

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00522 vom 3. Mai 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-05-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00522

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00522 du 3 mai 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00522 del 3 maggio 2018

Erwägungen

E. 1

X.____, geboren 1975, arbeitete seit dem 1. Oktober 2010 bei der Z.____ AG, als Bauhilfsarbeiter, als er sich am 7. Februar 2014 beim Reinigen einer Mischmörtelpumpe den linken Arm einklemmte und verletzte (Urk. 7/4/49,

Urk. 7/4/53, Urk. 7/4/95, Urk. 7/4/121). Unter Hinweis auf diesen Unfall meldete sich der Versicherte am

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

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

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

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 1.3

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des Bundesgerichts 8C_780/2007 vom 27. August 2008 E. 2.3; vgl. Meyer/

Reichmuth, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage 2014, Rn 11 zu Art. 30–31). Rechtsprechungsgemäss bildet eine solche Verfügung insgesamt den Anfechtungs- und Streitgegenstand und unterliegt integral der gerichtlichen Prüfung, selbst wenn nur einzelne Punkte davon bestritten sind (vgl. BGE 131

V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_440/2017 vom 25. Juni 2018 E. 5.1 [in BGE 144 V 153 nicht publiziert] und 9C_50/2011 vom 25. Mai 2011 E. 2.1).

Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine abgestufte oder befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Abstufung oder die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben. Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Abstufung oder Aufhebung der Rente zu erfassen (BGE 131 V 164 E. 2.2, 125 V 413 E. 2d; Urteile des Bundesgerichts 8C_765/2007 vom 11. Juli 2008 E. 2 und I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). Dabei ist in anfechtungs- und streitgegenständlicher Hinsicht irrelevant, ob eine rückwirkende Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente in einer oder in mehreren Verfügungen gleichen Datums eröffnet wird (BGE 131 V 164 Regeste; Urteil des Bundesgerichts 8C_489/2009 vom 23. Oktober 2009 E. 4.1 mit Hinweis).

E. 1.4

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a IVV) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis).

E. 1.5

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall 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). 1. 6

Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte kommt nach der Rechtsprechung Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nach vollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 134 V 231 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 125 V 351 E. 3b / ee). Trotz dieser

grundsätzlichen Beweiseignung kommt den Be richten versicherungsinterner medizinischer Fachpersonen praxisgemäss nicht dieselbe Beweiskraft zu wie einem gerichtlichen oder im Verfahren nach Art. 44 ATSG vom Versicherungsträger veranlassten Gutachten unabhängiger Sachver ständiger. Soll ein Versicherungsfall ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssig keit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, so sind ergänzende Ab klärungen vorzuneh men (BGE 142 V 58 E. 5.1; 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7). 2.

E. 2

Der Versicherte erhob am 6. Juni 2018 (Datum des Poststempels) Beschwerde gegen die Verfügung vom 3. Mai 2018 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzu heben und es sei ihm eine (sinngemäss unbefristete) volle Invalidenrente zuzu sprechen , eventuell sei ein medizinisches Gutachten in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 1 1. Juli 2018 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) gestützt auf die medizinischen Abklärungen davon aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Unfall vom 7. Februar 2014 in seiner Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt sei und sowohl die Ausübung der bisherigen als auch die Ausübung einer an gepassten Tätigkeit nicht zumutbar gewesen sei. Seit der kreisärztlichen Unter suchung vom 1 1. November 2016 könne in einer angepassten Tätigkeit wieder von einer Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden, weshalb kein Anspruch mehr a uf eine Rente bestehe. Gemäss Rechtsprechung würden die Einhändigkeit und die Beschränkung der dominanten Hand als Zudienhand die Verwertung der Arbeits fähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt erschweren. Trotzdem würden genügen Betätigungsmöglichkeiten für derartig beeinträchtigte Personen bestehen . Ein Lohnabzug beim Einkommen mit gesundheitlicher Einschränkung von 25 % sei gerechtfertigt. Als zumutbare Tätigkeiten kämen einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie die Bedienung und Überwachung von (halb-) automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten, die nicht den Einsatz beider Arme und beider Hände voraussetzen würden, in Frage (S. 3). Die fehlende berufliche Ausbildung und die mangelnden Deutschkenntnisse hätten nichts mit der gesundheitlichen Einschränkung zu tun, weshalb diese bei der Invaliditätsbe messung nicht berücksichtigt worden sei (S. 4 oben).

E. 2.2

Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführerin auf den Standpunkt (Urk. 1), er sei nicht mehr in der Lage einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Seit dem Unfall befinde er sich in medizinischer Behandlung. Die Prognosen seien schlecht. Er be streite, dass er in einer angepassten Tätigkeit eine hypothetische residuale Ar beits fähigkeit verwerten könne. Sämtliche Mediziner wie auch die Suva würden davon ausgehen, dass er nicht mehr in seinem angestammten Beruf oder in einem Beruf auf dem Bau arbeiten könne (S. 4). Er gelte als Einarmiger. Als Linkshänder bleibe ihm nur noch der Gebrauch des rechten Armes übrig. Die Feinmotorik dieses Armes sei jedoch durch die persistierenden Schmerzen stark beeinträchtigt. Er sei 42 Jahre alt, habe keine Ausbildung und spreche kein Wort Deutsch. Gemäss Aussage der Stiftung A.____ gebe es auf dem Arbeits markt nur sehr wenige

Tätigkeiten, die von einer Person mit seinem Profil durch geführt werden könnten und die wirtschaftlich nachhaltig seien. Meistens stünden für Leute wie ihn nur einige Minipensen zu sehr tiefen Lohnbedingungen zur Verfügung. Von einer angepassten Tätigkeit, die es ihm erlauben sollte, seinen Lebensunterhalt zu finanzieren, sei hier kaum die Rede (S. 5). Die Frage sei, ob ein potentieller Arbeitgeber ihn in Anbetracht seines eingeschränkten Tätigkeits profils und der noch bestehenden Fähigkeiten tatsächlich einstellen würde (S. 6 oben). Es werde sich kaum ein Arbeitgeber finden lassen, der ihn einstellen würde. Aus Sicht des RAV sei er nicht vermittelbar. Es sei nicht anzunehmen, dass er in der Lage sein solle, als unausgebildeter, unter konstanten Schmerzen leidender Einarmiger, ohne dominanten Arm, so viel wie vor dem Unfall zu erwirtschaften (S. 6 Mitte). Die Beschwerdegegnerin bewerte den Fall lediglich aus dem Gesichtspunkt der fehlenden Funktion eines Gliedes (linker Arm) und übersehe dabei gänzlich, dass er zum einen an starken, persistierenden und pulsierenden Schmerzen leide, welche die Leistungsfähigkeit auf ein Minimum reduzieren würden, und zum anderen, alltäglich mit einem lahm hängenden Unterarm auskommen müsse (S.

6 unten f.). Kombiniere man alle Leidenselemente, verstehe man viel besser, warum eine Wiederaufnahme der Arbeit zurzeit utopisch sei. Er sei vollum fänglich arbeitsunfähig und werde es in Zukunft auch bleiben. Ein Invaliditätsgrad von 27 %

würde des Weiteren das Recht auf berufliche Eingliederungsmass nah men eröffnen (S. 7).

E. 2.3

Strittig und zu prüfen ist somit, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführer s verhält und ob die Rentenbefristung rechtens war. 3. 3.1

Am 7. Februar 2014 wurde der Beschwerdeführer laut Suva-Unfallrapport vom 1 2. Mai 2014 beim Reinigen einer Mischmörtelpumpe in das Mischwerk gezogen und erlitt dadurch eine subtotale A mputation des linken Unterarms. Er war daher vom 7. bis 1 7. Februar 2014 im B.____ hospitalisiert und wurde mehrfach operiert (Urk. 7/4/28-29, Urk. 7/4/49, Urk. 7/4/53, Urk. 7/4/95, Urk. 7/4/121). 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik C.____ berichteten am 1 8. April 2014 (Urk. 7/4/63-65 = Urk. 7/8/6-8 = Urk. 7/13/6-8 = Urk. 7/19/188-190 = Urk. 7/22/318-320) von einer stationären Rehabilitation vom 1 7. Februar bis 1 1. April 2014 und nannten als Diagnosen eine subtotale Amputation des Unterarms proximal links (beid händig dominant). Bei Austritt hätten folgende Probleme bestanden: E in vermin derter Arm-/Handeinsatz links (der Beschwerdeführer trage einen massgefertigten Kompressionshandschuh), Einschränkungen in Aktivitäten des täglichen Lebens sowie spärliche Deutschkenntnisse (S. 1). Die stationäre Rehabilitation sei im Wes entlichen komplikationslos mit zeitgerechter Wundheilung und guter lokaler Abschwellung sowie zunehmender Hand- und Handgelenksfunktion links ver laufen. Bei Klinikaustritt habe eine Fallhand und ein i n kompletter Faustschluss links bestanden. Elektromyographisch sei eine axonale Schädigung des N. media nus und des N. radialis bestätigt worden. Zu erwähnen sei, dass die Untersuchung durch Narben und Wunden zum Teil erschwert gewesen sei und möglicherweise ein Teil der Paresen durch lokale Muskelläsionen mitbedingt gewesen seien (S. 2 Mitte).

Die aktuelle Tätigkeit als (angelernter) Bodenleger sei nicht mehr zumutbar und es bestehe ab dem 1 1. April 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 unten). Auch andere berufliche Tätigkeiten seien aktuell nicht zumutbar (S. 2 oben). 3.3

Die Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, führten im Bericht vom 1. Juli 2014 (Urk. 7/19/98-99 = Urk. 7/22/230-231) aus, bei Status nach subtotaler Amputation des linken Unterarms zeige sich eine komplette axonale Schädigung des N. interosseus

posterior, was gut zum klinischen Bild einer noch erhaltenen, radialen Extensionsbewegung des Handgelenks passe. Zu sätzlich bestehe eine schwere, aber nicht komplette Medianus -Läsion am Unterarm, wobei die Sensibilität partiell intakt sei und sich auch die Motorik zu erholen scheine, wobei die laterale Thenarmmuskulatur noch dennerviert sei (S. 2). 3.4

Die Ärzte des B.____ berichteten am 19. August 2014 (Urk. 7/19/63-64 = Urk. 7/19/83 -84 = Urk. 7/19/87-88 = 7/22/192-193 = Urk. 7/22/213-214 = Urk. 7/22/217-218 = Urk. 7/58/3-4) über eine Hospitalisation vom 14. bis 16. August 2014 und nannten als Diagnose einen störenden Radialisausfall bei Status nach subtotaler Amputation Unterarm proximal links am 7. Februar 2014 (S. 1). Die Ärzte berichteten weiter von einem problemlosen peri- und postoperativen Verlauf (S. 2). 3.5

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, B.____, berichtete am 2. Dezember 2014 (Urk. 7/19/8-9 = Urk. 7/19/40-41 = Urk. 7/22/138-139 = Urk. 7/22/171-172) von einer neurologischen und elektrodiagnostischen Untersuchung und führte dazu aus, im Vordergrund der Beschwerden stünden aktuell brennende, elektrisierende Missempfindungen im Bereich der Finger I, II und III sowie radial IV der linken Hand, sowie Missempfindungen und Schmerzen am medialen Unterarm radialer Unterarm dorso-proximal und bei Dehnbewegungen am radialen Handgelenk. Es bestünden starke Überempfindlichkeiten und Berührungsschmerzen. Durch die bisherige Behandlung mit Lyrica und Capsaicin sei es nicht zu einer relevanten Besserung gekommen (S. 1). Es bestünden Reinnervations-Neuralgien des N. medianus mit Hyperalgesie im Medianusversorgungsgebiet. Erfreulicherweise könne neurographisch zur Voruntersuchung nun eine Reinnervation im Bereich des Thenars objektiviert werden. Es bestünden belastungsabhängige Handgelenksschmerzen sowie neuralgiforme Schmerzen im Sinne einer Irritationsneuralgie des N. cutaneus

antebrachii

medialis, eines Radialis Astes, sensibel am proximalen dorso-radialen Unterarm sowie des R. superficialis

N. radialis bewegungsabhängig (S. 2). 3.6

Die Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichteten am 29. Januar 2015 (Urk. 7/22/85-86 = Urk. 7/22/118-119 = Urk. 7/22/126-127 = Urk. 7/58/7-8) von einer Hospitalisation vom 18. bis 21. Januar 2015 und nannten als Diagnose eine Synostose

radiounal proximal links bei Status nach subtotaler Amputation Unterarm proximal links am 7. Februar 2014. Dazu führten sie aus, der Beschwerdeführer berichte über eine weiterhin bestehende, unveränderte linksseitige Arm- und Handschwäche ab Ellenbogenregion und Sensibilitätsverlust an den Fingerkuppen der ersten drei Finger. Weiterhin leide er unter einer stark ausgeprägten Hyperästhesie am gesamten linken Unterarm mit Ausnahme eines zirka 2 mal 2 Zentimeter grossen Areals an der distalen Ulna (S. 1). Der perioperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Am ersten postopera

tiven Tag habe eine Bestrahlung durch die Kollegen der Radio-Onkologie statt gefunden. Es bestehe vom 19. Januar bis 1. Februar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2). 3.7

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.5) führte im Bericht vom 24. Februar

2015 (Urk. 7/22/101-102) aus, seit der letzten neurologischen Untersuchung sei es zu zunehmenden Schmerzen im Bereich der linken Hand gekommen. Es bestehe eine Überempfindlichkeit bei geringsten Berührungen. Im Wesentlichen bestehe ein unveränderter neurologischer Befund. Neu bestünden eine ausgeprägte Hyperästhesie und neuropathische Schmerzen bei Berührungen an den Medianus-Fingern links. Die neuropathischen Schmerzen seien im Rahmen einer Reinnervation zu interpretieren (S. 1). 3.8

Dr. med. E.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und für Handchirurgie, B.____, führte im Bericht vom 11. Mai 2015 (Urk. 7/22/70-71) nach handchirurgischer Sprechstunde aus, er habe heute den Beschwerdeführer nochmals kontrolliert. Er habe ihm erklärt, dass im Moment keine deutliche chirurgische Indikation bestehe, um die Situation verbessern zu können. Ein Eingriff am distalen Radio-Ulnargelenk würde nicht mit Sicherheit eine verbesserte schmerzfreie Pronation/Supination erbringen. Es stelle sich also die Frage, ob es überhaupt eine Indikation für eine chirurgische Intervention gebe, da noch neuropathische Schmerzen im Vordergrund stünden, die noch verbessert werden müssten (S. 2). 3.9

Im Sprechstundenbericht vom 2. Juli 2015 (Urk. 7/22/57-58) führte Dr. E.____ (vorstehend E. 3.8) aus, es zeige sich eine Verschlechterung der neuropathischen Schmerzen und der Hypersensibilität der Hand im Bereich des N. medianus. Der Beschwerdeführer habe ein deutliches Tinel-Zeichen, genau an der distalen Grenze des Karpaltunnels, proximal davon nicht. Er zeige eine Schonhaltung (« Über schützung ») und die Finger seien etwas steifer und geschwollen. Das Tinel-Zeichen an der anatomischen Tabatière sei ein Zeichen der Regeneration des Ramus

superficialis des N. radialis. Dies sei ein gutes Zeichen und der Beschwerdeführer verspüre dort auch keine neuropathischen Schmerzen. Nach Rücksprache mit Dr. D.____ seien sie der Meinung, dass es sich um ein ganz untypisches CRPS, eine Kompression des N. medianus am Karpaltunnel oder aber um wiederholte Schmerzen aufgrund der Reinnervation, welche allenfalls noch nicht das Ende der Finger erreicht mögen habe, handeln könnte (S. 1 unten f.). 3.10

Dr. D.____ (vorstehend E. 3.5) führte nach elektrodiagnostischer Untersuchung am 18. August 2015 (Urk. 7/22/44-45) aus, klinisch und vor allem elektrodiagnostisch sei es zu einer deutlichen Besserung der Befunde zum Vorzustand gekommen mit Reinnervation der Interossei

anterior-Anteile sogar des lateralen Thenars mit hier praktisch normaler Trophik. Elektrodiagnostisch zeige sich eine weitere Besserung der Befunde. Ob tatsächlich ein relevantes Carpal tunnel syndrome vorliege oder nicht sei schwierig zu determinieren. Für eine Kompression des N. medianus am Handgelenk links spreche der klinische Befund mit ausgeprägtem Tinel-Zeichen auf dieser Höhe, relativ die elektrodiagnostischen Befunde mit nur leichter distal motorischer Latenz, dagegen allerdings die Tatsache, dass es zwischenzeitlich zu einer sehr guten Erholung mit neu auch sensiblen Potentialen

gekommen sei. Im Nerven-Ultraschall könne eine fokale Auftreibung des N. medianus proximal des Carpaltunnels nicht nachgewiesen werden. Da ein Carpaltunnel-Syndrom durchaus die Beschwerden erklären könnte, wäre er unter Zusammenschau der klinischen Befunde und der elektrodiagnostischen Indikationsstellung für eine Carpaltunnel-Spaltung eher grosszügig (S. 2). 3.11

Dr. E.____ (vorstehend E.

3.8) führte im Bericht vom 16. Dezember

2015 (Urk. 7/22/19-20) aus, am 2. September 2015 sei linksseitig eine Carpaltunnel-Spaltung durchgeführt worden, jedoch seien die neuropathischen Schmerzen nicht relevant besser geworden. Der Beschwerdeführer klage immer noch über Kribbel parästhesien und elektrisierende Schmerzempfindungen im Bereich der linken Hand. Die Beweglichkeit im Bereich der Langfinger der linken Hand sei komplett, volle Streckung und Beugung sei ermöglicht, auch mit Schmerzen. Die Beweglichkeit des Daumens sei vermindert. Insgesamt glaube er, dass die konservativen Massnahmen etwas gebracht hätten, mehr als die chirurgische Carpaltunnel-Spaltung. Er sehe keine Indikation für weitere chirurgische Interventionen (S. 1). 3.12

Die Ärzte des B.____, Physiotherapie Ergotherapie, führten im Abschlussbericht der Handtherapie vom 18. Februar 2016 (Urk. 7/22/5-8) aus, es bestünden elektrisierende Schmerzen bei Berührung (Allodynie) im von N. medianus, N. ulnaris und N. radialis innervierten Hautgebiet der linken Hand. Das hindere den Beschwerdeführer daran, die neu gewonnenen Funktionen der linken Hand, Handgelenk und Ellbogen im Alltag einzusetzen. Der Beschwerdeführer berichte, die linke Hand im Alltag nicht einsetzen zu können. Schmerzen bestünden sowohl in Ruhe, wie auch bei Bewegung von Fingern, Daumen und Handgelenk. 3.13

Dr. D.____ (vorstehend E.

3.5) führte im Bericht vom 11. April

2016 (Urk. 7/25/19-20 = Urk. 7/25-29-30) nach elektrodiagnostischer Untersuchung im Wesentlichen aus, der Beschwerdeführer leide unverändert an starken Schmerzen und einer starken Berührungsempfindlichkeit seiner ganzen linken Hand. Die einzige Intervention, die eine gewisse Linderung bringen würde, sei die Elektrostimulation (S. 1). Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 18. August 2015 habe sich nun ein vollständiges Bild eines CRPS der linken Hand mit schwerster Hyperpathie und Allodynie bei bereits geringsten Berührungen im Bereich der linken Handfläche entwickelt. Elektrodiagnostisch würden sich weitgehend unveränderte Befunde einer normalen Medianus- und Ulnaris-Neurographie zeigen. Im Nerven-Ultraschall stelle sich der N. medianus normal dar. Der R. superficialis könne im Narbenbereich insbesondere an der Lokalisation wo das Tinel-Zeichen am stärksten sei, technisch bedingt nicht lokalisiert werden. Unter Zusammenschau des bisherigen Verlaufs sei nicht davon auszugehen, dass durch irgendwelche nervenchirurgischen Eingriffe wie Neurom-Chirurgie am R. superficialis irgendeine relevante Verbesserung der aktuellen Beschwerden erreicht werden könne. 3.14

Die Ärzte des B.____, Klinik für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, berichteten am 15. August 2016 (Urk. 7/25/38-39) über eine Hospitalisation vom 8. bis 9. August 2016 und führten aus, wegen persistierender Schmerzen dorsal über dem distalen Unterarmdrittel sei bei sonographisch nachgewiesenem Ganglion im Bereich des zweiten Strecksehnenfaches

die Indikation zur Exstirpation gestellt worden. Der Beschwerdeführer leide unverändert an starken Schmerzen und einer starken Berührungsüberempfindlichkeit seiner ganzen linken Hand (S. 1). Der postoperative Verlauf habe sich unauffällig gestaltet (S.

2). 3.15

Dr. med. F.____, Fachärztin für Chirurgie, nannte in der kreisärztlichen Untersuchung vom 11. November 2016 (Urk. 7/25/62-70) folgende Diagnosen (S.

7): - persistierende Schmerzen und eingeschränkte Handfunktion/ Unterarm funktion bei: - Status nach subtotaler Amputation des linken Unterarms proximal Februar 2014 mit Readaptation - Status nach verkürzender Osteosynthese Februar 2014 - Status nach Sehnentransfer zum Extensor pollicis

longus

FCU und EDC August 2014 - Status nach Plattenentfernung, Neurolyse

N. medianus , Nervennaht Ramus

superficialis

N. radialis Januar 2015 - Status nach offener Karpaltunnelspaltung links September 2015 - Status nach Tenolyse

EPL links und Ganglienexstirpation August 2016 - im Verlauf Entwicklung eines CRPS im Bereich des linken Unterarms/ Hand

Dazu führte Dr. F.____ aus, die klinische Untersuchung sei zur Beurteilung der Abschlussmodalitäten erfolgt. Entsprechend den vorliegenden Unterlagen habe der Beschwerdeführer am 7. Februar 2014 bei der Arbeit die oben dokumentierte Verletzung erlitten. Die Erstbehandlung sowie darauffolgende dokumentierte multiple Operationen seien im B.____ erfolgt. Des Weiteren sei eine engmaschige Betreuung und Überwachung durch Dr. D.____ erfolgt, wobei bei der letzten neurologischen Untersuchung im April 2016 weitgehend unveränderte Befunde im Vergleich zu August 2015 erhoben und in Zusammenschau von weiteren operativen Revisionen abgeraten worden sei. Es sei die Fortführung der TENS-Behandlung sowie die Indikation zu einem Nervenstimulator zu überprüfen empfohlen worden. Der Beschwerdeführer gebe anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung an, dass er durch die Entfernung des Ganglions nicht profitiert habe, er sei zurzeit in keiner Behandlung und führe die Therapie mit dem TENS-Gerät und die Gel-Applikation eigenständig durch. Gesamthaft habe sich in seinen Augen in den letzten Wochen/Monaten keine wirkliche Veränderung ergeben (S. 7 unten).

Bei der heutigen klinischen Untersuchung stelle sich der Beschwerdeführer in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand vor. Die gesamte Anamnese sei durch das Schmerzerleben und Fokussierung auf den linken Unterarm geprägt. Eine wirklich klinische Untersuchung des linken Unterarms sei heute im Rahmen der kreisärztlichen Untersuchung nicht möglich gewesen. Der Beschwerdeführer toleriere überhaupt keine Berührung, obwohl er während der Anamnese eine Bandage ohne vermehrte Schmerzäußerung mehrmals an- und ausziehe. Vergleiche man das heutige Verhalten des Beschwerdeführers mit dem in den Berichten von Dr. G.____ und Dr. D.____, so sei es nicht kongruent. Auch während der Anamnese seien die Angaben des Beschwerdeführers nicht immer stimmig gewesen. Einerseits werde angegeben, dass die Ehefrau alles für ihn mache, während dann im Weiteren angegeben werde, dass er zwei Nachbarinnen habe, die ihn sehr unterstützen

würden und er mittlerweile von der Ehefrau getrennt lebe. Inspektorisch seien die Fingernägel an beiden Händen seitengleich gepflegt und seitengleich kurz geschnitten, die Pflege würde er selbst durchführen. Auf grund der etwas inkongruenten Angaben, und da vom Beschwerdeführer keine Berührung/passive Untersuchung toleriert werde, stütze sie ihre weitere Beurteilung der Gesamtsituation auf die Untersuchungsbefunde von Dr. G.____ sowie Dr. D.____. Da sich in den letzten Wochen/Monaten keine Veränderung der Situation auch in den Augen des Beschwerdeführers ergeben habe und von den behandelnden Ärzten keine weiteren Therapieoptionen sowie operative Revision empfohlen worden seien, könne man gesamthaft von einem stationären Zustand ausgehen (S. 8 oben).

In Gesamtschau der vorliegenden Berichte und der heutigen kreisärztlichen Untersuchung sei der Beschwerdeführer als Einhänder einzuschätzen. Entsprechend sei eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar. Eine zeitliche Einschränkung liege bei der postulierten Einhändigkeit nicht vor, der Beschwerdeführer sollte lediglich die Möglichkeit haben, in der Mittagspause das TENS-Gerät zu nutzen, da gemäss vorliegenden Berichten die Behandlung mit dem TENS-Gerät zu einer Schmerzreduktion über vier bis sechs Stunden führe. Eine zeitliche Einschränkung sei nur dann zu postulieren, wenn der linke Unterarm oder die linke Hand als Haltehand fungiere, sodass dann zusätzlich alle Stunden eine Pause von 10 Minuten von Nöten wäre (S. 8 Mitte).

Die dokumentierte Funktionseinschränkung des linken Unterarms bei Status nach subtotaler Amputation sei nachvollziehbar und unfallkausal (S. 8 unten). 3.16

Zur Behandlung der chronischen Schmerzen erfolgte am 13. März 2017 im B.____, Institut für Anästhesiologie, eine Erstkonsultation (Urk. 7/39/3-4). Die Ärzte des B.____ führten dazu aus, die ausgedehnten Schmerzen mit Allodynie des linken Unterarms seien vereinbar mit einer Neuropathie, wobei der Beschwerdeführer klinisch kaum untersuchbar gewesen sei. Die Ausdehnung und Funktionseinschränkung der Hand bei normalen ENMG-Befunden des N. medianus und ulnaris zusammen mit der objektivierbaren Hypersudation seien vereinbar mit einem CRPS oder sympathisch unterhaltener Schmerzproblematik. Der Beschwerdeführer stehe aufgrund der vielen Voroperationen invasiven Therapiemöglichkeiten aktuell skeptisch gegenüber. Mit dem Beschwerdeführer sei deshalb zunächst eine Medikamentenaustestung besprochen worden und sie würden anschliessend diagnostische Nervenblockaden durchführen. Bei Verdacht auf eine sympathische Komponente (Sudomotorik) könne eine Ganglion Stellatum-Blockade erfolgen, welche bisher nicht thematisiert worden sei. 3.17

Dr. med. H.____, Facharzt für Chirurgie und für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), führte in der Stellungnahme vom 9. Oktober 2017 (Urk. 7/30/5-7) aus, beim Beschwerdeführer

bestehe eine funktionelle Einhändigkeit. Für die linke Hand bestehe dauerhaft eine hochgradige, schmerzhafte Funktionseinschränkung. Ein Endzustand sei erreicht. Die angestammte Tätigkeit als Bodenleger sei nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit könne aus versicherungsmedizinischer Sicht mindestens eine 80% ige Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Die Einschränkung von 20% sei durch einen höheren Pausenbedarf

bedingt.

Für Tätigkeiten, die auf den Gebrauch der linken Hand völlig verzichten

und eine entspannte Schonhaltung ermöglichen würden, bestehend medizinisch -theoretisch eine 100% ige Arbeitsfähigkeit. Es handle sich um einen rein unfallkausalen Gesundheitsschaden.

Unfallfremde Faktoren mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien aus den vorliegenden Berichten nicht erkennbar (S. 6 unten f.). 3.18

Im Abschlussbericht vom 27. Februar 2018 (Urk. 7/58) führten die Ärzte des B.____ aus, der Beschwerdeführer berichte, aktuell seien die Schmerzen wieder schlimmer aufgrund des kalten Wetters. Allerdings habe die stärkere Ketamin - Amitriptylin -Creme eine deutlich bessere Wirkung als das zuvor verschriebene Gel und reduziere den Schmerz von zirka NRS 5 auf 3 für die Dauer von zirka zwei bis drei Stunden. Wenn er direkt im Anschluss das TENS-Gerät anwende, lasse sich der Effekt sogar verlängern. Weiterhin bleibe jedoch die linke Hand funktionell stark eingeschränkt und es imponiere eine ausgeprägte Allodynie, der Faustschluss sei inkomplett selbst unter Ausschaltung der Schwerkraft und der Beschwerdeführer vermöge nicht einmal ein Blatt Papier zwischen den Fingern festzuhalten. Dennoch sei er mit der aktuellen Therapie sehr zufrieden und wolle auf eigenen Wunsch keine Termine mehr. 4. 4.1

Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als angelernter Hilfsarbeiter auf dem Bau ist ausgewiesen und unbestritten. Dasselbe gilt für die 100%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bis zur kreisärztlichen Untersuchung der Suva am 11. November 2016, nachdem sich der Beschwerdeführer bis zu jenem Zeitpunkt mehreren Operationen unterziehen musste. Suva-Kreisärztin Dr. F.____ erachtete die Situation anlässlich der Untersuchung als stationär und schätzte den Beschwerdeführer als Einhänder ein, wobei eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar sei (vgl. vorstehend E. 3.15). Der Beginn der Rentenzusprache ist denn auch unbestritten. 4.2

Soweit der Beschwerdeführer vorbringt, er sei immer noch

vollumfänglich arbeitsunfähig (vgl. Urk.1 S. 4 ff.), wurde im rechtskräftigen Urteil des hiesigen Gerichts vom 24. September 2018 (Prozess Nr. UV. 2017.00250) begründet dargelegt, dass sich im Hinblick auf die Zumutbarkeit einer angepassten Tätigkeit die durch Kreisärztin Dr. F.____ im November 2016 vorgenommene Beurteilung als schlüssig und nachvollziehbar erweist und darauf abgestellt werden kann. Dr. F.____ erstattete ihre Einschätzung in Kenntnis der entsprechenden Vorakten und nahm selbst eine ausführliche klinische Untersuchung des Beschwerdeführers vor. In Gesamtschau schätzte Dr. F.____ den Beschwerdeführer als Einhänder ein und erachtete eine Tätigkeit nur mit der rechten Hand ausführbar. Bei postulierter Einhändigkeit ging Dr. F.____ zudem von keiner zeitlichen Einschränkung aus (vgl. vorstehend E. 3.15).

Das Gericht stellte im genannten Urteil sodann weiter fest (vgl. E. 4.2 im Urteil UV.2017.00250), dass eine vom im Bericht der kreisärztlichen Untersuchung erstellten Zumutbarkeitsprofil abweichende medizinische Einschätzung nicht vorliegt und die Berichte des B.____ zu keinem abweichenden Ergebnis führen würden. So berichteten die Ärzte darin von einer zunehmenden Besserung der Schmerzen. Auch wird erneut darüber berichtet, dass die TENS-Behandlung einen ausgesprochen schmerzlindernden Effekt habe. Daraus lässt sich im Vergleich zum Befund anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung (vgl. vorstehend E. 3.15) auf eine Besserung der Situation schliessen. Während der Beschwerdeführer anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung auf der Schmerzskala noch

von einem Wert von acht sprach (vgl. Urk. 7/25/66) , geht aus dem neuesten Bericht des B.____ eine Schmerzintensität von drei bis fünf hervor (vgl. vorstehend E. 3.1

E. 6

) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde dem Beschwerdeführer am 3. Juli 2019 zur Kenntnis gebracht (Urk.

E. 8

00.-- festzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Kosten dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Sache wird nach Eintritt der Rechtskraft dieses Entscheids an die IV-Stelle zur Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen überwiesen. 3.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Y.____ - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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

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