

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00255 vom 15. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00255

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00255 du 15 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00255 del 15 maggio 2015

Erwägungen

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den All g gemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts; ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung ver bleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kom menden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art.

E. 1.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung; IVG) Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu be tätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art.

E. 1.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkom men), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkom mens ver gleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypo thetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und ei nander gegen übergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditäts grad

bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensver gleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Be schwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebene nfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 2.

Die Beschwerdegegnerin verneint den Rentenanspruch des Beschwerdeführers mit der Begründung, dass ihm gemäss dem eingeholten Gutachten seit mindestens Juli 2011 die vollzeitliche Ausübung einer angepassten Tätigkeit zumutbar sei (Urk. 2 S. 2).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass das Gutachten die vom Bundesgericht festgelegten B eweisanforderungen nicht erfüllt und namentlich eine den echtzeitlichen Arztberichten widersprechende rückwirkende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht überzeuge (Urk. 1). 3. 3.1

Vom 16. Dezember 2010 bis 11. Januar 2011 war der Beschwerdeführer in der B.____ zur stationären neurologischen Rehabilitation nach der am 9. Dezember 2010 erfolgten Tumorextirpation hospitalisiert.

Im Bericht vom 7. Januar 2011 (Urk. 7/8) wurden folgende Diagnosen gestellt : 1. Schwannom im Kleinhirnbrückenwinkel links, Erstdiagnose im November 20

E. 2

Dagegen erhob X.____ am 28. Februar 2014 Beschwerde (Urk. 1) mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Rente vom 1. November 2011 bis 31. Juli 2013 sowie um Durchführung einer Evaluation der f unktionellen Leistungsfähigkeit (EFL)

zwecks Klärung des Anspruchs ab 1. August 201 3. Mit Be schwerdeantwort vom 22. April 2014 (Urk. 6) schloss die Verwaltung auf Ab weisung der Beschwerde , worüber der Beschwerdeführer am 19. Mai 2014 orien tiert wurde (Urk. 8) . Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 7

Abs. 2 ATSG).

E. 8

ATSG) sind.

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 Dreiviertels rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 10

- klinisch: - initial Schwindelbeschwerden (insbes. unter körperlicher Belastung), Hypakusis links, leichte Kopfschmerzen - postoperativ: ausgeprägte periphere Paresen des Nervus

facialis und glossopharyngeus links - aktuell: Fazialis- und

Glossopharyngeusparese links, leichte Gangunsicherheit, peripher-vestibulärer Ausfall links - therapeutisch: Status nach subtotaler Tumorextirpation am 9. Dezember 2010 - histologisch: WHO Grad I 2. Diabetes mellitus (Erstdiagnose zirka 2006) - unter OAD [oralem Antidiabetikum] - vorübergehend zusätzlich NSS [Nachspritzschema] bei Bedarf - HbA1c 7.2 % (am 4. Januar 2011)

Laut Bericht präsentierte der Beschwerdeführer bei Eintritt eine hochgradige periphere Fazialisparese links mit fehlendem Augenschluss, leichter Dysarthrie, leichter Gangunsicherheit sowie einem peripher-vestibulären Ausfall links. 3.2

Zu den bereits erwähnten Diagnosen stellte die Hausärztin Dr. Z. ___

im Bericht vom 25./28. März 2011 (Urk. 7/10 /1-4) die Diagnosen einer Ataxie sowie von chronischen Cephalgien. Es bestünden dauerhafte neurologische Funktionsstörungen. Als Arbeiter im Gleisbau sei der Beschwerdeführer seit 2. November 2010 zu 100 % arbeitsunfähig. Dabei wirkten sich der massive Schwindel, die chronischen Cephalgien sowie die Lähmungen des Nervus

facialis und glossopharyngeus links einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit aus. 3.3

Dem Bericht des C. ___, Neurochirurgische Klinik, vom 29. Juni 2011 (Urk. 7/20) lässt sich entnehmen, dass der Beschwerdeführer eine vermehrte Nervosität angegeben hatte. Die Ärzte führten aus, es bestünden keine Gleichgewichtsstörungen. Das Gangbild sei unauffällig und der Finger-Nase-Versuch normal. So dann lägen eine vollständige Ertaubung links sowie eine Fazialisparese links und eine Glossopharyngeusparese links vor. Eine am 28. März 2011 zur Kontrolle durchgeführte Magnetresonanztomographie (MRI) zeige einen minimalen Resttumor entlang dem Nervus

facialis. Für die angestammte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer vom 19. November 2010 bis zur letzten Untersuchung am 28. März 2011 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Anschliessend sei eine angepasste leichte, hauptsächlich sitzende Tätigkeit ohne feinmotorische Arbeiten zu 20 % zumutbar. 3.4

In einem am 7. November 2011 (Urk. 7/39 / 2) ausgestellten ärztlichen Zeugnis attestierte Dr. Z. ___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom Dezember 2010 bis 12. Dezember 2011. Im Schreiben vom 26. Januar 2012 (Urk. 7/40) schätzte sie sodann die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit auf 50 % ein. Nicht geeignet seien schwere körperliche Tätigkeiten, Schichtarbeiten, Arbeiten mit Sturzgefahr oder mit hohen Anforderungen an das Gleichgewicht-, Seh- und Hörvermögen oder unter Zeit- und Leistungsdruck. 3.5

Der Operateur Prof. Dr. med. D. ___, damals Klinikdirektor

a.i. im C. ___, Klinik für Neurochirurgie, wiederholte im Bericht vom 8. Januar 2012

(Urk. 7/41) über die zwei Tage zuvor durchgeführte Kontrolluntersuchung die bisherigen Diagnosen und stellte eine deutliche Besserung der Fazialisparese

fest. Weiter führte er aus, das linke Auge könne noch nicht komplett geschlossen

werden, weshalb der Beschwerdeführer nachts einen Uhrglasverband trage. Weiterhin bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Im MRI vom 7. Dezember 2011 zeige sich kein Nachweis des minimalen Resttumors entlang dem Nervus

facialis links. 3.6

In den

Berichten

vom 14. Juni 2012 (Urk. 7/47/1-4) und 28. September 2012 (Urk. 7/59) wiederholte n

Dr. Z.____

und Prof. Dr. D.____

ihre früheren Angaben. Zu den bereits gestellten Diagnosen fügte Dr. Z.____ diejenige eines degenerativen Syndroms der Lendenwirbelsäule hinzu. 3.7

Dr. med. Z.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, stellte im Bericht vom 15. März 2013 (Urk. 7/61) folgende Diagnosen: - Impingementsyndrom linke Schulter mit leichter Schultersteife - Rezidivierendes LWS-Syndrom bei degenerativen Veränderungen und Bandscheibenschäden L3-L4 mit mässiger Funktionseinschränkung - Epikondylitis radialis links - Status nach Vestibularisschwannoms -Operation mit postoperativer Fazialisparese links

Sodann gab Dr. Z.____ an, der Beschwerdeführer klagt über Bewegungs- und Belastungsschmerzen im Bereich der linken Schulter, des linken Ellenbogens und der Lendenwirbelsäule. Nach physikalischer Therapie habe sich eine leichte Besserung der Schulter und Ellenbogenbeschwerden ergeben. Die Symptomatik an der Lendenwirbelsäule sei unverändert. Auf Dauer sei mit einer Einschränkung der Funktion und der Belastbarkeit der linken Schulter und der Lendenwirbelsäule zu rechnen. 3.8

Prof. Dr. D.____, inzwischen an der Klinik E.____ tätig, führte im Bericht

vom 23. April 2013 (Urk. 7/63 /5) aus, aufgrund der geklagten multiplen Beschwerden im Bereich der linken Schulter und der Ellenbeuge sowie der Lumboischialgie rechts scheine ihm die Fortsetzung einer körperlich fordernden Arbeit nicht möglich. Die Folgen der Operation des Vestibularisschwannoms links vom 9. Dezember 2010 schienen ihm diesbezüglich wenig wegweisend. Gestützt darauf empfahl der Neurochirurg die Einholung einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Orthopäden Dr. Z.____. Für den Beschwerdeführer könnte er sich nur leichte Arbeiten, beispielsweise als Lagerist, vorstellen. 3.9

Im bidisziplinären

A.____ - Gutachten vom 3. Oktober 2013 (Urk. 7/74 /1-18) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (S. 14): 1. Status nach Exstirpation eines Vestibularis-Schwannoms (09.12.2010) 2. Impingement der linken Schulter, klinisch Supraspinatustendinose, diskrete SLAP [superior

labrum

anterior

posterior] Typ I 3. Lumbalgien bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, ohne neurologische Ausfälle 4. Klinisch muskuläre Insuffizienz, vor allem der Rückenstrecker Brust /Lendenwirbelsäule

Folgenden weiteren Diagnosen massen die Gutachter keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bei (S. 15) : 5. Diabetes mellitus, Typ 2 6. Status nach Appendektomie 1988

Weiter führten die Gutachter aus, der Beschwerdeführer habe Kopfschmerzen auf der linken Seite, das schlechte Hörvermögen und die verminderte Reaktion der Gesichtsmuskulatur links, speziell die Lähmung am Auge und am Mund, als Hauptbeschwerden angegeben. Er liege nie auf der linken Seite, weil er dann Rückenweh bekomme. Weiterhin leide er an einem Diabetes mellitus, der mit Tabletten behandelt sei (S. 10).

Die neurologische Hauptgutachterin hielt fest, dass die Behandlung des links seitigen Vestibularis-Schwannoms gut gelungen sei. Der minimale Resttumor, der 2011 letztmals kernspintomographisch untersucht und nachgewiesen worden sei, habe sich mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht verändert, da ein klinisch guter Verlauf bestehe, indem eine Rückbildung der Fazialisparese bestehe, die zwar noch nicht vollständig, jedoch befriedigend sei. Auch die Hypästhesie im Gesicht habe sich etwas gebessert, der Kornealreflex sei links nachweisbar. Auch sei es nicht mehr zu synkopalen Anfällen gekommen und die Gangunsicherheit sei verschwunden. Die geklagten Kopfschmerzen links seien ätiologisch schwierig zu deuten, benötigten aber offensichtlich bei fehlender dem wirksamem Spiegel von Iridin keiner regelmässigen Behandlung. Der Tinnitus sei leider nicht behandelbar und ohne Krankheitswert (S. 13).

In der konsiliarischen orthopädischen Untersuchung zeige sich eine leicht eingeschränkte Beweglichkeit, vor allem der Lendenwirbelsäule. Auffallend sei eine schlecht ausgebildete Rückenmuskulatur (Rückenstrecker). Es bestehe mit einer linkskonvexen Skoliose thorakolumbal eine Fehlstellung von Brust- und Lendenwirbelsäule. Die linke Schulter zeige eine Impingement-Supraspinatussehne bei sonst normaler Beweglichkeit. Radiologisch zeigten sich in den Bildern der Lendenwirbelsäule vom März 2013 leichte degenerative Veränderungen, vor allem vom 4. Lendenwirbelkörper. Ein zusätzlich veranlasstes Arthro-MRI des linken Schultergelenkes vom 13. September 2013 zeige ein subacromiales

Impingement, diskrete degenerative Veränderungen des acromioclavikulären Gelenks, eine Bursitis subacromialis und Tendinose der Supraspinatussehne, möglichst diskrete Zeichen einer vorderen Instabilität, klinisch jedoch nicht nachweisbar

(S. 14; vgl. auch das orthopädisch-/traumatologische Teilgutachten, Urk. 7/74/19-25 S. 23).

Zusammenfassend kamen die Gutachter zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten von neurologischer Seite her aufgrund der durchgeführten Untersuchungen nicht eingeschränkt sei. Die heute noch sichtbaren Ausfälle seien hauptsächlich das Gesicht betreffend, nicht kosmetisch entstehend, sowie das Gehör der linken Seite betreffend. Die geklagte Unsicherheit beziehungsweise Ataxie sei nicht mehr nachweisbar. Nicht möglich seien Tätigkeiten, wo ein genaues beidseitiges Hören notwendig sei. Auch das Besteigen von Leitern und Gerüsten sei bei möglicherweise noch nicht ganz kompensiertem Nervus

vestibularis-Ausfall nicht zumutbar. Vom orthopädischen Standpunkt aus besteht bei Wirbelsäulen- und Schulterproblemen eine Einschränkung von 100% bei den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten. Hingegen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit für körperlich leichtere Arbeiten. Dies begründe sich in der Einschränkung beziehungsweise Insuffizienz der Rückenmuskulatur sowie in der mangelhaften Funktionsfähigkeit der linken Schulter. Daraus ergebe sich eine Arbeitsfähigkeit von 100% für leichte bis passager mittelschwere

eher sit zende Tätigkeiten mit Gewichtslimit von 15 kg, ohne repetitiven Arbeiten für die linke Schulter, ohne andauernde Arbeiten in Ü bers chulterhöhe mit dem linken Arm, ohne Notwen dig keit eines genauen beidseitigen Hörens sowie des Besteigens von Leitern oder Gerüsten (S. 15).

Mit Bezug auf den retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit führten die Gut achter aus, der Beschwerdeführer sei ab Beginn der Rückensymptomatik zirka zwei Jahre zuvor im erwähnten Rahmen arbeitsfähig. Die Schulterbefunde stün den seit zirka sechs Monaten ebenfalls einer schwer belastenden Tätigkeit ent gegen. Eine Arbeitsunfähigkeit für jegliche Tätigkeiten mehr als sechs Monate nach erfolgreicher Operation eines gutartigen Tumors des Kleinhirnbrücken winkels sei aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar (S. 16). Von neu ro logi scher/neurochirurgischer Seite sei der Beschwerdeführer von November 2010 bis Ende Juni 2011 voll arbeitsunfähig gewesen. Probleme von orthopädischer Seite hätten in den Akten erst im Juni 2012 und Januar 2013 eine Erwähnung gefun den. Zu einer Arbeitsfähigkeit werde allerdings nicht Stellung genommen. Die Krankschreibung nach Juli 2011 und im Jahre 2012 könne ohne weitere Akten nicht mit Sicherheit nachvollzogen werden (S. 17). 4. 4.1

Das bidisziplinäre

A.____ - Gutachten vom 3. Oktober 2013 erfüllt sämtliche von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a): Es be ruht auf einer eingehenden neurologischen und orthopä disch / traumatologischen

Untersuchung, ist in Kenntnis der Vorakten (Anam nese) abgegeben worden (Urk. 7 / 74/1-18 S. 4 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen, den früheren ärztlichen Stellungnahmen und den erhobenen Befunden auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie grundsätzlich auch in Be zug auf die gezogenen Schluss folgerungen ein. So legten die Gutachter in umfassender Weise die Defizite des Beschwerde füh rers dar und schlossen darauf nachvollziehbar auf die entsprechenden Ein schrän kungen in der Arbeitsfähigkeit. Insbesondere leuchtet auch ein, dass aus neurologischer Sicht eine Einschränkung nurmehr darin besteht, als das Gesicht sowie das linke Gehör (sowie nicht ausschliessbar das Gleichgewicht) betroffen ist, und Arbeiten mit Erfordernis beidseitigen Hörens sowie auf Leitern und Ge rüsten nicht mehr zumutbar sind. Weiter nachvollziehbar ist eine Ein schrän kun g für schwerere Arbeiten bei mangelnder Funktionsfähigkeit der linken Schulter. Sodann überzeugt die Einschätzung, dass eine entsprechend angepasste Tätig keit vollzeitlich zumutbar ist (Urk. 7/74/15). 4.2

Mit Bezug auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vermag das Gutachten die nach Prof. Dr. D.____ Stellungnahme vom 23. April 2013 (Urk. 7/63) verbliebene Lücke zu schliessen. Die Attestierung ei ner 100%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit aus neurologi scher Sicht steht im Einklang mit der Einschätzung von Prof. Dr. D.____ , dass die Folgen der Operation des Vestibularischwannoms links vom 9. Dezember 2010 wenig wegweisend seien. In seinen früheren Berichten nahm der Neuro chirurge zur Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit nie Stellung, was darauf zurück zuführen ist, dass der Beschwerdeführer vor der Operation bereits ein Jahr lang arbeitslos war (vgl. Urk. 7/41, ferner Urk. 7/4 und Urk. 7/17).

Weiter vermag die Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit durch die Hausärztin Dr. Z.____ (Urk. 7/40) die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens nicht zu erschüttern. Insbesondere fehlt ihrem Attest jegliche Begründung für die bloss eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer Tätigkeit, welche ja gerade Rücksicht auf die vorhandenen Defizite nimmt. So verwies sie beispielsweise weder auf einen vermehrten Pausenbedarf noch eine überdurchschnittliche Ermüdung noch eine nicht ganztägige Belastbarkeit einzelner Körperregionen. Es ist nicht erkennbar, aufgrund welcher körperlichen Einschränkungen eine angepasste Tätigkeit nicht mehr vollzeitlich möglich sein soll. Einerseits liegt es in der Natur der Sache, dass einer Arbeitsfähigkeits einschätzung notwendigerweise ein erheblicher Beurteilungs- und Ermessensspielraum inhärent ist. Andererseits ist es wegen der unterschiedlichen Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten medizinischen Experten rechtsprechungsgemäss nicht geboten, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderen Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine klärende Ergänzung des medizinischen Dossiers oder direkt eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C_252/2012 vom 7. September 2012 E. 8.4). Solches liegt hier nicht vor, berücksichtigten die beiden Gutachter doch sämtliche vom Beschwerdeführer anlässlich der Untersuchungen geklagten Beschwerden sowie die von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde. 4.3

Dass dem Beschwerdeführer eine körperlich schwere Tätigkeit wie die mehrere Jahre lang ausgeübte Tätigkeit als Gleisbauer (Urk. 7/74/1-18 S. 11) nicht mehr zumutbar ist, ist unter sämtlichen sich dazu äussernden Ärzten

unbestritten. Dies gilt auch für die zuletzt ausgeübte, nach Angaben der Arbeitgeberin (Urk. 7/17) als mittelschwer

einzustufende Tätigkeit als Giessereimitarbeiter. 4.4

Nicht gefolgt werden kann schliesslich der Einwendung, der untersuchende Orthopäde habe das Gutachten nicht unterzeichnet (Urk. 1 S. 5), denn sowohl das beigelegte Teilgutachten (Urk. 7/74/19-25) als auch das Hauptgutachten (Urk. 7/74/1-18) wurde von dem mit der orthopädischen Untersuchung beauftragten (Urk. 7/70 ff.) Dr. med. F.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Allgemeinchirurgie und Traumatologie, unterzeichnet. Darüber hinaus wurden die Schlussfolgerungen des orthopädisch/traumatologischen

Teilgutachtens zwar in gekürzter Version, jedoch unter Wahrung ihres Kerngehaltes ins Hauptgutachten

übernommen.

Konkrete Anhaltspunkte für eine einseitige inhaltliche Abänderung der Konsiliarberichte sind nicht ersichtlich. Unter diesen Umständen würde die Unterzeichnung des Gutachtens durch den das orthopädisch/traumatologische Teilgutachten ebenfalls unterzeichnenden Dr. med. G.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, eine blosser Formalität darstellen, weshalb der Verzicht darauf die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen vermag. 4.5

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