

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00990 vom 22. Januar 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-01-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00990

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00990 du 22 janvier 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00990 del 22 gennaio 2015

Erwägungen

E. 1

/

E. 2

) . Zuletzt war er vom 1.

Oktober 2006 bis 31. Januar 2011 (letzter effektiver Arbeitstag: 12. Mai 2010) für die Firma Y.____ als Geschäftsführer Central Europe und Delegierter des Verwaltungsrates tätig (Urk.

8/18/1-2).

Der Versicherte meldete sich am 25. Oktober 2010 unter Hinweis auf gesundheitliche Beeinträchtigungen aufgrund eines am 12. Mai 2010 erlittenen Schlaganfalls bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Rente) an (Urk. 8/6, Urk. 8/12). Die IV-Stelle tätigte Abklärungen in beruflich-erwerblicher sowie medizinischer Hinsicht und

teilte dem Versicherten am 6. Juni 2012 mit, dass zur Klärung der Leistungsansprüche eine polydisziplinäre (internistische, psychiatrische, neuropsychologische, neurologische und rheumatologische) Abklärung notwendig sei (Urk. 8/62). Die Begutachtung fand am 24./26. September 2012 im

Institut Z.____ statt . Am

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 2.2

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

E. 2.3

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 anzu geben, 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.). 3.

E. 3

Dezember 2012 erstattete das Institut Z.____ sein Gutachten (Urk. 8/87). Mit Vorbescheid vom 14. Dezember 2012 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk.

8/91). Dagegen erhob dieser am 19. Dezember 2012 Einwand (Urk. 8/92), mit Einwandbegründung vom 6. Februar 2013 [Urk. 8/96] und unter Auflage von Stellungnahmen von behandelnden und untersuchenden Ärzten [Urk.

8/99, Urk.

8/104, Urk.

8/107, Urk. 8/115]). Die IV-Stelle holte die Stellungnahme der Z.____-Gutachter vom 3. Juni 2013 (Urk. 8/109) ein.

Nach der Prüfung des Einwands verfügte sie am 2. Oktober 2013 wie vorbeschrieben die Abweisung des Leistungsbegehrens (Urk. 2). 2.

Dagegen erhob X.____ am 31. Oktober 2013 Beschwerde und beantragte, in Aufhebung der angefochtenen Verfügung vom 2. Oktober 2013 seien ihm die gesetzlichen Leistungen gemäss dem Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), insbesondere Eingliederungsmassnahmen, und mit Wirkung ab 1. Mai 2011 eine ganze IV-Rente zuzusprechen. Eventualiter seien die notwendigen medizinischen Abklärungsmassnahmen zu veranlassen. In prozessualer Hinsicht beantragte er, dass ihm Gelegenheit zur Replik zu geben sei (Urk. 1 S. 2). Mit Beschwerdeantwort vom 6. Dezember 2013 beantragte die Beschwerdegegnerin Abweisung der Beschwerde (Urk. 7, unter Beilage ihrer Akten [Urk. 8/1-133]).

Mit Verfügung vom 9. Dezember 2014 wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Durchführung eines zweiten Schriftenwechsels abgewiesen und ihm die Beschwerdeantwort zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 9). Mit Eingabe vom 31. Dezember 2013 (Urk. 11) reichte der Beschwerdeführer das neuropsychologische Gutachten von Dr. phil. A.____ vom 18. Dezember 2013 (Urk. 12) ein. Die Beschwerdegegnerin erklärte mit Eingabe vom 29. Januar 2014 Verzicht auf Stellungnahme dazu (Urk. 1

E. 3.1.1

Am Z.____ -Gutachten vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/87) waren die

Dres . med. B.____ , FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung, E. F.____ , Fachärztin für Rheumatologie, C.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, D.____ , Facharzt für Neurologie, und lic . phil. E.____ , Psychologe/Neuropsychologin , beteiligt (Urk. 8/87/31). Gestützt auf die von der Beschwerdeführerin zur Verfügung gestellten Akten (vgl. Urk. 8/87/2-6) und

alle gemeininternistische , psychiatrische, rheumatologische, neurologische und neuropsychologische Untersuchungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/87/6- 26) sowie die Schlussfolgerungen des interdisziplinären Konsensus (vgl. Urk. 8/87/27-30) stellten die Z.____ -Gutachter die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/87/27) : - Zustand nach kleinem zerebellärem Insult 2010 (ICD-10: I63) [möglicher migräneassoziiertes Insult im vertebro-basilärem Stromgebiet links – PICA-Infarkt] - Funktions- und Belastungsdefizit rechtes Kniegelenk (ICD-10: M23.51) mit/bei: - Status nach komplexer Knieinnenverletzung rechts mit Ruptur des vorderen Kreuzbandes, Zerrung des medianen Seitenbandes und Läsion des lateralen Meniskus bei Motorradunfall am 22. August 2011 - Status nach partieller Menisektomie lateral rechts am 26. August 2011 - Belastungsdefizit linkes Kniegelenk (ICD-10: M25.56) - Coxarthrose I. Grades beidseits (ICD-10: M16) - Status nach Nukleotomie und Spondylodesenoperation ventral C5-C7 am 6. Juni 2000 (ICD-10: M43.22) bei leicht eingeschränkter Halswirbelsäule (HWS)-Beweglichkeit ohne Hinweise für radikuläre Symptomatik

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezeichneten die Z.____ -Gutachter (Urk. 8/87/27): - Migräne (ICD-10: G43), bekannt seit 1994 - anamnestisch arterielle Hypertonie (ICD-10: I10) - fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10: F17.1) - Hyperlipidämie gemäss Unterlagen (ICD-10: E78.0) - intermittierende Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie (ICD-10: R55) - Status nach arthroskopischer Refixation des kranialen Limbus, vordere Akromioplastik und Resektion des AC-Gelenkes rechte Schulter am 15.

Juni 2000 (ICD-10: M75.9) - generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10: R52.9) - Status nach mittelgradiger depressiver Episode (ICD-10: F32.1)

E. 3.1.2

Die Z.____ -Gutachter hielten fest , dass aufgrund der allgemeininternistischen Diagnosen weder aktuell noch zu einem früheren Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne (Urk. 8/87/8).

E. 3.1.3

Der Beurteilung des psychiatrischen Z.____ -Gutachters Dr. C.____ ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer im Frühjahr 2011 stationär psychiatrisch behandelt worden sei und sich seither in ambulanter psychiatrischer Behandlung befinde (Urk. 8/87/12-13). Es würden regelmässig Gespräche stattfinden, eine eigentliche antidepressive Therapie werde jedoch nicht mehr durchgeführt (Urk. 8/87/13). Eigentliche Hinweise für kognitive Einschränkungen hätten sich nicht gefunden. Die im Mai 2011 vorhanden gewesene Depression, die zur stationären Behandlung geführt habe, habe sich weitgehendst zurückgebildet. Zum jetzigen Zeitpunkt seien keine eigentlichen depressiven Symptome mehr vorhanden . Abgesehen von einer Arbeitsunfähigkeit während dem Klinikaufenthalt

könne rückwirkend keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (Urk. 8/87/13).

E. 3.1.4

Die rheumatologische Z.____ -Gutachterin

Dr. F.____ führte aus, dass sich für die vom Beschwerdeführer von Seiten des Bewegungsapparates angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur zum Teil ein entsprechendes morphologisches Korrelat finden lasse. Der Beschwerdeführer sei zu 100

% arbeitsfähig für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulen belastenden Zwangshaltungen, ohne häufige Überkopfarbeiten, ohne Tätigkeiten in kniender oder hockender Haltung, ohne ausschliessliche Geh- und Stehbelastung, ohne häufiges Begehen von Treppen, nicht auf unebenem Grund und nicht auf Leitern und Gerüsten. Die bis anhin ausgeübte Tätigkeit eines Geschäftsführers entspreche dem zumutbaren Leistungsprofil und sei dem Beschwerdeführer aus Sicht des Bewegungsapparates vollschichtig zumutbar (Urk. 8/87/18). Mittel schwere und kniegelenksbelastende Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer aufgrund der nicht operativ versorgten vorderen Kreuzbandruptur mit konsekutiver Instabilität des rechten Kniegelenks

seit August 2011 (Motorradunfall) nicht mehr zumutbar (Urk. 8/87/19).

E. 3.1.5

In der neurologischen Beurteilung wird festgehalten, der Beschwerdeführer falle in der aktuellen Untersuchung durch seine betonte Langsamkeit und weit schweifige Beschwerdeschilderung auf. In objektiver Hinsicht sei der neurologische Status unauffällig. Betreffend die geklagten kognitiven Einschränkungen würden sich deutliche Inkonsistenzen ergeben, und das geschilderte Ausmass der geklagten Einschränkungen sei wenig plausibel, wenn der Beschwerdeführer zum Beispiel am Strassenverkehr teilnehme und problemlos die geografischen Besonderheiten seines Wohnortes schildern könne. Weiterhin seien diese Klagen abzugrenzen von einer wahrscheinlich mitbestehenden Symptomausweitung (Urk. 8/87/21).

E. 3.1.6

Das neuropsychologische Testprofil zeigte gemäss Z.____ -Gutachter lic. phil. E.____

einen im Bereich der Intelligenz lediglich durchschnittlich leistungsfähigen Beschwerdeführer. Die Kopfrechenfähigkeit sei durchschnittlich und die Merkfähigkeit für Zahlen im Arbeitsgedächtnis sehr deutlich unterdurchschnittlich. Die gesamte Leistung sei für einen Absolventen der technischen Hochschule G.____ und der Hochschule H.____ sehr abfallend. Sämtliche Resultate seien ausser in den Bereichen Wortfluenz, Figuralfluenz, planbares Vorgehen und logisches Denken sehr deutlich unterdurchschnittlich. Für das Zustandekommen eines derart schlechten neuropsychologischen Resultatprofils könne nur eine multifaktorielle Erklärung herangezogen werden. Neurologische Phänomene alleine seien für die Entstehung eines solchen Bildes äusserst unwahrscheinlich. Im Weiteren zeige das Testprofil starke Verdeutlichungstendenzen. Zum Beispiel sei ein zweiter Test zur Geteilten Aufmerksamkeit deutlich besser ausgefallen als ein erster, nach dem der Beschwerdeführer mit der Tatsache konfrontiert worden sei, dass mit einem Resultat, wie das die erste Prüfung zeigte, Autofahren nicht möglich wäre. Wegen den Inkonsistenzen im neurologischen Testprofil könne die Arbeitsfähigkeit aus

neuropsychologischer Sicht nicht beurteilt werden (Urk. 8/87/26).

E. 3.1.7

In ihrer Gesamtbeurteilung führten die Z.____-Gutachter zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus , dass aus neurologischer Sicht der Zustand nach kleinem zerebellären Insult 2010 die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers beeinflusse. Für die angestammte Tätigkeit, ebenso wie für jede andere geistig sehr an spruchsvolle Tätigkeit, sei die Leistungsfähigkeit dahingehend eingeschränkt, dass bei vollzeitiger Präsenz nur eine c a. 80%ige Leistung erwartet werden könne. Für übliche Büroarbeiten und für alle übrigen Tätigkeiten bestehe aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht bestehe ein e uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Lediglich für körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten be stehe aufgrund der Diagnosen im Bereich beider Kniegelenke, beider Hüft ge lenke und bei Zustand nach Rückenoperationen eine Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer und allgemein internistischer Sicht bestehe keine Arbeitsun fähigkeit (Urk. 8/87/28). Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 80 % in der angestammten Tätigkeit festgestellt werden (Urk. 8/87/28). Diese Einschätzung gelte mit Sicherheit ab dem Zeitpunkt der Untersuchung im Institut Z.____ im September 201 2. Eine Einschrän kung im erwähnten Ausmass könne ab dem fraglichen ischämischen Ereignis 2010 angenommen werden (Urk. 8/87/29).

E. 3.2

Die Ärztinnen der Klinik I.____ berichteten am 2 1 . Mai 2013, dass beim Beschwerdeführer seit dem 1 5. Februar 2013 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig, diagnostiziert worden sei (Urk. 8/107/2).

Er sei im ersten Arbeitsmarkt, insbesondere in seiner angestammten Tätigkeit als CEO und Geschäftsführer, zu 70 % arbeitsunfähig (Urk. 8/107/3).

E. 3.3

Gemäss Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 2 6. August 2013, wo sich der Beschwerdeführer vom 2 2. Juli bis 1 8. August 2013 zur Rehabili ta tion aufgehalten hat te (Urk. 8/122/5), ha t sich bei diesem im Rahmen der soma tischen Vorerkrankungen eine erneute Exazerbation der psychophysischen Er schöpfung entwickelt. Zudem seien Belastungssituationen im familiären Umfeld sowie unklare/fehlende Perspektiven zu erwähnen, die zu Unruhe, An spannung, Ängsten und zu einem unterstützungsbedürftigen Körpervertrauen beitragen dürften (Urk. 8/122/7). Die

Ärzte der Klinik J.____ schrieben am 3. September 2013, dass berufliche Massnahmen aufgrund des ausgeprägten Leidensdrucks kaum durchführbar seien . Medizinische Massnahmen seien ebenso wenig indiziert (Urk. 8/122/2).

Am 1 3. September 2013 attestierten s ie dem Beschwer deführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 2 2. Juli bis 1. September 201 3. In seinem angestammten Arbeitsumfeld sei er noch für län gere Zeit arbeits unfähig (Urk. 8/125/4).

E. 3.4

Die Neuropsychologin Dr. phil.

A.____, welche den Beschwerdeführer am 20. und 28. November 2013 untersuchte (Urk.

E. 5

).

Der Beschwerdeführer reichte mit Eingabe vom 10. September 2014 (Urk. 17) Unterlagen zu seinem Arbeitsversuch ab 1. Mai 2014 (Urk. 18/1-4) ein, wovon

die Beschwerdegegnerin

in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 19). 3.

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachfolgenden Erwägungen eingegangen. Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente.

Berufliche Massnahmen sind demgegenüber nicht Gegenstand der angefochtenen Rentenverfügung vom 2.

Oktober 2013 (Urk. 2), weshalb diese Frage im vorliegenden Verfahren nicht zu prüfen (vgl.

BGE 125 V 413 E.

1a mit weiteren Hinweisen) und auf den entsprechenden Antrag des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 2) nicht einzutreten ist. 2.

E. 5.2

). 4.2.2

Der Beschwerdeführer nimmt ferner auf die Berichte der Neurologen Prof. Dr. med. K.____, FMH Neurologie, vom 12. April 2012 (Urk. 8/60) und Dr. med. L.____, Neurologie FMH, vom 7. April 2013 (Urk. 8/104/4-6) Bezug. Er stellt sich auf den Standpunkt, dass die kognitiven Störungen auf den Hirninfarkt vom 12. Mai 2010 zurückzuführen seien und weist darauf hin, dass gemäss Dr. L.____ seine Arbeitsfähigkeit höchstens 30% betrage (Urk. 1 S. 7, S. 9).

Prof. Dr. K.____

ging dabei von kognitiven Störungen nach einem Kleinhirninfarkt aus

(Urk. 7/60/3-4). Dies begründet er indes nicht mit den von ihm erhobenen neurologischen Befunden sondern damit, dass die vom Beschwerdeführer geschilderten, nach dem Schlaganfall vom 12. Mai 2010 aufgetretenen, kognitiven Symptome glaubwürdig seien und den in der Literatur berichteten Symptomen entsprechen würden (Urk. 7/60/4). Dipl.-Psych. M.____, Psychologin FSP, welche den Beschwerdeführer bereits am 21. Dezember 2010, 7. und 12. Januar 2011 untersucht hatte (Urk. 8/23/18),

hielt allerdings dafür, dass aus neuropsychologischer Sicht die objektivierten Befunde (Beeinträchtigungen in den Bereichen verbal-episodisches Gedächtnis, Merkspanne, Arbeitsgedächtnis sowie in der exekutiven Teilfunktion Planungsfähigkeit) nur in einem sehr beschränkten Ausmass auf den stattgehabten PICA-Infarkt zurückführbar seien,

sondern viel mehr das Vorliegen einer psychischen Komponente zu vermuten sei (Urk. 8/23/22).

Dr. L.____

untersuchte den Beschwerdeführer am 4. April 2013 und

stellte die Verdachts diagnose Reversibles Cerebrales Vasokonstriktions-Syndrom (RCVS), welches mit grösster Wahrscheinlichkeit die Ursache des Insults und der aktuellen Symptome sei (Urk. 8/104/4).

Sie führt e aus, dass als Residuen des Insults eine Ataxie, eine leichte Parese des linken Armes und Beines und eine Feinmotorikstörung

nachweisbar seien (Urk. 8/104/5). Auf die Vorberichte, ins besondere auf die im Bericht von Dr. med. N.____, Neurologie FMH, beschriebene funktionelle Überlagerung (Urk. 8/23/15), und die unauffälligen Befunde bei der klinischen Untersuchung durch den neurologischen Z.____ - Gutachter

Dr. D.____

(Urk.

8/87/20 -21) ging

Dr. L.____ allerdings nicht ein.

Zwar erwähnt e

Dr. L.____ vier Synkopen seit November 2012 (Urk.

8/104/4). Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 13) sprach sie aber nicht von einer Verschlechterung des neurologischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Institut Z.____. Es kommt hinzu, dass den Akten zu entnehmen ist, dass der Beschwerdeführer bereits seit seiner Kindheit an Anfällen mit plötzlichem, kurzzeitigem Bewusstseinsverlust mit Verwirrtheit, Kopfschmerzen usw. leidet (insbes. Urk. 8/60/4). Ferner ist von unklaren

Bewusstseinsstörungen die Rede, die nicht mehr auftreten würden, seit der Beschwerdeführer regelmässig ein Medikament einnehme (Urk. 8/87/13). Eingedenk dessen sind auch aufgrund der Berichte der Klinik J.____ zum dortigen stationären Aufenthalt des Beschwerdeführers vom 22. Juli bis 18. August 2013 – im Austrittsbericht vom 26. August 2013 werden insbesondere Episoden von Herzrasen und -klopfen im Zusammenhang mit Atemnot, Kribbelgefühl an Beinen, Händen und Füssen sowie Schwindel beschrieben, welche am ehesten im Rahmen der hohen Anspannung und Tendenz zur Überforderung zu sehen seien (Urk. 8/122/6) –

keine objektivierbaren Hinweise

auf eine Verschlechterung des neurologischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers zu entnehmen (Urk. 8/122/5). Die Bewusstseinsstörungen sind von den Z.____-Gutachtern berücksichtigt worden (Urk. 8/87/22).

Demnach begründen die vom Beschwerdeführer angeführten Berichte keine Zweifel an der Einschätzung der Z.____-Gutachter. 4.2.3

In neuropsychologischer Hinsicht verweist der Beschwerdeführer auf die neuropsychologische Abklärung durch Dipl.-Psych. M.____, Psychologin FSP, vom 19. Januar 2011 im Neurologischen Zentrum O.____ (Urk. 1 S. 4), und er legte ferner das Gutachten von Dr. phil. A.____ vom 18. Dezember 2013

(Urk. 12) auf. Der Beschwerdeführer war zudem am 19. Juni 2007 und am 27. März 2013 von der Neuropsychologin

Prof. Dr. phil. P.____

untersucht worden (vgl. Urk. 8/23/21, Urk. 12 S. 7). Nach der Untersuchung vom 19. Juni 2007 führte Prof. Dr. P.____ aus, dass bei der Testung resultierende markant verminderte Kurzzeitgedächtnis sei widersprüchlich zum intakten kognitiven Verhalten und dem Fehlen solcher Störungen in der Anamneseerhebung (vgl.

Urk.

8/23/22).

Sie interpretierte die ungenügenden Resultate in leistungsorientierten Aufgaben, insbesondere in Prüfungen der Konzentration, des Gedächtnisses und des Konzeptdenkens bei der Untersuchung vom 27. März 2013, – wie dies bereits im Jahr 2007 vermutet worden sei – als funktionelle Fehlentwicklung. Spezifische Ausfälle, die mit dem PICA-Infarkt korrelieren würden, wurden vereint. Es wurde eine im Vordergrund stehende Aggravation beschrieben, welche wahr scheinlich als multiple und kumulative Folge einer anamnestisch dokumentierten zerebralen Komplikation mit Verdacht auf Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitäts-Symptomatik in der Kindheit sowie den übrigen neurologischen Erkrankungen gesehen wurde. Wie die Z.____-Gutachter auch attestierte Prof.

Dr. P.____

für den angestammten Beruf eine 80% ige und für eine leichte Bürotätigkeit eine 100% ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Ausführungen dazu von Dr. phil. A.____, Urk. 12 S.

7; vgl. auch Urk. 8/107/2). Gemäss ihrem Bericht vom 19. Januar 2011 erhob Dipl.-Psych. M.____ in den Bereichen verbal-episodisches Gedächtnis, Merkspanne sowie in der exekutiven Teilfunktion Planungsfähigkeit eine deutlich verminderte Belastbarkeit sowie eine verminderte Aufmerksamkeit und reduzierte Fehlerkontrolle (Urk. 8/23/21).

Dr. phil. A.____

wies darauf hin, dass sich bei ihrer Untersuchung keine Verminderung der fokussierten Aufmerksamkeit und eine weitgehend unauffällige Fehlerkontrolle gezeigt hätten.

Übereinstimmend mit dem Bericht von Dipl.-Psych. M.____

vom 19. Januar 2011 hätten sich aber eine reduzierte Leistung im Arbeitsgedächtnis, in der Merkspanne und die verbale Informationsaufnahme und -verarbeitung betreffend sowie eine bereits damals erwähnte deutlich reduzierte Belastbarkeit gezeigt (Urk. 12 S. 17).

Dr. phil. A.____ führt e aus, dass das allgemeine Testleistungsniveau des Beschwerdeführers – bezogen auf die Normstichprobe gleichaltriger Gesunder – grösstenteils durchschnittlich sei, jedoch nur bedingt dem aufgrund der angegebenen schulischen und beruflichen Aus- und Weiterbildung des Beschwerdeführers zu erwartenden Niveau entspreche (Urk. 12 S. 12-13).

A nge sichts dieser Aktenlage sowie der von Dr. phil.

A.____

als weitgehend unauffällig beschriebenen Befunde (Urk. 12 S.

12-15),

rechtfertigt es sich

nicht , von einer höhere n

Arbeitsun fähigkeit als gemäss der Beurteilung der Z.____ -Gut achter auszugehen , zumal sich auch aus dem Bericht von Dr. phil. A.____ kein nachvollziehbares medizinisch-diagnostisch fassbares Leiden als Ursache für die geklagten kognitiven Defizite feststellen liess (Urk. 12 S. 18-19). 4.2.4

Der Beschwerdeführer beruft sich ferner darauf, dass die Arbeitslosenversicherung mit Verfügung vom 17. Oktober 2013 (Urk. 3/3)

die Vermittlungsfähigkeit des Beschwerdeführers verneint habe (Urk. 1 S. 11). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei der Invalidenversicherung und Arbeitslosenversicherung nicht in dem Sinne um komplementäre Versicherungszweige , dass der vom Erwerbsleben ausgeschlossene Versicherte sich in jedem Fall entweder auf Invalidität oder Arbeitslosigkeit berufen könnte (BGE 109 V 25 E. 3d). Es kann auch der Fall eintreten, dass kein Anspruch gegenüber beiden Zweigen der Sozialversicherung besteht (Urteil des Bundesgerichts C 282/05 vom 3. März 2006 E. 2.3) . Vorliegend kommt hinzu, dass in der genannten Verfügung vom 17. Oktober 2013 aufgrund des Verhaltens des Beschwerdeführers von einer offensichtlichen Vermittlungsunfähigkeit ausgegangen wurde (vgl. Urk. 3/3 S. 3). Der Beschwerdeführer bringt weiter vor, dass die Berufsberaterin die Aufnahme von beruflichen Massnahmen und Integrationsmassnahmen nicht befürwortete (Urk. 8/43/4-5) und die Krankentaggeldversicherung Taggeldleistungen erbracht habe (Urk. 1 S. 3) . Aufgrund dessen ist aber nicht von der Einschätzung der medizinischen Sachverständigen abzuweichen. Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7), haben die Z.____ -Gutachter die vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit während des stationären Aufenthalts des Beschwerdeführers vom 8. März bis 5. Mai 2011 in der psychiatrischen Klinik I.____ , wie auch diejenige wegen der komplexen Kniebinnenverletzung nach dem Motorradunfall vom 22. August 2011 berücksichtigt (Urk. 8/87/13, Urk. 8/87/18).

Schliesslich vermögen auch die vom Beschwerdeführer mit Eingabe vom 10. September 2014 (Urk. 17) eingereichten Unterlagen zu seinem Arbeitsversuch (Urk. 18/1-4) das

Z.____ -Gutachten vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/87) nicht in Zweifel zu ziehen. 4.3

Nach dem Gesagten genügt das Z.____ -Gutachten vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/87) nicht nur den formellen Anforderungen an ein Gutachten (E. 2.3, E. 4.1), sondern erweist sich auch als schlüssig und überzeugend. Die Berichte der behandelnden und untersuchenden Ärzte und Neuropsychologinnen vermögen keine Zweifel an diesem Gutachten zu begründen.

Mit den Z.____ -Gutachten ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig ist (E. 3.1.7) , weshalb kein Rentenanspruch besteht (E. 2.2). 5.

Die angefochtene Verfügung vom 2. Oktober 2013 (Urk. 2) erweist sich als rech tens, was zur Abweisung der Beschwerde führt , soweit darauf einzutreten ist (E.

1). 6.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 8 00.-- dem unterliegenden Beschwerde führer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800 .-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Thomas Laube - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes gesetzes 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismit tel 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 VorsitzendeDer Gerichtsschreiber HurstHübscher

E. 8

Abs. 1 des Bundes gesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körper lichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden aus geglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vor liegens einer Er werbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beein trächtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 12

), und macht überdies geltend, dass sich sein psychischer Gesundheits zu stand seit der Begutachtung im Institut

Z.____ (26. September 2012, Urk. 8/87/8) wieder verschlechtert habe (Urk. 1 S. 9, S. 15). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kann die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Der begutachtenden Person ist deshalb praktisch ein gewisser Spielraum – innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind – zu gewähren, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4) kann eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese

objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_215/2012 vom 11. Juli 2012 E. 7.4 mit weiteren Hinweisen).

Der psychiatrische Z.____-Gutachter Dr. C.____ berücksichtigte die beim Beschwerdeführer im Frühling 2011 diagnostizierte Depression, die zu einer stationären Behandlung in der Klinik I.____ geführt hat (vgl. Urk. 8/87/13).

Gemäss Bericht der Klinik I.____ vom 8. Mai 2012 war die depressive Symptomatik beim Beschwerdeführer im Mai 2012 allerdings bereits remittiert (Urk. 8/72/1, Urk. 8/72/4, vgl. auch das Schreiben der Klinik I.____ vom 2. Juli 2013 [Urk. 8/115/1]). Mithin ergibt sich keinerlei Anlass, die überzeugende Begründung von Dr. C.____ unter Hinweis auf die von ihm erhobenen Befunde,

wonach

das Vorliegen einer Depression im Zeitpunkt seiner psychiatrischen Untersuchung vom 26. September 2012

auszuschliessen sei

(E.

3.1.3; Urk. 8/87/12-13), in Frage zu stellen.

Hinsichtlich der geltend gemachten Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Z.____-Begutachtung ist dem Schreiben der Klinik I.____ vom 21. Mai 2013 zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in der Zeit seit dem negativen IV-Bescheid (gemeint ist der Vorbescheid vom 14. Dezember 2012 [Urk. 8/91]) agitiert depressiv reagiert habe (Urk. 8/107/2). Am 15. Februar 2013 diagnostizierten die Ärztinnen der Klinik I.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig agitierte depressive Episode (Urk.

8/99/1).

Z.____-Gutachter Dr. C.____ hielt am 3. Juni 2013 fest, dass sich aus der Stellungnahme der Klinik I.____ vom 15. Februar 2013 aus psychiatrischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte ergeben würden (Urk. 8/109/2). Gemäss der Klinik I.____ dauerte die zweite depressive Episode von Dezember 2012 bis Mai 2013 (Urk. 8/115/2). Ferner wurden von der Klinik I.____

am 15. Februar 2013 akzentuierte Persönlichkeitszüge vom narzisstischen und histrionischen Typ (ICD-10: Z73.1) und

am 21. Mai 2013 als Differentialdiagnose eine kombinierte Persönlichkeitsstörung vom narzisstischen und histrionischen Typ (ICD-10: F62.0) diagnostiziert (Urk. 8/99/1, Urk. 8/107/1). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts fallen die unter Z-Kodierung erfassten Belastungen als solche indes nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (SVR 2008 IV Nr.

E. 15

S.

45

E. 2.2.2.2) und auch die Differentialdiagnose

Persönlichkeitsstörung

vermag vorliegend keine Zweifel an der Beurteilung von Z.____-Gutachter Dr. C.____ zu begründen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_47/2014 vom 1. April 2014 E.

2.1.2).

Es ist mithin nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin nicht von einer dauerhaften wesentlichen Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung im Institut Z.____ aus gegangen ist und weiterhin auf das Z.____-Gutachten vom 3. Dezember 2012 (Urk. 8/87) abgestellt hat. Die vom Z.____-Gutachten abweichende Einschätzung der Ärztinnen der Klinik I.____ lässt sich schliesslich auch mit dem Unterschied zwischen Begutachtungs- und Therapieauftrag erklären (BGE 124 I 170 E. 4; Urteil des Bundesgerichts 9C_258/2014 vom 3. September 2014 E.

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