

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00518 vom 19. Juni 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-06-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.00518](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00518)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00518 du 19 juin 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00518 del 19 giugno 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1968 geborene X.\_\_\_\_ arbeitete seit September 1999 als Elektro monteur bei der Y.\_\_\_\_ AG in Z.\_\_\_\_ (Urk. 11 / 7, Urk. 11 / 16 ).

A m 30. Dezember 2006 erlitt er einen Skiunfall (Urk. 11/7, Urk. 11 /14/2) . Dabei zog er sich eine Hirnerschütterung, eine Gesichtsschädelkontusion rechts, eine Fraktur der fün f ten Rippe rechts und eine kleine Leberläsio n zu (Urk. 11/ 3/150 ) .

Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) , erbrachte die gesetzlichen Leistungen und schloss den Fall mit Verfügung vom 1. Dezember 2009 ( Urk. 11/3/9-11) per 3. Juli 2009 ab unter Einstellung der Leistungen mit der Begründung, es lägen nur mehr krankheitsbedingte Beein trächtigungen vor. Am 1 0. Januar 2010 (Urk. 11/7)

meldete X.\_\_\_\_ sich

nach erfolg ter Früh erfas sung (Urk. 11/1) zum Bezug von Leistungen der In va li den versicherung an . Diese zog die Akten des Unfallversi cherers (Urk. 11 /

### **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 Bun desgesetzes 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 Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfä higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist ( Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Drei viertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetz es

über die Invalidenversicherung [IVG] ). 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). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin hielt in der angefochtenen Verfügung vom 30. April 2013 (Urk. 2) dafür, dass beim Beschwerdeführer aufgrund eines seit 2010 bestehenden psychischen Leidens eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur im Aussendienst als auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit bestehe. Weil der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch. 2.2

Diesen Entscheid liess der Beschwerdeführer unter verschiedenen Aspekten rügen (Urk. 1) und äusserte Kritik am

A.\_\_\_\_-Gutachten. Insbesondere führte er aus, das Gutachten sei weder umfassend noch seien die Schlussfolgerungen nachvollziehbar

(S. 5 unten) .

Es sei nach wie vor unklar, an welchen somatischen und psychischen Beeinträchtigungen er tatsächlich leide und wie sich diese auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkten. Deshalb sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese erneut ein polydisziplinäres Gutachten (rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch, neuropsychologisch und internistisch) veranlasse.

3.

3. 1

Am 7. Juli 2009 (Urk. 11/3/57 -72) erstattete Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, zertifizierter medizinischer Gutachter, auf Veranlassung des Unfallversicherers ein neurologisches Gutachten mit interdisziplinärer Beurteilung unter Berücksichtigung des neuropsychologischen Gutachtens des H.\_\_\_\_

am I.\_\_\_\_ vom 29. Juni 2009. Darin nannte er gestützt auf die Aktenlage und die klinisch-neurologischen und neuropsychologischen Untersuchungen als neurologische Diagnosen einen Skisturz am 30. Dezember 2006 mit leichter traumatischer Hirnverletzung (MTBI) der Kategorie 1 nach EFNS-Kriterien, neuropsychologische Funktionsstörungen betreffend Impulskontrolle und Interferenzanfälligkeit, bislang unklarer ätiologischer Zuordnung, differential diagnostisch unfallkausal im Rahmen einer möglichen orbito-frontalen beziehungsweise ventro-medialen Läsion, differential diagnostisch im Rahmen einer psychischen Komorbidität, differential diagnostisch Persönlichkeitsbedingt, und einen Verdacht auf ein Ulnarisrinnensyndrom rechts (unfallfremd, S. 13).

Dr. G.\_\_\_\_ hielt fest (S. 14), die nachzuweisenden neuropsychologischen Funktionsstörungen seien möglicherweise, aber nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Ebenfalls möglich wären eine anhand einer ergänzenden psychiatrischen

Untersuchung zu klärende psychische Komorbidität oder auch Persönlichkeitsfaktoren. Zum Ausschluss subtilerer, allenfalls posttraumatischer Veränderungen frontaler Hirnstrukturen wäre eine ergänzende Magnetresonanztomographie (MRI) mit hämosiderinsensitiven T2\*-Sequenzen unter besonderer Berücksichtigung der orbito-frontalen, ventro-medialen und subkortikalen Regionen notwendig. Bei diesbezüglichen unauffälligen Befunden sollte eine ergänzende psychiatrische Untersuchung erfolgen. Die erhobene Fremdanamnese mit zwei unklaren Bewusstseinsstörungen sollte darüber hinaus Anlass zu einer EEG-Untersuchung im Hinblick auf eine Anfallserkrankung und eine kardiologische Abklärung im Hinblick auf kardiogene oder anderweitige Synkopen geben. 3. 2

In Ergänzung zu seinem neurologischen Gutachten vom 7. Juli 2009 hielt Dr.

G.\_\_\_\_ am 1. September 2009 (Urk. 11/3/20-21) nach weiteren Abklärungen in abschliessender Weise fest, die nachzuweisenden psychologischen Funktionsstörungen seien bei fehlendem Nachweis einer strukturellen traumatischen Läsion in der Bildgebung mit dem Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nicht als unfallkausal im Sinne einer hirngeweblichen Störung zu beurteilen. 3. 3

Am 17. November 2009 (Urk. 11/14/11, Urk. 11/14/5-6) führte Dr. med.

J.\_\_\_\_, praktizierender Arzt, zu Händen der Arbeitgeberin sowie des Krankentaggeldversicherers fest, es bestehe weiterhin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit 3. Juli 2009. Eine sitzende und stehende Arbeit auf dem Boden könne der Beschwerdeführer uneingeschränkt ausführen. Für die rechte Schulter und den rechten Arm solle eine Kraftanstrengung, die fünf bis zehn Kilogramm übersteige, nicht gemacht werden. Wegen Gleichgewichtsstörungen und Schwindelattacken sei ein Einsatz auf Leitern und kleinen Podesten wegen Sturzgefahr ausgeschlossen. Gewichtheben mit beiden Armen sei bis zu einem Gewicht von 10 kg in angemessenem Rahmen möglich. Organisatorische Arbeiten wie sie der Beschwerdeführer früher am PC für Installationen gemacht habe, seien uneingeschränkt möglich. 3. 4

Dr. phil. K.\_\_\_\_, Neuropsychologe, Klinik für Neurologie, L.\_\_\_\_, äusserte im Bericht vom 19. Mai 2010 (Urk. 11/84/11-13) einen Verdacht auf ein Sulcus ulnaris-Syndrom rechts und nannte folgende Diagnosen: -

chronifiziertes Zervikovertebralsyndrom rechts, -

Bursitis subacromialis/subdeltoidea -

Status nach einem Skisturz am 30. Dezember 2006 mit/bei unter anderem -

commotio cerebri, Gesichtsschädelkontusion rechts, Rippenfraktur Costa 5 ventrolateral rechts -

Schädel-Computertomographie nativ vom 30. Dezember 2006, L.\_\_\_\_: Ausschluss einer frischen intrakraniellen Blutung, im Wesentlichen altersentsprechende supra- und infratentorielle Hirnparenchymsstrukturen, keine Kalottenfraktur -

Schädel-Magnetresonanztomographie nativ und kontrastmittelverstärkt vom 15. Februar 2007 (extern): kein Nachweis posttraumatischer Veränderungen, insbesondere kein raumforderndes Hämatom oder axonale Scherverletzungen.

In seiner Beurteilung führte er aus (S. 3), die neuropsychologische Verlaufsuntersuchung habe insgesamt hirnlokalisatorisch unspezifische, von leicht bis schwer reichende kognitive Minderleistungen in fast allen der geprüften Bereiche ergeben. Einzig bei mehreren Exekutivfunktionen (verbale und figurale Ideenproduktion, Interferenzanfälligkeit) fanden sich normgerechte Befunde. Verglichen mit der Voruntersuchung vom 29. November 2007 sei eine deutliche Verschlechterung des kognitiven Leistungsvermögens feststellbar. Aufgrund dieser Progredienz, der unauffälligen bildgebenden Befunde (Computer- und Magnetresonanztomographie) sowie des unspezifischen Leistungsprofils seien die kognitiven Schwierigkeiten kaum im Rahmen eines hirnorganischen Korrelates interpretierbar. Am ehesten sei von einem unspezifischen Leistungsminimierenden Effekt der anamnestisch beschriebenen Schmerz-, Depressions- und Fatigue-Symptomatik auszugehen. Für das weitere Prozedere stehe deshalb die Fortführung der offenbar bereits begonnenen psychiatrisch-psychotherapeutischen Betreuung im Vordergrund. Aus neuropsychologischer Sicht seien die Voraussetzungen für die Fahreignung momentan nicht gegeben, da die mit unter schweren Minderleistungen auch mehrere verkehrsrelevante Bereiche (zum Beispiel selektive und geteilte Aufmerksamkeit) umfassten. Basierend auf dem jetzigen Leistungsvermögen gingen sie vorerst von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % aus. Es sei aber durchaus vorstellbar, dass die erwähnte psychiatrisch-psychotherapeutische Betreuung mittelfristig günstigere Voraussetzungen für Arbeitsfähigkeit (und Fahreignung) schaffen könnte. 3. 5

Am 19. Juni 2010 (Urk. 11/21, Urk. 11/14/5-6, Urk. 11/14/11) nannte Dr. J. \_\_\_ als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unklare Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen (differentialdiagnostisch eine frontale Dysfunktion nach einer Commotio cerebri in neurologischer und psychiatrischer Abklärung) seit 3. Juni 2007, chronische Schmerzen im rechten Schulterbereich, ein thorakospondylogenes Syndrom seit Januar 2007 und einen Verdacht auf eine reaktive und larvierte Depression seit 3. Juni 2009 und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vom 3. Juli 2009 bis 14. März 2010 und von 100 %

ab 15. März 2010.

Dr. J. \_\_\_ hielt fest, die Belastung der rechten Schulter und der Brustwirbelsäule sei leicht eingeschränkt. Ferner seien das Konzentrations- und Auffassungsvermögen reduziert. Die bisherige Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht noch zu 50 % zumutbar. Nach dem Unfall im Dezember 2006 habe ab 10. April 2007 wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit und ab 3. Juli 2009 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bis auf weiteres bestanden. Körperlich bestünden nur geringe Einschränkungen, die im bisherigen Beruf auf längere Sicht keine reduzierte Arbeitsfähigkeit bedingen sollten, wenn mittlere und schwere Belastungen vermieden würden, was realisierbar sein könnte. Im Moment bestehe bis zur Besserung der gestörten Konzentration und psychischen Lage eine temporäre Einschränkung. Es sei zu versuchen, den Beschwerdeführer rasch zu integrieren. 3. 6

Im Bericht vom 9. Juli 2010 (Urk. 11/28, vgl. Urk. 11/22/ 1-2, Urk. 11/18/6) hielten Dr. med. M. \_\_\_ , Oberarzt, und Dr. med. N. \_\_\_ , Assistenzarzt, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, L. \_\_\_ , folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Chronifiziertes Cervikovertebralsyndrom rechts sowie Schulter-Arm-Syndrom rechts - einen Verdacht auf rezidivierende Blockwirbelbildung Halswirbelsäule (HWS) und obere Brustwirbelsäule (BWS) - muskuläre Dysbalance mit ausgeprägten Tendomyogelosen im Bereich der humeroskapulären Muskulatur -

Wirbelsäulen-Fehlhaltung bei leicht rechtskonvexer BWS-Skoliose - Magnetresonanz-Arthrographie Schulter rechts 2. Juni 2009; Bursitis, keine Ruptur der Rotatorenmanschette - Ultraschall Juni 2010: Bursitis subacromialis/subdeltoidea - Status nach Skisturz am 30. Dezember 2006 - Commotio cerebri, Gesichtsschädelkontusion rechts, Rippenfraktur Costa 5 ventrolateral rechts - CCT nativ 30. Dezember 2006: normal - Schädel-MRI 15. Februar 2007: normal - neuropsychologische Untersuchung 19. Mai 2010 (USZ): Hirnlokalisation räumlich unspezifisch, von leicht bis schwer reichende kognitive Minderleistungen in fast allen der geprüften Bereiche. Momentan ist die Fahreignung nicht gegeben - Thoracic-outlet-Syndrom beidseits

Die Ärzte der Rheumaklinik führten aus, aus rein rheumatologischer Sicht besteht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit einer aktuellen Limitierung bei Arbeiten oberhalb der Schulterhöhe. Sollte die Beantwortung der Fragen bezüglich der beruflichen Einschränkungen gewünscht sein, dann empfahlen sie ein Arbeitsassessment zur Objektivierung der funktionellen Belastbarkeit. In wie weit eine Arbeitsunfähigkeit aus neurologischer oder psychiatrischer Sicht besteht, könnten sie nicht beurteilen. 3.7

Im psychiatrischen Gutachten vom 7. Dezember 2010 (Urk. 11/32/2-10) zu Händen des Krankentaggeldversicherers nannte Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH, Psychiatrie und Psychotherapie, gestützt auf die psychiatrische Abklärung am 7. September 2010 als Hauptdiagnosen eine leichte kognitive Störung gemäss ICD-10 F06.7 und eine mittelgradige depressive Episode gemäss ICD-10 F32.1

(S. 7). Als Nebendiagnose führte er eine somatoforme Schmerzstörung auf (ICD 10 F45.4; S. 7).

Dr. O.\_\_\_\_ hielt fest (S. 6 Ziff. 3), die neurokognitive Beeinträchtigung verunmöglicht derzeit eine Wiedereingliederung an einem Arbeitsplatz, zum Beispiel im Bereich Installation, Technik, aber auch in einer alternativen Tätigkeit. Die neurokognitive Beeinträchtigung werde verursacht respektive überlagert durch eine depressive Symptomatik, aber auch durch eine zuletzt sich einstellende anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Arbeitsunfähigkeit werde derzeit durch die erwähnte kognitive Beeinträchtigung, aber auch durch die psychische Problematik, ohne dass auf ein hirnorganisches Korrelat hingewiesen werden könne, welches allenfalls unfallbedingt sei, begründet.

Er gehe davon aus (S. 8 f. Ziff. 9), dass ohne Mitwirkung der Invalidenversicherung mit einem geeigneten Arbeitsprogramm eine berufliche Wiedereingliederung derzeit nicht möglich sein werde.

Die neuropsychologischen Funktionsstörungen seien am ehesten durch die psychischen Komorbiditäten im Sinne einer mittelgradigen depressiven Störung und einer andauernden somatoformen Schmerzstörung zu erklären. Ob früher psychische Auffälligkeiten bestanden hätten, sei ihm nicht bekannt. Ausser den belastenden Folgen des Skiunfalls vom 30. Dezember 2006, welche eine ungünstige psychische Entwicklung des Beschwerdeführers begünstigt hätten, gebe es keine Hinweise für das Bestehen psychischer Auffälligkeiten wie zum Beispiel einer Persönlichkeitsstörung, welche vor dem Skiunfall vom 30. Dezember 2006 bestanden haben könnten (S. 9 Ziff 11). 3.8

Die A.\_\_\_\_-Gutachter nannten am 10. Februar 2011 (Urk. 11/34/2-22) nach interdisziplinär-allgemeinmedizinischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (ICD-10

F32.0 ; S. 18 Ziff. 5.1 ). Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit führten sie funktionelle neuropsychologische Störungen (ICD 10 R41.3), einen Status nach einem Skiunfall mit leichter traumatischer Hirnverletzung vom 30. Dezember 2006 (ICD-10 S06.0) und ein panvertebrales Schmerzsyndrom mit multifokalen Schmerzen an den Armen (ICD-10 M53.80 ; S. 18 Ziff. 5.2 ) an.

In ihrer Gesamtbeurteilung hielten sie fest (S. 19 Ziff.

### **E. 3**

) und des Krankentagegeldversicherers (Urk. 11/14, Urk. 11/32) sowie einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 11/15 ) bei und holte Auskünfte der Arbeitgeberin (Urk. 11/1

### **E. 3.1**

3

Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 1. Februar 2013 (Urk. 11/85/1-6, vgl. dazu Urk. 11/86, Urk. 11/27 ) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit kognitive Beeinträchtigungen unklarer Ätiologie (Aufmerksamkeitsfunktion, verbales und visuelles episodisches Gedächtnis, exekutive Funktionen). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), rezipient, bestehend seit mindestens Beginn 2010, wahrscheinlich schon früher aufgrund der anamnestischen Angaben.

Dr. P.\_\_\_\_ hielt fest, dass beim Beschwerdeführer Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bestünden. Weil der Beschwerdeführer schon länger nicht mehr arbeite, könne nicht beurteilt werden, wie sich diese konkret bei der Arbeit auswirkten. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Da in mehreren neuropsychologischen Untersuchungen neuropsychologische Auffälligkeiten erhoben worden und diese gegenwärtig nicht mehr erklärbar seien, solle den Gründen durch andere Fachrichtungen nachgegangen werden (zum Beispiel Neurologie). 3. 14

Am

7.

Februar 2013 (Urk. 11/88/5-8, vgl. dazu auch Urk. 11/33/1-3,

Urk. 11/52/3-4, Urk. 11/89/1-2 ) nannten

Dr. med. V.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr.

med. W.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Rheumaklinik, L.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit : - Chronisches cervicovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente rechts - Beginn nach Unfall vom 30. Dezember 2006 - intermittierend segmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule (limitierte HWS- und BWS [Th4-6]-Rotation rechts) - intermittierende Wirbelsäulen-Fehllage bei leicht rechtskonvexer BWS-Skoliose - MRI HWS 3. Dezember 2010: Diskusdegeneration HWK 5 bis

7

osteo diskal bedingte foraminale Stenose HWK 5/6 links mit Kompression der Radix C6 (klinisch beides nicht relevant) - röntgenologisch regelrechtes Alignment in

HWS-Funktionsaufnahmen (März/2011) - Intermittierende Kribbelparästhesien im Nervus ulnaris Inner vations ge biet rechts mit/bei - durch Druck auf das Schulterblatt rechts respektive Provokation der costovertebralen Lücke ausgelöst - Schwäche Arm rechts (durch Neurologen nicht objektivierbar, Hyper re flexie Ar m links , RPR/BSR) - d ifferentialdiagnostisch im Rahmen degenerativer HWS Verände rungen (siehe Diagnose 1) - ENMG 2011: keine Hinweise für Nervus ulnaris-Reizung - Verlaufs-MRI und neurologische Abschlussbeurteilung ausstehend - Chronisches thorakolumbovertebrales Schmerzsyndrom - Extensions- und Lordosierungsfehlstellung thorakal, lokalisierte HWS/BWS-Über gangskyphosierung - s egmentale Hypo mobilität nach Th6-Th10 links, Th9-L2 rechts, L3/L4 und L4/L5, Konvergenzstörung links - radiologisch keine wesentliche Degeneration (März 2011) - Thorakoscapuläre Dysbalance rechts mit Schulter-/Arm-Syndrom - MR-Arthrographie Schulter rechts 2. Juni 2009; Bursitis, keine Ruptur der Rotatorenmanschette - Ultraschall 2 3. Juni 2010 und 1. März 2011: m ögliche leichte Bursitis sub acromialis/subdeltoidea rechts - ENMG März 2011: Klinisch und elektrophysiologisch keine Hinweise für eine Nervus ulnaris-Reizung - Ultraschall am 2 6. September 2012: ansatznahe kleine Verkalkung der Supra spinatussehne rechts, leichte Bursitis beidseits diskret rechts mehr als links, leichte AC-Gelenksarthrose beidseits - Leicht bis schwer reichende kognitive Minderleistungen - am ehesten im Rahmen der Schmerz-, Depressions- und Fatigue symp tomatik erklärt, bisher kein hirnorganisches Korrelat - neuro psychologisch e Abklärung im Mai 2010: hi r n lokalisatorisch un spe zifische, von leicht bis schwer reichende kognitive Minder leistun gen in fast allen der geprüften Bereiche, deutliche Ver schlechter ung des kognitiven Leistungsvermögens im Vergleich zu November 2007 - aktuelle neuropsychologische Verlaufsbeurteilung ausstehend - Mittelgradig depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syn drom - Status nach Skisturz am 3 0. Dezember 2006 - Commotio cerebri, Gesich t s schädelkontusion rechts, Rippenfraktur Costa 5 ventrolateral rechts - CCT nativ am 3 0. Dezember 2006: normal - Schädel-MRI vom 1 5. Februar 2007: normal

Dr. V.\_\_\_\_ und Dr. W.\_\_\_\_ hielten fest, anlässlich des stationären Aufenthaltes im März 2011 sei für eine leichte bis mittelschwere Arbeit rheumatologisch-the oretisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % festgelegt worden. Anlässlich der letzten Konsultation vom Dezember 2012 hätten sich weiterhin auf die Wirbel säule und die Arme betonte Schmerzen gezeigt, bei denen von einer Beschwer deakkumul ation im Tagesverlauf und somit einer Leistungsminderung von min desten 20 % sowie einer Einschränkung bezüglich Arbeit mit Ge wichten über 10

kg sowie Arbeiten in Zwangspositionen auszugehen sei. Für eine detaillier tere Beurteilung sollte eine Evaluation der funktionellen Leistungs fähigkeit (EFL) durchgeführt werden. Bezüglich Einschränkung der Arbeits fähigkeit aus neuro logischen und psychiatrischen Gründen könnten sie nicht Stellung nehmen. Die muskuloskelettalen Beschwerden seien mit einem regelmässig durch geführten Trainingsprogramm zur Rumpfstabilisation be ein fluss bar. Ob eine volle Leis tungsfähigkeit erreicht werden könne, sei zurzeit nicht beur teilbar.

Aufgrund des komplexen Beschwerdebildes mit aktuell laufender neuro psy cho logischer/neurologischer Abklärung sowie wie derholt psy chi atrischer Be hand lung sei für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit ein inter dis zi plinäres Gutachten zur Berücksichtigung sämtlicher Aspekte notwendig. 4 . 4 . 1

4.1.1

Aus den vorliegenden medizinischen Akten geht hervor, dass bei m Be schwer de führer sowohl somatische als auch psychische Beeinträchtigungen be stehen. Vorwegzuschicken ist, dass f ür die

Frage, ob beziehungsweise inwieweit der Beschwerdeführer

deswegen in seinem Leistungsvermögen eingeschränkt ist, in zeitlicher Hinsicht jedenfalls bis zum Begutachtungszeitpunkt vom 15.

De zember 2010 (Urk. 11/34 S. 1) auf das polydisziplinäre

Gut achten vom 10.

Februar 2011 (E. 3. 8 ) und die ergänzenden Stellung nah me vom 3 1. Januar 2012 (E. 3. 10 ) abgestellt wer den kann , da dieses

den praxisgemässen Anforde rungen an eine beweiskräftige medizinische Ent scheidungsgrundlage entspricht (E.

1. 3 ) :

Das vorliegende Gutachten basiert auf allseiti gen Untersuchungen in internistisch-allgemeinmedizinischer, psychiatrischer und neurologischer Hin sicht, be rück sichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie mit dem Verhalten des Be schwerde führe rs auseinander. Auch wurde es in Kenntnis und in Auseinan dersetzung mit den wesentlichen Vorakten erstattet und leuchtet in der Darlegung der medi zi nischen Zustände und Zusammen hänge ein. D ie Schluss fol gerung, wonach d e r Be schwerdeführer

un ter Berücksichtigung der psy chischen und somatischen Ein schränkungen in seiner bis herigen Tätigkeit als Elektromonteur im Aussendienst wie auch für jede andere körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig ist, ist begründet und nachvollziehbar . 4 . 1. 2

Was das zeitlich frühere Gutachten vom 7. Juli 2009 (E . 3.1) samt Ergänzung vom 1. September 2009 (E. 3.2) von Dr. G.\_\_\_\_

anbelangt ,

so bestätigt dieser die neurologischen Schluss fol gerungen des A.\_\_\_\_ -Gutachtens insofern, als er bereits damals keine strukturellen traumatischen Läsionen in der Bildgebung hat nachweisen können. Dass die kognitiven Schwierigkeiten kaum im Rahmen eines hirnorganischen Korrelates interpretierbar seien, konstatierte auch der Neuropsychologe Dr. K.\_\_\_\_ in seinem Be richt vom 1 9. Mai 2010 (E. 3.4). Sowohl Dr. G.\_\_\_\_ als auch Dr. K.\_\_\_\_ machten aber keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers; ihre Berichte waren insofern für die streitigen Belange nicht umfassend. 4.1.3

Die Ärzte der Rheumaklinik und des Institutes für Physikalische Medizin des L.\_\_\_\_ untermauern zwar di e Beurteilung der A.\_\_\_\_ -Gutachter hinsichtlich der Arbeits fähigkeit aus rheumatologischer Sicht ebenfalls , indem sie eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (mit aktueller Limitierung bei Arbeiten oberhalb der Schulter höhe attestierten (E. 3.6), aber in nicht abschliessender Weise , da sie für die Beantwortung der Fragen bezüglich be ruf licher Einschränkungen zur Objekti vierung der funktionellen Belastbarkeit ein Arbeitsassessment empfahlen .

#### 4.1.4

Bezüglich der vor der Begutachtung durch das A.\_\_\_\_ ergangenen Berichte des behandelnden Dr. J.\_\_\_\_

vom 17. November 2009 (E. 3.3) und 19. Juni 2010 (E. 3.5) ist festzuhalten, dass seine Einschätzung in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge aufgrund der geschilderten diskreten

Befunde nicht nachvollzogen werden kann. Hinzu kommt, dass die im Bericht vom 19.

Juni 2010 gemachten Angaben zur Arbeitsfähigkeit ab Mitte März 2010 widersprüchlich sind.

Dr. J.\_\_\_\_

konnte auch bezüglich neurologischer und psychiatrischer Diagnosen - sie betreffen nicht sein an gesammeltes Fachgebiet als praktizierender Arzt - nur auf weitere Abklärungen verweisen.

Im Übrigen darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten, der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 4.1.5

Was die Beurteilung von Dr. O.\_\_\_\_ (E. 3.7) anbelangt, wonach der Beschwerdeführer vordergründig durch die neurokognitive Beeinträchtigung generell zu 100 % arbeitsunfähig sein soll, ist ebenfalls mit den A.\_\_\_\_-Gutachtern festzuhalten (Urk. 11/34/2-22 S. 14 Ziff. 4.1.10), dass insbesondere die Diagnose einer leichten kognitiven Störung gemäss ICD-10 F06.7, welche Kategorie Krankheitsbilder erfasst, die ursächlich mit einer Hirnfunktionsstörung im Zusammenhang stehen, bei vorliegend fehlendem somatischem Korrelat nicht überzeugt.

Zusammenfassend vermögen die oben erwähnten Berichte die Beurteilung der A.\_\_\_\_-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen. 4.2.2.1

Zu prüfen gilt weiter, ob die medizinische Situation des Beschwerdeführers nach der Begutachtung bis zum Erlass der Verfügung am 30. April 2013 gleich geblieben ist beziehungsweise ob die nachher ergangenen Berichte an der Beurteilung durch die A.\_\_\_\_-Gutachter etwas zu ändern vermögen:

#### 4.2.2

Was die Berichte der Fachpersonen des E.\_\_\_\_ (E. 3.9, E. 3.11, vgl. dazu auch Urk. 11/85/8-12) anbelangt, so überzeugen die darin gezogenen Schlussfolgerungen nicht und sind in sich widersprüchlich.

Mit den A.\_\_\_\_ Gutachtern (E. 3.10) ist nämlich davon auszugehen, dass eine psychosomatische Störung allein aufgrund von neuropsychologischen Tests nicht diagnostiziert werden kann, und auch in den von den

Fachpersonen des E.\_\_\_\_

erwähnten Diagnosen ist keine psychosomatische Diagnose aufgeführt worden, obwohl sie das Auftreten von Persönlichkeitsstörungen und Konfabulationen sowie das im Alltag oft beobachtete leicht enthemmte Verhalten „am ehesten“

mit einer Beeinträchtigung der exekutiven Hirnfunktion vereinbar seien. Ferner passt der psychopathologische Befund (Urk. 11/85/8-12 S. 4, vgl. dazu auch E.

### **E. 3.8**

und 3.10) Kenntnis hatten, ist zu bezweifeln,

kann dem Bericht doch kein Hinweis darauf bzw. keine Auseinandersetzung damit entnommen werden, was angesichts der Sachlage aber erwartet werden müsste. 4.2.5

Schliesslich vermag auch der Bericht vom 1. Februar 2013 (E. 3.13) nichts an der Einschätzung durch die A.\_\_\_\_-Gutachter zu ändern, konnte doch

selbst der behandelnde Dr. P.\_\_\_\_

aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit konstatieren; die depressive Störung erachtete er als voll ständig remittiert. Deshalb hätten auch die eingesetzten Antidepressiva ausgeschlichen werden können. Jedenfalls finden sich in diesem Bericht keine Hinweise dafür, dass sich die gesundheitliche Situation im Vergleich zum A.\_\_\_\_-Gutachten verschlechtert haben sollte. 4.3

#### 4.3.1

Der Beschwerdeführer machte geltend (Urk. 1 S. 7),

seine Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Beschwerden im Nacken und Schultern mit Ausstrahlungen in den rechten Arm in rheumatologischer Hinsicht mehr eingeschränkt als im Gutachten angenommen und verwies auf den Bericht der Ärzte der Rheumaklinik am Institut für physikalische Medizin des L.\_\_\_\_ vom 9. Juli 2010, wonach Arbeiten über Schulterhöhe nicht mehr zumutbar seien.

Als Elektromonteur müsse er nämlich oft Arbeiten über Schulterhöhe ausführen. In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist festzuhalten, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten Druckschmerzen und die Sensibilitätsstörungen an der rechten Hand keinem organisch-pathologischen Korrelat haben zugeordnet werden können (Urk. 11/34/22

S. 19 Ziff. 6.2); objektivierbare Zeichen einer peripher-neuronalen Läsion oder einer radikulären Ursache hatten sich nicht finden lassen (S. 17 Ziff. 4.2.4). Aufgrund der gemachten Befunde ist auch hier die Beurteilung der A.\_\_\_\_-Gutachter nicht zu beanstanden, berücksichtigten sie doch die geklagten Arm- und Schulterbeschwerden in ihrer Beurteilung, taxierten die darauf basierenden Diagnose eines panvertebralen Schmerzsyndroms mit multifokalen Schmerzen an den Armen aber als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. 4.3.2

Soweit der Beschwerdeführer vorbrachte (Urk. 1 S. 7 f.), mit Ausnahme der A.\_\_\_\_ Gutachter

seien sämtliche behandelnde und begutachtende Ärzte davon ausgegangen, dass er vorab aufgrund der bei ihm vorhandenen neuropsychologischen Beeinträchtigungen in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und ihm dementsprechend auch von Dr. K.\_\_\_\_ des L.\_\_\_\_ im Bericht vom 10. März 2010 die

Fahreignung abgesprochen worden sei, ist festzuhalten, dass gemäss

A.\_\_\_\_-Gutachter die angegebenen neuro psychologischen Einschränkungen keinem organischen somatischen Korrelat zugeordnet werden konnten und die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen demgemäss als funktionell und ohne klinische Relevanz einzustufen waren (Urk. 11/34/2-22 S. 19 f. Ziff. 6.4) . Ferner wiesen diese auch darauf hin, dass anlässlich der psychiatrischen Untersuchung deutliche Inkonsistenzen festgestellt wurden . 4 . 3 . 3

Der Beschwerdeführer macht weiter geltend (Urk. 1 S. 11) , dass der Sachverhalt auch in psychiatrischer Hinsicht nur ungenügend abgeklärt worden sei. Insbesondere monierte er, dass aus dem A.\_\_\_\_ -Gutachten unter dem Titel psychiatrische Beurteilung hervorgehe, dass die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen aus neurologischer Sicht zu beurteilen seien, im Rahmen dieser

Beurteilung aber dann festgestellt worden sei , dass sie nicht organisch begründet seien, weshalb

erneut die Frage zu beantworten gewesen wäre , ob sie also nicht doch im psychiatrischen Kontext, sprich im Rahmen der depressiven Erkrankung, zu berücksichtigen gewesen wären.

In Bezug auf diesen Kritikpunkt ist anzuführen , dass der Umstand, dass

die kognitiven Einschränkungen in der neuro psychologischen Testung am L.\_\_\_\_ im Jahr 2010 als hirnlokal unspezifisch beurteilt worden sind ,

für die A.\_\_\_\_ -Gutachter aus psychiatrischer Sicht (Urk. 11/34/2 22 S. 14 f. Ziff. 4.1.8) ein Hinweis dafür war , dass diese durch Konzentrationsstörungen im Rahmen der Depression bedingt sein könnten und zusätzlich subjektiv verstärkt würden, worauf wiederum die erwähnten Inkonsistenzen hingewiesen hätten. Mit der attestierten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % aus psychiatrischer Sicht wurden diese in der Folge angemessen berücksichtigt . 4 . 3 . 4

Schliesslich kann der Beschwerdeführer auch aus den ins Recht gelegten Berichten vom 23. Mai 2012 ( Urk. 11/68/1-3 ) und 28. August 2013 ( Urk. 15/3 ) nichts zu seinen Gunsten ableiten, da es sich dabei nicht um Beurteilungen von medizinischen

Fachpersonen handelt . 4 . 4

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass auf das A.\_\_\_\_ -Gutachten abzustellen und der medizinische Sachverhalt als dahingehend er stellt zu betrachten ist, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Elektromonteur im Aussendienst wie auch für jede andere körperlich leichte und mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist.

Weitere medizinische Abklärungen, wie sie vom Beschwerdeführer beantragt wurden, sind bei dieser Sachlage nicht angezeigt. 5 .

Was die erwerbliche Seite angeht, so besteht bei einer Arbeitsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit als Elektromonteur sowie in angepasster Tätigkeit kein Anspruch auf eine Invalidenrente.

Da sowohl für die Ermittlung des Validen - als auch des Invalideneinkommens die selben Tabellenlöhne heran zuziehen sind, entspricht der Invaliditätsgrad mithin der

eingeschränkten Leistungsfähigkeit von 20 %. 6 .

Die angefochtene Verfügung erweist sich somit als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 7.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zu legen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 1'000.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, werden

jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen (Urk. 12). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf §

### **E. 3.11**

) nicht zur genannten Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Hinzu kommt, dass dem Bericht vom 19. Oktober 2011 (E.

3.9) ebenfalls keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu entnehmen ist, hielten die Fachpersonen des E.\_\_\_\_ einzig eine unter der durch die A.\_\_\_\_ Gutachter attestierte Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % fest. Bezüglich der genannten Diagnose einer anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung

ist ferner anzumerken, dass diese rechtsprechungsgemäss grundsätzlich als überwindbar gilt und eine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit vorliegend nicht gegeben wäre (zum Ganzen siehe etwa BGE 130 V 352, BGE 131 V 49 E.

1.2, BGE 139 V 547 E. 3 ff.) .

Bemerkenswerterweise konstatierten die selben Fachpersonen im Bericht vom 19.

Oktober 2011 (E. 3.9) auch, dass eine Aggravation der neuropsychologischen kognitiven Einschränkungen nicht auszuschliessen, wenngleich aber eher unwahrscheinlich sei. 4 . 2 . 3

Bezüglich der neuropsychologischen Testungen (E. 3. 12, vgl. dazu auch 3. 11 ) ist generell anzufügen, dass diese die gutachterlichen Bemühungen nicht zu ersetzen vermögen, sondern einzig einen Zusatzbefund darstellen, der in die (gerichtliche) Gesamtbeurteilung einzubeziehen ist. Generell kann einem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration nämlich nur ergänzende Funktion beigemessen werden; ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomenfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_44/2007 vom 7. April 2008 E. 3.2 mit Hinweisen). Im Übrigen hält der Bericht vom 24. Januar 2013 (E. 3.12) ebenfalls fest, dass die Defizite insgesamt hirnkortikalisches unspezifisch seien, so dass ein zugrunde liegendes strukturelles Korrelat unwahrscheinlich sei und sich auf der Magnetresonanztomographie des Schädels vom 15. Februar 2007 ein unauffälliger Befund gezeigt habe.

#### 4 . 2 . 4

Auch

der - neueste, in den Akten liegende - Bericht vom 7. Februar 2013 (E. 3.14) der Ärzte der Rheumaklinik des L.\_\_\_\_ vermag an der Beurteilung de r

A.\_\_\_\_ -Gutachter nichts zu ändern, da sie ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht in abschliessender Weise ab gaben , empfahlen

sie doch für eine detaillier tere Beurteilung eine

EFL und für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit ein inter dis zi plinäres Gutachten . Dass sie vom A.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1 0. Februar 2011 und der ergänzenden Stellungnahme vom 3 1. Januar 2012 (oben E.

#### **E. 6**

) sowie medizinische Berichte (Urk.

#### **E. 6.2**

ff.), der Be schwerde führer habe an läss lich der Untersuchungen verschiedene, etwas diffus geschil derte körperliche Be schwerden angegeben, welche seit dem Unfall vom 3 0. Februar (richtig: Dezember) 2006 bestünden. Im Vordergrund der Beschwer den seien aber die Kon zentrationsfähigkeit und Vergesslichkeit gestanden. In der neuro logischen Unter suchung hätten im Neuro status keine pathologischen Be funde er hoben wer den können. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Druck schmerzen und die Sensibilitätsstörung an der rechten Hand entsprächen nicht einem organisch-pathologischen Kor relat. Die neuropsychologischen Ein schränkungen seien diffus gewesen. Die bei den früheren neuro psy cholo gischen Unter suchungen festgestellten Defizite könnten bei unauffälligen MRI-Befunden organisch nicht erklärt werden. Auch die Verschlechterung der neurologischen Be funde zwischen 2007 und 2010 sowie die kognitive Minderleistung in fast allen geprüften Bereichen sprächen gegen eine hirnorganische Ursache. Aus neuro logischer Sicht sei der Be schwerde führer in der Arbeitsfähigkeit für die ange stammte Tätigkeit wie auch für eine andere körperlich leichte bis mittel schwere, wechselbelastende Tätigkeit nicht eingeschränkt.

Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. Die Konzentrations- und Gedächtnisstörungen seien bei der psychiatrischen Untersuchung auch aufgefallen, seien aber nicht in allen Bereichen konstant vorhanden gewesen. Aufgrund der leichten depressiven Symptomatik sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht um 20 % eingeschränkt.

Im internistischen Status hätten keine weiteren pathologischen Befunde erhoben werden können. Aus internistischer und anderweitiger somatischer Sicht sei die Arbeits fähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt.

Aus polydisziplinärer Sicht sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätig keit als Elektromonteur im Aussendienst wie auch für jede andere körper lich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 80 % arbeits- und leistungsfähig, in e inem ganztägigen Pensum .

Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen ihrer Feststellungen durch das psychische Leiden könne ab Behandlungsbeginn beim Psychiater Dr. P.\_\_\_\_ im Juni 2010

bestätigt werden (S. 19 Ziff. 6.3).

Zusammenfassend sei der Beschwerdeführer für die angestammte Tätigkeit als Elektromonteur im Aussendienst wie auch für eine andere körperlich leichte bis mit tel schwere, wechselbelastende Tätigkeit bei vollschichtiger Präsenz zu 80 % arbeits- und leistungsfähig (S. 21 Ziff. 6.8). 3. 9

Im Bericht vom 19. Oktober 2011 (Urk. 11/52 /1-2; teilstationäre psychiatrische Behandlung vom 9. Mai bis 26. August 2011 , vgl. dazu auch Austrittsbericht vom 21. Oktober 2011 , Urk. 11/85/8-12 ) führten lic. phil. C.\_\_\_\_

und Dr.

D.\_\_\_\_ , E.\_\_\_\_ , aus, sie seien mit den im A.\_\_\_\_ Gutachten gestellten Diagnosen nicht einverstanden. Entgegen der Einschätzung der A.\_\_\_\_ -Gutachter sähen sie die Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht unter den von den A.\_\_\_\_ -Gutachtern angenommenen 80

%. Während des teilstationären Aufenthaltes hätten sich deutliche kognitive Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeit, des verbalen und visuellen episodischen Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen gezeigt. Aufgrund dieser Einschränkungen habe sich teilweise ein kontinuierliches Arbeiten an verschiedenen Themen als schwierig erwiesen. Zudem habe sich der Beschwerdeführer beispielsweise bei raschem Sprechtempo relativ schnell überfordert. Die klare Tagesstrukturierung sowie die in einem therapeutischen Setting vorhandene Geduld hätten dem Beschwerdeführer im Umgang mit diesen Einschränkungen geholfen. Auch habe er seine kognitive Leistungsfähigkeit leicht verbessern können. In einem Umfeld, in dem eine rasche Aufgabensgabe sowie soziale Fertigkeiten und eine hohe Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit gefordert seien, wäre der Beschwerdeführer deutlich überfordert, was mit einer erneuten Verschlechterung seiner psychischen Befindlichkeit einhergehen könnte. Das Auftreten von Perseverationen und Konfabulationen in verschiedenen Tests der neuropsychologischen Testung sowie das im tagesklinischen Alltag beobachtete, leicht enthemmte Verhalten des Beschwerdeführers, seien am ehesten mit einer Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen (Frontalhirnfunktionen) vereinbar. Das neuropsychologische Ausfallprofil sei mit der Comotio cerebri vom 30.

Dezember 2006, der Schmerzsymptomatik und der Depression gut vereinbar, allein durch die psychiatrische Erkrankung wären die kognitiven Beeinträchtigungen nicht erklärbar. Eine Aggravation der neuropsychologischen kognitiven Einschränkungen sei allerdings nicht auszuschließen, wenngleich eher unwahrscheinlich. 3. 10

Mit Stellungnahme vom 31. Januar 2012 (Urk. 11/56) führten Dr. med. Q.\_\_\_\_ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. R.\_\_\_\_ , Ärztliche Leitung, des A.\_\_\_\_ , bezüglich des fachärztlichen Berichtes des E.\_\_\_\_ aus, in diesem Bericht sei implizit darauf hingewiesen worden, dass eine Symptomvalidierung nicht durchgeführt worden sei. Aufgrund der durchgeführten neuropsychologischen Tests könne eine psychoorganische Störung nicht diagnostiziert werden. Entsprechend finde sich in diesem Bericht auch keine solche psychoorganische Diagnose. Im A.\_\_\_\_ -Gutachten sei insbesondere auch darauf hingewiesen worden, dass ohne das Vorliegen eines somatischen Korrelates die Diagnose einer psychoorganischen Störung nicht gestellt werden könne. Leider finde sich auch keine psychopathologische Befunderhebung, so dass nicht beurteilt werden könne, ob die

Diagnose einer mittel gradigen depressiven Episode zutreffen. Im A.\_\_\_\_ -Gutachten sei eine leichte depressive Episode aufgeführt und es sei auch begründet worden, warum damals diese Diagnose habe gestellt werden müssen. Ebenfalls sei begründet worden, warum die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht habe gestellt werden können. Ob sich zwischenzeitlich die Symptomatik zu einer mittelgradigen depressiven Episode verschlechtert habe, könne auf grund des vorliegenden Berichtes nicht mit Sicherheit gesagt werden. Der Bericht des E.\_\_\_\_ könne somit das A.\_\_\_\_ -Gutachten nicht widerlegen; an diesem sei auch weiterhin fest zuhalten. 3. 1 1

Am

8. Juni 2012 (Urk. 3=Urk. 11/65) führten lic. phil. C.\_\_\_\_

und Dr.

D.\_\_\_\_

erneut aus, bei der neuropsychologischen Testung hätten sich kognitive Beeinträchtigungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen des verbalen und visuellen episodischen Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen finden lassen. Das Auftreten von Perseverationen und Konfabulationen in verschiedenen Tests sowie das in der Tagesklinik beobachtete leicht enthemmte Verhalten seien ebenfalls am ehesten mit einer Beeinträchtigung der exekutiven Funktionen (Frontalhirnfunktion) vereinbar.

Hinsichtlich des psychopathologischen Befundes der genannten Diagnose einer mittel gradigen depressiven Episode hielten sie fest, der Beschwerdeführer habe während des teilstationären Aufenthaltes beziehungsweise bei der Aufnahme unter starken Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie aufgrund der kognitiven Einschränkungen unter Durchschlafstörungen gelitten. Weiter habe er unter einem geringen Selbstwertgefühl, ebenfalls aufgrund der Konzentrations- und Aufmerksamkeits- sowie Gedächtnisstörungen, die ihm das Gefühl gegeben hätten, weniger wert zu sein, gelitten. Aufgrund der Trennung von seiner derzeitigen Ehefrau habe er jedenfalls unter einem verminderten Selbstwertgefühl gelitten. Dazu kämen eine depressive Stimmungslage mit Ratlosigkeit und dysphorischer Stimmung. Teilweise sei der Beschwerdeführer auch klagsam. Es bestehe auch eine Grübelneigung. Der Beschwerdeführer leide unter einer stark erhöhten Ermüdbarkeit bei nur geringer Anstrengung sowie unter Antriebslosigkeit. Aufgrund dieser genannten Symptome bestünden Einschränkungen in der Belastungs- sowie Leistungsfähigkeit.

Im A.\_\_\_\_ -Gutachten habe keine Begründung für das Nichtvorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung erkannt werden können. Der Beschwerdeführer leide seit dem Skiunfall unter andauernden schweren und quälenden Schmerzen, womit das Zeitkriterium von sechs Monaten erfüllt wäre. Eine starke emotionale Belastung bestehe aufgrund der schweren Konflikte in der Familie bezüglich der Rollenaufteilung sowie aufgrund der Integration in der Schweiz. Zudem bestünden Konflikte mit der Ehefrau sowie mit den Töchtern bezüglich der Erziehung der nicht leiblichen Töchter, die eine grosse Belastung darstellten. Auch sei die finanzielle Situation bereits vor dem Unfall schwierig gewesen, unter anderem aufgrund von Integration und Ausbildung beziehungsweise Arbeitslosigkeit der beiden Töchter. Im Jahr 2007 habe dann der Skiunfall stattgefunden, danach hätten die Konflikte zuhause beziehungsweise in der Familie stetig zugenommen. Die Kriterien für die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien

erfüllt. 3. 1 2

Dr. med. S.\_\_\_\_, Oberarzt, und pract. med. T.\_\_\_\_, Assistenzärztin, sowie Dr.

ph il. U.\_\_\_\_, Neuropsychologin, L.\_\_\_\_, Klinik für Neurologie, hielten im Bericht vom 24. Januar 2013 (Urk. 15/2 =Urk. 11/89/3-6) folgende Diagnosen fest: - Persistierende kognitive Defizite seit Commotio am 30. Dezember 2006 - cMRI vom 24. August 2012: regelrechte Rinden-Mark-Differenzierung, kein Hinweis auf Blutung, Ischämie, Raumforderungen, bekannte Nebenbefunde und einer Teleangiektasie paramedian links in der Basis der Pons ohne Nachweis einer Dynamik im Verlauf seit 2007 - Intermittierende Kribbelparästhesien im Nervus ulnaris Innervation gebietet durch Druck auf das Schulterblatt rechts ausgelöst sowie subjektive Schwäche des rechten Armes - am ehesten somatoform, Differentialdiagnose: Im Rahmen degenerativer HWS-Veränderungen (siehe Diagnose 3) - ENMG 2011: keine Hinweise für eine Nervus ulnaris-Reizung - Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente rechts - Beginn nach dem Unfall vom 30. Dezember 2006 - intermittierend segmentale Dysfunktion HWS (Limitierte HWS- und BWS [Th4-6]-Rotation rechts) - intermittierende Wirbelsäulen-Fehlhaltung bei leicht rechtskonvexer BWS-Skoliose - MRI HWS 3. Dezember 2010: Diskusdegeneration HWK 5 bis 7, Osteodiskal bedingte foraminale Stenose HWK 5/6 links mit Kompression der Radix C6 (klinisch beides nicht relevant) - radiologisch regelrechtes Alignment in HWS-Funktionsaufnahmen (März 2011) - Mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom

In ihrer Beurteilung führten die Fachpersonen aus, es hätten sich kognitive Minderleistungen in nahezu allen geprüften Bereichen, insbesondere im Bereich der Aufmerksamkeits-, Exekutiv- und mnestischen Funktionen gezeigt. Auch beim Sprechen und Lesen seien Schwierigkeiten ersichtlich, wobei unklar bleibe, welche Rolle die Fremdsprachigkeit dabei spiele. Die Wahrnehmungs- und Handlungsfunktionen seien normal. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom 19. Mai 2010 sei eine weitere Verschlechterung der kognitiven Leistungen vermögens in den meisten Bereichen feststellbar. Einzig bezüglich der verbal-episodischen Gedächtnisfunktion und der Fehleranfälligkeit bei den Aufgaben zur selektiven Aufmerksamkeit seien leichte Verbesserungen erkennbar. Die Defizite seien insgesamt hirnlokalisatorisch unspezifisch, sodass ein zugrundeliegendes strukturelles Korrelat unwahrscheinlich sei. Entsprechend zeige sich im Schädel-MRI vom 15. Februar 2007 ein unauffälliger Befund. Die kognitiven Defizite seien überwiegend Folge einer psychiatrischen Ursache sowie der Schmerzsymptomatik, welche entgegen der subjektiven Einschätzung des Beschwerdeführers im Hinblick auf den gedrückten Affekt, das deutlich reduzierte Selbstwertgefühl verbunden mit inneren Konflikten und die erschwerte soziale Interaktion, nicht überwunden erscheine.

#### **E. 11**

/ 18, Urk. 11/21, Urk. 11/26-28)

ein. Sodann ordnete die IV-Stelle eine medizinische Abklärung durch die MEDAS A.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_, an (polydisziplinäres Gutachten vom 10. Februar 2011, Urk. 11/34).

Mit Vorbescheid vom

#### **E. 16**

Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsdienst Integration Handicap - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen - Pensionskasse Y.\_\_\_\_ AG 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Die Gerichtsschreiberin Gräub-Dietrich

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