

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00508 vom 21. November 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00508

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00508 du 21 novembre 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00508 del 21 novembre 2008

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 25. Oktober 1999 wurde der Beschwerdeführer, in einem Flugzeug sitzend und eine Zeitung lesend, von einem aus einer Höhe von rund 1 m herabfallenden Laptop am Kopf getroffen (vgl. Urk. 14/4/9).

Dr. med. Z., Spezialarzt für Neurologie FMH, der den Beschwerdeführer ab 26. Oktober 1999 behandelte, nannte in seinem Bericht vom 1. November 1999 (Urk. 14/4/9-10 = Urk. 14/15/7-8 = Urk. 14/21/17-18 = Urk. 14/24/15-16) als Diagnose einen Status nach Kopfprellung (Urk. 14/4/9 Mitte). Gemäss seinem Bericht vom 20. November 2000 (Urk. 14/4/15-16 = Urk. 14/16/5-6) untersuchte Dr. Z. den Beschwerdeführer letztmals am 15. November 2001 (Urk. 14/4/15 unten; vgl. Urk. 14/16).

Dr. med. A., Neurologie FMH, führte in seinem Bericht vom 6. Dezember 2000 (Urk. 14/4/11-14 = Urk. 14/4/24-27 = Urk. 14/21/13-16) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 4. September 2000 (Urk. 14/4/11 Mitte). Er hielt einen Status nach contusio capitis und cervicalis vom 25. Oktober 1999 mit Cervicalsyndrom und neurovegetativer Symptomatik fest (Urk. 14/4/13 unten).

Am 15. August 2001 (Urk. 14/4/17-18) berichtete Dr. A., es bestehe nach wie vor ein Cervicalsyndrom (Urk. 14/4/18 oben). Am 5. Oktober 2001 bestätigte Dr. A., dass sich der Beschwerdeführer in seiner Behandlung befinde und zur therapeutischen Behandlung vom 3. September bis 1. Oktober nach C. zugewiesen worden sei (Urk. 14/17/6).

Am 27. November 2002 (Urk. 14/7) gab er an, der Beschwerdeführer sei seit einem Jahr nicht mehr in seiner Behandlung (Urk. 14/7/5).

Dr. med. B., Allgemeine Medizin, Praxis Alpentherme, C., berichtete am 10. Oktober 2001, er habe den Beschwerdeführer während dessen ambulanten physikalisch-balneologischen Behandlung ärztlich betreut und die applizierte Manualtherapie habe eine deutlich verbesserte Beweglichkeit erbracht (Urk. 14/4/23).

Gemäss Bericht vom 12. Dezember 2001 (Urk. 14/21/6-8) beziehungsweise 13. Dezember 2001 (Urk. 14/24/8-10) weilte der Beschwerdeführer vom 13. November bis 9. Dezember 2001 wiederum in der Rehabilitationsklinik C.

Lic. phil. I D., klinische Psychologin, Rehabilitationsklinik C., nannte in ihrer psychologischen Beurteilung in der nach am 21. und 28. November 2001 geführten Gesprächen als Diagnosen eine somatoforme Schmerzstörung

einhergehend mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Problemen (wie Überforderung am Arbeitsplatz, fehlende Bezugsperson, Zusammenbruch des Selbstwertgefühls, Rückzugstendenz) und eine Beeinträchtigung der kognitiven Funktionsbereiche, die wahrscheinlich auf die schlechte psychische und physische Befindlichkeit zurückzuführen sei (Urk. 14/24/7).

3.3 Dr. med. E. ____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie berichtete am 5. April 2002, dass er den Beschwerdeführer seit November 2001 behandle (Urk. 14/24/6 Ziff. 3b). Er nannte folgende Diagnosen (Urk. 14/24/6 Ziff. 3a):

- Konversionssyndrom bei Status nach HWS-Trauma
- Schmerzverarbeitungsstörung
- neuropsychologische Störungen

Seit 1. November 2001 betrage die Arbeitsunfähigkeit 100 % (Urk. 14/24/6 Ziff. 4; so auch sein Atteste, Urk. 14/4/1-8).

In seinem Bericht vom 12. Juli 2002 (Urk. 14/24/4-5) nannte er eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit September 2001 sowie folgende Diagnosen (Urk. 14/24/4 Mitte):

- posttraumatisches generalisiertes Schmerzsyndrom bei
- Schmerzverarbeitungsstörung
- Verdacht auf neuropsychologische Störungen

Eine im April und Mai 2002 erfolgte neuropsychologische Untersuchung ergab gemäss Bericht vom 27. Juli 2002 (Urk. 14/100) eine schwere Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Urk. 14/100 S. 4).

In seinem Bericht vom 28. Oktober 2002 (Urk. 14/24/1-3) nannte Dr. E. ____, folgende Diagnosen (Urk. 14/24/2 Ziff. 4):

- posttraumatisches cervicocephales Syndrom, cervikobrachiales Syndrom
- Schmerzverarbeitungsstörung
- Konversionssyndrom

Zur Zeit sei die Ausübung irgendeiner Tätigkeit aus medizinischer Sicht nicht realistisch (Urk. 14/24/2 Ziff. 6). Der Beschwerdeführer suche ihn ein- bis zweimal wöchentlich auf und stehe in regelmässiger psychiatrischer Behandlung. Auch habe er stationäre Aufenthalte verbracht (Urk. 14/24/2 Ziff. 9).

In seinem Bericht vom 5. Dezember 2002 (Urk. 14/15) führte Dr. E. ____, aus, er behandle den Beschwerdeführer seit März 2002 (Urk. 14/15 lit. D.1) und nannte folgende Diagnosen (Urk. 14/15 lit. A):

- Status nach Distorsionstrauma mit
- therapieresistentem chronischem cervicocephalem und cervikobrachialem Syndrom rechts
- Konversionssyndrom; diese Beschwerden sind anlässlich des Unfalls aufgetreten und haben in der Zwischenzeit zugenommen

- rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom rechts

Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bankdirektionsmitglied bestehe seines Wissens eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit August 2001 (Urk. 14/15 lit. B). Eine berufliche Umstellung sei zu prüfen, aber aus seiner Sicht könne der Beschwerdeführer zur Zeit gar keine Arbeit ausüben (Urk. 14/15/4 Mitte).

3.4 Dr. med. F.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, führte in seinem Bericht vom 20. Mai 2003 (Urk. 14/25) aus, er behandle den Beschwerdeführer seit 9. April 2002 (Urk. 14/25 lit. D.1). Er nannte folgende Diagnosen (Urk. 14/25 lit. A):

- HWS-Syndrom bei Status nach HWS-Trauma am 25. Oktober 1999 mit

- Verdacht auf neuropsychologische Defizite

- Anpassungsstörung

Die Arbeitsunfähigkeit als Kundenbetreuer betrage 100 % seit zirka August 2001 (Urk. 14/25 lit. B).

3.5 Am 17. Juli 2003 erstattete PD Dr. med. G.____, Oberarzt, Leiter der Abteilung für Begutachtungen, Neurologische Klinik und Poliklinik, Universitätsspital H.____ (H.____), ein Gutachten (Urk. 14/26 = Urk. 14/43/41-62).

Als Diagnosen nannte er einen Status nach Contusio capitis et cervicalis am 25. Oktober 1999 sowie - unfallfremd - eine Lumboischialgie rechts mit Fussheberparese August 2000, eine Halswirbelsäulenfehlstellung und einzelne Anomalitäten der Lendenwirbelsäule (Urk. 14/26 S. 18 Ziff. 4). In der neurologischen Untersuchung hätten sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde gefunden. Die in der neuropsychologischen Untersuchung nachgewiesenen Defizite seien nicht alleine durch den Unfall erklärbar (Urk. 14/26 S. 19 Ziff. 5a). Es zeige sich ein aussergewöhnlicher Verlauf, der sich nur mit einer depressiven Fehlverarbeitung des Unfalls und Konversionssymptomatik erklären lasse (Urk. 14/26 S. 19 Ziff. 5b). Ein psychiatrisches Teilgutachten habe nicht erstellt werden können, da der Beschwerdeführer gegenüber der Gutachterin, Dr. med. I.____, nachweislich nicht die Wahrheit gesagt habe (Urk. 14/26 S. 17 Ziff. 4.3, S. 19 Ziff. 5c).

Aus neurologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %; aus psychiatrischen Gründen sei der Beschwerdeführer jedoch offensichtlich zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 14/26 S. 20 Ziff. 6).

3.6 In seinem Bericht vom 13. August 2003 (Urk. 14/28) führte Dr. E.____ aus, der Gesundheitszustand sei stationär (Urk. 14/28 Ziff. 1) und nannte folgende Diagnosen (Urk. 14/28 Ziff. 2):

- Status nach Distorsionstrauma mit

- therapieresistentem chronischem cervicocephalem und cervikobra-chialem Syndrom rechts

- Konversionssyndrom

- rezidivierende generalisierte Schmerzkrise

- Depression

- rezidivierendes lumbospondylogenes Syndrom rechts

3.7. Dr. I., Oberärztin, Psychiatrische Poliklinik H., bezeichnete in ihrem Bericht vom 20. November 2003 (Urk. 14/32/3-5) den Gesundheitszustand als besserungsfähig (Urk. 14/32/3 Ziff. C.1). Sie nannte folgende Diagnosen (Urk. 14/32/3 lit. A):

- somatoforme Schmerzstörung
- Hinweise auf narzisstische Persönlichkeitszüge
- chronisches cerviko-cephales Syndrom nach Kopfanprall Oktober 1999

Aktuell bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %; aus psychiatrischer Indikation bestehe keine Arbeitsunfähigkeit (Urk. 14/32/3 lit. B).

Am 8. Januar 2004 erstatteten Dr. I. und Prof. Dr. med. J., Klinikdirektor, Psychiatrische Poliklinik H., ein Gutachten (Urk. 14/41/25-35 = Urk. 14/43/30-40).

Im Zusammenhang mit der Krankengeschichte berichteten sie, der Beschwerdeführer habe während des psychiatrischen Gesprächs betont, noch nie in psychiatrischer Behandlung gewesen zu sein, weshalb er mit den vorhandenen Akten - die eine psychotherapeutische Behandlung von März bis Juni 1993 dokumentierten (Urk. 14/41/31 Mitte) - konfrontiert worden sei. Er habe es abgelehnt, bezüglich der alten Krankengeschichte eine Schweigepflichtentbindung zu erteilen, weshalb im Juli 2003 eine sachgerechte Erstellung des Gutachtens nicht möglich gewesen sei. Im September 2003 sei sodann die erbetene Entbindung von der Schweigepflicht, unterzeichnet vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, eingetroffen (Urk. 14/41/30 Ziff. 4).

Sie nannten folgende Diagnosen (Urk. 14/41/32 Ziff. 5):

- somatoforme Schmerzstörung, multifforme Symptomausweitung
- Hinweise auf narzisstische Persönlichkeitszüge
- chronisches cerviko-cephales Syndrom nach Kopfanprall Oktober 1999

Zum Zeitpunkt der (im Juni 2006 erfolgten; vgl. Urk. 14/41/25 unten) Exploration würden sie die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bei etwa 50 % einschätzen; mittelfristig sollte jedoch in einer angepassten Tätigkeit wieder eine Arbeitsfähigkeit von 100 % erreicht werden können (Urk. 14/41/33 Ziff. 6.1).

PD Dr. G. berichtete am 29. Juni 2004 über das neurologische und psychiatrische Teilgutachten: Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer aufgrund des erlittenen Unfalls zu 20 % arbeitsunfähig; aus psychiatrischer Sicht sei er aktuell zu 50 % arbeitsunfähig; somit sei er insgesamt aktuell 50 % arbeitsunfähig (Urk. 14/41/36-47 = Urk. 14/43/28-29).

Am 18. August 2004 äusserte sich Dr. E. kritisch zu den H.-Gutachten (Urk. 14/41/38-40 = Urk. 14/43/22-23), am 25. Oktober 2004 Dr. F. (Urk. 14/41/41-44 = Urk. 14/43/18-21). Dr. F. führte aus, nebst der körperlichen Symptomatik eines zirka alle 2 Wochen exazerbierenden cervicocephalen und cervicobrachialen Syndroms komme beim Beschwerdeführer eine psychische Auffälligkeit weiterhin deutlich zum Ausdruck. Aufgrund seiner belastenden und unberechenbaren Schmerzsymptomatik sowie seiner Einschränkungen habe er keine berufliche Perspektive aufbauen können (Urk. 14/41/43 oben). Ferner machte er geltend,

aufgrund der seit Therapiebeginn im April 2002 im Wesentlichen unveränderten Beschwerden und der längerdauernden Arbeitslosigkeit sei der Beschwerdeführer aus subjektiver und objektiver Sicht für alle Arten von Tätigkeiten weiterhin nicht arbeitsfähig (Urk. 14/41/43 Mitte).

3.9.1

Am 22. Juni 2006 wurde das Y.-Gutachten erstattet (Urk. 14/89). Es wurde nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 24. und 25. April 2006 (Urk. 14/89 S. 1 Mitte) unter internistischer Fallführung von Dr. med. K. erstellt (Urk. 14/89 S. 8), basierte auf den vorhandenen Akten (Urk. 14/89 S. 3 ff.), einer neurologischen Untersuchung und Beurteilung durch Dr. med. L. (Urk. 14/89 S. 10 ff. Ziff. 4.1) sowie einer psychiatrischen Untersuchung und Beurteilung durch Dr. med. M. (Urk. 14/89 S. 14 ff. Ziff. 4.2), enthielt eine Gesamtbeurteilung durch die genannten untersuchenden Ärzte (Urk. 14/89 S. 17 ff., Ziff. 6), und wurde von Dr. med. N., Geschäftsführer Y., unterzeichnet (Urk. 14/89 S. 20).

Als Angaben des Beschwerdeführers wurde festgehalten, er habe alle 1-2 Wochen Anfälle von Kopfschmerzen, welche 3-4 Tage andauerten; er müsse dann oft erbrechen, sei schwindlig, lichtscheu und ärmempfindlich. Bei starken Schmerzen strahlten diese in die Arme und den Rücken aus (Urk. 14/89 S. 8 Ziff. 3.2.1). Im Rahmen der neurologischen Untersuchung wurde zusätzlich ein Tinnitus genannt (Urk. 14/89 S. 10 Ziff. 4.1.1). Er gehe alle 2 Wochen zu Dr. E.; dieser mache auch Ohrenakupunktur, welche gut helfe. Physiotherapie mache er keine mehr. Alle drei Wochen habe er einen Gesprächstermin bei Dr. F. (Urk. 14/89 S. 9 Ziff. 3.2.3). Er sehe keine Zukunftsperspektive und glaube nicht, dass er regelmäßig arbeiten könne (Urk. 14/89 S. 9 Ziff. 3.2.4).

In der neurologischen Beurteilung wurde eine auffällig eingeschränkte Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) festgehalten; unbeobachtet zeige der Beschwerdeführer jedoch eine deutlich bessere, wenn auch nicht normale HWS-Beweglichkeit. Es könne somit ein leichtes bis mittelschweres Zervikalsyndrom attestiert werden (Urk. 14/89 S. 11 unten). Die vom Beschwerdeführer beschriebenen Kopfschmerzen erfüllten keine der bekannten Kriterien etwa der International Classification of Headache Disorders (IHS) und könnten nicht klassifiziert werden (Urk. 14/89 S. 11 f.). Der übrige neurologische Status zeige keine auffälligen objektivierbaren pathologischen Befunde (Urk. 14/89 S. 12 oben).

Hinsichtlich neuropsychologischer Defizite wurde auf das Teilgutachten vom 16. Dezember 2002 und die dort festgehaltene Stimmung des Beschwerdeführers hingewiesen. Da neuropsychologische Leistungen stark von der Motivationsfähigkeit abhängig seien, sei auf eine erneute Testung verzichtet worden. Nach den Beschreibungen des Beschwerdeführers sei es zwischenzeitlich zu keiner Veränderung gekommen, so dass erneut entsprechende Minderleistung festgestellt würden. Diese wären zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht aufschlussreich, da sie einerseits stark von der Motivation abhingen und andererseits auch ein chronischer Schmerzzustand eine wesentliche Rolle spiele (Urk. 14/89 S. 12).

Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde darauf hingewiesen, dass die im psychiatrischen Gutachten vom 8. Januar 2004 vorgeschlagene Steigerung nicht habe umgesetzt werden können, der Beschwerdeführer sich diesbezüglich auch völlig

orientierungslos gebe und sich erstaunlicherweise noch keine Gedanken um eine Verweistätigkeit mache. Dies dürfte die Befangenheit des Beschwerdeführers in seinem Schmerzleiden demonstrieren, welches in diesem Ausmass alleine aufgrund der somatischen Beschwerden nicht habe erklärt werden können (Urk. 14/89 S. 12 Ziff. 4.1.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Unterschiedliche frühere Beurteilungen ergaben sich aus Diskrepanzen zwischen behandelnden und begutachtenden Ärzten. Es stehe ausser Zweifel, dass der Beschwerdeführer ein leidender Mensch sei und es seien auffallende resignative und depressive Züge erkennbar. Trotzdem sei es ihm zumutbar, eine Anstrengung zu unternehmen, seinen Zustand aktiv zu verbessern und allenfalls eine berufliche Neuausrichtung anzustreben. Als behandelnder Arzt sei es selbstverständlich ausserordentlich schwierig, diesen Standpunkt einzunehmen und zu vertreten (Urk. 14/89 S. 12 Ziff. 4.1.6).

3.9.4 Ä Ä Im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung berichtete der Beschwerdeführer unter anderem, er könne aufgrund seiner Schmerzen nicht mehr arbeiten; da er nie wisse, wie es ihm gehe, könne er keine kontinuierliche Arbeitsleistung erbringen (Urk. 14/89 S. 14 oben). In einem Teil der Haushaltführung unterstütze ihn seine Mutter; er koche regelmässig für sich selbst. Abends lese er oft, am liebsten Reiseberichte und Bücher über das Segeln; er male auch gerne (Urk. 14/89 S. 13 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der psychiatrischen Beurteilung wurde ausgeführt, es bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden. Das Ausmass der Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden. Es müsse also eine erhebliche psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden angenommen werden. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 14/89 S. 15 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Es könne angenommen werden, dass sich der Beschwerdeführer beruflich unter einen sehr hohen Leistungsdruck gestellt habe, dabei aber auch einer relativen Überforderung ausgesetzt gewesen sei. Die (körperlichen) Symptome hätten es ihm dann erlaubt, sich etwas zurückzunehmen, dies allerdings mit entsprechenden Leistungseinbussen und schliesslich der (mit beruflichen Versumnissen begründeten; vgl. Urk. 14/17/13) Kündigung. Dabei, dass er jede Möglichkeit einer beruflichen Tätigkeit weit von sich weise, dürfte es eine Rolle spielen, dass er sicherlich habe zu akzeptieren, dass er der früheren, anspruchsvollen beruflichen Tätigkeit nicht mehr gewachsen sei und dass es ihm jetzt schwer falle, einer weniger belastenden beruflichen Tätigkeit nachzugehen (Urk. 14/89 S. 15 unten). Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung sei die Prognose eher ungünstig; trotzdem sollte versucht werden, den Beschwerdeführer wieder an die Belastungen der Berufswelt zu gewöhnen (Urk. 14/89 S. 16 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In einer anspruchsvollen Tätigkeit, die wie die angestammte Tätigkeit hohe Anforderungen an die intellektuelle Beweglichkeit und psychische Belastbarkeit stelle, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 %; in einer einfacheren, beispielsweise einfacheren kaufmännischen Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 14/89

S. 16 Ziff. 4.2.5).

Die subjektive Selbsteinschätzung, nicht mehr arbeiten zu können, könne aus den psychiatrischen Befunden nicht objektiviert werden. Der Beschwerdeführer habe erhebliche Mühe zu erkennen, dass er seine früheren beruflichen Tätigkeit nicht mehr wie gewohnt ausüben könne, und auch, dass er dabei allenfalls psychisch überlastet gewesen sei. Er sehe keinerlei Zusammenhang zwischen seiner psychischen Befindlichkeit und seinen körperlichen Beschwerden, die somatisch nur zum Teil objektiviert werden könnten. Er versorge seinen Haushalt nach wie vor selbstständig, leide nicht unter Konzentrationsstörungen und trotz der leichten depressiven Verstimmung könne ihm aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer einfachen beruflichen Tätigkeit ganztags nachzugehen. Gemäss den durchgeführten Blutuntersuchungen nehme der Beschwerdeführer das verordnete Antidepressivum entgegen seinen Angaben gar nicht ein. Seine anamnestischen Angaben seien daher mit Vorsicht zu bewerten; streng genommen könnten sie gar nicht verwendet werden, da er nachweislich falsche Angaben mache (Urk. 14/89 S. 16 Ziff. 4.2.6).

Der behandelnde Psychiater sehe die Arbeitsfähigkeit nicht mehr als gegeben an und nenne als Grund dafür vor allem das zervikocephale und zervikobrachiale Syndrom. Aufgrund der somatischen Untersuchung könne dem Beschwerdeführer allerdings nur eine geringfügige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden. Es sei zu berücksichtigen, wie hoch die beruflichen Anforderungen seien. In einer anspruchsvollen Tätigkeit sei die Arbeitsfähigkeit sicherlich eingeschränkt; in einer einfachen beruflichen Tätigkeit, die weniger Anforderungen an intellektuelle und psychische Ressourcen stelle, sei die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht eingeschränkt. Es sei auch zu beachten, dass der Beschwerdeführer die verordneten Antidepressiva gar nicht einnehme; bei einer regelmässigen Einnahme wäre eine Besserung der depressiven Symptomatik zu erwarten (Urk. 14/89 S. 16 f. Ziff. 4.2.7).

3.9.5 Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 14/89 S. 17 Ziff. 5.1):

- chronisches zervikocephales und zervikobrachiales Schmerzsyndrom rechts
- leichte depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine Adipositas (Urk. 14/89 S. 17 Ziff. 5.2).

3.9.6 Zur Arbeitsfähigkeit wurde im Gutachten ausgeführt, aus neurologischer wie aus psychiatrischer Sicht werde die Arbeitsfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Kundenberater bei der Bank um 20 % eingeschränkt. Die Einschränkungen ergänzten sich, so dass die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen und zur Wahrnehmung eines verlangsamten Arbeitstempos genutzt werden könnten (Urk. 14/89 S. 18 Ziff. 6.2).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente und der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass ab August 2001 eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Eine retrospektive Einschätzung sei schwierig; immerhin habe offenbar kontinuierlich eine Verbesserung stattgefunden. Es werde deshalb davon ausgegangen, dass

ab August 2001 über die Zeit gemittelt eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % in Verweistätigkeiten bestanden habe, mithin spätestens ab 24. April 2006 in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestehe (Urk. 14/89 S. 18 Ziff. 6.3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für eine Tätigkeit ohne Kundenkontakt, wie eine einfachere kaufmännische Tätigkeit, beständen aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkungen und auch aus neurologischer Sicht sei eine solche Tätigkeit zu 100 % zumutbar (Urk. 14/89 S. 18 Ziff. 6.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aus neurologischer Sicht sei bereits früher attestiert worden; hier ergäben sich keine Differenzen. Der behandelnde Psychiater sehe vor allem aufgrund des Schmerzsyndroms keine Arbeitsfähigkeit mehr; aus rein psychiatrischer Sicht könne mit den erhobenen Befunden keine derartige Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werden. Die psychiatrische Gutachterin habe im Januar 2004 eine Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) von 50 %, mittelfristig steigerbar auf 100 %, angenommen, was nun für eine einfache, intellektuell und psychisch wenig beanspruchende Tätigkeit, der Fall sei (Urk. 14/89 S. 19 Ziff. 6.7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der langfristigen Absenz vom Arbeitsmarkt seien für den Wiedereinstieg ein Arbeitstraining und ein Einstieg mit 50 % anzustreben. Sollte nach 3-4 Monaten die volle Arbeitsfähigkeit nicht erreicht werden, wäre von der festgestellten medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 14/89 S. 19 Ziff. 6.9).

3.10 Ä Ä Am 2. April 2007 nahm Dr. E. ___ gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 21/2) Unter anderem befürwortete er eine neuropsychologische Untersuchung (Urk. 21/2 S. 1) und führte aus, der Beschwerdeführer wäre beschwerdebedingt nicht in der Lage gewesen, auch nur für ein paar Tage einfache Büroarbeiten durchzuführen (Urk. 21/2 S. 2 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 20. April 2007 berichteten Dr. phil. O. ___ und dipl. Psych. P. ___ an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers über die am 4. und 11. April 2007 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung (Urk. 8). Die erhobenen Befunde wiesen aus neuropsychologischer Sicht auf ein allgemein deutlich reduziertes kognitives Leistungsniveau ohne hirnlokalisatorischen Schwerpunkt hin; hinzu komme eine generelle Verlangsamung der Informationsverarbeitung sowie eine herabgesetzte Belastbarkeit mit Provokation somatischer Beschwerden bei längerer konzentrativer Beanspruchung (Urk. 8 S. 14 unten). Die Befunde seien im Vergleich zur Untersuchung im Juli 2002 und Juli 2003 unverändert; auch heute zeige sich eine schwere allgemeine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, welche jedoch nicht als direkte hirnorganische Folge durch das Unfallereignis vom 25. Oktober 1999 erklärbar sei (Urk. 8 S. 15 unten). Aus rein neuropsychologischer Sicht sei für die Tätigkeit als Relationship-Manager und Direktionsmitglied einer Bank eine Leistungsfähigkeit nicht gegeben (Urk. 8 S. 15 f.). Auch eine sonstige leichte kaufmännische Tätigkeit erscheine angesichts der gravierenden Defizite nicht realisierbar (Urk. 8 S. 16 oben).

3.11 Ä Ä Am 27. November 2007 erstatten Dr. med. L. ___, FMH Neurologie, und Dr. med. Q. ___, Ärztliche Leitung Y. ___, auf Ersuchen des Gerichts (vgl. Urk. 15) eine ergänzende Stellungnahme (Urk. 17). Sie führten aus, wie bereits anlässlich der Begutachtung festgestellt, könnten die erneut festgestellten neuropsychologischen Defizite aus somatisch-neurologischer Sicht nicht erklärt werden. Es ergäben sich keine

Anhaltspunkte für eine organische Hirnerkrankung im Sinne eines demenziellen Syndroms oder einer anderweitigen Störung, und eine traumatische Hirnverletzung habe nie zur Diskussion gestanden (Urk. 17 S. 1 unten). Auf eine neuropsychologische Untersuchung sei im Rahmen der Begutachtung bewusst verzichtet worden und wie erwartet zeige die jetzt durchgeführte Untersuchung diffuse Minderleistungen, wobei eine Aussage, inwiefern es sich um eine verminderte Leistungsfähigkeit oder Leistungsbereitschaft handle, nicht gemacht werden könne. Wenn als Komorbidität eine somatoforme Störung, eine leichte depressive Episode und krankheitsfremde Limitierungen vorliegen, sei das Ergebnis einer neuropsychologischen Untersuchung kaum verwertbar. Inwiefern Motivation, chronischer Schmerzzustand, somatoforme Störungen, medikamentöse Effekte zum jetzigen Ergebnis beitragen, könne aufgrund dieser Resultate nicht entschieden werden. An der im Gutachten erfolgten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit werde deshalb festgehalten (Urk. 17 S. 2 Mitte).

3.12. Am 19. Dezember 2007 äusserte sich Dr. F. gegenüber dem Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 21/1). Er führte unter anderem aus, die Befunde der neuropsychologischen Abklärung bestätigten seine bisherige Einschätzung einer erheblich verminderten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bezüglich mnestisch-kognitiver Funktionen, welche aufgrund der psychopathologischen Befunde alleine im Rahmen einer psychiatrischen Abklärung nicht objektiviert werden könnten (Urk. 21/1 S. 2 oben). Der Beschwerdeführer sei bleibend in seinem angestammten Beruf wie auch für eine sonstige einfache Tätigkeit im kaufmännischen Bereich nicht mehr arbeitsfähig. Für eine einfache, körperlich leichte, angepasste Tätigkeit könne mit Hilfe eines Arbeitstrainings eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % erreicht werden (Urk. 21/1 S. 2 Mitte).

E. 4

4.1. Vorab ist auf die Beweistauglichkeit der vorliegenden medizinischen Beurteilungen einzugehen.

4.2. In seiner Eingabe vom 23. September 2008 machte der Beschwerdeführer geltend, es werde Dr. N. als Geschäftsführer des Y. vorgeworfen, zahlreiche Gutachten verfälscht zu haben (Urk. 29 S. 1 Mitte). Beim heutigen Kenntnisstand könne das Y. nicht mehr den Anschein der Unbefangenheit wecken (Urk. 29 S. 1 unten). Beim heutigen Kenntnisstand wäre das Y. als Begutachtungsinstitut abgelehnt worden (Urk. 29 S. 2 oben).

Dem vom Beschwerdeführer eingereichten Entscheid der Rekurskammer des Strafgerichts Basel-Stadt vom 21. März 2008 (Urk. 30/2) ist zu entnehmen, dass gegen Dr. N. Strafanzeige erstattet worden war, die Staatsanwaltschaft das hierauf eröffnete Verfahren indes am 16. August 2006 eingestellt hatte (Urk. 30/2 S. 3 Ziff. 3). Der gegen diesen Einstellungsbeschluss erhobene Rekurs (vgl. Urk. 30/2 S. 3 Ziff. 4) wurde von der Rekurskammer des Strafgerichts als unbegründet abgewiesen, da angesichts der Aktenlage im gerichtlichen Verfahren ein Freispruch von Dr. N. als sehr wahrscheinlich erachtet wurde (Urk. 30/2 S. 15 Ziff. 6).

Worin vor diesem Hintergrund der Anschein der Befangenheit von Dr. N. erblickt werden konnte, wurde vom Beschwerdeführer nicht dargetan und ist nicht ersichtlich.

4.2. Gegenüber dem Y.-Gutachten wurde ferner eingewandt, es sei insofern mangelhaft, als keine neuropsychologische Untersuchung erfolgt sei (Urk. 1 S. 3 Ziff. 3).

Im Y.-Gutachten (Urk. 14/89 S. 12 oben) und in der Stellungnahme vom 27. November 2007 zu Händen des Gerichts (Urk. 17) legte der Neurologe Dr. L. mit einlässlicher Begründung dar, weshalb im Rahmen der Begutachtung auf eine neuropsychologische Abklärung verzichtet worden war.

Darauf ist gegebenenfalls im Rahmen der materiellen Würdigung zurückschließen; ein Qualitätsmangel des Gutachtens ist darin nicht zu erblicken. Vielmehr ist festzuhalten, dass das Gutachten für die streitigen Belange umfassend ist und diesbezüglich auf allseitigen Untersuchungen beruht. Auch die Kriterien, wonach das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) und unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden zu erstatten ist, sind erfüllt. In formaler Hinsicht erweist sich das Y.-Gutachten deshalb als beweistauglich; auf die Nachvollziehbarkeit der getroffenen Schlussfolgerungen ist später aus materieller Sicht einzugehen.

4.3. Der Internist und Rheumatologe Dr. E., laut eigenen Angaben den Beschwerdeführer seit November 2001 (Urk. 14/24/6 Ziff. 3b) beziehungsweise März 2002 (Urk. 14/15 lit. D.1) behandelnd, attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 1. November 2001 (Urk. 14/24/6 Ziff. 4) beziehungsweise August 2001 (Urk. 14/15 lit. B). Seiner am 2. April 2007 abgegebenen Stellungnahme zum Y.-Gutachten ist - sinngemäß - zu entnehmen, dass er in diesem Zeitpunkt noch immer der behandelnde Arzt des Beschwerdeführers gewesen sei dürfte und von einer seit 2001 unverändert bestehenden Arbeitsunfähigkeit ausging.

Inwiefern sich die von Dr. E. postulierte Arbeitsunfähigkeit auf entsprechende Befunde und gestützt darauf gestellte Diagnosen - oder aber lediglich auf die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden - abstützte, lässt sich nicht erkennen. Insbesondere fällt ins Gewicht, dass Dr. E. in seinen Berichten immer wieder unterschiedliche Diagnosen stellte. Jede der von ihm im April, Juli, Oktober und Dezember 2002 sowie August 2003 formulierten Diagnosen lautet verschieden, keine stimmt mit einer der anderen überein (vgl. vorstehend Erw. 3.3).

Eine gewisse terminologische Bandbreite mag bei zeitlich weit auseinanderliegenden Berichten oder insbesondere solchen von verschiedenen Autoren vertretbar und ohne Bedeutung für die damit beabsichtigte inhaltliche Aussage sein. Die Diagnosestellung von Dr. E. übersteigt ein solches Maß jedoch deutlich, erweckt - wie auch die zeitlichen Angaben zu Beginn der Behandlung und der Arbeitsunfähigkeit - den Anschein einer gewissen Beliebigkeit und verleiht seinen Beurteilungen eine Unsicherheit, die nicht ohne Rückwirkung auf die übrigen von ihm getätigten Feststellungen bleibt. Dies führt zum Schluss, dass den Beurteilungen durch Dr. E. die erforderliche Nachvollziehbarkeit abgeht, so dass sie ausser Betracht zu bleiben haben.

4.4. Der Psychiater Dr. F. behandelte den Beschwerdeführer seit April 2002 (Urk. 14/25 lit. D.1) und tat dies im Zeitpunkt seiner Stellungnahme vom 19. Dezember 2007 (Urk. 21/1), wie dieser sinngemäß zu entnehmen ist, noch immer. Dass eine rund 5 ½ Jahre dauernde psychotherapeutische Behandlung nicht denkbar ist, ohne dass ein entsprechendes Vertrauensverhältnis entsteht und besteht, dürfte nicht zweifelhaft sein. Dieser therapeutisch begründeten gewissen Nähe zum Beschwerdeführer wird praxisgemäß (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc) im Rahmen der materiellen Würdigung

Rechnung zu tragen sein.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer wurde am 25. Oktober 1999 von einem herabfallenden Laptop am Kopf getroffen und zog sich dabei ein Contusio capitis et cervicalis zu. Bis November 2001 war er seit dem Unfall bei Dr. Z. ___ und seit September 2000 bei Dr. A. ___ in Behandlung. Der Behandlungsbeginn bei Dr. E. ___ dürfte somit auf November 2001 zu datieren sein, der ab diesem Datum eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestierte. Ab April 2002 erfolgte zusätzlich die psychiatrische Behandlung durch Dr. F. ___, der ebenfalls eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestierte.

5.2 Im Jahr 2003 wurde der Beschwerdeführer am H. ___ neurologisch und psychiatrisch begutachtet, wobei die Erstellung des psychiatrischen Teilgutachtens mit der Schwierigkeit verbunden war, dass der Beschwerdeführer, der seit April 2002 bei Dr. F. ___ in psychotherapeutischer Behandlung stand, anfänglich wahrheitswidrig betonte, sich noch nie in psychiatrischer Behandlung befunden zu haben (vorstehend Erw. 3.7).

Neurologisch fanden sich keine objektivierbaren pathologischen Befunde und die in der neuropsychologischen Untersuchung nachgewiesenen Defizite wurden als Ausdruck eines atypischen Verlaufs mit einer depressiven Fehlverarbeitung des erlittenen Unfalls und einer Konversionssymptomatik eingestuft. Die Arbeitsunfähigkeit wurde mit 20 % beziffert (vorstehend Erw. 3.5).

Aus psychiatrischer Sicht wurden eine somatoforme Schmerzstörung und multifforme Symptomausweitung, Hinweise auf narzisstische Persönlichkeitszüge sowie ein chronisches cerviko-cephales Syndrom nach Kopfanprall diagnostiziert. In der angestammten Tätigkeit habe die Arbeitsunfähigkeit im Zeitpunkt der Begutachtung rund 50 % betragen; mittelfristig sollte jedoch in einer angepassten Tätigkeit wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % erreicht werden (vorstehend Erw. 3.7).

Zusammengefasst wurde - der psychiatrischen Beurteilung Rechnung tragend - eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit von 50 % festgehalten (vorstehend Erw. 3.8).

Nach Untersuchungen im Jahr 2003 waren somit neurologisch keine objektivierbaren pathologischen Befunde festzustellen, für neuropsychologische Defizite wurden psychische Ursachen als ausschlaggebend erachtet und die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit auf 20 % veranschlagt. Aus psychiatrischer Sicht wurde eine Steigerung der aktuell auf 50 % veranschlagten Arbeitsunfähigkeit postuliert.

5.3 Die im Y. ___-Gutachten vom 22. Juni 2006, nach im April 2006 erfolgten Untersuchungen, dargelegte Beurteilung ergab in neurologischer Hinsicht mit der früheren Beurteilung - bei leicht anderer Akzentsetzung - übereinstimmende Feststellungen. So waren, mit Ausnahme einer (einem leichten bis mittleren Zervikalsyndrom entsprechenden) eingeschränkten HWS-Beweglichkeit, wiederum keine objektivierbaren pathologischen Befunde zu erheben. Die Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, anspruchsvollen Tätigkeit wurde auf 20 % veranschlagt, während für eine einfachere Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % postuliert wurde.

In psychiatrischer Hinsicht kamen die Y. ___-Gutachter zum Schluss, dass die psychischen Beschwerden eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen, anspruchsvollen Tätigkeit von 20 % bewirkten, während für einfachere

Tätigkeiten die in der früheren Beurteilung postulierte Steigerungsfähigkeit realisiert, nämlich eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben, sei.

5.4 Die Differenzen zu den Schlussfolgerungen im Y.-Gutachten bestehen einerseits zur Beurteilung durch den behandelnden Psychiater und andererseits betreffend die neuropsychologischen Defizite.

Der behandelnde Psychiater Dr. F. postulierte seit Behandlungsbeginn durchgängig eine volle Arbeitsunfähigkeit. Unter anderem nannte er die längere Arbeitslosigkeit des Beschwerdeführers als Faktor, welcher seines Erachtens die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigte, was, da es sich nicht um eine gesundheitliche Beeinträchtigung handelt, nicht zu berücksichtigen ist (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Ferner mass er den körperlichen Beschwerden, wie im Y.-Gutachten zutreffend festgehalten wurde, eine ganz wesentliche Rolle zu. Diese können jedoch, wie von somatischer Seite verbindlich festgestellt wurde, lediglich eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % rechtfertigen. Damit entfallen die von Dr. F. zur Begründung seiner Einschätzung massgeblich berücksichtigten Elemente weitestgehend, so dass sich seine Beurteilung als nicht überzeugend erweist.

Hinsichtlich der neuropsychologischen Defizite ist bemerkenswert, dass für sie unbestrittenermassen keine neurologische, insbesondere hirnorganische Ursache ersichtlich ist, dafür aber auch - so Dr. F. in seiner Stellungnahme im Dezember 2007 - die psychopathologischen Befunde aus psychiatrischer Sicht keine Objektivierung erlauben (vorstehend Erw. 3.12). Damit gewinnt der Hinweis von Dr. L., wonach die Ergebnisse neuropsychologischer Abklärungen massgeblich auch von der Motivationslage der Betroffenen beeinflusst sein können, erheblich an Plausibilität. Angesichts der dokumentierten - und von seinen behandelnden Ärzten mitgetragenen - ausgeprägten Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers sind die erhobenen Befunde denn auch nicht wirklich überraschend. Allerdings sind sie damit - als Ausdruck seiner Überzeugung, nichts mehr leisten zu können - im Hinblick auf eine objektivierte Beurteilung auch nicht massgebend.

5.5 Die Würdigung der vorhandenen medizinischen Beurteilungen führt zum Schluss, dass sich das Y.-Gutachten auch inhaltlich als überzeugend und nachvollziehbar erweist. Somit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass der Beschwerdeführer seit August 2001 aus neurologischer und psychiatrischer Sicht in seiner angestammten Tätigkeit insgesamt um 50 % und seit Mai 2006 um 20 % eingeschränkt, mithin zumutbarerweise im Umfang von 80 % arbeitsfähig zu erachten ist.

E. 6

6.1 Der Beschwerdeführer hat mit Hinweis auf ein entsprechendes Stelleninserat (Urk. 3/4) geltend gemacht, die von ihm ausgeübte anspruchsvolle Tätigkeit als Relationship Manager (Kundenbetreuer) im Bankwesen könne nur in einem Pensum von 100 % ausgeübt werden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 9).

Dem ist entgegenzuhalten, dass Teilzeit-Stellen zunehmende Verbreitung und Akzeptanz gefunden haben und auch anspruchsvolle Tätigkeiten auf hoher Verantwortungsstufe mitunter in Anstellungsverhältnissen von weniger als 100 % versehen werden. So beläuft sich der Anteil von teilzeitlich tätigen Personen mit Führungsaufgaben mittlerweile auf immerhin 16 % (Statistisches Jahrbuch der Schweiz,

2008, S. 86).

6.2. Nachdem im Rahmen der Invaliditätsbemessung auf einen - hypothetischen - ausgeglichenen Arbeitsmarkt abzustellen ist, vermag der Hinweis auf ein einzelnes Stelleninserat die Vermutung nicht zu entkräften, dass der Arbeitsmarkt heutzutage auch auf höherer Stufe Stellen mit einem Pensum von weniger als 100 % zu bieten hat.

Die Annahme der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer könnte unter Berücksichtigung seiner gesundheitlichen Beeinträchtigungen seine frühere Tätigkeit im Umfang von weniger als 100 % ausüben, ist deshalb nicht zu beanstanden. Dies gilt umso mehr, als sie zur Ermittlung des Invalideneinkommens nicht einfach auf 50 % beziehungsweise 80 % des früheren Einkommens abgestellt hat, sondern davon einen zusätzlichen Abzug von 20 % vorgenommen hat, womit sie als Invalideneinkommen effektiv 40 % beziehungsweise 64 % des Valideneinkommens eingesetzt hat.

Die von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Invaliditätsbemessung hat somit - richtigerweise - beide Vergleichseinkommen ausgehend vom früher erzielten Einkommen ermittelt. Damit ergibt es sich, auf die vom Beschwerdeführer zur Höhe des Valideneinkommens gemachten Einwände näher einzugehen, würde sich eine Erhöhung des Valideneinkommens doch proportional auch beim Invalideneinkommen auswirken und den resultierenden Invaliditätsgrad nicht verändern.

Somit resultiert, wie von der Beschwerdegegnerin richtig ermittelt, ab August 2002 ein Invaliditätsgrad von 60 % und ab Mai 2006 ein solcher von 36 %. Damit ist auch erstellt, dass von einer revisionsrelevanten Verbesserung per Ende April 2006 auszugehen ist, womit sich die per Ende Juli 2006 festgesetzte Befristung der zugesprochenen Rente ebenfalls als korrekt erweist.

Die erfolgte Leistungszusprache ist demnach sowohl betreffend Umfang als auch Befristung des Rentenanspruchs nicht zu beanstanden, so dass die angefochtenen Verfügungen zu bestätigen sind.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden unabhängig vom Streitwert, nach dem Verfahrensaufwand im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Angeichts des Umfangs der relevanten Akten und der erfolgten Schriftenwechsel ist dem Aufwand im vorliegenden Fall mit der Festlegung der Verfahrenskosten auf Fr. 1'000.-- Rechnung zu tragen, die ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Thomas Laube

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

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