erwog, das frühere D.____-Gutachten vom 2. September 2005, auf welches sich unter anderem die befristete Rentenzusprache der Beschwerdegegnerin stützte, und die aktuellen medizinischen Berichte, namentlich das neue D.____-Gutachten vom 27. Januar 2011, welches es vollen Beweiswert zumass, würden in den wesentlichen Punkten übereinstimmen und ein ähnliches Bild des Beschwerdeführers darstellen. Demnach leide der Beschwerdeführer gemäss Übereinstimmen der Diagnose nach wie vor an einem komplexen regionalen Schmerzsyndrom (CRPS) des Typs II, an chronischen Schmerzen der dominanten rechten Schulter, an einem lumbovertebralen Schmerzsyndrom sowie an

einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Eine (unwesentliche) Verschlechterung ergäbe sich nur im psychiatrischen Bereich (20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit) sowie allenfalls im Rahmen der Myoklonien (vgl. E. 5, Urk. 6/150). 5.2

Das Bundesgericht führte in seinem Urteil 9C_924/2012 vom 18. Februar 2013 (Urk. 6/157) demgegenüber aus, die Gutachter des D.____

seien im Oktober/

November 2011 zum Ergebnis gelangt, der Beschwerdeführer sei für eine körperlich leichte Tätigkeit mit fast ausschliesslichem Einsatz der rechten Hand reduziert arbeits- und leistungsfähig. Die Gutachter hätten sich jedoch nicht auf eine definitive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festlegen können, da unterschiedliche und plausible Argumente vorlägen, die eine höhergradige (mehr als 60%), aber auch eine geringe oder gar keine Einschränkung begründen könnten. Die Diskrepanz in Bezug auf den Grad der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere daher, dass sich der orthopädische und der handchirurgische Gutachter über das Ausmass der Myoklonien der linken oberen Extremität uneinig gewesen seien. Trotz Zweifel hinsichtlich der Konsistenz der geklagten und auch während der Untersuchung aufgetretenen Myoklonien hätten die Gutachter – im Gegensatz zur gegenteiligen Einschätzung des hiesigen Gerichts im Urteil vom 11. September 2012 (vgl. E. 5 im Prozess IV.2011.01114; Urk. 6/150) – eine dadurch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht ausgeschlossen. Auf Grund dieser Aktenlage sei die Festsetzung der Arbeitsfähigkeit fehlerhaft erfolgt, da die von den D.____-Gutachtern als notwendig (hilfreich) erachteten Abklärungsmassnahmen, insbesondere die Beobachtung im Alltag, unterblieben seien (vgl. E. 1.2 f.). 5.3

Die Beschwerdegegnerin veranlasste zwecks weiterer Abklärung ein handchirurgisches Gutachten bei Dr. Z.____ (vgl. vorstehend E. 4.10) und ein polydisziplinäres Gutachten bei der A.____ (vgl. vorstehend E. 4.11). 6.

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