

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00725 vom 27. Juli 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-07-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00725

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00725 du 27 juillet 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00725 del 27 luglio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1976, war seit dem 19. April 2010 bei der Y.____, Zürich, als Bauarbeiter tätig (Urk. 7/14 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7), als er sich am 25. Januar 2014

unter Hinweis auf einen am 28. Juni 2013 erlittenen Unfall, bei welchem er sich beim Montieren einer Gipsschiene an dieser in den linken Mittelfinger schnitt, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 7/6 Ziff. 6.1-3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die medizinische und erwerbliche Situation ab, zog Akten der Suva und des Krankentaggeldversicherers bei (Urk. 7/10, Urk. 7/23, Urk. 7/26, Urk. 7/44) und holte beim Z.____,

ein polydisziplinäres Gutachten ein, das am 16. Februar 2017 erstattet wurde (Urk. 7/60).

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 7/69; Urk. 7/86) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom 22. Mai 2017 einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 7/91 = Urk. 2).

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All gemeinen 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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein psychischer Gesundheitsschaden mit Krankheitswert besteht, welcher die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (vgl. BGE 139 V 547 E. 5,

131 V 49 E. 1.2,

130 V 352 E. 2.2.1 ; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1 , 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unab hängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weit geh end objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arb eitsleistung zu erbringen (BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2 , 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.3

Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Festste llungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeits un fähigkeit schl iessen lassen (BGE 143 V 418 E. 7.1; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2 ; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Mit BGE 143 V 418 stellte das Bundesgericht klar, dass sich ein Leiden nicht einfach deshalb als leicht und invalidenversicherungsrechtlich bedeutungslos einstufen lässt, weil diagnostisch kein Bezug zu dessen Schweregrad gefordert ist (E. 5.2).

Verlauf und Ausgang von Therapien stellen wichtige Schweregradindikatoren dar. Es ist Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzu zeigen, weshalb trotz (leichter bis) mittelschwerer Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungsein schrän ku ngen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken (BGE 143 V 409 E. 4.5.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_590/2017 vom 15. Februar 2018 E. 5.1).

Laut BGE 143 V 418 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkre ten Fall ressourcenhemmende Wirkung zukommt (E. 8.1, Präzisierung der Recht sprechung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 1 5. März 2018 E. 5.1 und E. 7.2 mit Hinweis).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens ist davon abzusehen, einzelne Beschwerden und Störungen ohne Einzelfallprüfung wegen grundsätzlich fehlen der invalidenversicherungsrechtlicher Relevanz auszuschneiden (vgl. BGE 143 V 418 E. 8.1). Indes gilt unverändert, dass ein invalidisierender psychischer Gesund heitsschaden nur

gegeben sein kann, wenn das klinische Beschwerdebild nicht einzig in psychosozialen und soziokulturellen Umständen seine Erklärung findet, sondern davon psychiatrisch unterscheidbare Befunde umfasst (Urteil des Bundesgerichts 9C_732/2017 vom 5. März 2018 E. 4.3.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V

281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) - Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

E. 1.5

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).

E. 1.6

Neben den durch den Rechtsanwender zu prüfenden allgemeinen beweisrechtlichen Vorgaben an ein Gutachten ergibt sich aus BGE 141 V 281 Folgendes: Die ärztliche Arbeitsfähigkeitsschätzung, zumindest ohne einlässliche Befassung mit den spezifischen normativen Vorgaben und ohne entsprechende Begründung, kann zwar den rechtlich geforderten Beweis des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 Abs. 2 ATSG) nicht erbringen, weil sie weitgehend vom Ermessen des medizinisch-psychiatrischen Sachverständigen abhängt. Die medizinische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist aber eine wichtige Grundlage für die anschliessende juristische Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistung der versicherten Person noch zugemutet werden kann (BGE 140 V 193 E. 3.2). Dabei gilt, dass die versicherte Person als grundsätzlich gesund anzusehen ist und sie ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen kann (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.2). Hinsichtlich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit haben sich sowohl die medizinischen Sachverständigen als auch die Organe der Rechtsanwendung bei ihrer Einschätzung des Leistungsvermögens an den normativen Vorgaben zu orientieren; die Gutachter im Idealfall gemäss der entsprechend formulierten Fragestellung (BGE 141 V 281 E. 5.2). Die Rechtsanwender prüfen die medizinischen Angaben frei insbesondere daraufhin, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben und ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf

Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (BGE 143 V 418 E. 6). Im Rahmen der Beweiswürdigung obliegt es den Rechtsanwendern zu überprüfen, ob in concreto ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Es soll keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung nach Massgabe des strukturierten Beweisverfahrens statt finden (BGE 141 V 281 E. 5.2.3), sondern im Rahmen der Beweiswürdigung überprüft werden, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.4). Entscheidend bleibt letztlich immer die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung, welche im Rahmen des Sozialversicherungsrechts abschliessend nur aus juristischer Sicht beantwortet werden kann. Nach BGE 141 V 281 kann somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweis themen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuun gunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 143 V 418 E. 6; zum Ganzen: BGE 144 V 50 E. 4.3).

E. 1.7

Übergangsrechtlich ist bedeutsam, dass die vor der Rechtsprechungsänderung eingeholten Gutachten nicht einfach ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 141 V 281 E. 8 unter Hinweis auf BGE 137 V 210 E. 6). Mithin ist im konkreten Fall zu klären, ob die beigezogenen Gutachten – allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung anhand der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 5.2.2 und 8C_300/2017 vom 1. Februar 2018 E. 4.2). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 22. Juni 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 22. Mai 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm rück wirkend ab dem Zeitpunkt der Einreichung des Gesuchs um eine Invalidenrente (11. Dezember 2014) eine ganze Invalidenrente zu gewähren . Weiter beantragte er in prozessualer Hinsicht, es sei von einem unabhängigen Sachverständigen ein medizinisches und psychiatrisches Gutachten einzuholen, zum Beispiel von Prof. A. ___ im B. ___ (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2017 (Urk. 6) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 28. September 2017 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 8). Am 30. Oktober 2017 (Urk. 10) reichte der Beschwerdeführer einen weiteren medizinischen Bericht (Urk. 11) ein,

welcher der Beschwerdegegnerin am 2. November 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 12).

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass die Folgen des Unfalles keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Als relevante Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei von einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung sowie von einer leicht- bis mittelgradigen depressiven Episode auszugehen. Es lägen Diskrepanzen bei der Anamneseerhebung und der klinischen Untersuchung vor. Des Weiteren ergäben sich Diskrepanzen zwischen den vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden einerseits und der berichteten Tagesgestaltung andererseits. Es werde eine Verdichtungstendenz ausgewiesen.

Zudem habe sich der Beschwerdeführer bisher nicht in psychiatrische Behandlung begeben. Insgesamt könne nicht von einer aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgegangen werden. Es lägen genügend Ressourcen für die Ausübung einer geeigneten Erwerbstätigkeit vor. Die Argumentation der behandelnden Ärzte sei als kurativmedizinische andere Beurteilung des im Z.____-Gutachten bereits gewürdigten Sachverhaltes zu verstehen. Es lägen keine neuen, unberücksichtigten medizinischen Fakten vor, die eine Ergänzung der medizinischen Abklärungen erfordern würden (S. 1 f.).

E. 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, auf das Z.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden. Verschiedene Ärzte hätten bestätigt, dass er nach wie vor arbeitsunfähig sei. Sein Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert. Die Gutachter stützten sich einzig auf die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren und sämtliche anderen diagnostizierten Störungen seien bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausser Acht gelassen worden (S. 19 f. Ziff. 18.1-2, S. 21 Ziff. 18.6).

Seine anlässlich des Gutachtens gemachten Ausführungen zu körperlichen Tätigkeiten schlossen nicht aus, dass er tatsächlich diverse Leiden habe (S. 20 f. Ziff. 18.3-4). Seine Aussagen und Verhaltensweisen seien nachvollziehbar und stünden nicht in Diskrepanz dazu, dass er enorm leide und schwer krank sei (S. 21 Ziff. 18.5). Seine langjährig behandelnden Ärzte hätten ihn an Spezialisten verwiesen, die seinen Gesundheitszustand völlig anders einschätzten als die Gutachter (vgl. S. 21 Ziff. 18.6). Er befinde sich seit April 2015 in psychotherapeutischer Behandlung (S. 22 Ziff. 19.2). Er habe bereits vieles unternommen, um seinem schlechten Gesundheitszustand entgegen zu wirken (S. 23 Ziff. 19.5).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

E. 3

.5

Dr. med. H.____, Fachärztin für Radiologie, führte in ihrem Bericht vom 3. September 2014 (Urk. 7/23/148) nach gleichentags durchgeführtem MRI der linken Hand aus, ursächlich

für die Beschwerden sei eine fibrotische Verdickung der Kapsel des Metacarpophalanx I und des A1-Bandes am Dig. III mit konsekutiver Dezentrierung der verdickten Beugesehne. Es bestehe kein Erguss und keine pathologische Kontrastmittelaufnahme.

E. 3.1

Die medizinische Aktenlage stellt sich im Wesentlichen wie folgt dar:

E. 3.2

Dr. med. C.____, vertretender Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. D.____, Assistenzarzt Orthopädie, E.____, nannten in ihrem Bericht vom 27. Mai 2014 (Urk. 7/10/78-79) als Diagnose eine unspezifische Zervikalgie sowie Brachialgie ohne Radikulopathie.

Die Ärzte führten aus, der Patient berichte über diffuse Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), der Brustwirbelsäule (BWS), dem Schulterblatt beidseits sowie des Occiput. Ein MRI der HWS, BWS und des Schädels sei am 25. April 2014 durchgeführt worden (S. 1 Mitte).

Zum Befund führten sie aus, es zeige sich ein muskulöser Patient mit hinkfreiem Gangbild. Es bestehe eine Druckdolenz im Bereich der gesamten HWS, BWS und paravertebral, rechts mehr als links. Die Reflexe beidseits seien symmetrisch auslösbar, und es bestehe keine Sensibilitätsstörung oder Radikulopathie (S. 1 unten). Nach am 23. Mai 2014 ergänzend durchgeführtem Röntgen von HWS und BWS führten die Ärzte aus, sie sähen bildmorphologisch kein Korrelat zu den diffusen Beschwerden des Patienten. Wirbelsäulenchirurgisch bestehe keine Massnahme, wovon der Patient profitieren könnte. Eine Infiltration sei bei fehlendem lokalem Problem zur Zeit nicht indiziert (S. 2).

E. 3.3

Dr. med. F.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie für Handchirurgie und Oberarzt Handchirurgie, E.____, stellte in seinem Bericht vom 10. Juli 2014 (Urk. 7/10/75-77) nach gleichentags erfolgter Untersuchung des Beschwerdeführers folgende Diagnosen (S. 1): - Status nach Beugesehnenrevision mit Resektion und Glättung des Sehnenstumpfes des radialen flexor digitorum superficialis (FDS)-Zügels, Synovialektomie und A1-Ringbandsplattung Dig. III links am 23. Januar 2014 bei - Status nach Steroidinfiltration am 30. April 2014 - chronisch stenosierender Tendovaginitis Dig. III links durch Partialläsion des radialen FDS-Zügels am Chiasma (50 %) - Status nach Wundversorgung einer Schnittverletzung Dig. III links am 28. Juni 2013 - Neu: Schwanenhalsdeformität Dig. III - degenerative HWS- und BWS-Veränderungen mit Osteochondrosen

Dr. F.____ führte aus, hinsichtlich der beugeseitigen Situation im Bereich der Narbe und des A1-Ringbandes zeige sich jetzt eine reizlose Situation, ohne Schwellung und Druckdolenz mehr, auch kein Krepitieren. Die vom Patienten angegebenen stechenden Schmerzen seien nicht reproduzierbar.

Sowohl im Ultraschall als auch elektrophysiologisch seien Adhäsionen der Beugesehne oder Nervenläsionen ausgeschlossen worden. Daher könne diesbezüglich für den Patienten hier handchirurgisch nichts mehr angeboten werden. Neu aufgetreten sei jetzt eine leichte Schwanenhalsdeformität, wobei auch an den Fingern der rechten Hand eine leichte Tendenz zur Überstreckung bestehe. Eventuell mache sich eine vorbestehende

Schwanenhalsdeformität erst jetzt wieder bemerkbar, seit die durch den Unfall bedingte Bewegungseinschränkung nicht mehr bestehe. Angesichts der ganzen Vorgeschichte sowie der sehr diffusen, stark wechselnden und teilweise nicht nachvollziehbaren Schmerzanamnese sei von operativen Massnahmen abzuraten. Da die Situation auch bezüglich der Arbeitsfähigkeit zwischen ihrer Einschätzung und jener des Patienten deutlich differiere, werde der Suva empfohlen, den Beschwerdeführer für eine kreisärztliche Untersuchung aufzubieten (S. 2).

E. 3.4

Suva-Kreisarzt Dr. med. G.____, Facharzt für Chirurgie, nannte nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 20. August 2014 in seinem gleichentags erstellten Bericht (Urk. 7/10/64-69) als Diagnose einen Status nach Schnittverletzung über dem Metacarpophalangealgelenk des Dig. III der dominanten linken Hand am 28. Juni 2013 mit Wundexploration und Wundversorgung am selben Tag. Am 23. Januar 2014 sei bei weiterbestehenden Beschwerden eine Revision erfolgt mit Resektion und Glättung des Sehnenstumpfes des radialen FDS-Zügels, Synovialektomie und A1-Ringbandsplattung Dig. III links (S. 5 f. Ziff. 5).

Dr. G.____ führte aus, subjektiv persistierten beim Beschwerdeführer Schmerzen im Bereich des Metacarpophalangeal-III-Gelenkes linksseitig, verstärkt bei Zug- und Druckbelastungen.

Objektiv fanden sich reizlose Narbenverhältnisse, kein Anhalt für ein complex regional pain syndrom (CRPS), eine unauffällige Beweglichkeit der Finger und eine leichte Schwanenhalsdeformität des Dig. III linksseitig. Eine Verletzung im Bereich des proximalen Inter-Phalangeal- Gelenks (PIP)- III links sei nicht dokumentiert. Zum Ausschluss eines Zusammenhangs der Schwanenhalsdeformität, welche angedeutet auch auf der rechten Seite beim Dig. IV vorhanden sei, mit dem Unfall vom 28. Juni 2013 sollte noch ein MRI der linken Hand durchgeführt werden. Dem Versicherten sei mitgeteilt worden, dass, falls sich bildgebend keine wesentlichen Läsionen mehr zeigen würden, eine Arbeitsaufnahme erfolgen sollte (S. 6).

E. 3.6

Dr. med . I.____, Facharzt für Neurologie, Oberarzt, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, J.____, stellte in seinem Bericht vom 3. März 2015 (Urk. 7/19/3-4) nach durchgeführter neurologischer und elektrodiagnostischer Untersuchung folgende Diagnose (S. 1): - neuropathische Schmerzen bei Fingernerven-Läsion Höhe Metacarpophalangealgelenk links im Rahmen einer Schnittverletzung vom 23. Juni 2013 - erhebliche Überlagerung durch myofasziale Armschmerzen - Epikondylitis/Ansatz-Tendinose Humeri radialis und Epikondylus medialis, Schmerzausweitung - generalisiertes Schmerzsyndrom linke Körperhälfte

In seiner Beurteilung führte Dr. I.____ aus, den Hauptbefund sehe er höchst wahrscheinlich in einem Nerven-Neurom der Fingernerven des Dig. III radial und wahrscheinlich auch ulnar in der Folge der Schnittverletzung vom 23. Juni 2013. Zusätzlich zeige sich ein klinisch nicht relevanter Befund eines leichten Carpaltunnelsyndroms (CTS) und elektrodiagnostisch eine leichte, fokale, senso motorische Demyelinisierung des Nervus medianus am Handgelenk sowie eine leichte Volumenzunahme des Nerves im Carpaltunnel links.

Dr. I. ___ führte aus, in erster Linie empfehle er eine Behandlung der neuropathischen Schmerzen des Mittelfingers Dig. III, wahrscheinlich zurückgehend auf ein posttraumatisches Neurom (S. 2 Mitte).

E. 3.7

Dr. med. K. ___, Facharzt für Anästhesiologie, Oberarzt, Dr. med. L. ___, Assistenzarzt, und PD Dr. M. ___, Facharzt für Anästhesiologie Leitender Arzt und Leiter des Schmerzzambulatoriums, Institut für Anästhesiologie, J. ___, stellten in ihrem Bericht vom 27. Mai 2015 (Urk. 7/23/11-15) in der Hauptsache die folgenden Diagnosen (S. 1 f.): - neuropathische Schmerzen Dig. III und palmar linke Hand - Ätiologie: Verdacht auf Fingernervenläsion auf Höhe Metacarpophalangealgelenk Dig. III bei palmarer Schnittverletzung Dig. III links am 28. Juni 2013, Erstversorgung N. ___ - Status nach Beugesehnenrevision mit Resektion und Glättung Sehnen stumpf des radialen FDS-Zügels, Synovialektomie, A1 Ringbandspaltung Dig. III links am 23. Januar 2014, E. ___ - Diagnostik: Sonographie Nervus medianus links März 2015, Dr. I. ___, J. ___: im Bereich der Basis radial am Dig. III links, Verdacht auf kleines hypo echogenes Neurom; Medianus-Neurographie links März 2015, Dr. O. ___, Facharzt für Neurologie, Neurozentrum P. ___: leicht verlängerte distale motorische Latenz (rechts idem), im Übrigen sensomotorisch normal; MRI Hand links September 2014, Q. ___: fibrotische Verdickung der Kapsel des Metacarpophalangealgelenks und des A1-Bandes Dig. III mit konsekutiver Dezentrierung der verdickten Beuge sehne. Kein Erguss. - Interventionen: Erfolgreiche diagnostische Blockade des Nervus ulnaris links am 20. Mai 2015 sowie erfolglose diagnostische Blockade des Nervus medianus links am 22. Mai 2015, Dres. L. ___/K. ___ - Verdacht auf sensibles Sulcus ulnaris-Syndrom links - Differenzialdiagnose Epicondylitis/Ansatztendinose humeri radialis und Epikondylus medialis links - klinisch Tinel positiv am Ellenbogen über Sulcus ulnaris - Diagnostik: ENG März 2015, Dr. O. ___, Neurozentrum P. ___: Normale sensomotorische Ulnaris-Neurographie links; Sonographie Nervus ulnaris März 2015, Dr. I. ___, J. ___; normale Darstellung des Nervus ulnaris am Oberarm, grössenkonstant im axialen Verlauf des Sulcus, am Unterarm bis in die Loge de Guyon - Interventionen: Erfolgreiche diagnostische Blockade des Nervus ulnaris links am 20. Mai 2015, Dres. L. ___/K. ___ - Impingementsyndrom beidseits, rechts mehr als links - rezidivierende Nacken- und cervicothorakale Rückenschmerzen - chronisches lumbospondylogenes und radikuläres Schmerzsyndrom beidseits L5/S1 - mittelschwere bis schwere Depression

Die Ärzte führten aus, es sei eine Folgekonsultation und Nachkontrolle nach peripherer Nervenblockade des Nervus medianus links am 22. Mai 2015 bei neuropathischen Schmerzen Dig. III und palmarseits der linken Hand erfolgt.

Der Beschwerdeführer habe sich in leicht reduziertem Allgemeinzustand präsentiert. Die Schmerzen in der linken Hand und Zeigefinger seien unverändert. Neben den bekannten Arm-, Schulter- und Rückenschmerzen habe er neuerdings auch brennende Missempfindungen cutan am Bauch und seine Schleimhäute seien stets wie ausgetrocknet. Unter der medikamentösen Therapie habe bislang keine Schmerzreduktion oder -modulation bewirkt werden können. Vielmehr seien die Beschwerden sehr variabel, und der Beschwerdeführer habe über Nebenwirkungen berichtet. Eine diesbezüglich erfolgte Medikamentenaustestung habe keine Modulierbarkeit des Schmerzes bewirkt.

Auch die diagnostischen peripheren Nervenblockaden von Nervus medianus und Nervus ulnaris links hätten trotz adäquater sensomotorischer Blockade keine Schmerzreduktion bewirken können. Die Ärzte hielten fest, dass letztlich die Schmerzgenese an der linken Hand weiterhin unklar bleibe und die multifokalen Schmerzen bisher nicht positiv hätten beeinflusst werden können (S. 2 Mitte).

E. 3.8

Die Ärzte der Klinik für Neurologie, J.____, stellten in ihrem Bericht vom 19. Oktober 2015 (Urk. 7/29/16-19) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.): - Ganzkörperschmerzen unklarer Ätiologie mit Sensibilitätsdefiziten und Schwäche des linken Armes und Beines - neuropathische Schmerzen Dig. III und palmar linke Hand - Verdacht auf sensibles Sulcus ulnaris Syndrom links - Impingementsyndrom beidseits rechts mehr als links - rezidivierende Nacken- und cervicothorakale Rückenschmerzen - chronisches lumbospondylogenes und radikuläres Schmerzsyndrom beidseits L5/S1 beidseits mit pseudoradikulärer Ausstrahlung beidseits L4, L5 - mittelschwere bis schwere Depression

Die Ärzte führten aus, es sei eine Vorstellung des Patienten zur Mitbeurteilung eines langjährigen multifokalen Schmerzsyndroms erfolgt. Anamnestisch stünden die Schmerzen im Bereich der HWS und der Arme im Vordergrund. In der klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich ein linksseitig betont vermindertes Kraftgrad ohne Atrophiezeichen gefunden, sowie ein vermindertes Berührungsempfinden im linken Arm.

Diagnostisch sei der Patient bereits breit abgeklärt worden. Teilweise lägen organische Schädigungen vor, die zu einer Schmerzsymptomatik führen könnten, aus neurologischer Sicht sei jedoch das Gesamtbild des Schmerzsyndroms nicht durch eine symptomatische Genese zu erklären .

Differenzialdiagnostisch komme aus diesem Grund ein funktionelles Schmerzsyndrom bei gleichzeitigem Vorliegen einer depressiven Symptomatik in Betracht (S. 4 oben).

E. 3.9

Die Ärzte der Klinik für Rheumatologie, J.____, stellten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2015 (Urk. 7/28/15-17) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.): - enorale Aphose - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Periarthropathia humero-scapularis beidseits - neuropathische Schmerzen Dig. III und palmar linke Hand

Die Ärzte führten aus, es seien am 9. November und am 18. Dezember 2015 Verlaufskontrollen erfolgt (S. 1). Wie im letzten Bericht erwähnt, bestehe bei der enoral objektivierten und anamnestisch genitalen Aphose die Differenzialdiagnose eine Morbus Behçet. Da jedoch weitere Manifestationen eines Morbus Behçet nicht vorlägen, der nicht ganz typischen geographischen Herkunft und bei dem negativen Resultat der HLA B 51-Bestimmung erachteten sie eine n Morbus Behçet als eher unwahrscheinlich .

Hinweise auf eine andere Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis hätten sie aufgrund der Anamnese, der Klinik und der Laborkonstellation nicht (S. 2 Mitte Ad. 1).

Der Patient berichte nach wie vor über Schmerzen insbesondere im Bereich der BWS mit auch Ausstrahlung entlang des Rippenbogens links nach ventral. Bei Impingementsymptomatik links mehr als rechts sei bei der ersten Konsultation im Oktober 2015 eine subacromiale Cortisoninfiltration links durchgeführt worden . Dabei sei es

anamnestisch während zwei Wochen zu einer deutlichen Besserung gekommen. Im Anschluss seien jedoch wieder starke, bewegungsabhängige Schmerzen aufgetreten. Der Beschwerdeführer wünsche für eine Arthroskopie eine Überweisung an einen ihm bekannten Schulterorthopäden (S. 2 Ad. 2-3).

E. 3.10

Suva-Kreisarzt Dr. G.____ nannte in seinem Bericht vom 14. Januar

2016 (Urk. 7/27) nach gleichentags erfolgter kreisärztlicher Untersuchung des Beschwerdeführers die gleiche Diagnose wie in seinem Bericht vom 20. August 2014 (S. 6 Mitte, vgl. vorstehend E. 3.4).

Dr. G.____ führte aus, aus medizinischer Sicht wären körperlich leichte Tätigkeiten möglich. Hierbei sollten Zug- oder Druckbelastungen auf den Dig. III vermieden werden, ebenso Kälteexpositionen. Feinmotorische Tätigkeiten könnten in vollem Umfang durchgeführt werden. Schläge und Vibrationen auf die linke obere Extremität sollten vermieden werden. Unter Beachtung der genannten Einschränkungen bestehe jedoch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 7 oben).

Objektiv fänden sich keine muskuläre Hypotrophie links und eine fast seitensgleiche Fingerbeweglichkeit mit nur diskreten Unterschieden sowie Anhaltspunkte für mangelnde Compliance (S. 6 Mitte).

Dr. G.____ führte aus, nach Subtraktion aller nicht unfallbedingten Diagnosen und Beschwerden verbleibe eine praktisch nicht eingeschränkte Beweglichkeit des Dig. III, eine nur noch angedeutete Schwanenhalsdeformität und eine anzunehmende Nervenschädigung mit wahrscheinlich neuropathischen Schmerzen im Bereich des Dig. III. Dies setze die Funktion des Dig. III herab. Für feinmotorische Tätigkeiten ergäben sich keine Einschränkungen, da diese mit Daumen und Zeigefinger durchgeführt würden. Einschränkungen ergäben sich lediglich bei Druck- oder Zugwirkungen auf den Dig. III linksseitig, so dass Einschränkungen bei grobmotorischen Fähigkeiten bestünden. Eine Tätigkeit als Bauarbeiter erscheine somit dauerhaft nicht möglich, da zweieinhalb Jahre nach dem Unfallereignis eine weitere Nervenregeneration nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Es sei auch nicht zu erwarten, dass durch weitere medizinische Massnahmen noch eine wesentliche Besserung des in den neurologischen Untersuchungen ausführlich beschriebenen Beschwerdebildes stattfinden werde. Die multifokale Schmerzstörung sei aus traumatologischer-somatischer Sicht nicht erklärbar, ein CRPS sei nicht vorhanden (S. 6 f. unten).

E. 3.11

Prof. Dr. med. R.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Ärztlicher Direktor, E.____, stellte in seinem Bericht vom 10. Februar 2016 (Urk. 7/44/9-10) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1): - Periarthropathia humeroscapularis rechts mehr als links - Status nach Beugesehnenrevision mit Resektion und Glättung des Sehnenstumpfes des radialen FDS-Zügels, Synovialektomie und A1-Ringbandspaltung Dig. III links am 23. Januar 2014 - Nebendiagnose: Depression

Prof. R.____ führte aus, der Patient sei ihm zur Abklärung einer möglichen Therapie des beidseitigen Impingement-Syndroms vorgestellt worden. Er klagte über unspezifische Schmerzen, welche Hals, Nacken, Schulter, Ellbogen und Unterarmbereich betrafen, sowie über eine linksseitige Hypästhesie im Bereich des Mittelfingers. Die Schmerzen seien

eigentlich Tag und Nacht vorhanden, plagten den Beschwerdeführer ununterbrochen und strahlten dann auch in die untere Extremität aus.

Prof. R.____ führte aus, die Arthro-MRI-Untersuchung habe keine eindeutigen Hinweise für eine Rotatorenmanschetten-Läsion ergeben, und eine eindeutige Bursitis subacromialis könne er nicht erkennen.

Weder in der klinischen Untersuchung noch bei der Konsultation des Arthro-MRI der linken Seite sei eine strukturelle Läsion nachweisbar, welche das Beschwerdebild erklären könnte (S. 2).

E. 3.12

Med. pract. S.____, Assistenzärztin Orthopädie, E.____, stellte in ihrem Bericht vom 29. April 2016 (Urk. 7/35/6-9) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1): - Periarthropathia humeroscapularis rechts mehr als links - Status nach Beugesehnenrevision mit Resektion und Glättung des Sehnen stumpfes des radialen FDS-Zügels, Synovialektomie und A1-Ring bandspaltung Dig. III links am 23. Januar 2014 - Depression - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Verdacht auf Morbus Behçet

Med. pract. S.____ führte aus, der Beschwerdeführer sei vom 30. Oktober 2013 bis 8. Februar 2016 bei ihnen in Behandlung gewesen (Ziff. 1.2). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit habe vom 23. Januar bis 6. Februar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden (Ziff. 1.6). Es bestünden offensichtlich körperliche Schmerzen im Bereich mehrerer Regionen des Bewegungsapparates ohne strukturelle Veränderungen. Ob die bisherige Tätigkeit aus medizinischer Sicht noch zumutbar sei, könne nicht beantwortet werden (Ziff. 1.7). Es sei aktuell keine Arbeitsunfähigkeit bekannt (Ziff. 1.9). Weder die MR-Untersuchung der Wirbelsäule noch das Arthro-MRI der Schulter vom 8. Februar 2016 hätten strukturelle Läsionen respektive ein Korrelat für die Schmerzen gezeigt. Es bestünden bei m Patienten keine strukturellen Auffälligkeiten, welche die subjektiv empfundenen Schmerzen erklärten. Die Prognose sei deshalb sehr ungewiss. Chirurgisch könne ihm nicht weitergeholfen werden (Ziff. 1.4).

E. 3.13

Dr. med. T.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, stellte in seinem Bericht vom 4. Januar 2017 (Urk. 7/78/1-2) folgende Diagnosen (S. 1): - komplexes Schmerzsyndrom - neuropathische Schmerzen Dig. III und palmar linke Hand - Verdacht auf sensibles Sulcus ulnaris Syndrom links - Impingementsyndrom beidseits, rechts mehr als links - Periarthropathia humero-scapularis beidseits - rezidivierende Nacken- und cervicothorakale Rückenschmerzen - chronisches multifaktorielles panvertebrales Schmerzsyndrom - mittel schwere bis schwere Depression - Verdacht auf chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren - Verdacht auf Morbus Behçet - chronische Knieschmerzen links mehr als rechts

Dr. T.____ führte aus, dass er die Entscheidung der Helsana betreffend die 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht verstehe (S. 1 Mitte). Wegen der Handoperation könne er sich gar nicht vorstellen, dass der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig sein sollte. Es sei maximal und mit viel Vorbehalt eine 20 bis 30%ige Arbeitstätigkeit in Erwägung zu ziehen. Dies aber in einer berufsadaptierten Arbeit und nicht in seinem Beruf als M.____. Der Beschwerdeführer sollte nicht längere Zeit sitzen, stehen, heben und auch keinen grossen Belastungen ausgesetzt werden. Dr. T.____ hielt

abschliessend fest, er glaube, dass mit der Entscheidung, den Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig zu schreiben, diesem Unrecht getan worden sei (S. 2).

E. 3.14

Dr. med. U.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. V.____, Fachärztin für Neurologie, Dr. med. W.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. AA.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Z.____, erstatteten am 16. Februar 2017 das von der Beschwerdegegnerin veranlasste interdisziplinäre Gutachten (Urk. 7/60). Sie stellten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 11 Ziff. 5.1): - chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung (ICD-10 F45.5) - leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie in der Hauptsache einen Status nach Schnittverletzung volar über dem Metacarpophal angealgelenk Dig. III links am 28. Juni 2013, ein lumbovertebrales Schmerz syndrom, eine myotendinotische Schulterschmerzsymptomatik ohne eindeutiges organisches Korrelat, eine kernspintomographisch beginnende Chondropathie des medialen Kniekompartiments links, ein Asthma bronchiale sowie einen Verdacht auf einen gastroösophagealen Reflux (S. 11 Ziff. 5.2).

Die Gutachter führten aus, in der bisherigen Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Aufgrund einer chronisch stenosierenden Tendovaginitis nach Partiaalläsion des FDS-Zügels nach einem Arbeitsunfall am 28. Juni 2013 habe zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Bauarbeiter bestanden. Im Januar 2014 sei eine Operation an der linken Hand erfolgt. Aktuell bestünden keine relevanten organischen Residuen dieses erlittenen Unfalls, so dass aus neurologischer und rheumatologischer sowie internistischer Sicht spätestens drei Monate nach der Operation eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter bestehe.

Jedoch habe der Beschwerdeführer eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie eine aktuell leichte bis mittelgradige depressive Episode entwickelt. Dadurch sei seine Arbeitsfähigkeit um 40 % eingeschränkt. Die Arbeitsunfähigkeit von 40 % bestehe sicherlich seit dem Zeitpunkt des Gutachtens, das heisse seit September 2016 (S. 15 Ziff. 6.6).

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit führten die Gutachter aus, aus psychiatrischer Sicht möglich seien Arbeiten ohne zu hohe Anforderungen an kreative Tätigkeiten, ohne Konflikte mit dem Arbeitgeber, mit einer klaren Aufgabenteilung und der Möglichkeit, sich zurückziehen zu können. Ein definiertes Arbeitsprofil könne am besten anhand eines Arbeitstrainings eruiert werden. Auch in jeglichen Verweistätigkeiten bestehe eine zeitliche Präsenzfähigkeit von 60 %, bei einem uneingeschränkten Leistungsvermögen (S. 15 Ziff. 6.7.).

In neurologischer Hinsicht sei die Untersuchung und die Kooperation bei der Untersuchung erschwert gewesen, und es hätten sich Verdeutlichungstendenzen gezeigt. An der linken Hand sei kein Tinel-Zeichen lokalisiert gewesen, vielmehr ein positiver Tinel über der gesamten Handfläche und am linken Arm. Es hätten keine trophischen Störungen, keine Auffälligkeiten im Tonus und seitengleich mittellebhafte Reflexe bestanden. Auch im Bereich der Hirnnerven hätten sich keine Auffälligkeiten gefunden. Der Beschwerdeführer habe eine Hypästhesie über der gesamten linken Thoraxhälfte, am linken Bein, linken Arm

und an der linken Hand angegeben. Die Kraft sei aufgrund von Schmerzangaben nicht prüfbar gewesen. Die Nackenmuskulatur sei weich trotz Angabe von starken Schmerzen bei kleinster Berührung.

Aus rheumatologischer Sicht seien keine Schmerzen im Bereich des Verletzungsgebietes an der linken Hand reproduzierbar, auch nicht am Finger. Die Trophik der Hände und das Hautkolorit seien symmetrisch normal, keine Temperaturdifferenz, keine Differenz der Behaarung an beiden Händen und Armen. Es bestünden myotendinotische Verspannungen der Schultergürtelmuskulatur sowie eine funktionelle Vermehrung der thorakalen Kyphose und der lumbalen Lordose im Rahmen einer muskulären Dysbalance der paravertebralen Muskulatur. Zu Beginn der klinischen Untersuchung habe ein massives Schmerzverhalten bestanden, welches dazu geführt habe, dass der Explorand entweder massiv blockiert oder massiv gegeninnerviert habe. Aus psychiatrischer Sicht habe sich der Patient im Affekt mässig bedrückt bis depressiv wirkend mit einem starken Leidensdruck präsentiert. Er habe sich demonstrativ sehr leidend mit manifester Verdeutlichungstendenz gezeigt (S. 9 f. Ziff. 4.2).

Zusammenfassend führten die Gutachter aus, dass beim Beschwerdeführer weder neurologische noch rheumatologische oder entzündlich-rheumatologische Erkrankungen bestünden, die seine Schmerzen erklären könnten. Seine Schmerzangaben seien teilweise diffus,

die Schmerzen könnten teilweise nicht mehr lokalisiert werden, und die Schmerzintensität sei als sehr hoch angegeben worden.

Schon im psychopathologischen Befund sei aufgefallen, dass sich der Beschwerdeführer stark leidend mit einer Verdeutlichungstendenz präsentiert habe, wie sie auch bei den somatischen Gutachtern aufgefallen sei. Auf Grund der angegebenen Schmerzen ohne ausreichendes somatisches Korrelat und auf Grund der diffusen Symptomatik könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung gestellt werden (S. 13 f. unten).

E. 3.15

Med. pract. BB.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 8. April 2017 (Urk. 7/76) folgende, seit dem Unfall vom 28. Juni 2013 bestehende Diagnosen (S. 1 Mitte): - chronifiziertes panvertebrales Schmerzsyndrom - chronische Schulterbeschwerden beidseits, siehe Befund vom MRI HWS, MRI Lendenwirbelsäule (LWS) und vom MRI der Schulter beidseits - persistierende Schulter-, Rücken- und Kniebeschwerden - depressiver Zustand (mittelschwere bis schwere depressive Episode) - Schlafstörungen sowie anhaltende Schmerzen

Med. pract. BB.____ führte aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit über zehn Jahren in seiner hausärztlichen Behandlung (S. 1 Mitte). Er sei auch für leichte angepasste Tätigkeiten bis zu 100 % arbeitsunfähig, und es sei von einer schlechten Prognose auszugehen (S. 2 Mitte).

Med. pract. BB.____ führte aus, er habe den Beschwerdeführer als aktiven Sportler, der auch regelmässig Fitness gemacht habe und seiner Arbeit nachgegangen sei, kennengelernt. Er sei damals motiviert und ausgeglichen gewesen. Der Patient habe alle möglichen Untersuchungen sowie therapeutischen Massnahmen in Anspruch genommen (S. 1 Mitte). In den letzten drei Monaten hätten beim Psychiater Dr. med. Emanuel EE.____, Facharzt

für Psychiatrie und Psychotherapie, Gespräche st atgefunden (S. 2 oben).

E. 3.16

Die delegierte Psychotherapeutin lic. phil. Beatrice Inhelder,

Praxis med. pract. BB.____, führte in ihrem Bericht vom 10. April 2017 (Urk. 7/81) aus, der Be-schwerdeführer sei erstmals im April 2015 in die Behandlung gekommen und nehme die Termine seither in regelmässigen Abständen war . Im psychologischen Befund liege eine klinisch relevante schwere Depression vor. Es sei eine psy cho therapeutische Behandlung eigeleitet worden, da der Patient an multiplen körperlichen Beschwerden gelitten habe, welche seine psychische Stabilität zu nehmen beeinträchtigt hätten. Es sei ihm schwergefallen, sich mit seiner belas tenden Situation konstruktiv auseinanderzusetzen, was auch dazu geführt habe, dass er nun schon seit langem ohne Arbeit sei (S. 1 Mitte).

Dem Beschwerdeführer sei es zum aktuellen Zeitpunkt kaum zumutbar, einer vollen oder teilweisen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die berufliche Tätigkeit könne nicht mehr aufgenommen werden. Eine Unterstützung durch die Invali den versicherung wäre erwünscht (S. 2).

E. 3.17

Dr. med. CC.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. DD.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und für Hämatologie, Institut für komplementäre und integrative Medizin, J.____, stellten in ihrem Be richt vom 13. April 2017 (Urk. 7/79) in der Hauptsache folgende Diagnosen (S. 1 f.): - chronische Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren - Verdacht auf Morbus Behçet, Differenzialdiagnose andere Kollagenose - chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom - Periarthropathia humero-scapularis beidseits - neuropathische Schmerzen Dig. III und palmar linke Hand - Asthma bronchiale - perenniale Nasenatmungsbehinderung - Reflux - Exanthem nach Kontrastmittel - Kopfschmerzen und Schwindel nach Cymbalta und Lyrica

Die Ärzte führten aus, der Patient habe sich mit der Frage nach komplemen tärmedizinisch-therapeutischer Beratung bei chronischem Schmerzsyndrom sowie ergänzenden Behandlungsmöglichkeiten bei zunehmender psychoemotionaler Belastung vorgestellt. Er sei seit dem 11. April 2016 von ihrer Seite ärztlich mitbegleitet worden, und seit dem 4. Mai 2016 bestehe darüber hinaus eine Unterstützung aus dem Bereich der Mind Body Medicine (S. 1 Mitte). Aus der zeitiger Sicht sei weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zu empfehlen. Die Schmerzverarbeitung und Coping Strategien hätten im Rahmen der Begleitung an ihrem Institut verbessert werden können, jedoch habe der Beschwerdeführer weiterhin eine starke psycho-emotionale Belastung durch die chronifizierten Schmerzen (S. 4 Mitte).

E. 3.18

Dr. T.____ führte in seinem Bericht vom 2 5. April 2017 (Urk. 7/78/3) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit August 2015. Dieser habe diverse rheuma tologische und psychosomatische Erkrankungen und chronische Beschwerden. Er führe auch physikalische Therapien und Osteopathie durch, sowie eine Psycho therapie bei Dr. EE.____ , wo er mit Trittico behandelt werde .

Dr. T.____ führte aus, zwischen den angegebenen Beschwerden des Patienten und Befunden, die im Z.____-Gutachten erhoben worden seien, bestünden Diskre panzen. Er leide unter schweren neuropathischen Schmerzen, so dass eine 100%ige Arbeitsfähigkeit nicht

gerechtfertigt sei, auch wenn man nicht immer ganz genau objektivierbare Befunde feststellen könne. Dr. T. ___ führte aus, er wolle noch einmal betonen, dass es nicht gerechtfertigt sei, dass der Beschwerdeführer auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sein solle. Es bestehe eine maximal 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, wo er nicht längere Zeit sitzen und keine schweren Gegenstände heben müsse, sowie ab wechselnd stehen und sitzen könne. Wenn man die psychosomatischen Gesichtspunkte mit den chronischen Schmerzen und wahrscheinlich auch einer gewissen Depression anschauere, wäre der Beschwerdeführer eigentlich zu 80 % arbeitsunfähig (S. 1).

E. 3.19

Dr. FF. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 25. Oktober 2017 (Urk. 11) aus, der Beschwerdeführer sei seit dem 8. Juni 2017 alle drei Wochen bei ihm in Behandlung (S. 1 Ziff. 1). Aktuell liege eine mittel- bis schwere depressive Störung mit Regressions tendenzen vor (S. 1 Ziff. 2). Klinisch-pathologisch imponiere eine anhaltende depressive Störung mit chronischem Verlauf. Der Krankheitswert sei aus psychiatrischer Sicht valide ausgewiesen. Es bestünden keine Hinweise auf Simulation und Aggravation (S. 3 Ziff. 3). Der Patient sei aktuell nicht in der Lage, eine Arbeitsleistung zu erbringen (S. 2 Ziff. 7-8). Betreffend die chronische Schmerzstörung und ihre Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei der Somatiker anzufragen (S. 1 Ziff. 4).

Auf die Frage, wie sich der psychische Gesundheitszustand seit Beginn der Behandlung entwickelt habe, führte Dr. FF. ___ aus, die Ablehnung der Invalidenrente und der damit einhergehende soziale Abstieg sowie die berufliche Ausweglosigkeit und die zunehmende Vereinsamung hätten nachvollziehbar in die psychische Dekompensation geführt.

Trotz Anpassung sowie konsequenter Ausschöpfung der psychopharmakologischen Medikation und alternativer Therapieansätze habe sich der psychopathologische Zustand des Patienten nicht geändert. Die Prognose sei ernst und die Krankheit des Patienten schwerwiegend (S. 2 Ziff. 6).

E. 4.1

Ausgehend vom Z. ___-Gutachten vom Februar 2017 (vgl. vorstehend E. 3.14) ging die Beschwerdegegnerin nach rechtsprechungsgemäss geforderter Prüfung der Standardindikatoren (vgl. vorstehend E. 1.3-4, E. 1.6-7) davon aus, dass beim Beschwerdeführer kein aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei (vgl. vorstehend E. 2.1).

Dagegen brachte der Beschwerdeführer zusammengefasst vor, es sei gestützt auf die Einschätzung der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten davon auszugehen, dass er durch seine verschiedenen Leiden massiv in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (vgl. vorstehend E. 2.2)

E. 4.2

Das Z. ___ -Gutachten vom Februar 2017 erfüllt die formalen Beweiswert-Anforderungen (vorstehend E. 1.5) ohne weiteres, ist es doch für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben.

Darüber hinaus leuchtet es auch in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und enthält nachvollziehbar begründete Schlussfolgerungen. Dies betrifft auch die Feststellungen hinsichtlich der Diskrepanzen, der Verdeutlichungstendenzen und des selbstlimitierenden Verhaltens des Beschwerdeführers während der Untersuchungen.

E. 4.3

In somatischer Hinsicht gingen die Gutachter des Z.____ davon aus, dass bei einer chronisch stenosierender Tendovaginitis nach Partiaalläsion des FDS-Zügels nach einem Arbeitsunfall am 28. Juni 2013 zunächst eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit im Beruf als Bauarbeiter bestanden habe. Aus neurologischer, rheumatologischer und aus internistischer Sicht sei spätestens drei Monate nach der Operation im Januar 2014 wieder von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit auszugehen.

Zusammenfassend hielten die Gutachter des Z.____ fest, dass weder neurologische noch rheumatologische oder entzündlich-rheumatologische Erkrankungen vorlägen, welche die Schmerzen des Beschwerdeführers erklären könnten. Dabei verwiesen die Z.____-Gutachter auf die bisherigen fachärztlichen Abklärungen, die unauffälligen bildgebenden Abklärungen und Blutuntersuchungen sowie auf das diffuse Schmerzverhalten des Beschwerdeführers. Diese Schlussfolgerungen stehen im Einklang mit der übrigen wesentlichen Aktenlage.

E. 4.4

Aus rheumatologischer Sicht konnten die Ärzte der Klinik für Rheumatologie, J.____, in ihrem Bericht vom Dezember 2015 (vgl. vorstehend E. 3.9) nach umfassenden Abklärungen die Verdachtsdiagnose Morbus Behçet nicht bestätigen und verneinten auch Hinweise auf eine andere Erkrankung aus dem entzündlich-rheumatologischen Formenkreis.

Auch die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Schulterbeschwerden konnten schlussendlich nicht objektiviert werden. Eine im Frühjahr 2016 durchgeführte Arthro-MRI-Untersuchung erbrachte gemäss den Ausführungen von med. pract. S.____ in ihrem Bericht vom April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12) keine die Beschwerden erklärende Befunde und Prof. R.____ (vgl. vorstehend E. 3.11) hielt im Februar 2016 fest, dass hinsichtlich der geltend gemachten Schulterbeschwerden weder in der klinischen Untersuchung noch bei der Konsultation des Arthro-MRI der linken Seite eine strukturelle Läsion nachweisbar gewesen wäre, welche das Beschwerdebild hätte erklären können.

Das gleiche Bild zeigte sich auch hinsichtlich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten HWS-, BWS-, Nacken- und Kopfbeschwerden, wo ebenfalls keine das dargebotene Beschwerdebild erklärenden Befunde gefunden werden konnten.

So ergab das aufgrund der geltend gemachten Kopf- und Nackenbeschwerden am 25. April 2014 durchgeführte MRT des Neurocraniums unauffällige Befunde und das gleichentags durchgeführte MRT der HWS und BWS lediglich leichtgradige degenerative Befunde (vgl. Urk. 7/10/36). Auch das am 19. September 2014 durchgeführte MRI der LWS (vgl. Urk. 7/10/37)

konnte die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht erklären. Zusammenfassend hielten Dr. C.____ und Dr. D.____ in ihrem Bericht vom Mai 2014 (vgl. vorstehend E. 3.2) nach

ergänzend veranlassten Röntgen der HWS und BWS vom 23. Mai 2014 fest, dass bildmorphologisch kein Korrelat zu den diffusen Beschwerden des Patienten bestehe. Auch med. pract. S. ___ bestätigte im April 2016 (vgl. vorstehend E. 3.12) erneut, dass beim Patienten keine strukturellen Auffälligkeiten bestünden, welche die subjektiv empfundenen Schmerzen erklären könnten.

Ebenso blieben die umfassenden neurologischen Abklärungen ohne erklärende Befunde für die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Beschwerden. Im Oktober 2015 hielten die Ärzte der Klinik für Neurologie, J. ___ (vgl. vorstehend E. 3.8), fest, dass die zahlreichen Abklärungen zwar teilweise auch organische Schädigungen ergeben hätten, diese jedoch aus neurologischer Sicht die symptomatische Genese nicht zu erklären vermögen. Verneint wurden weiter allfällige Atrophiezeichen.

E. 4.5

Weiter wurde auch für die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden im Zusammenhang mit Dig. III selbst nach zahlreichen Abklärungen keine abschliessende Erklärung gefunden. Dr. AA. ___ führte in seinem rheumatologischen Teilgutachten (Urk. 7/60/74-90) aus, dass sich aus rheumatologischer Sicht ein eindeutiges physiopathologisches Substrat für die Persistenz einer lokalen Schmerzsymptomatik im Operationsgebiet nicht identifizieren lasse. Die Persistenz einer lokalen organischen Läsion im Gebiet der Schnittverletzung, sei es in Form eines Nervenneuroms oder in Form einer Fingernervenläsion auf Höhe des Metacarpophalangealgelenks links oder in Form einer fibrotischen Verdickung der Kapsel im Metacarpophalangealgelenk III, welche sich auf das A1-Band ausdehnt und zirkumferent die Beugesehne des Dig. III umgreifen würde (MRI vom 3. September 2014), lasse sich bei der klinischen Untersuchung nicht objektivieren (vgl. Urk. 7/60/74-90 S. 12 Ziff. 6.1 unten).

Zur Einschätzung von Dr. H. ___ (vgl. vorstehend E. 3.5), welche nach im September 2014 durchgeführtem MRI der linken Hand eine fibrotische Verdickung der Kapsel des Metacarpophalangealgelenks und des A1-Bandes an Dig. III mit konsekutiver Dezentrierung der verdickten Beugesehne als ursächlich für die Beschwerden erachtete, führte Dr. AA. ___ aus, es habe sich keine hypertrophe Narbe mit hyperämischer Reaktion und keine Kontrastmittelaufnahme gefunden, sondern eine um eine Schicht isolierte narbige Reaktion volarseits im Operationsgebiet. Der Patient beklage keinen schnappenden Finger mehr, so dass eine relevante Auswirkung der Fibrose auf das A1-Band rein klinisch unwahrscheinlich sei. Zudem sei die von Dr. GG. ___ beschriebene Verdickung auf eine kernspintomographische Schicht begrenzt (vgl. Urk. 7/60/74-90 S. 10 oben).

Diese Einschätzung von Dr. AA. ___ teilten auch die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie, J. ___, in ihrem Bericht vom Mai 2015 (vgl. vorstehend E. 3.7), indem sie diesen MRI-Befund nicht als ursächlich für die angegebenen Beschwerden werteten. Im Übrigen blieben sämtliche durch die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie, J. ___, durchgeführten medikamentösen Versuche die Schmerzproblematik des Beschwerdeführers zu beeinflussen ohne Erfolg und selbst die durchgeführten peripheren Nervenblockaden von Nervus medianus und Nervus ulnaris links bewirkten keine Schmerzreduktion. Zusammenfassend hielten die Ärzte des Instituts für Anästhesiologie, J. ___, in Kenntnis der bisherigen Abklärungen durch Dr. I. ___ (vgl. vorstehend E. 3.6) und Dr. O. ___

(vgl. Urk. 7/17/6-7) sowie des MRI-Befundes vom September 2014 (vgl. vorstehend E. 3.5) denn auch fest, dass letztlich die Schmerzgenese an der linken Hand weiterhin unklar bleibe.

Die Einschätzung von Dr. AA.____ erweist sich auch mit Hinblick auf die Ausführungen von Dr. F.____ im Juli 2014 (vgl. vorstehend E. 3.3) sowie jene von Dr. G.____ nach im August 2014 und im Januar 2016 erfolgter kreisärztlicher Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.4 und E. 3.10) als schlüssig.

Bereits Dr. F.____ konnte nach Untersuchung des Beschwerdeführers Anfang Juli 2014 hinsichtlich der Handsituation lediglich unauffällige Befunde feststellen. Sowohl die Ultraschall- als auch die elektrophysiologische Untersuchung habe eine regelrechte Situation ergeben, und die vom Beschwerdeführer angegebenen stechenden Schmerzen seien nicht reproduzierbar gewesen. Dr. F.____ wies darauf hin, dass aufgrund der diffusen, stark wechselnden und teilweise nicht nachvollziehbaren Schmerzanamnese von einem weiteren operativen Vorgehen abgeraten werde. Da seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von jener des Beschwerdeführers abwich, riet er der Suva zu einer kreisärztlichen Untersuchung.

In der Folge konnte auch Dr. G.____ anlässlich seiner kreisärztlichen Untersuchungen vom August 2014 und Januar 2016 (vorstehend E. 3.4 und 3.10) betreffend die Handsituation lediglich unauffällige Befunde feststellen. So beschrieb er reizlose Narbenverhältnisse und verneinte Anhaltspunkte auf ein CRPS. Zudem stellte er eine unauffällige Beweglichkeit der Finger und Anhaltspunkte für eine mangelnde Compliance fest. Weiter berichtete Dr. G.____ im Januar 2016 von einer fehlenden relevanten Atrophie, was auf einen uneingeschränkten Gebrauch der linken Hand schliessen lässt. Vor diesem Hintergrund vermag die von Dr. G.____ angenommene Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter nicht zu überzeugen.

E. 4.6

In Anbetracht dieser umfassenden fachärztlichen klinischen und bildgebenden Abklärungen, welche allesamt kein das dargebotene Beschwerdebild erklärendes Korrelat ergaben, vermögen die anderslautenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte med. pract. BB.____ vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.15) sowie von Dr. T.____ vom Januar und April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.13 und E. 3.18) keine Zweifel an der Schlüssigkeit der somatischen Einschätzung der Z.____-Gutachter zu bewirken.

Ohnehin ist betreffend Beurteilungen durch die langjährig behandelnden Ärzte med. pract. BB.____ und Dr. T.____ zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Neue Gesichtspunkte, welche Hinweise auf eine vom Z.____-Gutachten abweichende Einschätzung schliessen lassen würden, brachten weder med. pract. BB.____ noch Dr. T.____ vor.

Med. pract. BB.____ stützte seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf dessen subjektive Schmerzangaben und liess ausser Acht, dass die zahlreichen fachärztlichen Abklärungen keine die Schmerzangaben erklärenden Befunde ergeben hatten. Nicht nachvollziehbar erweist sich weiter, weshalb med. pract. BB.____ hinsichtlich der Schulterbeschwerden unter anderem auf die MRI der HWS und LWS verweist.

Gleiches gilt es hinsichtlich den Ausführungen von Dr. T.____ zu sagen. Seine Berichte entbehren einer objektiven Befundbeschreibung und Dr. T.____ nennt keine nicht bereits bekannte sowie bereits umfassend abgeklärte Diagnosen. Unzutreffend ist, dass, wie der Beschwerdeführer geltend machte (vgl. Urk. 1 S. 13 Ziff. 1.11), Dr. T.____ ausgeführt habe, die Diagnose Morbus Behçet sei bestätigt worden. Soweit Dr. T.____ auf die vielen Arztbesuche verweist und auf die Berichte der zahlreichen involvierten Kliniken und sich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht vorstellen kann, verkennt er, dass trotz dieser zahlreichen über die Jahre stattgefunden habenden fachärztlichen Konsultationen, wie bereits ausgeführt, zusammenfassend kein ausreichendes Korrelat für die vom Beschwerdeführer angegebenen Schmerzen hat gefunden werden können.

Auch die Ärzte des Instituts für komplementäre und integrative Medizin nannten in ihrem Bericht vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.17) keine wesentlichen neuen Diagnosen, weshalb es sich bei ihrer Einschätzung lediglich um eine andere Beurteilung desselben Sachverhaltens handelt. Aufgelistet wurden zudem zahlreiche Diagnosen, welchen von vornherein eine allfällige Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit abzusprechen ist. Abgesehen davon konnte sich Dr. CC.____ in ihrem Vorbericht vom April 2016 (vgl. Urk. 7/36/1-5) nicht zu einer allfälligen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussern und verwies diesbezüglich auf die orthopädischen Beurteilungen. Dr. CC.____ hielt fest, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von ihrer Seite her nicht einschätzbar sei, welche Ausführungen in Anbetracht dessen, dass es sich bei Dr. CC.____ und Dr. DD.____ um Fachärzte für Allgemeine Innere Medizin respektive Hämatologie handelt, auch zutreffend sind.

Zusammenfassend ist damit einhergehend mit den Gutachtern des Z.____ vom Februar 2017 in somatischer Hinsicht davon auszugehen, dass beim Beschwerdeführer drei Monate nach im Januar 2014 erfolgter Operation keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestand.

E. 4.7

Die im Z.____-Gutachten festgehaltene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % resultierte aufgrund der psychiatrischen Einschätzung von Dr. W.____ in ihrem Teilgutachten vom 6. November 2016 (Urk. 7/60/63-73) . Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung (ICD-10 F45.5) sowie eine leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1; Urk. 7/60/63-73 S. 7 Ziff. 5.1).

Es liegt indes rechtsprechungsgemäss keinesfalls allein in der Zuständigkeit der mit dem konkreten Einzelfall (gutachterlich) befassten Arztpersonen, selbst abschliessend und für die rechtsanwendende Stelle (Verwaltung, Gericht) verbindlich zu entscheiden, ob das medizinisch festgestellte Leiden zu einer (andauernden oder vorübergehenden) Arbeitsunfähigkeit (bestimmter Höhe und Ausprägung) führt (BGE 140 V 193 E. 3.1). Vielmehr kann aus rechtlicher Sicht von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass sie ihren Beweiswert verlöre. Dies stellt eine Folge des juristischen Charakters der sozialversicherungsrechtlichen Begriffe von Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit sowie Invalidität dar (Urteil des Bundesgerichts 8C_604/2017 vom 15. März 2018 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 4.8

Vorliegend gilt es zu beachten, dass das Bundesgericht am 30. November 2017 in BGE 143 V 409 und BGE 143 V 418 erkannte, dass sämtliche psychischen Leiden, namentlich auch leichte bis mittelschwere Depressionen, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich einem strukturierten Beweisverfahren nach Massgabe von BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Das Gutachten von Dr. W.____ vom 6. November 2016, welches vor der Rechtsprechungsänderung von BGE 143 V 409 und 418 verfasst wurde, verliert seinen Beweiswert indes nicht per se (vorstehend E. 1.7). Nachfolgend ist daher zu prüfen, ob das Gutachten von Dr. W.____ - allenfalls zusammen mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlaubt.

E. 4.9

Vorab ist aufgrund der auch im Rahmen der somatischen Beurteilung im Z.____ -Gutachten thematisierten Problematik der Verdeutlichungstendenzen und Selbstlimitierung des Beschwerdeführers festzuhalten, dass medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen, wie sie, gerichtsnotorisch, ärztlicherseits sehr oft unterstützt werden - wobei erst noch häufig gar keine konsequente Behandlung stattfindet -, nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.7.1).

Auch Dr. W.____ wies in ihrem Gutachten darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer demonstrativ sehr leidend mit manifester Verdeutlichungstendenz gezeigt habe (vgl. Urk. 7/60/63-73 S. 6 Ziff. 4.1). Zudem führte sie aus, dass hinsichtlich der Beurteilung des psychopathologischen Zustandes erschwerend hinzugekommen sei, dass der Beschwerdeführer praktisch alle Symptome positiv bewertet habe (Urk. 7/60/63-73 S. 7 Ziff. 6.1 unten), welches Verhalten grundsätzlich schon unter dem Gesichtspunkt der Leistungsanspruchsaus-schliessen Aggravation der Beschwerden zu würdigen wäre.

Da die Fähigkeit des Beschwerdeführers, alltägliche Verrichtungen auszuüben, erhalten geblieben und er familiär gut integriert ist (Urk. 7/60/63-73 S. 5 Ziff. 3.4), fällt eine schwere Ausprägung des psychischen Leidens ohnehin ausser Betracht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.1).

Die das Beschwerdebild ebenfalls mitprägenden psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren, soweit sie unmittelbar (direkt) die Symptomatik beeinflussen, sind als nicht invalidisierende und damit nicht versicherte Umstände auszuscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.3 mit Verweis auf BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1). Demnach müssen Belastungsfaktoren wie vorliegend mangelnde Ausbildung, finanzielle Probleme sowie die Arbeitslosigkeit bei vier Kindern (vgl. Urk. 7/60/63-73 S. 8 f. Ziff. 6.4) bei der Beurteilung ausgeklammert werden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz führte der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung bei Dr. W.____ aus, dass aus psychiatrischer Sicht keine durchgehende Behandlung durchgeführt worden sei. Es sei lediglich eine psychologische Therapie empfohlen worden. Weiter nahm er zum Begutachtungszeitpunkt auch keine Psychopharmaka ein, so dass dieses Kriterium nicht beurteilt werden kann (vgl. Urk. 7/60/63-73 S. 4 Mitte, S. 6 Ziff. 4.4). Dr. W.____ ging aber davon aus, dass unter einer adäquaten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei (vgl.

Urk. 7/60/63-73 S. 9 Ziff. 6.7.1). Von einer therapeutisch nicht mehr angehbaren Störung kann dem nach nicht ausgegangen werden.

Soweit die in der Praxis von med. pract. BB.____ arbeitende delegierte Psychologin Inhelder in ihrem Bericht vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.16) ausführte, der Beschwerdeführer sei seit April 2015 bei ihr in regelmässiger Behandlung, ist auszuführen, dass es sich hierbei nicht um eine fachärztliche Behandlung handelt und eine regelmässige Behandlung von Seiten des Beschwerdeführers anlässlich der Begutachtung nicht bestätigt wurde. Auch fand entgegen den Ausführungen von med. pract. BB.____ und Dr. T.____ vom April 2017 (vgl. vorstehend E. 3.15 und 3.18) keine psychiatrische Behandlung bei Dr. EE.____ statt. So führte dieser in seiner E-Mail vom 7. April 2017 (vgl. Urk. 7/83) zuhanden der Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers aus, er habe diesen lediglich konsiliarisch einmal am 18. Januar 2017 und ein zweites Mal am 5. April 2017 zur Beratung der Medikation gesehen.

Hinsichtlich des Indikators Komorbiditäten nannten die somatischen Gutachter des Z.____ lediglich Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. vorstehend E. 3.14). Was die zu prüfenden strukturellen Defizite im Sinne einer Persönlichkeitsproblematik (Komplex der Persönlichkeit) anbelangt, welche im Rahmen der umfassenden Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen könnte, sind die Auswirkungen der von Dr. W.____ erwähnten ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitszüge zu nennen. Diese wurden vom Schweregrad her jedoch nicht einmal einer Persönlichkeitsakzentuierung zugeordnet und wurden nicht bei den Diagnosen aufgeführt. Es ist – mangels entsprechender Hinweise – somit nicht davon auszugehen, dass diese die Ressourcen des Beschwerdeführers in relevanten Ausmass beeinträchtigen (vgl. Urk. 7/60/63-73 S. 9 Ziff. 6.5). Das Ressourcenpotential des Beschwerdeführers konnte Dr. W.____ aufgrund des Verdeutlichungsverhaltens des Beschwerdeführers denn auch nicht abschliessend beurteilen (vgl. Urk. 7/60/63-73 S. 8 f. Ziff. 6.4).

In Bezug auf den Indikator des sozialen Kontextes fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer regelmässig soziale Kontakte zu Familienmitgliedern unterhält und in einem intakten familiären Umfeld mit seinen vier Kindern lebt (vgl. Urk. 7/60/63-73 S.

E. 4.10

Zusammenfassend fehlt es der psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung des Beschwerdeführers

im Sinne einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit Selbstlimitierung und Symptomausweitung (ICD-10 F45.5) und der leichten bis mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) an einem funktionellen Schweregrad. Die Konsistenzprüfung ergibt sodann keine deutliche und gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen verschiedenen Lebensbereichen. Eine im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Leistungseinschränkung ist daher nicht ausgewiesen, weshalb insoweit von der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung durch die Gutachter des Z.____ abzuweichen ist. Angesichts der klaren Aktenlage sind in diesem Zusammenhang von weiteren Beweismassnahmen (etwa der Einholung eines Gerichtsgutachtens) keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b).

E. 4.11

Nach Gesagtem ergibt das strukturierte Beweisverfahren insgesamt kein stimmiges Gesamtbild, das auf eine therapeutisch nicht angehbare erhebliche funktionelle Behinderung schliessen liesse. Im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne hinreichende funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage sind vorliegend daher nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Dieses Beweisergebnis wirkt sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zu Ungunsten des Beschwerdeführers aus (vgl. BGE 143 V 418 E. 6).

E. 4.12

Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 22. Mai 2017 (Urk. 2) einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneinte, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

E. 5.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. In Anwendung dieser Kriterien ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Carmen Emmenegger bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass lediglich der Aufwand für das vorliegende Beschwerdeverfahren vergütet wird, weshalb eine, wie von Rechtsanwältin Carmen Emmenegger beantragt, Vergütung rückwirkend per 20. Dezember 2016 (vgl. Urk. 1 S. 28 Ziff. 28.2) ausser Betracht fällt.

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4

GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Carmen Emmenegger, Baden, wird mit Fr. 3'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Carmen Emmenegger -
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse

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