

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00911 vom 18. März 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-03-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00911](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00911)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00911 du 18 mars 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00911 del 18 marzo 2013

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1966, war in einem 75%-Pensum als Pflegefachmann Dialyse angestellt, als er sich am 11. Juni 2008 unter Hinweis auf verschiedene gesundheitliche Beeinträchtigungen als Folgen eines am 15. Januar 2007 erlittenen Unfalls – von einem Auto am Hinterrad des Velos angefahren und gestürzt (Urk. 8/22/70) bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 8/13). Nach der Anmeldung zog die IV-Stelle die Akten des für das Unfallereignis vom 15. Januar 2007 zuständigen Unfallversicherers (Urk. 8/22/1-74, Urk. 8/27/1-31, Urk. 8/30/1-9, Urk. 8/31/1-47, Urk. 8/35/1-13) sowie die ärztlichen Berichte von Dr. med. Y.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 2. Juli 2008 (samt dessen Korrespondenz, Urk. 8/23/1-38 und Urk. 8/26/1-22) und Dr. med. Z.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 3. Juli 2008 (samt dessen Korrespondenz, Urk. 8/24/1-20) bei. Zudem liess sie den Versicherten im A.\_\_\_\_

polydisziplinär begutachten (Gutachten vom 12. Dezember 2010, Gutachter: Dr. med. B.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. C.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Neurologie FMH, Dr. sc. hum. Dipl. Psych. E.\_\_\_\_, Neuropsychologie, Dr. med. F.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Urk. 8/45). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle dem Versicherten per Vorbescheid vom 5. Januar 2011 mit, dass sie das Leistungsbegehren abzuweisen gedenke, da zu keinem Zeitpunkt eine medizinisch begründbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe (Urk. 8/50). Dagegen opponierte der Versicherte am 3. Februar 2011 (Urk. 8/53) und beantragte, es sei ihm ab Januar 2008 eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten, eventualiter sei ein neues polydisziplinäres Gutachten in Auftrag zu geben, subeventualiter seien die beiden mit dem Einwand zu den Akten gereichten Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 12. Januar 2010 (Urk. 8/54) und Dr. med. H.\_\_\_\_, Neurologie FMH, vom 19. Oktober 2009 (Urk. 8/55) dem A.\_\_\_\_ zur Stellungnahme vorzulegen. Ferner reichte der Versicherte nach dem Einwand noch die Bescheinigung seines Arbeitgebers, Dr. med. I.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 14. Februar 2011 (Urk. 8/57), die Stellungnahme von Dr. phil. J.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie SVNP/FSP, vom 11. März 2011 (Urk. 8/60) sowie den Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 12. April 2011 (Urk. 8/65) zu den Akten. Am 18. April 2011 nahm das A.\_\_\_\_ (Dr. B.\_\_\_\_ sowie Dr. med. L.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin sowie Psychiatrie und Psychotherapie FMH) Stellung zu den Gutachten G.\_\_\_\_ und H.\_\_\_\_ (Urk. 8/66). Dazu wiederum nahm der Versicherte mit Eingabe vom 24. Mai 2011 Stellung (Urk. 8/68). Am 8. Juni 2011 würdigte der RAD (Dr. med. M.\_\_\_\_, Anästhesiologie FMH) unter Hinweis

auf seine Stellungnahme vom 3. Mai 2011 den medizinischen Sachverhalt abschliessend dahingehend, dass dem A.\_\_\_\_ - Gutachten zu folgen sei, welches besage, dass der Versicherte in bisheriger und angepasster Tätigkeit uneingeschränkt arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 8/76/2-3). Dementsprechend wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren mit Verfügung vom 4. Juli 2007 (recte: 2011) ab (Urk. 2).

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

#### **E. 1.2.1**

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 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.2.2**

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich

macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c; U. Meyer Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fre denhagen , Das ärztliche Gutach ten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

### **E. 1.3.1**

Gemäss der grundlegenden - auch im Sozialversicherungsrecht beachtlichen - Beweisregel von Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuch s

(ZGB) ist das Vorhanden sein einer behaupteten Tatsache von demjenigen zu beweisen, welcher aus ihr Rechte ableitet. Im Sozialversicherungsprozess schliesst allerdings der Untersuchungsgrundsatz eine subjektive Beweisführungslast

begriffsnotwendig aus und bedeutet „Beweislast“ lediglich, dass im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesengebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264).

### **E. 1.3.2**

In der Invalidenversicherung hat der Gesetzgeber die Entstehung des Rentenanspruchs nicht direkt an die Diagnose einer Krankheit (oder einer traumatischen Körperschädigung oder eines Geburtsgebrechens) bzw. an die ärztliche Feststellung einer darauf zurückzuführenden Arbeitsunfähigkeit angeknüpft, sondern in Art. 28 IVG nebst dem Erfordernis einer Invalidität von mindestens 40 % (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG) eine einjährige Karenzfrist mit einer andauernden durchschnittlich mindestens 40%igen krankheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) und die Verpflichtung, sich zumutbaren Eingliederungsmassnahmen (wozu auch adäquate medizinische Therapien und eine zumutbare Willensanstrengung zur Selbsteingliederung gehören) zu unterziehen (Eingliederung vor Rente, Art. 28 Abs. 1 lit. a IVG), als gesetzliche Anspruchsvoraussetzungen verankert. Der im Hinblick auf einen Rentenanspruch zu beweisende Sachverhalt umfasst sämtliche Tatbestandselemente von Art. 28 Abs. 1 IVG.

Anspruchsbegründend ist eine durch Krankheit, Unfall oder Geburtsgebrechen verursachte, objektiv nicht überwindbare voraussichtlich bleibende oder längere Zeitdauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit.

### **E. 1.3.3**

Die Verwaltung als verfügende Instanz sowie im Beschwerdefall das Gericht können bzw. dürfen die medizinischen Aspekte des anspruchsbegründenden Tatbestands nicht aufgrund eigener Sachkunde feststellen, sondern sind auf externes medizinisches Fachwissen angewiesen (vgl. E. 1.2.1). Bei Vorliegen mehrerer medizinischer Beurteilungen sind diese gegeneinander abzuwägen und ist nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste zu würdigen ist (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 E. 3.2 und 3.3 S. 324 f.; vgl. auch vorstehende E. 1.2.2).

Bei der Würdigung ärztlicher Beweisaussagen zum anspruchsbegründenden Tatbestand ist zwischen ärztlich dokumentierten medizinischen Fakten (klinische Feststellungen,

gutachterliche Verhaltensbeobachtungen und anamnestische Daten) und deren Bewertung (von den Experten abgeschätzte Ursachen und Auswirkungen der festgestellten Fakten auf die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit) zu unterscheiden (vgl. dazu: Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2 und E. 4.3 sowie Andreas Traub, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevisi on , SZS 2/2012, S. 183-186 ). Die ärztliche Dokumentation der Faktenlage im Zeitpunkt eines leistungszusprechenden Ent scheids ist nicht nur - wie die vor stehend zitierte Rechtsprechung und Literatur zeigen - Voraussetzung dafür, dass dieser Ent scheid später revidierbar ist. Bei unterschiedlichen ärztlichen Beurteilungen der Anspruchsvoraussetzungen ist sie auch im Rahmen der erst maligen Anspruchs prüfung entscheidend dafür, welcher Sachverhaltsdarstellung als der wahr schein lichsten zu folgen ist.

Auch im Rahmen der erstmaligen Anspruchsprüfung kann daher eine lege artis erfolgte fachärztliche Beurteilung von einem anderen medizinischen Experten nicht durch die bloss abweichende Bewertung bereits aktenkundiger Fakten in Frage gestellt werden, sondern nur durch die Dokumentation neuer entscheid relevanter Fakten. Solange lediglich - im Rahmen des medizinisch-wissenschaftlich Vertretbaren - unterschiedliche Wertungen der gleichen medi zini schen Fakten vorliegen, lassen sich nur gleichermassen mögliche, aber kein überwiegend wahrscheinli cher medizinischer Sachverhalt beweismässig erstel len. In solchen Fällen kann ein überwiegend wahrscheinlicher Sachverhalt auch nicht durch den Beizug eines weiteren Experten (Obergutachten) ermittelt wer den. Denn ein Obergut achten darf (und muss) nur dann angeordnet werden, wenn Widersprüche zwi schen reproduzierbaren Fakten zeigen, dass diese noch ungenügend abgeklärt sind und weitere medizinische Untersu chungen zusätz liche entscheidrelevante Fakten liefern können. Ein Obergutachten darf aber nicht dazu dienen, die Grenzen der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu verdecken (vgl. E. 1.2.2 am Ende) und den - den rechtsanwenden Behörden im Rahmen der Beweiswürdigung obliegenden - Entscheid darüber, welcher von mehreren durch die medizinischen Experten lege artis ermittelten möglichen Sachver haltsvarian ten als der wahrscheinlichsten zu folgen ist, an die Medizin zu dele gieren.

## **E. 2**

Gegen die am 6. Juli 2011 beim Rechtsvertreter des Versicherten eingegangene Verfügung erhob dieser am 2. September 2011 Beschwerde mit dem Rechtsbe gehen , es sei die Beschwerdegegnerin unter Kosten- und Ent schädigungsfolge zu verpflichten, dem Beschwerdeführer eine ganze Rente der Invalidenversi cherung auszurichten, eventualiter sei ein gerichtliches Gutachten zur Abklä rung der Arbeitsfähigkeit in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 2).

Dazu liess sich die Beschwerdegegnerin am 3. Oktober 2011 mit dem Antrag auf Abweisung der Beschwerde vernehmen (Urk. 7). Hiervon wurde der Beschwer deführer am 4. Juli 2012 in Kenntnis gesetzt (Urk. 13). Der Beschwerdeführer reichte am 18. April 2012 (Urk. 9) noch einen Zeitungsartikel vom 10. April 2012 betreffend den A.\_\_\_\_-Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/1) sowie einen Auszug aus dem im Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2006.00218 vom 11. Februar 2010 berücksichtigten A.\_\_\_\_-Gutachten mit dem Bericht der neu rologischen Untersuchungsbefunde des A.\_\_\_\_-Gutachters Prof. Dr. D.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2009 (Urk. 10/2) zu den Akten. Mit Eingabe des Beschwerdeführers vom 3. Juli 2012 (Urk. 11) folgte der Bericht Dr. J.\_\_\_\_ über die neuropsychologi sche Kontrolluntersuchung vom 11. April 2012 (Urk. 12). Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Nach eigener Beurteilung ist der Beschwerdeführer seit dem Unfallereignis vom 15. Januar 2007 aufgrund persistierender neuropsychologischer Defizite in seiner Lebensführung und Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt (Urk. 1 S. 3). Im Rahmen klinischer Untersuchungen wurden auch durchwegs - wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung - entsprechende Beschwerden dokumentiert. Ebenso sind in den medizinischen Akten drittanamnestiche Angaben dokumentiert, welche das Beschwerdebild bestätigen.

Strittig ist, ob es sich dabei um im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG invalidisierende Beschwerden handelt. Während der Beschwerdeführer und die ihn behandelnden Ärzte die Ansicht vertreten, es handle sich um die Folgen eines beim Unfall vom 15. Januar 2007 erlittenen Schädel-Hirn-Traumas, gehen die Auffassungen der gutachterlich oder konsiliarisch tätig gewesenen Experten zum Teil dahin, dass die Beschwerden eher eine psychogene Ursache haben (ohne eine psychische Erkrankung zu diagnostizieren).

### **E. 2.2**

Unter den gegebenen Umständen rechtfertigt es sich, zunächst die Fakten darzulegen, welche den medizinischen Beurteilungen zugrunde liegen, auf die sich der Beschwerdeführer beruft.

#### **E. 2.2.1**

In seinem Bericht vom 23. Januar 2007 über die erste Behandlung des Beschwerdeführers vom 19. Januar 2007 (Urk. 8/22/61-62) verwies Dr. Y.\_\_\_\_ hinsichtlich der initialen Befunde nach dem Unfall auf den Bericht über die ambulante Behandlung vom 15. Januar 2007 in der Notfallstation des Spitals N.\_\_\_\_ (Urk. 8/22/70). Dort wird festgehalten, dass der Beschwerdeführer bei Eintritt klar orientiert war und dass er gemäss seinen Angaben beim Sturz keine Bewusstlosigkeit erlitten hatte, ihm danach aber schwindlig gewesen war. Ein Kopfanprall beim Sturz mit nachfolgendem Kopfschmerz oder eine äusserlich sichtbare Kopfverletzung sind nicht dokumentiert, aber Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule (HWS), des rechten Ellbogens und des linken oberen Sprunggelenks. Diagnostiziert wurden Weichteilprellungen. Bildgebend abgeklärt wurden HWS, oberes Sprunggelenk links und Ellbogen rechts, alles ohne Befund (vgl. Urk. 8/22/61). Aufgrund der vom Beschwerdeführer am 19. Januar 2007 geschilderten Beschwerden des Unfalltages (sowie des Folgetages): antero grade Amnesie für einige Minuten, wahrscheinlich Bewusstlosigkeit, Kolapsneigung mit Blasswerden, Schwindel, Brechreiz, einmaliges Erbrechen, Konzentrationsstörungen sowie Kopf- und Nackenschmerzen (mit nur teilweiser Besserung bis zum 19. Januar 2007), und nach Feststellung der Schäden an dem beim Unfall getragenen Helm diagnostizierte Dr. Y.\_\_\_\_ bei unauffälligem Allgemeinzustand ein leichtes Schädel-Hirn-Trauma, eine fragile leichte Comotio cerebri eine HWS-Distorsion sowie eine Kontusion des rechten Ellbogens und der rechten Hüfte. Eine bildgebende Abklärung dazu ist nicht dokumentiert. Am 9. Februar 2007 überwies Dr. Y.\_\_\_\_ den Beschwerdeführer zur Abklärung und Behandlung an den Neurologen Dr. Z.\_\_\_\_, weil er über zusätzliche Kopfschmerzen rechts frontal bis retroaurikulär rechts seit dem 3. Februar 2007 geklagt hatte, welche bei Kopflege auf der rechten Seite ausgelöst würden (Urk. 8/22/66-67). Zudem bestünden jetzt leichte Ohrschmerzen rechts. Ebenfalls neu hatte der Beschwerdeführer über ein intermittierendes Würgegefühl und Aufstossen, fast bis zum Erbrechen geklagt. Dr. Y.\_\_\_\_ ersuchte insbesondere um Abklärung der Frage, ob die neu

aufgetretenen rechtsseitigen Kopf schmerzen allenfalls auf ein intracerebrales Hämatom zurückzuführen seien.

#### **E. 2.2.2**

Dr. Z.\_\_\_\_ untersuchte den Beschwerdeführer erstmals am 15. Februar 2007 (Bericht vom 19. Februar 2007, Urk. 8/22/63-65). Dabei erhob er einen abgesehen von einer diffusen Hypästhesie im Gesicht rechts und im Bereich der rechten Zungenhälfte (bei seitengleich auslösbaren Kornealreflexen) normalen Hirnnervenbefund (und einen auch im Übrigen unauffälligen Status). Unauffällige Befunde ergaben auch die cerebro-vaskuläre Doppleruntersuchung, die Duplex-Sonographie mit Farbcodierung, die EEG-Untersuchung sowie die visuell evozierten Potentiale. Gemäss der Beurteilung Dr. Z.\_\_\_\_ sprachen die vom Beschwerdeführer geklagten Gefühlsstörungen für eine leichte Schädigung des Nervus

trigeminus. Ein intracerebrales Hämatom oder eine gröbere Läsion an Gehirn und Rückenmark war aufgrund der erhobenen Befunde nicht anzunehmen. Noch offen gelassen werden müsste die Möglichkeit einer minimalen Hirnschädigung. Die vom Beschwerdeführer geklagten Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten könnten auch schmerzbedingt sein.

#### **E. 2.2.3**

Wie der Beschwerdeführer zutreffend geltend macht (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2), wies Dr. Y.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 5. Mai 2007 (Urk. 8/22/59) auf die „leichte Schädigung des Nervus trigeminus mit Gefühlsstörungen im Gesicht rechts“ hin. Präzisierend ist dazu festzuhalten, dass Dr. Y.\_\_\_\_ nicht etwa - fachfremd - eine Läsion des Nervs und dessen Auswirkungen befundmässig nachwies, sondern lediglich die Beurteilung Dr. Z.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2007 referierte, gemäss welcher die Gefühlsstörungen als Hinweis auf eine mögliche Läsion zu werten waren.

#### **E. 2.2.4**

Zu präzisieren ist auch der Hinweis des Beschwerdeführers, dass er von Dr. Y.\_\_\_\_ erneut an Dr. Z.\_\_\_\_ überwiesen worden sei, „weil seit dem Unfall eine Anosmie aufgetreten war“ (Urk. 1 S. 3 Ziff. 2). In seinem Überweisungsschreiben vom 27. Juni 2007 gibt Dr. Y.\_\_\_\_ zwar eine „traumatisch aufgetretene totale Anosmie“ als Überweisungsgrund an (Urk. 8/22/56). Als Fakten sind dem Bericht aber nur zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Verlaufskontrolle vom 26. Juni 2007 einen totalen Geruchsverlust seit dem Unfall vom 15. Januar 2007 beklagt hatte, welchen er wegen seiner anderweitigen Beschwerden früher nicht wahrgenommen habe (Urk. 8/22/56), sowie, dass Dr. Y.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall bis zum 3. April 2007 und eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit ab dem 4. April 2007 attestierte (Urk. 8/22/57).

#### **E. 2.2.5**

Präziserungs- bzw. ergänzungsbedürftig ist auch die (zutreffende) Feststellung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 3 Ziff. 2), dass das von Dr. Z.\_\_\_\_ veranlasste MRI unauffällige Befunde ergab und im Befundbericht darauf hingewiesen wurde, dass man eine mögliche Läsion der Fila

olfactoria im MRI nicht erkennen würde. Gemäss dem Bericht des Neuroradiologischen und Radiologischen Instituts der Klinik O.\_\_\_\_ vom 5. Juli 2007 (Urk. 8/22/46-47) hatte Dr. Z.\_\_\_\_ nicht nur eine mögliche Läsion der Fila

olfactoria abklären lassen, sondern allgemein nach Anhaltspunkten für traumatische Hirnveränderungen gefragt. Der Vollständigkeit halber ist daher festzuhalten, dass Dr. Z.\_\_\_\_ eine umfassende Abklärung allfälliger hirnorganischer Schädigungen durchgeführt bzw. veranlasst hat, aber weder seine eigenen Untersuchungen (vgl. Bericht vom 4. Juli 2007, Urk. 8/22/50) noch diejenigen der Klinik O.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/22/46) Anhaltspunkte für ein stattgefundenes Schädel-Hirn-Trauma lieferten.

#### **E. 2.2.6**

Auch der Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und Medizinischer Direktor des Q.\_\_\_\_, welcher auf Zuweisung von Dr. Z.\_\_\_\_ hin den Beschwerdeführer am 12. Januar 2009 ambulant explorierte (in Kenntnis der Vorbefunde Dr. Z.\_\_\_\_, aber ohne dezidiert klinisch-neurologische Untersuchung, vgl. Urk. 3/4 S. 2) und beim Beschwerdeführer nochmals eine MRI-Untersuchung des Gehirns durchführen liess (Bericht vom 27. Januar 2009, Urk. 3/4 S. 1), wird in der Beschwerdeschrift nur sehr selektiv wiedergegeben.

Dr. P.\_\_\_\_ berichtete zwar tatsächlich von einem mit dem Standard-EEG erhobenen pathologischen Befund mit unspezifischen mässig- bis mittelschweren Verlangsamungsherden beidseits temporal (Urk. 3/4 S. 2). Dabei handelte es sich auch durchaus in dem Sinne um einen „organischen Befund“ (Urk. 1 S. 6), als er am Körper des Beschwerdeführers erhoben wurde. Der Befund zeigt aber keine strukturell-organische Hirnschädigung, sondern einen auffälligen physiologischen Vorgang im Gehirn, welcher gemäss Dr. P.\_\_\_\_ auch der Medikation gegen die - vom Beschwerdeführer anamnestisch berichteten - epileptischen Anfälle zugeschrieben werden kann (Urk. 3/4 S. 3). Das zum Nachweis strukturell-organischer Läsionen geeignete Dünnschicht-MRI mit einem hoch auflösenden Gerät ergab keinen Nachweis einer typischen postkontusionellen Läsion, keine Hinweise auf eine Mikroblutung und keinen Nachweis einer fokalen, kortikalen, epileptogenen Läsion. Auch das zusätzliche Postprocessing der Bilder durch einen zweiten Spezialisten im Hause (Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie) habe keine Hinweise auf eine epileptogene bzw. postkontusionelle Läsion ergeben (Urk. 3/4 S. 2). Bei der Diagnosestellung (Urk. 3/4 S. 1): - „Status nach Velounfall am 15. Januar 2007 mit anamnestisch berichteter Bewusstlosigkeit (Verdacht auf Commotio cerebri; ICD-10 S06.0), - anamnestisch und anhand der bisher durchgeführten Diagnostik kein hinreichender Anhalt für posttraumatische Epilepsie“,

machte Dr. P.\_\_\_\_ sodann deutlich, dass es nicht nur an Hinweisen für ein mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma mit Hirnschwellung fehlte, sondern - mangels gesicherter ärztlicher Befunde - selbst eine Commotio cerebri nur als Verdacht diagnostiziert werden konnte.

#### **E. 2.2.7**

Dr. H.\_\_\_\_ gab in seinem neurologischen Gutachten vom 19. Oktober 2009 (Urk. 8/55/1-17) an, dass die kooperationsunabhängigen Befunde, welche im Neurostatus vom 16. und 24. September 2009 erhoben wurden, durchwegs unauffällig waren. Die vom Beschwerdeführer demonstrierte Kraftverminderung am rechten Arm, die Dysmetrie im Finger-Nasen-Versuch rechts sowie die verminderte Sensibilität für alle Parameter im rechten Arm und Bein hätten sich diagnostisch nicht verwerten lassen. Die zerebrale Kernspintomographie habe keine Läsionen im Bereich der linken Hemisphäre gezeigt,

welche für die Ausfälle in der rechten oberen Extremität verantwortlich gemacht werden könnten. Es lägen auch keine Hinweise auf eine Läsion der peripheren Nerven im Bereich der rechten Hand vor (Urk. 8/55/14-15).

Im Übrigen referierte Dr. H.\_\_\_\_ - welchem der Beschwerdeführer eine sehr sorgfältige Auseinandersetzung mit den Vorakten attestiert (Urk. 1 S. 10) - den Bericht Dr. P.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2009 sowie denjenigen über ein in der Q.\_\_\_\_ durchgeführtes EEG-Long-Term-Monitoring mit mehreren 24 Stunden-Ableitungen vom 11. bis 13 März 2009, welche die Natur der - anamnestisch - bisher dreimal aufgetretenen Bewusstlosigkeiten nicht hätten klären können, da solche trotz Abdosieren von Carbamazepin ebenso wenig hätten beobachtet werden können wie interiktal epilepsiespezifische Potentiale beziehungsweise Aktivitäten registriert werden konnten. Die Ärzte des Q.\_\_\_\_ würden das Vorliegen einer posttraumatischen Epilepsie bei Status nach Velounfall am 15. Januar 2007 für unwahrscheinlich halten. Angesichts der Gesamtsituation sei das Vorliegen einer psychogenen Symptomatik sehr wahrscheinlich (Urk. 8/55/6).

### **E. 2.3.1**

Soweit der Beschwerdeführer darauf hinweist, dass der neurologische Gutachter des A.\_\_\_\_ ein initiales Schädel-Hirn-Trauma beim Unfall vom 15. Januar 2007 verneine (Urk. 1 S. 11), ist dies dahingehend zu präzisieren, dass Dr. D.\_\_\_\_ nicht nur ein beim Unfall erlittenes Schädel-Hirn-Trauma verneint, sondern in seiner Beurteilung generell festhält, dass die von ihm durchgeführte neurologische Untersuchung ausser der (vorbestanden, vgl. Urk. 8/1-10) Schwerhörigkeit keinen sicheren oder wahrscheinlichen Anhalt für eine behindernde Läsion am zentralen oder peripheren Nervensystem ergeben habe (Urk. 8/45/36).

Diese Beurteilung steht - wie die vorstehenden Ausführungen gezeigt haben - in Übereinstimmung mit der Faktenlage aus den ärztlichen Voruntersuchungen.

### **E. 2.3.2**

Was der Beschwerdeführer dagegen vorbringt (Urk. 1 S. 11 f.), kann der (mit Inkonsistenzen bei der neuropsychologischen Testung begründeten, vgl. Urk. 8/45/59) These Prof. Dr. D.\_\_\_\_, wonach eine bewusste, demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden vorliegt, nicht „den Boden entziehen“ (vgl. Urk. 1 S. 12). Doch sind die Vorbringen des Beschwerdeführers als Hinweis darauf zu werten, dass er möglicherweise aufgrund der nach dem Unfall festgestellten Schäden an dem von ihm getragenen Helm zur Überzeugung gelangt sein könnte, beim Unfall ein zumindest mittelschweres Schädel-Hirn-Trauma (mit einer Hirnschwellung) erlitten zu haben, und dass er ungeachtet der medizinischen Fakten (welche das als wenig wahrscheinlich erscheinen lassen) an dieser Krankheitsüberzeugung festhält.

### **E. 2.3.3**

Ausgehend von den Schäden am Helm und der biomechanischen Kurzbeurteilung des Unfallgeschehens durch Prof. Dr. med. S.\_\_\_\_, Rechtsmedizin FMH, und Dr. sc. techn. T.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2009, gemäss der „von der Halswirbelsäule ausgehende Beschwerden und Befunde durch die Sturzeinwirkung im Falle eines ungünstig abgelaufenen Geschehens erklärbar wären“ (Urk. 3/3), postuliert der Beschwerdeführer das Vorliegen einer organischen Hirnverletzung (Schwellung des Hirns oder dergleichen).

Diese Behauptung untermauert er, indem er aufgrund eigener Internet-Recherchen Beschwerden oder isolierte Befunde apodiktisch als Folgen von Hirndruck oder einer Hirnswel lung deklariert (Urk. 1 S. 11 f.).

#### **E. 2.3.4**

Wie das Sozialversicherungsgericht bereits in anderen Fällen festgehalten hat (vgl. Urteile des Sozialversicherungsgerichts IV.2011.00355 vom 26. September 2012 E. 2.5.3, UV.2010.00146 vom 10. August 2011 E. 4.3.4 und UV.2007.00077 vom 12. Juli 2008 E. 3.4.3), besteht hinreichend medizinisch-wissenschaftliche Evidenz dafür, dass der blosser Glaube, eine Verletzung erlitten zu haben, welche – nach verbreiteter Auffassung – typischerweise bestimmte Symptome verursacht, zum Auftreten dieser Symptome führen kann. Dass die Erwartung einer nicht direkt willentlich beeinflussbaren (heilsamen oder schädigenden) Reaktion des eigenen Körpers, die erwartete Reaktion tatsächlich hervorrufen kann, lässt sich im Übrigen auch durch Erkenntnisse aus der Placebo-Forschung belegen (vgl. Georg Schönbacher, Placebo, in Schweiz Med Forum 2007 ;7 ;205-210).

#### **E. 2.3.5**

Versicherungsmedizinisch macht es bei (möglicherweise) psychogenen Beschwerden (pathogenetisch -ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage) in der Regel keinen Unterschied, ob die geklagten Beschwerden eher bewusstseinsnahen oder eher bewusstseinsfernen Ursprungs sind. Denn solange keine besonderen Umstände vorliegen, welche die Loslösung von einer selbstschädigenden Krankheitsüberzeugung verunmöglichen oder zumindest stark erschweren, ist nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BGE 136 V 279) auch damit ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG nicht nachgewiesen.

#### **E. 2.4.1**

Im Lichte der vorstehenden Überlegungen kann offen gelassen werden, ob die nach der Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/22/32, Urk. 8/60 und Urk. 12) die Arbeitsfähigkeit einschränkenden neuropsychologischen Defizite des Beschwerdeführers authentisch sind oder eine bewusstseinsnahe, demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden darstellen (so das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. E.\_\_\_\_ im Rahmen der polydisziplinären

A.\_\_\_\_ -Begutachtung, Urk. 8/45/61-70). Aufgrund der neuropsychologischen Befunde lässt sich weder das Eine noch das Andere ausschliessen. Denn ein Schädel-Hirn-Trauma (oder eine andere unfallbedingte organische Schädigung) als Ursache dieser Beschwerden lässt sich neurologisch-fachärztlich nicht objektivieren, und eine Krankheit (oder ein Geburtsgebrechen) wird nicht diagnostiziert. Insbesondere stimmen Dr. G.\_\_\_\_ (Urk. 8/54) und der psychiatrische A.\_\_\_\_ -Gutachter, Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 8/45/76-83), darin überein, dass der Beschwerdeführer keine Anzeichen einer psychischen Störung zeigt, welche es ihm verunmöglichen oder stark erschweren würde, sich von seiner Krankheitsüberzeugung zu lösen. Auch die ärztlich dokumentierten psycho-sozialen Lebensumstände liefern dafür keine Anhaltspunkte.

#### **E. 2.4.2**

Unter diesen Umständen erscheint aufgrund des aktenkundigen medizinischen Sachverhalts eine invalidisierende Gesundheitsschädigung im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG nur als möglich, aber - weil eine nicht invalidisierende psychogene Ursache der Beschwerden

genauso gut möglich ist - nicht als überwiegend wahrscheinlich.

#### **E. 2.4.3**

Überdies ist nicht ersichtlich und wird vom Beschwerdeführer auch nicht dargelegt, inwiefern weitere gutachterliche Abklärungen noch neue Erkenntnisse hinsichtlich des mehrfach fachärztlich überprüften und lediglich unterschiedlich bewerteten medizinischen Sachverhalts (vgl. E. 1.3.3 bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung liefern könnten.

#### **E. 2.5**

Demzufolge ist ein invalidisierender Gesundheitsschaden nicht ausgewiesen und lässt sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch nach neuerlicher Abklärung nicht nachweisen. Die Beschwerde erweist sich deshalb in jeder Hinsicht als unbegründet und ist abzuweisen.

#### **E. 3**

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Markus Bischoff - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter der Beilage je des Doppels von Urk. 9 und Urk. 11 sowie einer Kopie von Urk. 10 und Urk. 12 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

#### **E. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Engler Ernst RH/ET/MT versandt

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