

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00512 vom 3. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00512

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00512 du 3 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00512 del 3 marzo 2016

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 61 lit. i des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) muss die Revision von Entscheidungen wegen Entdeckung neuer Tatsachen oder Beweismittel oder wegen Einwirkung durch Verbrechen oder Vergehen im Verfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht gewährleistet sein.

Nach § 29 lit. a des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) kann von den am Verfahren Beteiligten unter anderem Revision gegen rechtskräftige Entscheidungen verlangt werden, wenn sie neue erhebliche Tatsachen erfahren oder Beweismittel auffinden, die sie im früheren Verfahren nicht beibringen konnten.

E. 1.2

Neu sind Tatsachen, die sich bis zum Zeitpunkt, da im Hauptverfahren noch tatsächliche Vorbringen prozessual zulässig waren, verwirklicht haben, jedoch dem Revisionsgesuchsteller trotz hinreichender Sorgfalt nicht bekannt waren. Die neuen Tatsachen müssen ferner erheblich sein, d.h. sie müssen geeignet sein, die tatbestandliche Grundlage des zur Revision beantragten Entscheids zu verändern und bei zutreffender rechtlicher Würdigung zu einer andern Entscheidung zu führen. Neue Beweismittel haben entweder dem Beweis der die Revision begründenden neuen erheblichen Tatsachen oder dem Beweis von Tatsachen zu dienen, die zwar im früheren Verfahren bekannt gewesen, aber zum Nachteil des Gesuchstellers unbewiesen geblieben sind. Erheblich ist ein Beweismittel, wenn anzunehmen ist, es hätte zu einem anderen Urteil geführt, falls das Gericht resp. die Verwaltung im Hauptverfahren davon Kenntnis gehabt hätte. Ausschlaggebend ist, dass das Beweismittel nicht bloss der Sachverhaltswürdigung, sondern der Sachverhaltsermittlung dient. Ein Revisionsgrund ist nicht schon dann gegeben, wenn das Gericht resp. die Verwaltung bereits im Hauptverfahren bekannte Tatsachen unrichtig gewürdigt hat. Notwendig ist vielmehr, dass die unrichtige Würdigung erfolgte, weil für den Entscheid wesentliche Tatsachen unbewiesen geblieben sind (vgl. BGE 134 III 669 E. 2.1; 127 V 353; SVR 2012 UV Nr. 17 S. 63, Bundesgerichtsurteil 8C_434/2011 vom 8. Dezember 2011 E. 7.1).

E. 1.3

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 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Aus rechtlicher Sicht kann von

einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass diese ihren Beweiswert verlöre (SVR 2015 IV Nr. 16 S. 45 E. 2.3 [9C_662/2013]; Bundesgerichtsurtel 9C_3/2015 vom 20. Mai 2015 E. 3.3.2).

Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Fachperson ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerecht fertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 E.

3b/aa mit Hinweisen).

E. 1.4

Nachdem das Sozialversicherungsgericht mit Beschluss vom 18. Juni 2013 den Parteien mitgeteilt hatte, dass es beabsichtige, beim Y.____ eine Ergänzung zu dessen Gutachten einzuholen, machte X.____ Ablehnungsgründe gegen das Y.____ sowie gegen Dr. A.____, FMH Innere Medizin/Rheumatologie, PD Dr. med. B.____, MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation/Rheumatologie, und Dr. med. C.____, FMH Neurologie (welche das Gutachten vom 13. Juli 2009 erstellt hatten) geltend (Urk. 3, 9). Das Ablehnungsbegehren wies das Sozialversicherungsgericht mit Beschluss vom 29. August 2013 ab (Urk. 14). Mit Urteil 8C_716/2013 vom 10. Februar 2014 bestätigte das Bundesgericht diesen Entscheid (Urk. 20). In der Folge veranlasste das Sozialversicherungsgericht beim Y.____ das Gerichts- resp. Ergänzungsgutachten (Urk. 21, 22),

welches am 2. Oktober 2015 (Urk. 31)

erstattet wurde. Die Parteien verzichteten auf eine Stellungnahme dazu (Urk. 36, 38). Da das zum Gerichtsgutachten gehörende Teilgutachten von Dr. C.____ vom 20. März 2015 (Urk. 41) diesem nicht beigelegt war, wurde es vom Gericht nachträglich beigezogen (vgl. Urk. 42). Von der Möglichkeit, dazu Stellung zu nehmen, machten die Parteien keinen Gebrauch (Urk. 44). Das Gericht

zieht in Erwägung:

E. 2.1

Das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich stützte sich im Urteil vom 31. Mai 2012 auf das Gutachten des Y.____ vom 13. Juli 2009. Massgebend für den bundesgerichtlichen Entscheid vom 7. Mai 2013 war der Bericht des Z.____, vom 9. August 2012.

E. 2.2

Im vorliegenden Verfahren zu prüfen ist, ob das Sozialversicherungsgericht bei Kenntnis des Berichts über die MRI-Untersuchung vom 9. August 2012 mit Urteil vom 31. Mai 2012 anders entschieden hätte. Dies hängt massgebend davon ab, ob die Y.____-Gutachter im

Gutachten vom 13. Juli 2009 zu einer anderen Auffassung gelangt wären, wenn ihnen die Befunde der erst später erfolgten MRI-Untersuchung des Schädels vorgelegen hätten.

E. 3.1

Gemäss neurologisch-neuropsychologischer Einschätzung von Dr. med. C.____ und Dr. med. Dr. phil. D.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, (O.____-Gutachten vom 3. Januar 2009) fanden sich bei subjektiver Einschränkung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen seit dem Unfallereignis aktuell unter Berücksichtigung eines prämorbid mittleren Leistungsprofils durchwegs unauffällige Befunde. Sie hielten fest, insbesondere hätten keine Hinweise auf eine kortikale oder subkortikale Funktionsstörung beziehungsweise für eine hirnorganisch bedingte Leistungseinschränkung bestanden. Ebenso ergebe sich gestützt auf die aktuellen Konsensuskriterien für die Feststellung einer substanzialen beziehungsweise strukturellen Hirnschädigung der diesbezüglichen massgeblichen Begutachtungsleitlinien kein Anhalt für eine im Rahmen des Unfalls erlittene traumatische Hirnschädigung. Die subjektiven neurokognitiven Beschwerden seien hinreichend durch die chronifizierte Schmerzsymptomatik und Müdigkeits-assoziierte Interferenzen erklärbar. Eine durch das Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität lasse sich nicht ableiten. Nach Auffassung von Dr. C.____ blieben die vom Versicherten beschriebenen präsynkopalen Zustände unklar, die einerseits beim Stehen sowie beim Gehen ausgeprägt seien und subjektiv mit einer Gangunsicherheit und Gangabweichung einhergingen, andererseits auch beim Essen in sitzender und weniger in stehender Körperposition verspürt würden. Phänomenologie und Verlauf der Symptomatik würden gegen epileptische Anfälle sprechen. Aus neurologischer Sicht wurde zum Ausschluss einer vaskulär-enzephalopathischen Komponente bei vaskulärem Risikoprofil (insbesondere arterielle Hypertonie) eine Bildgebung des Kopfes empfohlen; ein direkter Zusammenhang der präsynkopalen Zustände oder der Entwicklung der arteriellen Hypertonie mit dem Unfallereignis liess sich indessen nicht ableiten. Zur Arbeitsfähigkeit aus neurologisch-neuropsychologischer Sicht wurde ausgeführt, dass es dem Versicherten vor dem Hintergrund dieser gutachterlich festgestellten klinischen Schweregradbeurteilung aus neuropsychiatrischer Sicht normativ zumutbar sei, seiner angestammten Tätigkeit beziehungsweise einer ausbildungsadäquaten Verweistätigkeit im Umfange von 100 % nachzugehen (beigezogene Akten IV.2010.01215 Urk.

E. 3.1.1

). Vorliegend also auf den Sachverhalt, wie er sich bis zum 11. November 2010 verwirklicht hat. Im Gutachten vom 2. Oktober 2015 gehen die Y.____-Ärzte davon aus, dass es ab März 2009 ausgehend von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % als Auto-Occasionshändler

zu einer linear verlaufenden Verschlechterung gekommen sei, so dass die Arbeitsfähigkeit zum Zeitpunkt der neurologischen Abklärung am 14. November 2014 noch 50 % betragen habe (Urk. 31 S. 15). Da der Gesuchsteller weiterhin im angestammten Beruf tätig ist und der Invaliditätsgrad somit dem Grad der Arbeitsunfähigkeit gleich gesetzt werden kann, lag eine rentenbegründete Invalidität, die mindestens 40 % betragen muss (Art. 28 IVG), zum massgeblichen Zeitpunkt (11. November 2010) nicht vor. 5.5

Dr. C.____ stellte anlässlich ihrer Zweituntersuchung am 14. November 2014 aufgrund der durchgeführten Leistungstests leichte neurokognitive Funktionsdefizite fest. Die von ihr

festgestellte Verschlechterung bezieht sich mithin nicht auf den (revisionsrechtlich relevanten) Zeitpunkt der Erstbegutachtung. Beim Leistungstest wurden in Bezug auf die Relevanz für berufliche Tätigkeiten folgende Funktionen geprüft: Aufmerksamkeit (Arbeitstempo, Ablenkbarkeit, Fehleranfälligkeit, Aufmerksamkeitsbelastbarkeit), Lernen/Gedächtnis (Alltagsgedächtnis, kollektives Gedächtnis, verbale Merkspanne, verbales Lernen, verbales Abrufen, verbales Wiedererkennen, figurale Merkspanne, figurales Lernen, figurales Abrufen, figurales Wiedererkennen), exekutive Funktionen (Antrieb, Planungsverhalten, konzeptuelles Denken und Umstellen sprachlich, konzeptuelles Denken und Umstellen visuell-räumlich, Interferenzunterdrückung, Abstraktionsfähigkeit), visuokonstruktive Funktionen (visuokonstruktive Fähigkeiten, Agnosien, Neglekt), sprachassoziierte Funktionen (Spontansprache, Sprachverständnis Schreiben) sowie Praxien (Lid, Buccofazial, Extremitäten, Werkzeuggebrauch). Bis auf das verbale Lernen und das sprachliche konzeptuelle Denken, wo eine leichte resp. eine mittelschwere Beeinträchtigung festgestellt wurde, blieben sämtliche Funktionen unauffällig (Urk. 41 S. 6 und Anhang S. 3-4). In der klinischen Untersuchung waren keine Verhaltensauffälligkeiten auszumachen. Insbesondere ergaben sich keine Auffälligkeiten in der Kommunikation (Urk. 41 S. 4 und Anhang S. 2). Vor diesem Hintergrund ist die von Dr. C. ___ attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % als Auto-Occasionshändler zumindest in dieser Grössenordnung nicht nachvollziehbar. Gleich verhält es sich mit der konsensual festgelegten Arbeitsfähigkeit. Im Wesentlichen wird dabei aufgrund der myofaszial dominierten muskulösen Beschwerden, die rein aus rheumatologischer Sicht keine arbeitsrelevante Einschränkung zu bewirken vermögen, im Zusammenspiel mit Stressoren, unter anderem ausgelöst durch die neurokognitiven Defizite, auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % als Auto-Occasionshändler geschlossen. Ausgeführt wird in diesem Zusammenhang, der vom Gesuchsteller ausgeübte Beruf sei nur teilweise optimal. Nachteilig wirkten sich die neurokognitiven Beeinträchtigungen und die Neigung zur Stressreaktion aus (Urk. 31 S. 14).

Dazu ist festhalten, dass – ausser nicht relevanten neurasthenischen Symptomen und einer leichtgradigen dysthymen affektpathologischen Symptomologie keine psychiatrischen Diagnosen bestehen (beigezogene Akten IV.2010.01215 Urk. 8/39/113). Der Neigung zu Stressreaktionen kommt deshalb kein Krankheitswert zu. Eine über die aus neurologischer Sicht hinaus attestierte Arbeitsunfähigkeit vermag daher nicht zu überzeugen. Zu bemerken ist weiter, dass die Y. ___ -Ärzte im Gutachten vom 13. Juli 2009 noch ein Kräftigungsprogramm empfohlen hatten (beigezogene Akten IV.2010.01215 Urk. 8/39/113). Das myofasziale Schmerzsyndrom ist also therapierbar. Ebenso ist eine Behandlung des Lagerungsschwindels möglich und auch die kardiovaskulären Risikofaktoren (arterielle Hypertonie, Nikotinabusus) sind reduzierbar (Urk. 41 S. 6). Der Gesuchsteller ist an dieser Stelle an seine Schadenminderungspflicht (BGE

E. 3.2

Die MRI-Untersuchung vom 9. August 2012 zeigte multiple Läsionen im Marklager und im Bereich des Crus cerebri sowie eine leichte allgemeine Volumenminderung im Grosshirn. In der Befunderhebung wurde ausgeführt, dass im Kontext des erlittenen Traumas - von welchem der Radiologe gemäss dem Rechtsvertreter erst nach seiner Untersuchung auf Rückfrage beim Gesuchsteller hin erfuhr (vgl. Urk. 2/7) - sich diese Veränderungen durch eine diffuse axonale Schädigung erklären liessen,

differentialdiagnostisch müssten jedoch auch demyelinisierende Prozesse oder mikrovaskuläre Läsionen in Betracht gezogen werden (Bericht des Z.____, vom 9. August 2012, Urk. 2/3/2). 4. 4.1

Nach einer neuerlichen Untersuchung hielt Dr. C.____ im Teilgutachten vom 20. März 2015 fest, der Gesuchsteller zeige keine Antriebs-, Initiations- oder Impulsstörungen und keine psychomotorische Hemmung oder anderweitige affektpathologische Störungsbilder. Jedoch bestünden leichte berufsrelevante neurokognitive Funktionsdefizite. Aufgrund der neuropsychologisch-leistungspsychologischen Abklärung liessen sich hinsichtlich der kognitiven Basisfunktionen eine sprachlich betonte Lernschwäche sowie ein eingeschränktes sprachlich-konzeptuelles Denken feststellen, hinweisend auf eine links frontotemporale Funktionsstörung und gut vereinbar mit den neuroradiologisch beschriebenen Läsionen. Im Vergleich zur Erstuntersuchung vom 2008 zeige sich eine Befundverschlechterung, die sich am ehesten im Rahmen einer vaskulären Enzephalopathie erklären lasse. Unfallbedingte Läsionen seien hingegen, wie bereits im Gutachten 2008 ausgeführt, nicht objektivierbar. Eher unwahrscheinlich sei, dass die im (sogenannten offenen) MRI vom 9. August 2008 beschriebenen Befunde Folgen des Unfalls vom 4. Juli 2006 seien. Vielmehr seien diese unter Berücksichtigung des vaskulären Risikoprofils mit Hypertonie und Blutdruckkrisen sowie dem fortgeführten Nikotinkonsum gut mit mikroangiopathischen Veränderungen erklärbar. Auch die aktuell angegebenen Kopfschmerzen seien am ehesten im Rahmen der hypertonen Krisen zu beurteilen. Zu den vom Gesuchsteller beschriebenen lageabhängigen Schwindelsymptomen erklärte Dr. med. C.____, es bestünden Hinweise auf einen benignen, paroxysmalen Lagerungsschwindel (Urk. 41 S. 6). Bei der Befunderhebung war ein Spontan nystagmus oder Kopfschüttelnystagmus jedoch nicht eruierbar. Ebenso war bei der Lagerung nach Hallpike, welche gemäss Angaben des Gesuchstellers zu stärkstem Drehschwindel führte, unter der Frenzelbrille kein Nystagmus sichtbar. Eine konklusive Beurteilung war letztlich koperationsbedingt nicht möglich (Urk. 41 S. 5). Zusammenfassend hielt sie fest, dass aufgrund der dargestellten Befunde keine durch das besagte Unfallereignis bedingte dauernde oder erhebliche Schädigung der körperlichen oder geistigen Integrität ableitbar sei. Die Leistungsfähigkeit schätzte sie im Vergleich zur Erstuntersuchung als gering ein. Für die angestammte Tätigkeit als Autoverkäufer sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit attestierte sie eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Steigerung der Leistungsfähigkeit durch eine adäquate Behandlung hielt sie für möglich. Explizit hielt sie fest, dass die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit nicht unfallbedingt sei (Urk. 41 S. 6 f.). 4.2

Im Y.____-Hauptgutachten vom 2. Oktober 2015, verfasst von PD Dr. med. B.____, Dr. C.____ und Physiotherapeut F.____, wurde festgehalten, dass weiterhin ein multifaktorielles komplexes Beschwerdebild sowie Funktionsstörungen mit muskulär betonten Nacken-, Schulter- und Kopfschmerzen, progredienten neuropsychologischen Defiziten sowie Momenten von Bewusstseinsstörungen bestünden. Die Befunde des MRI des Schädels vom 9. August 2012 seien überwiegend wahrscheinlich auf neurovaskuläre Veränderungen zurückzuführen. Die lagerungsbedingte Schwindel- und Übelkeitsneigung stelle ein geringeres Problem dar und sei wohl multifaktoriell bedingt im Sinne eines paroxysmalen Lagerungsschwindels in Kombination mit einer Angstkomponente (Urk. 31 S. 8). Bei den radiologischen Abklärungen seien keine spezifischen Hämosiderin-Sequenzen durchgeführt worden. Die Durchführung eines Schädel-MRI mit Hämosiderinsequenzen

ermögliche es theoretisch, das Unfallereignis vom 4. Juli 2006 als allfällige Teilkomponente in Erwägung zu ziehen. Im Falle eines Nachweises von Häm siderineinlagerungen wären allerdings die übrigen Ursachen, also die arterielle Hypertonie und der Nikotinabusus, in einer Weise dominant, dass der Unfall vom 4. Juli 2006 bloss noch als mögliche, untergeordnete Ursache erschiene (Urk. 31 S. 9, 12 und 15). Im Vergleich zur Beurteilung vom 2008 ergebe sich eine Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit bei sonst objektiv unveränderten Voraussetzungen. Diese sei aber unabhängig von den Unfallereignissen vom 4. Juli 2006 und 15. Juli 2009 zu taxieren (Urk. 31 S.

E. 8

/39/1 27-139).

Laut dem von PD Dr. B.____, Dr. A.____, sowie Physiotherapeutin E.____ verfassten Y.____-Gutachten vom 13. Juli 2009 blieben die geschilderten, nach Angaben des Versicherten im Vordergrund stehenden Ohnmachtszustände ätiologisch unklar. Sie führten aus, auch eine intern-medizinische Ursache könne die Symptomatik kaum erklären. Weiter hielten die Gutachter unter Verweis auf die Ausführungen von Dr. C.____ fest, die Phänomenologie der beschriebenen Symptomatik und der bisherige Verlauf mit unveränderter Symptomatik über zwei Jahre spreche gegen epileptische Anfälle. Ferner lägen keine Hinweise für eine milde traumatische Hirnschädigung vor. Auch eine damit zusammenhängende zervikale Funktionsstörung erscheine sehr unwahrscheinlich. Nach Auffassung der Gutachter waren sodann die Resultate der in einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführten Belastbarkeitstests wegen Selbstlimitierung nur teilweise verwertbar. Insbesondere aufgrund der Annahme, dass sich der Versicherte keine traumatische Hirnverletzung zugezogen habe, wurden weiterhin anhaltende Unfallfolgen ausgeschlossen. Die Folgen des HWS-Distorsionstraumas seien spätestens zwei Jahre nach dem Unfallereignis abgeklungen. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit wurde sodann ausgeführt, unabhängig von der Unfallkausalität sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht ganztags und in vollem Leistungsausmass zumutbar (beigezogene Akten IV.2010.01215 Urk. 8/39/105-125).

E. 9

).

Im Gerichtsgutachten wird auf entsprechende Gutachterfrage ausgeführt, dass Dr. C.____ bei der Erstbegutachtung auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 zur Beurteilung gelangt wäre, dass die subjektiven neurokognitiven Beschwerden durch die chronifizierte Schmerzproblematik und müdigkeitsassoziierte Interferenzen hinreichend erklärbar seien. Weiter habe Dr. C.____ bei der Erstuntersuchung die vom Gesuchsteller beschriebenen präsynkopalen Zustände als unklar beschrieben. Auch in Kenntnis des MRI vom 9. August 2012 bleibe sie bei dieser Einschätzung (Urk. 31 S. 11 f.). Im Gutachten wird sodann darauf hingewiesen, dass die (im Rahmen der neuerlichen Begutachtung abgegebene) Beurteilung von Dr. C.____ interdisziplinär-konsensuell abgeglichen worden sei und sämtliche Gutachter diese Einschätzung teilten (Urk. 31 S. 14). Ein Zusammenhang zwischen den neurokognitiven Beschwerden resp. den präsynkopalen Ereignissen mit dem Unfall vom 4. Juli 2006 lasse sich nach wie vor nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herstellen (Urk. 31 S. 11 f.). Hingegen führt das MRI vom 9. August 2012 laut Y.____-Gutachter zu einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Unter Hin

weis auf das Teilgutachten von Dr. C.____ wird im Gerichtsgutachten ausgeführt, aus neuropsychologisch-verhaltensneurologischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit nunmehr 70 %, da es zu einer Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit gekommen sei (Urk. 31 S. 14). Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht schlossen die Gutachter aufgrund der durchgeführten Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und klinischen Untersuchung auf eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 31 S. 9 f.). Sie führten aber aus, aus interdisziplinärer-konsensueller Sicht ergebe sich eine gewisse Interaktion. Die neurokognitiven Defizite könnten bei erhöhten Leistungsanforderungen zu Stressreaktionen führen, welche sich in einer Erhöhung sowohl der arteriellen Hypertonie als auch der muskuloskelettalen Beschwerden äussern könnten. Insofern bestehe eine Circulus vitiosus-Situation. Konsensuell sei daher die Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit höher anzusetzen. In der angestammten Tätigkeit bestehe eine (ausschliesslich krankheitsbedingte) Einschränkung von 50 % im Rahmen einer Ganztagestätigkeit. Eine leicht bis mittelschwere Tätigkeit, die mit wenig Verantwortung und Erfolgsabhängigkeit verbunden sei, sei aus interdisziplinärer Sicht zu 70 % zumutbar (Urk. 31 S. 14). In ihren ergänzenden Bemerkungen wiesen die Gutachter darauf hin, dass es sich hinsichtlich der in diesem Gutachten gemachten Einschätzung der Arbeitsfähigkeit um ein Mischbild einer verschlechternden Gesundheitssituation und einer Neu Beurteilung eines bereits bekannten Gesundheitszustandes handle. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit führten sie aus, konsequenterweise sei zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung von einer Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 20 % sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit auszugehen. Schleichend sei es dann zu einer Verschlechterung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit ab März 2009 mit linear zunehmender Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gekommen (Urk. 31 S.

15). 5. 5.1

Das Y.____ -Gutachten vom 2. Oktober 2015 entspricht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise . Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend. Insbesondere beantwortet es die Frage, ob die Gutachter in Kenntnis des MRI vom 9. August 2012 zu einem anderen Ergebnis gelangt wären. Ihm kommt somit voller Beweiswert zu. Daran ändert nichts, dass - wie sich aus den nachfolgenden Erwägungen ergibt - aus rechtlicher Sicht der medizinischen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht gefolgt werden kann (vgl. dazu E. 1.3 hievor) und diese jedenfalls keinen Anlass für eine pro zessuale Revision gibt . 5.2

Aufgrund des Gutachtens steht fest, dass die im MRI des Schädels gefundenen Befunde auf neurovaskuläre Veränderungen zurückzuführen sind .

Die Vaskulopathie sowie die vaskulären Risikofaktoren waren bereits bei der Erstbegutachtung bekannt.

Zu bemerken ist in diesem Zusammenhang , dass bereits der Neurologe Dr. med. G.____ im Bericht vom 27. August 2012 (welcher dem Gericht erst durch den im parallel laufenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahren am 27. Februar 2014 veranlassten Aktenbeizug bekannt wurde) zur selben Einschätzung wie die Y.____ -Gutachter gelangt war (vgl. Urk. 31 S. 4) . Lediglich der Radiologe Dr. med. H.____ beurteilte die Befunde des MRI als posttraumatische Residuen (Urk. 2/3/2). Dazu hielten die Y.____ -Gutachter richtig fest, dass Aufgabe des Radiologen die Beschreibung der radiologischen Veränderungen ist. Deren Interpretation ist aber dem jeweiligen klinischen Facharzt vorbehalten, der dazu auch die

klinische Situation berücksichtigen muss (Urk. 31 S. 13). 5.3

Auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 wären die Y.____-Gutachter, insbesondere auch Dr. C.____, bei der Erstbegutachtung zur Beurteilung gelangt, dass die neurokognitiven Beschwerden durch die chronifizierte Schmerzproblematik und müdigkeitsassoziierte Interferenzen hinreichend erklärbar sind. Ebenso hätten sie die vom Gesuchsteller beschriebenen prä synkopalen Zustände gleich beurteilt (Urk. 31 S. 11 f.). Indessen erachten sie einen Zusammenhang zwischen der (unfallfremden) vaskulären Enzephalopathie einerseits und der neurokognitiven Leistungsfähigkeit sowie den präsynkopalen Ereignissen andererseits für ausgewiesen (Urk. 31 S. 11 f., Urk. 41 S. 6). Dabei gehen sie von einem progredienten Geschehen aus. Aus diesem Grund, aber auch aufgrund der Neubeurteilung des bereits bekannten und insoweit unveränderten Gesundheitszustandes attestieren sie nunmehr eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit von 30 resp. 50 % (Urk. 31 S. 14 f.). 5.4

Auf diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann nicht abgestellt werden. Zunächst ist festzuhalten, dass eine Neubeurteilung des an sich gleichen Sachverhalts unter dem Gesichtspunkt der vorliegend zu prüfenden prozessualen Revision unbeachtlich ist. Sodann vermag die Einschätzung, soweit sie aufgrund des veränderten Gesundheitszustandes vorgenommen wurde, nicht zu überzeugen. Doch selbst wenn diese Einschätzung unbesehen übernommen würde, resultierte kein Rentenanspruch. Rechtsprechungsgemäss hat das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles auf den bis zum Erlass der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 132 V 215 E.

E. 13

8 V 457 E. 3.2) zu erinnern. Im Rahmen der Zweitbegutachtung am 17./18. November 2014 wurde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit durchgeführt. Infolge Selbstlimitierung und Inkonsistenzen waren die Resultate der Belastungstests teilweise nicht verwertbar (Urk. 31 S. 10 und 19 ff.). Auch im Rahmen der klinischen Untersuchungen liess seine Kooperation zu wünschen übrig (vgl. E. 4.1 hievore). Solches war bereits bei der Erstbegutachtung im 2009 der Fall gewesen (beigezogene Akten IV.2010.01215 Urk. 8/39/112). Bei vorliegender Ausgangslage kann indessen offen bleiben, ob es sich dabei bloss um ein verdeutlichendes Verhalten oder aber um eine rentenausschliessende Aggravation handelt (vgl. dazu Bundesgerichtsurteil 8C_438/2015 vom 13. Oktober 2015 E. 6). 5.6

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass gestützt auf das Gerichtsgutachten vom 2. Oktober 2015 das Revisionsgesuch abzuweisen ist. Auch in Kenntnis des MRI des Schädels vom 9. August 2012 wäre das Sozialversicherungsgericht zum gleichen Ergebnis gelangt. Das Gericht erkennt: 1.

Das Revisionsgesuch wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Revisionsgesuchsteller auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jakob Frauenfelder, unter Beilage eines Doppels von Urk. 44 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Bundesgericht (Verfahren 8C_614/2012) unter Beilage der Akten IV.2010.01215 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber Gräub Sonderegger

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