

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00883 vom 5. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2018.00883

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00883 du 5 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2018.00883 del 5 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

). Die bisherige ambulante Behandlung sei mit wöchentlichen Terminen geplant gewesen, die Therapie sei jedoch immer wieder unterbrochen worden durch Abwesenheiten und auch längere Urlaubszeiten des Beschwerdeführers. Ein ganz wesentlicher Faktor für die Prognose sei die Frage, ob der Beschwerdeführer die Möglichkeit bekomme, an einem Deutschkurs teilzunehmen. Eine solche Teilnahme könnte die Prognose stark verbessern, denn trotz der Depression sei der Beschwerdeführer in dieser Hinsicht stark motiviert (Ziff. 1.4) .

Als Metallbauer bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6) . Aufgrund der schweren Einschränkung der Belastbarkeit im Rahmen der schweren Depression sei keine Arbeit möglich (Ziff. 1.7) . 3.5

Dr. med. E.____, Facharzt für Chirurgie, Suva, stellte im Bericht vom 21. September 2016 (Urk. 10/145/202-208) über die gleichentags stattgefundene kreisärztliche Untersuchung folgende Diagnose (S. 6 oben): - Status nach Fremdkörperkorporation (Glasscherben) im Bereich des rechten Handgelenks mit /bei - Teilläsion des N. medianus rechts am 1. Oktober 2012 und Neurolyse des N. medianus rechts am 22. Januar 2012 (richtig: 2013) - neuropathischem Schmerzsyndrom mit schwerer, aber nicht kompletter axonaler faszikulärer Schädigung der Medianusfaszikel zum Dig . III und Dig . IV - Neurolyse des N. medianus Zone 4-5 und Deckung mittels Unterarmfaszienlappens und Spaltung des Sulcus

ulnaris links am 25. September 2015. Als Nebendiagnose nannte er eine Depression (S. 6 oben).

Subjektiv persistierten Schmerzen und Elektrisieren vor allem im Unterarm- und Handbereich, teilweise jedoch auch bis zur rechten Schulter ausstrahlend, und verminderte Kraft rechtsseitig

(S. 6 Mitte).

Objektiv fänden sich eine Einschränkung der Handgelenksbeweglichkeit rechts in Bezug auf die Dorsalflexion, ein Tinel -artiges Phänomen im Bereich des N. ulnaris und N. medianus rechts, jedoch kein Anhalt für eine muskuläre Atrophie im Bereich des Oberarms und Unterarms. Insgesamt habe der Beschwerdeführer nicht sehr schmerzgeplagt gewirkt, er habe jedoch während der einzelnen Untersuchungsgänge jeweils immer Schmerzen angegeben. Gesamthaft sei die Stimmungslage etwas gedrückt gewesen (S. 6 Mitte).

Die frühere körperlich schwere Tätigkeit im Gerüstbau sei nicht mehr zumutbar, aus medizinischer Sicht möglich wäre eine körperlich sehr leichte Tätigkeit, bei der die rechte Hand nur als Zuhilfenahme einzusetzen wäre, ohne Heben und Tragen von Lasten, ohne Zug-, Druck- und Stossbelastungen sowie ohne Schläge und Vibrationen auf die rechte obere Extremität. Bei Schmerzexazerbation sollte auch die Möglichkeit vermehrter Pausen bestehen, sodass bei einer 100%igen Arbeitsfähigkeit eine 80%ige Leistungsfähigkeit resultiere (S. 6 unten). 3.6.3.6.1

Am 15. Juni 2017 erstatten Dr. med. F.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin, Prof. H.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das polydisziplinäre Gutachten der Z.____ (Urk. 10/101/2-44) und stellten folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 4.4 S. 28): - Zustand nach Glassplitter-Teilläsion des N. medianus rechts proximal des Handgelenks am 1. Oktober 2012 - Zustand nach Revision Neurolyse

faszikulär

N. medianus rechts am 22. Januar 2013 - Neurolyse

N. medianus Zone 4-5, Deckung mit Unterarm Fasziennähen am 25. September 2015 - CRPS mit myofaszialer Überlagerung - neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten Hand, Teilläsion des N. medianus rechts durch Glassplitterverletzung am 1. Oktober 2012 (Erstversorgung B.____) - Spaltung des Sulcus

ulnaris links am 3. Oktober 2012 - Zustand nach Amputation Dig.

V rechte Hand 2010 auf Höhe proximale Grundphalanx

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (Ziff. 4.4 S. 28): - Zustand nach phlegmonöser Weichteilentzündung Arm rechts bei Verdacht auf Bursitis olecrani - arterielle Hypertonie - Asthma bronchiale - Steatosis

hepatis - Adipositas, WHO Grad I - Nikotinabhängigkeit - weitgehend remittierte depressive Störung, F32.8 (DD: Anpassungsstörung, F43.2) - dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, F54.3.6.2

Die orthopädisch-chirurgische Untersuchung habe eine leicht verminderte Behaarung im Bereich des rechten Handrückens gezeigt. Das Hautkolorit erscheine insgesamt etwas dunkler. Zum Zeitpunkt der Untersuchung fanden sich vereinzelte lokale Hautinfektionen von ca. 0,3 cm Durchmesser im Bereich des Handrückens in Verlängerung vom 2. Strahl dorsalseitig. Die Amputationswunde im Bereich des V. Fingers der rechten Hand sei reizlos verheilt. Sie habe eine Gesamtlänge von 8 cm, sei nicht keloidartig verändert, sei verschieblich und weich. Die Sensibilität im Bereich des rechten distalen Unterarms und des Handrückens sei vorhanden, die Sensibilität des IV. Fingers der rechten Hand dorsalseitig sei vollständig erhalten, die Sensibilität des III. Fingers der rechten Hand dorsalseitig sei bis zur Fingerkuppe unauffällig, die Fingerkuppe werde als leicht gemindert in der Empfindung beschrieben. Der II. Finger der rechten Hand sei dorsalseitig in der Sensibilität erhalten. Die Sensibilität im Bereich des Daumens sei vollständig

dorsalseitig erhalten, im Bereich der vier Langfinger dorsalseitig könne keine Schmerzempfindung ausgelöst werden. Im Bereich des rechten Unterarmes, etwa 10

cm unterhalb des Ellenbogengelenkes , fände sich eine z-förmig geschwungene Narbe, die bis in die Mitte der Hohlhand reiche. Sie sei reizlos, leicht verbreitert, aber nicht keloidartig verändert. Sie sei gegen die Unterfläche verschieblich . Die Narbe messe eine Gesamtlänge von 30 cm. Beim Klopfen de s Unterarm s werden Stromschläge im Bereich der Finger II bis IV wahrgenommen. Sie seien teilweise unerträglich, sodass der Beschwerdeführer zusätzlich Tabletten einnehmen müsse. Im Bereich des Daumenballens sei die Sensibilität gemindert , aber wahr nehmbar. Die Sensibilität im Bereich der Hohlhand sei laut Angaben des Beschwerd eführers nicht mehr vorhanden (z entraler Anteil), die grobe Kraft sei mas siv vermindert, beim Zugreifen gebe der Beschwerdeführer unerträgliche Schmer zen an, sodass er bei dieser Untersuchung die Hand sofort öffne. Die Untersu chung mit dem Virgometer ergebe an der linken Hand 0.7 bar, an der rechten Hand 0.3 bar. Beim Zugreifen sei auffällig, dass sofortige massivste Schmerzen im Bereich der Hohlhand ausgelöst würden. Die Schmerzen seien glaubhaft (Ziff. 2.2 S. 20 f.).

Zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden fänden sich keine Diskrepanzen (S. 23).

Die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Gerüstbauer betrage 100 %. In einer Verweisungstätigkeit (zum Beispiel in einem Sicherheitsunter nehmen, Wachtätigkeit als Pförtner, Sicherheitszentrale Monitorüberwachung) betrage sie 30 % (S. 23). 3. 6 .3

Der Neurologe fand normale Verhältnisse im Bereich des N. medianus und ulnaris beidseits. Sensibel zeige sich rechts an der ulnaren Handseite sowie an der Ulnar seite von Dig . IV ein normaler Befund, die Radialseite von Dig . IV spüre schlech ter. In einer schmalen Zone im Bereich der rechten Hohlhand sei die Berührungs- und Schmerzempfindung praktisch fehlend, diese reiche bis zum III. Finger. Auf Höhe des distalen Interphalangelenks (DIP) von D ig . III rechts bestehe ulnar eine kleine fünfrippengro sse Zone mit Restsensibilität. A n Dig . II gebe der Beschwer deführer radiallyseits ebenfalls eine verlorene Sensibilität an. Dig . IV distal radial zeige eine diskrete Restsensibilität. Im Narbenbereich auf Ha ndgelenkshöhe zeige sich unmitt elbar radiallyseits vom N. medianus ein heftiges Tinel -Phänomen, wel ches in alle Medianus -Finger ausstrahle. Neurographisch lasse sich keine signifi kante motorische oder sensible Schädigung des N. medianus rechts auf Höhe des Handgelenks nachweisen. Im N. medianus links lägen völlig normale Verhältnisse vor, ebenso im N. ulnaris links. Die motorischen Leitungswerte des N. ulnaris rechts seien in Ordnung. Die sensible Leitung lasse sich distal nicht prüfen, da an Dig . IV kein eindeutiges andidrom -sibles Antwortpotenzial nachweisbar sei (neurologisches T eilgutachten, Urk. 10/101/56-61 S. 4 f.) .

Bezüglich Arbeitsfähigkeit müsse in der bisherigen Tätigkeit von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. In einer angepassten Tätigkeit sei beim Rechtshänder allenfalls eine geringgradige Restarbeitsfähigkeit gegeben, sofern eine Tätigkeit nicht mit der Führungshand durchgeführt werden müsse. Pragma tisch betrachtet bleibe die Chance sehr gering, dass eine Restarbeitsfähigkeit er reicht werden könne (Urk. 10/101/56-61 Ziff. 2.5 S. 6). 3. 6 .4

Im psychiatrischen Teilgutachten wurde darauf hingewiesen, dass die Compliance unklar sei, der Beschwerdeführer ordne dem psychiatrisch-therapeutischen Ge schehen nur auf mehrfaches Rückfragen hin e ine gewisse Bedeutung zu. Stelle man die Frage, ob die berichteten, nicht direkt beobachtbaren Beschwerden stim mig seien, ergäben sich

zahlreiche Diskrepanzen. Der Leidensdruck sei nicht sicher eruierbar, es dominierten immer wieder Inkonsistenzen, einerseits gar nichts mehr machen zu können, andererseits Reisen nach Spanien, Leben im eigenen Haus dort, regelmässiges Besuchen der Tochter. Die Konsistenzparameter nach Widder seien teilweise positiv, etwa im Sinne der Diskrepanzen zwischen den geschilderten Symptomen und dem Verhalten in der Untersuchungssituation (stärkste Migräne, erbrechen müssen). Auf konkrete Nachfrage ergäben sich oft wechselhafte oder unpräzise ausweichende Schilderungen von Beschwerden und in Bezug auf den Krankheitsverlauf. Die angegebenen Beschwerden könnten nicht in allen Lebensbereichen verifiziert werden. Darüber hinaus seien sie wenig moduliert dargestellt, blieben oft diffus und die Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag liessen sich nicht konkret verifizieren (psychiatrisches Teilgutachten, Urk. 10/101/72-87, Ziff. 4.3.2.4 S. 10

f.).

Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit dauerhaft eingeschränkt (Urk. 10/101/72-87 Ziff. 5.3.5.6 S. 16). 3.6.5

Aus internistischer Sicht wurde festgehalten, das Sitzen sei problemlos während 70 Minuten möglich gewesen. Ein Nachlassen der Konzentration habe anhand der gleichbleibenden Qualität der Antworten nicht gesehen werden können. Am Ende der Untersuchung sei etwas verwunderlich gewesen, dass der Beschwerdeführer die rechte Hand zum Anziehen der Schuhe verwendet habe und nicht die gesunde linke. Der Händedruck zur Verabschiedung sei seitens des Untersuchers bewusst kräftig ausgeführt worden, wobei der Beschwerdeführer überraschenderweise nicht mit Schmerzen der rechten Hand reagiert habe (anders als anamnestisch geschildert, wonach schon bei leichter Berührung der Hand ein Schmerz ausgelöst werde). Weitere konkrete Anhaltspunkte für Aggravation oder Simulation seien nicht vorhanden (internistisches Teilgutachten, Urk. 10/101/45-55, Ziff. 2.2 S. 8).

Aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage ergäben sich auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder Funktionseinschränkungen. Vorbeschrieben sei ein Asthma bronchiale, welches auch therapiert werde, allerdings seien vom Beschwerdeführer keine Atembeschwerden angegeben worden. Eine IV-Relevanz könnte sich daher allenfalls bei Aufnahme einer körperlich anstrengenden Arbeit ergeben. Bei einer erneuten Arbeitsaufnahme sollten asthmaauslösende Faktoren vermieden werden (Urk. 10/101/45-55 Ziff. 2.5 S. 10 f.). 3.6.6

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100% und in einer Verweistätigkeit von 70%. In einer angepassten Tätigkeit sei beim Rechtshänder allenfalls eine geringgradige Restarbeitsfähigkeit gegeben, sofern er die Tätigkeit

mit der dominanten Hand durchführen könne. Somit bleibe pragmatisch betrachtet auch hier die Chance sehr gering, dass eine Restarbeitsfähigkeit erreicht werden könne. Im Falle einer erneuten Arbeitsaufnahme sollten asthmaauslösende Faktoren vermieden werden (Urk. 10/101/2-44 Ziff. 5.7.2 S. 38). 3.6.7

Auf entsprechende Fragen der Beschwerdegegnerin hin (vgl. Urk. 10/102) bekräftigte Dr. F.____

am 1. September 2017 (Urk. 10/106), die geschilderten Symptome und Schmerzen seien glaubhaft und nachvollziehbar. Aufgrund der erfüllten Budapest-Kriterien könne mit hohem Grad an Gewissheit davon ausgegangen werden, dass ein CRPS vorliege. Die diagnostischen Kriterien : - anhaltender Schmerz, der durch das Anfangstrauma nicht mehr erklärt werden könne - Hyperalgesie, Hyperästhesie der rechten Hand - verminderte Behaarung der rechten Hand - Veränderung der Hautfarbe (dunkles Hautkolorit) - reduzierte Beweglichkeit, Paresen im Sinne von Schwäche seien erfüllt. 3.7

Med. pract. J. ___ , Facharzt für Neurologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) , stellte am 18. September 2017 (Feststellungsblatt vom 20. November 2017, Urk. 10/113) fest, gesamthaft sei die Einschränkung der Beweglichkeit der rechten Hand beziehungsweise des gesamten rechten Arms infolge des Schmerzsyndroms mit Triggerung von Schmerzen im Sinne eines CRPS durch Berührung oder Bewegung nachvollziehbar. Dies führe zu einer Schonhaltung und Vermeidung beziehungsweise einer weitergehenden funktionellen Einarmigkeit in Bezug auf manuelle Arbeiten. Durch die Therapie sei keine hinreichende Verbesserung der Schmerzen erzielt worden. Insofern seien die Ausführungen in Bezug auf die dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % als Gerüstbauer seit Oktober 2012 plausibel (S. 4 Mitte) .

Die Arbeitsunfähigkeit von 70 % in Bezug auf eine diesem negativen Leistungsvermögen angepasste Tätigkeit sei hingegen nicht nachvollziehbar. Jenseits des einschränkenden Gesundheitsschadens (CRPS rechts durch Medianusläsion mit Veränderungen im Sinne einer Veränderung des Hautkolorits und der Behaarung, Zustand nach Amputation des 5. Fingers rechts) lägen keine weiteren Diagnosen vor, die zu einer Reduktion des Leistungsvermögens in dieser angepassten Tätigkeit führten. IV-fremd komme hinzu, dass der Beschwerdeführer in Deutsch nicht ausreichend kommunizieren könne. Hinweise dafür, dass das Aktivitätsniveau relativ gut sei, ergäben sich dadurch, dass er die psychiatrische Behandlung aufgrund längerer Urlaubszeiten nicht regelmässig wahrnehmen könne und im Alltag aktiv sei (Kochen, Freunde besuchen, Einkaufen, frühes Aufstehen). Eine angepasste Tätigkeit sei somit für eine Dauer von 8 Stunden pro Tag zumutbar (S. 4 Mitte) .

Bei dieser Einschätzung sei zu bedenken, dass Hinweise für Inkonsistenzen im versicherungsmedizinischen Kontext aus gutachterlicher Perspektive hinreichend diskutiert werden müssten, was im vorliegenden Gutachten nicht erfolgt sei. Auch im aktuellen Gutachten seien psychiatrischerseits Diskrepanzen dahingehend genannt worden, dass sich die Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag nicht konkret verifizieren liessen. Eine Aggravation sei klar bejaht worden und wesentliche Inkonsistenzen seien plausibel dargestellt worden: keine Schmerzen beim kräftigen Händedruck bei der Verabschiedung, während in der Untersuchung bereits bei leichter Berührung ein massiver Schmerz ausgelöst worden sei (S. 4 unten f.) .

Da diese klaren und offensichtlichen Inkonsistenzen im Gutachten hinsichtlich der Schlussfolgerungen nicht berücksichtigt worden seien, sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit angepasst nicht verwertbar, während die Arbeitsunfähigkeit an gestammt aufgrund der elektrophysiologisch und histologisch gesicherten Nervenläsion rechts und dem dadurch bedingten Gesundheitsschaden - auch wenn dieser aggravierend zur Darstellung komme - ausreichend gesichert sei (S. 5 oben) . 3. 8

PD Dr. med. K.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, L.____, Rheumatologie, diagnostizierte im Sprechstundenbericht vom 25. Januar 2018 (Urk. 10/145/352- 353) in seinem Fachbereich Folgendes: - neuropathisches Schmerzsyndrom Hand rechts - Status nach Glassplitterteilläsion des N. medianus rechts proximal des Handgelenks am 1. Oktober 2012 - Status nach Revision Neurolyse faszikulär

N. medianus rechts am 21. Januar 2013 - Status nach Neurolyse

N. medianus am 25. September 2015 - Spaltung Sulcus

ulnaris links am 3. Oktober 2012 - Status nach Amputation Dig. V Hand rechts 2010

Der Beschwerdeführer berichtete über Dauerschmerzen bis cervical mit Exazerbation bei Bewegung und Belastung. Daneben bestünden auch ausgeprägte Nachtschmerzen. Die Schmerzen betrügen auf der Schmerzskala 4-9/10. Der Schmerz selbst sei inkonstant, der Schmerzcharakter könne nicht weiter beschrieben werden. Initial werde der Arm rechts in Schonhaltung präsentiert. Vorderarm und Hand rechts zeigten sich mit reizlosen Operationsnarben, ohne Schwellung, ohne Verfärbung, ohne Hyperhidrose, ohne Hypertrichose, ohne trophische Störungen der Nägel

und mit symmetrischer Hauttemperatur. Der Faustschluss sei knapp möglich, die Dorsalextension des Handgelenks rechts sei zu 2/3 eingeschränkt. Ellbogen und Schulter seien endgradig eingeschränkt. 3.9

Am 21. August 2018 (Feststellungsblatt vom 14. September 2018, Urk. 10/157) gab med. pract. J.____ erneut eine Stellungnahme ab: Die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit sei im Wesentlichen auf eine Schmerzstörung infolge einer Teilläsion des Nervus

medianus rechts durch einen Glassplitter zurückzuführen. Motorische Einschränkungen der rechten Hand seien nicht vorhanden. Solche würden im neurologischen Befund nicht beschrieben und seien aufgrund der anatomischen Lokalisation der Verletzung auch nicht zu erwarten. Sensible Einschränkungen im Bereich der rechten Hohlhand (Finger II und III) seien im Gutachten beschrieben worden und trotz einer unauffälligen sensiblen Neurographie als glaubwürdig erachtet worden, wodurch sich ein gewisser Widerspruch ergebe. Auch unter der positiven Annahme, dass tatsächlich eine Beeinträchtigung des Berührungsempfindens im II. und III. Finger vorliege, hielten sich die daraus resultierenden Auswirkungen auf die Funktionalität in Grenzen. Aus versicherungsmmedizinischer Optik könne sich eine Beeinträchtigung des Berührungsempfindens funktionell auf Tätigkeiten auswirken, die eine intakte Sensibilität erforderten (Ergreifen/Ertasten von Gegenständen usw.). Beim Beschwerdeführer seien erhebliche Störungen allerdings nicht erkennbar, da er die rechte Hand zur Verabschiedung nach der Begutachtung verwende und die rechte Hand auch zum Anziehen der Schuhe einsetzen könne, woraus eine verwertbare Funktionalität abgeleitet werden könne (S. 5 unten f.). 4.1

Am 21. Februar 2017 rutschte der Beschwerdeführer auf einer Treppe aus und fiel auf den Rücken. Die Ärzte des A.____, diagnostizierten im Austrittsbericht vom 21. Februar 2017 (Urk. 10/156/146-147) eine Kontusion der Halswirbel-, Brustwirbel- und Lendenwirbelsäule bei radiologisch ausgeschlossener Fraktur. 4.2

Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemein e Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 5. Juli 2017 (Urk. 10/156/168-169) persistierende lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Knie. Der Beschwerdeführer beschreibe ste chende Schmer zen am thorakolumbalen Übergang und breit lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung gegen die Kniekehlen beidseits, die beim Gehen innert 20 Mi nuten unerträglich würden. 4.3

Dr. med. N.____ und Dr. med. O.____, Fachärzte für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, L.____, Orthopädie, diagnostizierten im Bericht vom 16. August 2017 (Urk. 10/156/150-151), nachdem sie Kenntnis über den Befund der MRI-Untersuchung vom 10. August 2017 (vgl. Urk. 10/156/137) gehabt hatten, unspe zifische, panvertebrale Rückenschmerzen ohne pathomorphologisches Korrelat im MRI der gesamten Wirbelsäule bei Status nach Treppensturz im Februar 2017 (S. 1) . 4.4

Dr. med. P.____, Fachärztin für Neurologie, Q.____, diagnostizierte im Bericht vom 13. Juli 2018 (Urk. 10/156/12-13) ein

lumboradikuläres Reizsyndrom S1 beidseits rechtsbetont, Erstmanifestation nach Treppensturz im Februar 2017 (S. 1) . Bei sehr gutem An sprechen auf die Wurzelinfiltration vom 31. Mai 2018 scheine eine Nervenwur zelirritation S1 beidseits rechtsbetont in Folge der D iskusprotrusion L5/S1 bestä tigt, vor allem, da auch die Beinschmerzen fast vollständig regredient gewesen seien und die Gehstrecke nicht mehr limitiert gewesen sei (S. 2) . 5. 5.1

Gestützt auf die versicherungsmedizinische Beurteilung ihres RAD-Arztes, med. pract. J.____

(E. 3.7 und E. 3.9), wich die Beschwerdegegnerin von den Schluss folgerungen der Z.____-Gutachter (E. 3.6), welche dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer und eine solche von 70 % in einer angepassten Tätigkeit attestiert hatten, insoweit ab, als sie in Anwendung der Standardindikatoren zum Schluss kam, dass in behin derungsangepasster Tätigkeit eine vollständige Arbeitsfähigkeit gegeben sei.

Mit BGE 143 V 418 entschied das Bundesgericht, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einem struk turierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind (E. 6 und 7, Änderung der Rechtsprechung). Die Z.____-Gutachter diagnostizierten vorlie gend keine die Arbeitsfähigkeit beeinflussende psychische Erkrankung, und u nter den Ärzten - inklusive RAD-Arzt - besteht Ein ig keit, dass die Beschwerden an Hand, Handgelenk und Arm rechts auf eine objektivierbare Teilläsion des N. me dianus rechts durch einen Glassplitter zurückzuführen sind, und eine Arbeitsfä higkeit in der angestammten Tätigkeit als Ger üstbauer nicht mehr gegeben ist.

Folglich ist das strukturierte Beweisverfahren zu m Vornherein nicht anwendbar .

Unterschiedlicher Meinung sind die Gutachter, RAD-Arzt und Suva-Kreisarzt (E. 3.5) bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in behinderungsange passter Tätigkeit. 5.2

Der Beschwerdeführer zeigte in den Untersuchungen offenbar ein teilweise dis krepantes Verhalten: So wurde anlässlich der internistischen Untersuchung beo bachtet, dass er trotz behaupteter Schmerzauslösung bei nur geringer Berührung der rechten Hand und eingeschränkter Handgelenksbeweglichkeit die Schuhe mit der rechten und nicht mit der gesunden linken Hand anzog und beim Verabschie den mit festem Händedruck nicht mit

Schmerzen reagierte (vgl. vorstehende E. 3.6.5). Die neurographischen Untersuchungen ergaben, dass keine signifikante motorische oder sensible Schädigung des N. medianus rechts auf Höhe des Handgelenks nachzuweisen und die motorischen Leitungswerte des N. ulnaris rechts in Ordnung waren. In der psychiatrischen Untersuchung gab der Beschwerdeführer oft wechselhafte oder unpräzise ausweichende Schilderungen von Beschwerden und auch in Bezug auf den Krankheitsverlauf an. Dass die Gutachter in der Gesamtbewertung unter diesen Umständen lediglich die vom Psychiater, der im Übrigen von keinem die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Gesundheitsschaden ausging, festgestellten Diskrepanzen erwähnten und versicherten, dass sich aus allen anderen Teilgutachten keine Diskrepanzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den objektiven Befunden ergäben, widerspricht offensichtlich den in den einzelnen Teilgutachten beschriebenen Beobachtungen und den Untersuchungsergebnissen. Hätten die Gutachter die festgestellten Inkonsistenzen für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts als nicht relevant erachtet, hätten sie dies darlegen und vor allem erklären müssen, weshalb sie die vom Beschwerdeführer dargelegten Beschwerden trotz der Diskrepanzen und Inkonsistenzen den noch als glaubhaft erachteten.

Aus den von den Gutachtern wie dargelegten Schmerzschilderungen ist zu schließen, dass die Schmerzen vor allem bei Berührung sowie Bewegung auftreten und der Beschwerdeführer den rechten Arm/die rechte Hand deswegen und aufgrund einer verminderten Kraft und der angegebenen Sensibilitätsstörungen nicht mehr einsetzen kann. Dauerschmerzen oder Einschränkungen in anderen Körperpartien wurden nicht beschrieben, ausser dass aus internistischer Sicht asthmaauslösende Faktoren vermieden werden sollten. Weshalb die Gutachter eine derart hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer funktionell einseitigen Tätigkeit attestierten, wurde im Gutachten nicht weiter ausgeführt.

Dies und die nicht diskutierten Diskrepanzen und Inkonsistenzen

erwecken den Eindruck, dass sich die Gutachter bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit viel mehr von den subjektiven Klagen des Beschwerdeführers als von den objektiven Befunden leiten liessen. Darauf deutet im Übrigen auch ihre Bemerkung hin, pragmatisch betrachtet, bleibe die Chance sehr gering, dass der Beschwerdeführer die von ihnen attestierte Restarbeitsfähigkeit erreichen könne, ist es doch Aufgabe der Mediziner, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, bezüglich welcher konkreten Tätigkeiten und in welchem Umfang ein Versichelter

medizinisch-theoretisch arbeitsunfähig ist (vgl. vorstehende E. 1.3). Die Beurteilung, ob die von den Medizinern festgestellte (verbliebene) Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch verwertbar ist, obliegt dagegen dem Rechtsanwender.

Insgesamt ist der Beschwerdegegnerin darin beizupflichten, dass das Z.____ - Gutachten in Bezug auf die attestierte Restarbeitsfähigkeit nicht schlüssig ist, weshalb es hierzu ergänzender Abklärungen bedarf. 5. 3

Nach der Begutachtung durch die Ärzte der Z.____ erlitt der Beschwerdeführer im Februar 2017 bei einem Sturz auf den Rücken eine Rückenkontusion und klagt seither über Rückenbeschwerden. Dr. P.____ (E. 4.4) diagnostizierte ein lumboradikuläres Reizsyndrom S1 beidseits rechtsbetont. Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass es sich hierbei um eine vorübergehende Verschlimmerung bei allenfalls diskretem Vorzustand handle, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und nach allgemeiner Lebenserfahrung spätestens nach sechs Monaten als abgeheilt gelte.

Mit ihrer Argumentation bediente sich die Beschwerdegegnerin eine r

Erfahrungsregel, welche für die Beantwortung des Wegfalls der kausalen Bedeutung eines Unfalls und damit zur Begründung der Einstellung von Unfallversicherungsleistungen herangezogen wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_1009/2009 vom 4. Mai 2010 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Abgesehen davon, dass eine allgemeine Erfahrungsregel für sich allein genommen nicht geeignet ist, den erforderlichen Nachweis für das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung des Unfalls zu erbringen, sondern die abstrakte Vermutung im konkreten Fall anhand der einzelnen Umstände nachvollziehbar dargetan werden muss (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2010 vom 16. Dezember 2010 E. 4.6 mit Hinweis), geht es vorliegend nicht um die Frage des

Wegfalls des natürlichen Kausalzusammenhangs, sondern um die Frage, ob und in welcher Art sich die Rückenbeschwerden auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirken. Die medizinischen Akten geben dies bezüglich keinen Aufschluss, weshalb auch hinsichtlich der nach dem Unfall im Februar 2017 eingetretenen Rückenproblematik weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen sind. 5.4

Nach dem Dargelegten, hat die Beschwerdegegnerin den medizinischen Sachverhalt nur ungenügend abgeklärt, weshalb die Sache in Aufhebung der Verfügung vom 14. September 2018 zu ergänzenden Abklärungen an sie zurückzuweisen ist. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 6.

E. 1.2

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

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

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

E. 1.3

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

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 1.4

Für die Folgen des Sturzes vom 21. Februar 2017 erbrachte die Suva Leistungen, stellte diese indessen mit durch Einspracheentscheid vom 28. Juni 2018 (Urk. 10/156/47-56) bestätigter Verfügung vom 30. Oktober 2017 ein (Urk. 10/156/123-125). Dagegen erhob der Versicherte am 31. August 2018 Beschwerde. Das entsprechende Verfahren Nr. UV.2018.00190 wurde mit Urteil vom heutigen Tag erledigt.

E. 2

Am 9. Oktober 2018 erhob der Versicherte gegen die Verfügung der IV-Stelle vom 14. September

2018 (Urk. 2) Beschwerde und beantragte deren Aufhebung und die Zusprache der gesetzlichen Leistungen, insbesondere eine unbefristete ganze Rente (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 15. November

2018 schloss die IV Stelle auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Am 19. November 2018 wurde dem Beschwerdeführer antragsgemäss die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm Rechtsanwalt Kaspar Gehring als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 11). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging bei ihrem Entscheid (Urk. 2) davon aus, dass die gutachterlich attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit massgeblich durch die Schmerzstörung begründet werde, die vergleichbar mit einem nicht-somatischen Leiden im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung nicht hinreichend objektiviert werden könne und eine Standardindikatorenprüfung erfordere. Die (Budapest)-Kriterien seien nicht erfüllt (S. 2 unten). Bei den nach dem Unfall vom 21. Februar 2017 aufgetretenen Rückenbeschwerden handle es sich um eine vorübergehende Verschlimmerung bei allenfalls diskretem Vorzustand. Kontusionen seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit und nach allgemeiner Lebenserfahrung spätestens nach sechs Monaten abgeheilt.

Die Arbeitsunfähigkeit als Gerüstbauer stehe ausser Frage, in einer optimal angepassten leichten körperlichen Tätigkeit bestehe indessen eine Arbeitsfähigkeit ohne erhebliche Einschränkungen (S. 3 oben). In einer solchen Tätigkeit bestehe eine Erwerbseinbusse von lediglich 4 % (S. 2 oben).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer wandte dagegen zusammengefasst ein (Urk. 1), die Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Gerüstbauer und eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit bestehe (Ziff. 1 S. 2). Das Gutachten sei schlüssig und festgestellte Inkonsistenzen seien vollumfänglich gewürdigt und berücksichtigt worden. Gestützt darauf könne der Rentenanspruch bemessen werden (S. 8 Mitte). Auch unabhängig von der Rückenproblematik bestehe ausgwiesenermassen ein Rentenanspruch. Die Rückenproblematik sei daher nicht von grosser Relevanz (Ziff. 7 S. 8). Bei der Invaliditätsbemessung sei ein Tabellenlohnabzug von 20 % zu berücksichtigen (Ziff. 8.2 S. 10).

E. 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente hat und in diesem Zusammenhang, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht von der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgewichen ist. 3. 3.1

Mit Urteil vom 10. November 2015 im Prozess Nr. IV.2015.00616 (Urk. 10/47) wies das hiesige Gericht in Gutheissung der Beschwerde des Beschwerdeführers die Sache an die Beschwerdegegnerin zurück, damit sie weitere medizinische Abklärungen vornehme und hernach über den Rentenanspruch neu verfüge (Dispositiv-Ziffer 1). In der Folge holte die Beschwerdegegnerin die unten aufgeführten medizinischen Berichte ein. 3.2

Nach einem stationären Aufenthalt vom 29. bis 30. Oktober 2015 führten die Ärzte des A.____, im Austrittsbericht vom 30. Oktober 2015 (Urk. 10/51/5-6) folgende Diagnosen auf (S. 1) : - phlegmonöse Weichteilentzündung Arm rechts mit/bei - Verdacht auf Bursitis olecrani - neuropathisches Schmerzsyndrom der rechten Hand (dominant) mit Ausstrahlung nach proximal, vor allem an Digitus (Dig .) III rechts bei - Status nach Glassplitter-Teilläsion des Nervus (N.) medianus rechts proximal des Handgelenks am 1. Oktober 2012 - Erstversorgung durch B.____ am 3. Oktober 2012 - Revision, Neurolyse faszikulär

N. medianus rechts am 22. Januar 2013 - Ultraschall-assistierter Nervenblockade im November 2014 mit ausbleibendem Therapieerfolg - Status nach Spaltung Sulcus ulnaris links, Neurolyse

N. medianus Zone 4-5, Deckung mit Unterarm- Fasziolenappen am 25. September 2015 - Status nach Amputation Dig . V Hand rechts 2

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen (BGE 137 V 57).

E. 6.2

Die Kosten des Verfahrens gemäss Art. 69 Abs. 1 bis I VG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen .

E. 6.3

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§

34 Abs.

3 GSVGer) . Nachdem der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers trotz entsprechender Aufforderung (vgl. Urk. 14) keine Kosten note eingereicht hat, ist die Entschädigung nach § 7 Abs. 2 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV

SVGer) nach Ermessen festzusetzen. Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) erscheint vorliegend eine Prozessentschädigung im Betrag von Fr. 1'800.-- inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer als angemessen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 14. September 2018 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen neu verfüge. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Kaspar Gehring, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Kaspar Gehring - 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 dem 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 i.V. Die Gerichtsschreiberin Bachofner-Tiefenbacher

E. 8

ATSG) sind.

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

E. 010

auf Höhe proximale Grundphalanx - arterielle Hypertonie - Asthma bronchiale - Steatosis hepatis - rezidivierende depressive Episoden

Bei Spitaleintritt sei eine starke Rötung des gesamten medialen Ellbogens und Oberarms auslaufend bis in die Axilla, eine diskrete Rötung am Unterarm peripher um die Narbe, eine Druckdolenz mit Punctum

maximale im Bereich des Sulcus

ulnaris sowie eine Schwellung über dem Olekranon, ohne eindeutige palpable Fluktuation festzustellen gewesen. Die Lymphknoten axillär seien druckdolent und vergrößert gewesen (S. 2).

Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 29. Oktober bis 8. November 2015 attestiert (S. 2). 3.3

Dr. med. C.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, diagnostizierte im Bericht vom 10. Februar 2016 (Urk. 10/51/1-4) persistierende Beschwerden an Arm/Hand rechts bei Status nach Fremdkörperverletzung (Glas) im Bereich des Handgelenks rechts (Ziff. 1.1). Trotz diverser Operationen persistierten die Beschwerden (Ziff. 1.4).

Es bestehe seit dem 5. Oktober 2012 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 1.6). 3.4

Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 24. März 2016 (Urk. 10/55) neben somatischen Diagnosen eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (F32.2; Ziff.

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