

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00556 vom 31. März 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-03-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00556

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00556 du 31 mars 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00556 del 31 marzo 2016

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 Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 1.2

Grundsätzlich können sowohl objektivierbare wie auch medizinisch nicht (klar) fassbare Beschwerdebilder die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen und einen Rentenanspruch begründen. Entweder müssen die subjektiven Beschwerdeangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein oder es ist (neu) anhand der in BGE 141 V 281 (vgl. E. 3.6)

definierten Indikatoren – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – zu prüfen, ob das Leiden grundsätzlich invalidisierend sein kann. Jedenfalls vermögen die subjektiven Beschwerdeangaben der versicherten Person nicht ohne Weiteres eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit rechtsgenügend nachzuweisen, sondern es hat stets eine sorgfältig Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_701/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.3.1).

Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung daher stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus. Dabei können Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren, wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen sind. Bei medizinisch unklaren Beschwerdebildern nimmt die Plausibilitätsprüfung naturgemäss einen besonderen Stellenwert ein, was in der medizinischen Literatur etwa für Kopfschmerzen hervorgehoben wird (Urteil des

Bundesgerichts 9C_701/2013 vom 12. Juni 2014 E. 3.3.2).

E. 1.3

Hervorzuheben ist, dass es Aufgabe des Arztes ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes 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 Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

Ferner präzisierte das Bundesgericht im Zuge der Änderung der Rechtsprechung zur Überwindbarkeit der Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbarer psychosomatischer Leiden hinsichtlich des Zusammenwirkens von Medizin und Recht bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, dass die Gutachterfrage laute, wie die sachverständige Person das Leistungsvermögen einschätze, wenn sie dabei den einschlägigen Indikatoren folge. Die Rechtsanwender würden die Angaben anschliessend frei überprüfen, insbesondere (1) ob sich die Ärzte

an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten hätten, also ausschliesslich funktionelle Ausfälle berücksichtigt hätten, die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung seien, sowie, (2) ob die versicherungsmedizinische Zumutbarkeitsbeurteilung auf objektiver Grundlage erfolgt sei. Dies sichere die einheitliche und rechtsgleiche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit. Indessen würden Recht und Medizin in der Invalidenversicherung zur Feststellung ein und derselben Arbeitsunfähigkeit beitragen.

Medizinische Gutachter sollten daher nicht eine quasi freihändige Beurteilung abgeben und daneben noch Grundlagen für eine von der subjektiven ärztlichen Einschätzung losgelöste Parallelüberprüfung durch den Rechtsanwender liefern. Es gebe keine unterschiedlichen Regeln gehorchende, getrennte Prüfung einer medizinischen und einer rechtlichen Arbeitsfähigkeit (BGE 141 V 281 E. 5.2).

E. 2

Gegen diese Verfügung erhob der Versicherte am 18. Mai 2015 Beschwerde. Darin beantragte er die Ausrichtung der gesetzlich geschuldeten Leistungen, insbesondere eine Invalidenrente und Eingliederungsmassnahmen (Urk. 1 S. 1). Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2015 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5). Im Übrigen verzichtete sie explizit auf eine Stellungnahme (Urk. 11) zur Eingabe des Versicherten vom 2. Oktober 2015 (Urk. 8). Darin hatte er unter Beilage aktueller Arztberichte (Urk. 9/1-2) über seine zwischenzeitlich erfolgte fürsorgliche Unterbringung informiert und eine Beschleunigung des Verfahrens beantragt. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, die post traumatische Belastungsstörung sei remittiert, die Panikstörung medizinisch nicht erklärbar und die nichtorganische Schlafstörung überwindbar. Zudem finde sich für die Kopfschmerzen kein objektiver Befund und diese seien therapeutisch noch angebar. Gesamthaft verfüge der Beschwerdeführer über genügend Ressourcen, um die bestehenden Einschränkungen zu überwinden (Urk. 2).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte in der Beschwerdeschrift geltend, die Kopfschmerzen würden als Folge der traumatischen Hirnverletzung trotz kompetenter Betreuung persistieren. Die Panikstörung sei wegen des Zeitkriteriums erst im Verlaufsgutachten diagnostiziert worden und objektivierbar. Die nicht-organische Insomnie trete in den Hintergrund. Die Rechtsprechung zur Überwindbarkeitsvermutung sei daher nicht anwendbar. Zudem seien die Ressourcen nur in stressarmer Umgebung umsetzbar (Urk. 1). Aus dem hernach ergangenen BGE 141 V 281 schlussfolgerte er, die Eingliederungsbemühungen seien stärker zu gewichten und das Gutachten enthalte genügend Hinweise auf die geforderten Indikatoren (Urk. 8).

E. 3.1

Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet der Rentenanspruch. Da sich der auf den Beschwerdeführer verübte tätliche Übergriff am 1. November 2009 ereignete (Urk. 6/11/19 ff.) und die Anmeldung zum Leistungsbezug vom 23. April 2010 datiert (Urk. 6/3/9), wäre frühestmöglicher Rentenbeginn der 1. November 2010 (vgl. Art. 28 Abs. 1 lit. b und Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

In den Akten finden sich primär zwei polydisziplinäre Gutachten der Z.____, datiert vom 30. Juni 2011 und 28. Oktober 2013. Für diese wurde der Beschwerdeführer im November 2010 und im Mai/Juni 2013 jeweils internistisch, psychiatrisch, neurologisch und neuropsychologisch abgeklärt. Ergänzend wurde aufgrund der geklagten Beschwerden für das erste Gutachten eine rheumatologische Untersuchung durchgeführt (Urk. 6/34/2, 6/34/24, 6/74/3.). Dabei fanden sich jedoch keine relevanten posttraumatischen Residuen am Bewegungsapparat, so dass die Schmerzen auf die allgemeine muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung zufolge Schonhaltung zurückgeführt wurden (Urk. 6/34/26 f., 6/34/76 f.). Keine auffälligen Pathologien ergaben auch die beiden internistischen Untersuchungen (Urk. 6/34/24 f., 6/74/16 f.).

E. 3.2

Im Übrigen stellten die Gutachter in der Konsensbesprechung im Jahr 2011 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. einen Status nach *Comotio cerebri* (ICD-10: S06.0) mit milder traumatischer Hirnverletzung Grad II (ICD-10: S06.70), mit posttraumatischen Kopfschmerzen (ICD-10: G44.3) mit Verdacht auf eine zusätzliche analgetika-induzierte Komponente (ICD-10: G44.4) und mit leichter neuropsychischer Störung (ICD-10: F06.7), 2. eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10: F43.22) sowie 3. eine posttraumatische Belastungsstörung, weitgehend remittiert (ICD-10 F43.1; Urk. 6/34/22).

Sie kamen zum Schluss, der Beschwerdeführer sei schnellstmöglich wieder am bisherigen Arbeitsplatz einzugliedern. Aufgrund der kognitiven Einschränkungen auf Grundlage einer verminderten Belastbarkeit und eingeschränkten Stress toleranz, aber auch der

Kopfschmerzen bestehe ab dem Gutachtenszeitpunkt eine Leistungsfähigkeit von 60 % in einem etwas grösseren zeitlichen Rahmen. Es solle sich anfänglich um ein überschaubares, strukturiertes Arbeitsgebiet handeln, bei dem er keine wichtigen Entscheidungen alleine verantworten müsse sowie das Arbeitstempo und die Pausen selbst bestimmen könne. In einer Verweistätigkeit mit intellektuell durchschnittlichen Anforderungen ohne Entscheidungs- und Leitungsfunktion, mit klar strukturierten, möglicherweise repetitiven Arbeitsabläufen und ohne körperlich schwere Arbeitsanteile bestehe eine 70%-Arbeitsfähigkeit bei erhöhtem Pausenbedarf (Urk. 6/34/27 f., 6/41).

Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei zu erwarten von der Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung mit Schwerpunkt Traumatherapie und einer Dosisanpassung der antidepressiven Medikation. Dasselbe gelte wahrscheinlich für ein neuropsychologisch-kognitives Training. Empfehlenswert sei die Anbindung an eine neurologische Praxis zur regelmässigen Betreuung der medikamentösen Einstellung der Kopfschmerzen sowie ein Gespräch zur wahrscheinlich beginnenden Alkoholproblematik (Urk. 6/34/28).

E. 3.3

In der Gesamtbeurteilung des Folgegutachtens vom 28. Oktober 2013 diagnostizierten die Gutachter indessen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit: 1. einen chronischen posttraumatischen Kopfschmerz (ICD-10: G44.3), 2. eine Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst) (ICD-10: F41.0), 3. eine nicht-organische Insomnie (ICD-10: F51.0), 4. eine posttraumatische Belastungsstörung, weitgehend remittiert (ICD 10: F43.1) und 5. eine Persönlichkeit mit am ehesten zwanghaften Zügen (Urk. 6/74/24).

Für die posttraumatischen Kopfschmerzen nach milder traumatischer Hirnverletzung bestünden Behandlungsmöglichkeiten in Form einer Medikamentenanpassung, der Durchführung von Entspannungstechniken sowie einer weiteren psychotherapeutischen Begleitung. Die posttraumatische Belastungsstörung sei weitgehend zurückgebildet, neu würden aber die Kriterien für eine Panikstörung erfüllt. Es würden zudem weiterhin Schlafprobleme in Form einer nicht-organischen Insomnie vorliegen. Unter leitliniengerechter Therapie gehe man von einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit im Verlauf aus. Von neuropsychologischer Seite könne man eine deutliche Besserung mit einem Leistungsprofil im durchschnittlichen Bereich vermelden (Urk. 6/74/25)

Aufgrund des aktuell erhobenen psychischen Zustandes sei eine Tätigkeit in leitender Funktion nicht möglich, so dass für die bisherige Tätigkeit eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für Arbeiten in stressarmer Umgebung mit der Möglichkeit, selbständig Pausen einzulegen, ohne koordinative Tätigkeiten und Leitungsfunktionen sowie ohne anspruchsvollen oder hochfrequenten Kundenverkehr oder Zeit- und Leistungsdruck bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 40 %. Die Einschränkung gründe in der verstärkten Tagesmüdigkeit, der Angstsymptomatik, den Kopfschmerzen sowie einer deutlich reduzierten Stresstoleranz und emotionalen Belastbarkeit. Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei das traumatische Ereignis vom 1. November 2009 (Urk. 6/74/26).

E. 3.4

Für den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), der nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs beurteilt und die Beschwerdegegnerin berät, nahm am 12. November 2013 Dr. med. D.____, Facharzt für Anästhesiologie, zum Verlaufs-gutachten Stellung. Er beurteilte dieses als

beweiskräftig im Sinne der Rechtsprechung. Man stelle darauf ab (Urk. 6/104/11 f.).

Der Rechtsdienst der Beschwerdegegnerin hielt hingegen gleichentags fest, die Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten sei nicht nachvollziehbar. Die diagnostizierte Panikstörung sei nicht erklärbar, pflege der Beschwerdeführer doch Sozialkontakte und habe oft Besuch von Freunden, so dass kleine Menschenansammlungen möglich seien. Grund für den Abbruch der beruflichen Massnahme seien die Kopfschmerzen gewesen, wobei sich in der neurologischen Begutachtung keine strukturellen Läsionen oder Blutungsresiduen hätten nachweisen lassen. Die Kopfschmerzen seien noch nicht genügend wirksam behandelt und würden die Arbeitsfähigkeit um maximal 30 % einschränken. Die posttraumatische Belastungsstörung sei bereits gemäss Vorgutachten remittiert gewesen. Es bestünden aktuell keine Flashbacks oder Albträume. Zusammenfassend fühle sich der Beschwerdeführer subjektiv krank, sei aber trotz verminderter Tagesmüdigkeit, Angstsymptomatik, deutlich reduzierter Stresstoleranz und emotionaler Belastbarkeit zu 100 % arbeitsfähig. Abzuklären sei, ob er eine Leitungsposition übernehmen könne. Es bestehe Anspruch auf berufliche Massnahmen zufolge drohender Invalidität (Urk. 6/104/13).

Nach Abbruch des Arbeitstrainings erklärte der Rechtsdienst am 21. Januar 2015, die Überwindbarkeit sei schon geprüft worden und gegeben. Der Beschwerdeführer habe eine Tagesstruktur und könne in der Freizeit viel unternehmen. Ein normales Leben scheine möglich, so dass genügend Ressourcen vorhanden seien, um die Einschränkungen zu überwinden. Die posttraumatische Belastungsstörung sei vorübergehend gewesen. Es bestehe zudem ein kognitiver Normalbefund ohne fokale Ausfälle. Ferner gebe es bezüglich der Migräne beschwerdefreie Tage und würden nicht regelmässig Medikamente eingenommen. Die Kopfschmerzen seien therapeutisch noch angebar, die nicht-organische Insomnie sei überwindbar (Urk. 6/104/14).

E. 3.5

Die Gutachten des Z.____ ergeben somit auf den ersten Blick kein schlüssiges Bild. Obschon im ersten Gutachten eine günstige Prognose gestellt wurde wobei der RAD-Arzt Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, das Verbesserungspotential am 7. November 2011 auf vorerst 20 % schätzte (Urk. 6/104/7) und dem Beschwerdeführer eine Schadenminderungspflicht im Sinne der gutachtlich empfohlenen medizinischen Massnahmen aufgelegt wurde (Urk. 6/44), attestierte man ihm im Folgegutachten eine geringere Arbeitsfähigkeit. Ausserdem würdigten die internen Dienste der Beschwerdegegnerin das Verlaufsgutachten gegensätzlich. Infolgedessen steht der aus medizinischer Sicht ab November 2010 attestierten Arbeitsfähigkeit von 40 bis 70 % in einer stark angepassten Tätigkeit bzw. von 0 bis 60 % in der bisherigen Tätigkeit (mit angepasstem Aufgabenbereich und zeitlichem Mehrbedarf) eine aus juristischer Sicht festgelegte Arbeitsfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit gegenüber. Dabei hinterfragte der Rechtsdienst nicht nur den Beweiswert des Verlaufsgutachtens, sondern zog selbst medizinische Schlussfolgerungen, indem er etwa eine Panikstörung verneinte und obwohl er das im Gutachten festgelegte, sehr eingeschränkte Belastungsprofil übernahm

auf eine volle Leistungsfähigkeit schloss. Dies lässt sich nicht mit der in E. 1.3 dargelegten Rechtsprechung vereinbaren.

E. 4.1.1

Die Angaben, die der Beschwerdeführer gegenüber den Gutachtern zur Entwicklung seiner Beschwerden und deren Auswirkungen im Alltag machte, sind für die Plausibilisierung sämtlicher Abklärungsergebnisse bedeutsam. Sie werden daher vorab dargelegt.

E. 4.1.2

In der psychiatrischen Untersuchung im November 2010 erklärte er, es gebe keine Tage ohne Kopfschmerzen. Die Schmerzintensität ordne er auf der visuellen Schmerzskala (VAS) bei 6-8/10 ein. Er könne sich nicht länger konzentrieren, sei langsamer geworden, habe Schwierigkeiten bei der Erkennung von Zusammenhängen, das Artikulieren sei schwieriger geworden und das Gedächtnis funktioniere weniger. Seine Stimmung sei depressiv und schwankend. Er sei oft überfordert, gereizt und aufbrausend. Ängste kenne er eigentlich nicht, wobei ihm aufgefallen sei, dass er vor allem an Orten, wo viele Menschen seien, ein Schwindelgefühl bekomme, z.B. im Supermarkt. Dann sei ihm unwohl, er schwitze und müsse gehen. Wenn er sich hingesezt und ausgeruht habe, gehe es ihm meist besser. In manchen Situationen erinnere er sich an den Vorfall, habe aber keine Alpträume, Flashbacks oder Intrusionen. Er wache nachts öfters auf und könne nicht mehr einschlafen. Sein Antrieb sei reduziert, so dass er Sachen gerne verschiebe (Urk. 6/34/41). Die Familie sei intakt. Seine Hobbies seien Schwimmen und Kochen, was er gerne mit Freunden mache. Mountainbike fahre er nicht mehr, da er von den Vibrationen mehr Kopfschmerzen bekomme und seine Hände taub würden. Sein Tag beginne zwischen 6 und 7 Uhr. Er frühstücke, richte die Kinder her und mache den Haushalt. Danach koche er das Mittagessen. Nachmittags mache er den Haushalt fertig, spaziere oder surfe im Internet. Nach dem Abendessen helfe er bei den Hausaufgaben und schaue fern. Er sei bereits früher wenig ausgegangen. Die Gespräche beim Psychiater ein- bis zweimal pro Monat würden ihm gut tun. Seit April nehme er Cipralex (20 mg/d) ein, worunter er einen Schwindel, ohne grosse Besserung verspüre. Er habe versucht, die Schmerzmedikamente (Dafalgan 3 g/d) abzusetzen, worauf die Beschwerden schlimmer geworden seien (vgl. Urk. 6/34/42, 6/34/44).

Gegenüber dem Neurologen führte er aus, die Intensität der Kopfschmerzen liege im Schnitt bei 5-6/10 (VAS). Bei Wetteränderungen oder Anstrengung verspüre er eine Verstärkung. Rechnungen und anderen „Papierkram“ erledige daher aktuell seine Ehefrau. Bis zu zweimal pro Woche bemerke er Schwindel anfälle im Beisein vieler Menschen oder in grossen Räumen. Bei Nervosität und Anspannung würden seine Hände so zittern, dass er kaum ein Glas halten könne. Er schlafe höchstens vier Stunden am Stück, müsse häufig pausieren und sich nachmittags hinlegen. Er surfe etwa 15 bis 30 Minuten im Internet. Selbst Auto fahre er nur 5 bis 10 km. Danach sei er sehr müde und habe Kopfschmerzen (Urk. 6/34/50-52).

In der neuropsychologischen Begutachtung ordnete er die Kopfschmerzen in besseren Momenten (ca. zwei Tagen pro Woche) bei 4-5/10 (VAS) ein. Konzentrieren könne er sich 15 bis 30 Minuten lang. Auto fahre er maximal 20 km. Das private Administrative und Finanzielle übernehme teilweise die Ehefrau. An Hobbies habe er nur noch das Kochen. Soziale Kontakte seien vorhanden, aber weniger häufig. Er würde gerne arbeiten, doch selbst Kleinigkeiten würden ihn aus der Bahn werfen (Urk. 6/34/60-61).

Schliesslich präzierte er in der allgemein-internistischen Untersuchung, wegen der vegetativen Symptomatik nicht mehr Bus, Tram oder Zug fahren zu können. Je nach vorangegangener Nacht benötige er nachmittags eine bis eineinhalb Stunden Schlaf

(Urk. 6/34/10).

E. 4.1.3

Zweieinhalb Jahre später führte der Beschwerdeführer in der psychiatrischen Untersuchung aus, Kopfschmerzen habe er bei vielen Leuten immer. Er habe daher schon um 11 Uhr in der Kantine gegessen. Er ermüde schnell und habe Schlafstörungen. Entsprechend schlecht sei die Konzentration. Unter vielen Menschen, wo es viele Bewegungen und Geräusche gebe, sei es besonders schlimm. Zudem habe er Schwierigkeiten, wenn das Wetter wechsele. Wenn ihn eine Situation an den Überfall erinnere, bekomme er Schwindel, Schwäche und Durchfall. Wenn ihn etwas Kleines belaste, reagiere er mit Herzklopfen und Durchfall, teilweise mit Kopfschmerzen, Schweissausbrüchen und Zittern. Obwohl er Menschengedränge vermeide, erleide er alle ein bis zwei Tage solche Panikattacken. Um die Menschenschlangen zu vermeiden, sei er deshalb aussen herum in die Kantine gegangen, als er sich später einen Kaffee geholt habe. Er leide zudem unter Aussetzern (3-4 Wortfindungsstörungen in der zweistündigen Exploration bestätigt). Seine Tageslaune sei extrem schwankend und er sei viel schneller gereizt als früher. Bereits Kleinigkeiten brächten ihn völlig aus der Fassung. So hätte ihn ein unproblematischer Anruf der Polizei zu Durchfall getrieben. Er sei emotional nicht mehr belastbar und die Bilder des Vorfalls liessen ihn nicht mehr los. Einschlafen gehe, aber zwischen 3 und 4 Uhr erwa che er und wälze sich herum. Manchmal habe er „erdrückende“ Träume, manchmal vom Unfall. Fast jede Woche kämen Gäste, die er vorzugsweise bekoche. Er habe viele Freunde. Es gehe ihm diesbezüglich gut. So oft er könne, schwimme er im nahen See (ca. 80 km/J). Er liebe Fahrradfahren, vorzugsweise mit den Kindern. In geschlossenen Räumen könne er sich nicht so gut aufhalten. Er stehe um 6 Uhr auf, die Kinder würden für die Schule fertig gemacht und es werde gefrühstückt. Danach erledige er kleine Einkäufe und halte sich durch Lektüre von Fachmagazinen à jour. Er bereite das Mittagessen zu und mache häufig mit der Tochter Hausaufgaben. Sodann schaue er die News im Computer. Am Nachmittag gehe er seinen Hobbies „Auto und Kochen“ nach. Er suche 14-täglich den Psychiater auf und nehme Ciprex (20 mg/d) ein. Seit 2011 hätten sich keine relevanten neuen Aspekte oder wesentlichen Veränderungen bezüglich der Symptomatik ergeben (Urk. 6/74/36 ff.).

In der internistischen Untersuchung erklärte er, es gebe auch völlig beschwerdefreie Tage. Die fast täglichen Kopfschmerzen seien seit der letzten Begutachtung unverändert. Er nehme nur noch unregelmässig Schlaftabletten und schlafe 0 bis 8 Stunden pro Nacht. Sie hätten viel Besuch zu Hause. Die Ehefrau arbeite einige Stunden pro Monat und man überlege, ob sie Vollzeit arbeiten und er sich dem Haushalt widmen solle (Urk. 6/74/14 f.).

Nach den Angaben des Beschwerdeführers im neurologischen Teilgutachten kam es nach Therapieversuchen Ende 2012 zur totalen Erschöpfung aufgrund der stetigen Medikamenteneinnahme mit Nebenwirkungen. Er habe seine Tagesstruktur damals nicht mehr aufrechterhalten können. Im Vordergrund stünden nach wie vor die Kopfschmerzen, deren Intensität meist bei 3-4/10 (VAS) und ca. viermal pro Monat [richtig: Woche; vgl. Urk. 6/74/49 Mitte] bei 10/10 (VAS) liege. Die beste Wirkung erreiche Dafalgan als Schmerzreserve (1 g), das die Intensität um 3-4 Punkte auf 6-7/10 (VAS) reduziere. Dieses nehme er drei- bis viermal wöchentlich ein. Er könne nur in Begleitung seiner Ehefrau in grösseren Supermärkten einkaufen und vermeide Bahnhöfe, Flughäfen sowie öffentliche Verkehrsmittel. Längere Autofahrten seien mit Pausen möglich. So habe er heute zwei Stunden eingeplant und 15 Minuten pausiert (Urk. 6/74/46 f.).

Im neuropsychologischen Fachgutachten quantifizierte er seine Kopfschmerzen mit durchschnittlich 6-8/10 (VAS). Auslöser seien oft Wetterwechsel oder Belastungssituationen. Im Alltag komme er mit dem verminderten Konzentrationsvermögen weitgehend klar, doch führe es zu Kopfschmerzen, wenn er kognitiv mehr gefordert werde. Er fahre zwei- bis dreimal pro Woche kürzere Strecken selber Auto. Je nach Tagesform seien Distanzen von ein bis zwei Stunden möglich. Seit der letzten neuropsychologischen Untersuchung habe es keine Veränderung gegeben. Grundsätzlich könne er im Haushalt alles machen und regle das Administrative und Finanzielle selbst (Urk. 6/74/61 f.).

E. 4.1.4

Der Beschwerdeführer betonte in der zweiten Untersuchung somit mehrfach, dass sich die Beschwerden aus seiner Sicht nicht verändert – mithin also auch nicht verschlechtert – hätten. Objektiv festzustellen ist zudem eine verbesserte Funktionalität im Alltag. So haben seine sozialen Kontakte und seine sportliche Betätigung deutlich zugenommen. Vor allem fährt er wieder Mountainbike, was er zuvor wegen der dadurch verstärkten Kopfschmerzen nicht mehr konnte. Diese stehen für ihn zudem nach wie vor im Vordergrund, wobei er neu beschwerdefreie Tage einräumte, eine geringere Dosis Dafalgan angab und im Vergleich zur Voruntersuchung die Schmerzintensität teilweise geringer einstuft. Im Einklang damit steht, dass er die administrativen Angelegenheiten wieder selbst erledigt und wesentlich längere Strecken Auto fährt. Der Schlaf scheint ebenfalls verbessert. Zumindest nimmt er nur noch gelegentlich Schlafmittel ein, schläft zwischen 0 bis 8 Stunden pro Nacht und erwähnte in der zweiten Untersuchung weder einen Mittagsschlaf noch einen erhöhten Pausenbedarf. Schliesslich ist in der zweiten im Vergleich zur ersten Untersuchung kein stärker ausgeprägtes Vermeidungsverhalten wegen der Angstsymptome auszumachen. Der Beschwerdeführer kauft (in Begleitung seiner Ehefrau) in grösseren Supermärkten ein und kann ebenso in der Kantine essen bzw. dort trotz Menschenschlangen einen Kaffee holen.

E. 4.2.1

Ebenfalls allgemein von Bedeutung sind die im Rahmen der Gutachten erhobenen Laborwerte. Nicht bestätigt werden konnte mit jenen von 2013 der im Vorgutachten geäusserte Verdacht auf einen Alkoholabusus. Ebenso wenig nachweisen liess sich zu irgendeinem Zeitpunkt eine aufgrund der Anamnese vermutete schmerzmittelinduzierte Kopfschmerzkomponente (Urk. 6/74/49). Vielmehr wurde im Jahr 2010 ein Acetaminophen-Wert festgestellt, der mit 3.8 mg/l nur knapp im Wirkungsbereich lag (vgl. Gressner/Arndt, Lexikon der Medizinischen Laboratoriumsdiagnostik, 2. Aufl., Berlin/Heidelberg 2013, S. 1040). Im Jahr 2013 war gar kein Paracetamol nachweisbar. Nichtsdestotrotz wies die F. ___ im Bericht vom 21. September 2015 erneut darauf hin, dass die analgetika-induzierten Kopfschmerzen als Problem nicht ausser Acht zu lassen seien, nachdem der Beschwerdeführer auf Grund einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol (akuter Rausch) dort eine Nacht hospitalisiert war (vgl. Urk. 9/2). Aus den Laboruntersuchungen ist zudem zu schliessen, dass bis 2013 kein Antidepressivum im therapeutisch wirksamen Bereich (längerfristig) regelmässig eingenommen wurde (Urk. 6/34/24 f., Urk. 6/74/16 f.). Der Beschwerdeführer räumte in der ersten Begutachtung denn auch ein, das CipraleX gelegentlich auszulassen (Urk. 6/34/11). In der zweiten Untersuchung gab er an, täglich 20 mg CipraleX einzunehmen (Urk. 6/74/38), obschon der ihn behandelnde Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuvor von einer deutlichen Besserung der depressiven Symptomatik unter 30 mg CipraleX berichtet

hatte (Urk. 6/56/7 f.).

E. 4.2.2

Insuffiziente Medikamentenspiegel sind grundsätzlich ein Indiz dafür, dass kein erheblicher Leidensdruck besteht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_924/2014 vom 2. April 2015 E. 4.2 betreffend eine Panikstörung). Bezüglich des Parace tamol ist diese Aussage in zweifacher Hinsicht zu relativieren. Einerseits ist die Einnahme nach Bedarf bei der von allen Ärzten erwogenen analgetika-induzierten Schmerzkomponente selbstredend sinnvoll. Andererseits ist nach dem erneuten Hinweis auf diese Komponente durch die F.____ im September 2015 nicht auszuschliessen, dass die Laborwerte (bei kurzer Halbwertszeit) nicht repräsentativ sind – zumal unklar ist, worauf der Hinweis gründet. Hinsichtlich der Psychopharmaka ist es dem Beschwerdeführer zwar ebenfalls unbenommen, auch gänzlich von deren Einnahme abzusehen. Solche Medikamente sind jedoch zur Therapie zugelassen und in dem Mass, wie der Heilungsprozess durch eine unzuverlässige Einnahme von Antidepressiva in der verschriebenen Dosis beeinträchtigt wird, ist die jederzeit und für jede versicherte Person geltende Schadenminderungspflicht verletzt. Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt nämlich allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person alles ihr Zumutbare selbst vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern, bevor sie Leistungen verlangen kann (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2).

E. 4.3.1

Bezüglich der neuropsychologischen Defizite war im Vorgutachten eine leichte neuropsychische Störung, überwiegend wahrscheinlich als Status nach Commo tio cerebri (ICD-10: S06.0) mit milder traumatischer Hirnverletzung diagnostiziert worden, die mitbedingt sei durch die depressive Störung, die posttraumatische Belastungsstörung sowie die Kopfschmerzen und möglicherweise einen Alkoholabusus. Angemerkt wurde, dass die objektivierten Testbefunde mehrheitlich im durchschnittlichen bis unteren Normbereich aufgrund des Bildungsniveaus sowie der bisherigen Berufsanforderungen eine deutliche Verschlechterung des kognitiven Leistungsniveaus gegenüber früher darstellen würden. Infolgedessen sowie aufgrund der verminderten Belastbarkeit und erhöhten Ermüdung wurde dem Beschwerdeführer in einer „seinen Möglichkeiten und Ressourcen angepassten Arbeitssituation“ eine Leistungsfähigkeit von 60 % bei voraussichtlichem zeitlichem Mehrbedarf attestiert. Für eine intellektuell wenig anspruchsvolle Verweistätigkeit wurde das Leistungsvermögen mit 80 % quantifiziert (vgl. Urk. 6/34/67).

E. 4.3.2

Eine tendenzielle Besserung zeigte sich Anfang 2012 im Bericht der Rehaklinik A.____. Die Testergebnisse würden noch einer unspezifischen, minimalen bis leichten neuropsychologischen Störung entsprechen. Der Beschwerdeführer könne sich subjektiv zwar gestört fühlen, die Funktionsfähigkeit sei aber unter den meisten beruflichen Anforderungen – ausgenommen sehr hohe kognitive – nicht eingeschränkt. Hervorgehoben wurde im Bericht, dass nach leichten traumatischen Hirnverletzungen bei 5 bis 15 % der Betroffenen ein chronisches postkommotionelles Syndrom (Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen etc.) zurück bleibe. Würden die Beschwerden länger als drei Monate anhalten, sei anzunehmen, psychoreaktive Störungen, Medikamentennebenwirkungen, ein sekundärer Krankheitsgewinn oder psychosoziale Belastungsfaktoren würden wesentlich zur Aufrechterhaltung beitragen. Die Defizite des

Beschwerdeführers seien am besten im Rahmen der noch sub syndromal vorhandenen, posttraumatischen Belastungsstörung (Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion) einzuordnen. Allenfalls wirke sich auch die Medikation negativ auf die Kopfschmerzen und Belastbarkeit aus. Eine markante Persönlichkeitsänderung finde sich hingegen nicht (Urk. 6/58/106 f.).

E. 4.3.3

In der Testung des Z.____ im Jahr 2013 wurde endlich ein unauffälliges, im durchschnittlichen Normbereich liegendes Leistungsprofil festgestellt. Die Befunde würden einem kognitiven Normalbefund entsprechen. In der unteren Norm seien das Arbeitstempo in zwei nicht-computergestützten Aufgaben sowie die spontane figurale Ideenproduktion. Mittelschwer vermindert sei die semantisch-kategoriale Flüssigkeit, was in Anbetracht des Gesamtprofils und Verlaufs als Artefakt zu werten sei. Es sei eine deutliche Verbesserung gegenüber dem Vorgutachten und auch im Vergleich zur Untersuchung in der Rehaklinik A.____ erkennbar. Aus neuropsychologischer Sicht bestehe im angestammten Beruf eine 80%-Arbeitsfähigkeit. Die Reduktion sei bedingt durch die wahrscheinlich schmerzbedingt erhöhte Ermüdung, die damit verbundene leichte Verlangsamung sowie den vermehrten Pausenbedarf. Die Belastbarkeit (Arbeitstempo und Ermüdung) sei im Rahmen von praktischen Arbeitseinsätzen zu steigern (Urk. 6/74/68 f.).

E. 4.3.4

Massgebliche neuropsychologische Defizite sind somit aufgrund der stimmigen Testresultate über drei Jahre auszuschliessen. Eine reduzierte Arbeitsfähigkeit attestierten die Fachärzte noch aufgrund der reduzierten Belastbarkeit und schnellen Ermüdung, beides bedingt durch die psychiatrische Symptomatik und die Schmerzproblematik. In qualitativer Hinsicht bestand bereits Anfang 2012 einzig noch eine Einschränkung für Tätigkeiten mit sehr hohen kognitiven Anforderungen, weshalb nach dem kognitiven Normalbefund mit durchschnittlichem Leistungsprofil Mitte 2013 nun ein Anknüpfen an das frühere kognitive Leistungsniveau möglich sein dürfte. Die Verbesserung wird durch die dargelegte bessere Funktionalität im Alltag bestätigt (vgl. E. 4.1.4).

E. 4.4.1

Im neurologischen Teil des Vorgutachtens wurde sodann ausgeführt, im Vordergrund überwiegen wahrscheinlich unfallkausale, starke holozepale und täglich vorhandene Kopfschmerzen, die von der Qualität her dem Charakter eines Spannungskopfschmerzes gleichen würden. Nach Angaben des Beschwerdeführers liege die Schmerzintensität im Durchschnitt bei 5-6/10 (VAS). Bei Wetteränderungen verspüre er häufig eine Verstärkung. Bei anamnestisch zumindest phasenweise hohem Analgetikagebrauch sei eine schmerzmittelinduzierte Komponente denkbar, die im Verlauf einen Teil der Kopfschmerzen mitbedingt habe. Die beschriebenen Schwindelattacken primär bei erhöhtem Menstruationsaufkommen und in grossen Räumen seien bei fehlenden Anhaltspunkten für eine grobe vestibuläre Dysfunktion am ehesten im Rahmen einer möglichen Panikstörung zu interpretieren (Urk. 6/34/50, 6/34/54).

Man empfehle die Anbindung an eine neurologische Praxis zur regelmässigen Betreuung der medikamentösen Einstellung der Kopfschmerzen. Zu diskutieren sei ferner ein Ausbau der antidepressiven Therapie als schmerzmodulierende Basistherapie. Der erhöhte Gebrauch von Paracetamol sei zu reduzieren bzw. dieses vollständig abzusetzen. Empfohlen werde eine leichte regelmässige sportliche Betätigung. Durch die chronische

Kopfschmerzsymptomatik sei die Arbeitsfähigkeit um maximal 20 % eingeschränkt. Unter optimaler Therapie sei eine Besserung denkbar, wobei eine partielle Einschränkung fortbestehen könne (Urk. 6/34/55).

E. 4.4.2

Weitgehend bestätigt wurden die gutachtlichen Schlussfolgerungen im Bericht der Rehaklinik A.____ von Anfang 2012. Wie im Vorgutachten festgestellt, seien die Kopfschmerzen als posttraumatische Kopfschmerzen mit Verdacht auf eine Kopfschmerzkomponente bei Medikamentenübergebrauch einzuordnen. Die im Gutachten empfohlenen Massnahmen seien noch nicht umgesetzt worden, würden die Leistungsfähigkeit aber mit Sicherheit deutlich verbessern (Urk. 6/58/115 f.). Dabei ging Dr. med. H.____, Fachärztin für Neurologie sowie Psychiatrie und Neurologie, in ihrer Gesamtbeurteilung allerdings – gestützt auf den damals neuen Abklärungsbericht der Stiftung C.____ – von einer Leistungsfähigkeit von lediglich 15 bis 20 % in einem Präsenzpensum von bis zu vier Stunden in einer Reintegrationsmassnahme aus (Urk. 6/58/117). Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, ebenfalls Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, stimmte dieser Einschätzung am 11. April 2012 alsdann zu und ergänzte, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit das Erreichen eines 50% Pensums innert eines Jahres realistisch sei (Urk. 6/104/8).

E. 4.4.3

Den Berichten der Klinik B.____ von April und Mai 2012 ist ferner zu entnehmen, dass sich im MRI vom 18. April 2012 keine Hinweise auf Kontusionen, Hämosiderin-Ablagerungen oder sekundäre Komplikationen gefunden hätten. Der Befund sei intrakraniell unauffällig. Es seien keine Traumafolgen erkennbar. Unter Orfiril seien die Kopfschmerzen weniger stark, aber weiterhin täglich vor handen. Gegen Abend wirke dessen Einnahme direkt lindernd. Ferner seien drei Anwendungen mit Maxalt lingual erfolgt, das mit etwas Verzögerung ebenfalls lindernd wirke. Der Beschwerdeführer wünsche weitere Anwendungen. Auf Dafalgan werde vollständig verzichtet, früher habe die Dosis teils 4 g pro Tag überstiegen (Urk. 6/58/64, 66 und 68). Im Bericht vom November 2012 heisst es, dass unverändert täglich Kopfschmerzen bestünden, wobei diese zum Teil nach der Botoxbehandlung besser seien. Der Beschwerdeführer sei zu 15 bis 20 % arbeitsfähig. Eine abschliessende Prognose sei noch nicht möglich, zunächst müsse die medikamentöse Behandlung optimiert werden. Als Umstand, der den Heilungsverlauf ungünstig beeinflussen könne, wurde die posttraumatische Belastungsstörung angeführt (Urk. 6/55/1).

E. 4.4.4

Im neurologischen Teilgutachten von 2013 wurde schliesslich festgehalten, die aktuelle Qualität des chronischen posttraumatischen Kopfschmerzes nach statt gehabter milder traumatischer Hirnverletzung entspreche den Kriterien eines Spannungskopfschmerzes. Viermal pro Woche komme es zu Schmerzspitzen, welche die Charakteristika einer Migräne erfüllten. Es gebe nur wenige Tage, an denen der Beschwerdeführer nur leichte Kopfschmerzen habe. Gemäss dessen Angaben betrage die Schmerzintensität 3-4/10 (VAS), manchmal auch 10/10 (VAS) und könne mit Dafalgan um 3-4 Punkte reduziert werden. Es seien verschiedene Basistherapien versucht worden. Dokumentiert sei ein Versuch mit Valproat. Gemäss Angaben des Beschwerdeführers seien weiter Amitriptylin, Efexor, allenfalls Sibelium, Topamax und ein Betablocker angewandt worden, ohne längerdauernd Linderung zu bringen. Nach einigen Sitzungen mit traditioneller

chinesischer Medizin nehme er nun wieder drei- bis viermal wöchentlich Dafalgan als Schmerzreserve ein. Im (nicht vorliegenden) MRI des Neurokraniums seien Hirnparenchymverletzungen oder Blutungsresiduen ausgeschlossen worden. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit setze jedoch keine radiologisch nachweisbaren strukturellen Läsionen voraus.

Trotz lückenhafter Aktenlage gehe man aufgrund der glaubhaften Angaben des Beschwerdeführers davon aus, die zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der medikamentösen Therapie seien dem aktuellen Wissenstand gerecht erprobt worden. Für die Frage, inwiefern für den fehlenden Erfolg eine nicht genügend therapierte posttraumatische Belastungsstörung ursächlich sei, werde auf das psychiatrische Teilgutachten verwiesen. Empfohlen werde ein Ausbau der antidepressiven Therapie als schmerzmodulierende Basistherapie. Ein positiver Effekt sei von einer regelmässigen sportlichen Betätigung sowie einer eng geführten Entspannungstechnik und psychotherapeutischen Begleitung zu erwarten. Aufgrund der noch ungenügend wirksam behandelten posttraumatischen Kopfschmerzen sei die Arbeitsfähigkeit um maximal 30 % eingeschränkt. Gelingen es, diese zu lindern, sei eine Einschränkung von noch 5 bis 10 % zu erwarten (Urk. 6/74/46 ff.).

E. 4.4.5

Die Akten waren folglich bei der letzten Begutachtung – und sind es noch immer – unvollständig in Bezug auf die Behandlungsversuche der Kopfschmerzen. Dokumentiert sind gewisse medikamentöse Umstellungen, die offenbar zumindest anfänglich jeweils eine Linderung brachten. Beim Vergleich der subjektiven Angaben resultiert ausserdem eine Besserung der durchschnittlichen Schmerzintensität. Hinzu kommt die bereits dargelegte verbesserte Funktionalität im Alltag, wobei im Kontext mit den Kopfschmerzen insbesondere hervorzuheben ist, dass der Beschwerdeführer wieder regelmässig Mountainbike fahren und Besuch empfangen kann (vgl. E. 4.1.4). Weshalb die Arbeitsunfähigkeit dennoch neu 30 % gegenüber 20 % im Vorgutachten betragen soll, wird im Verlaufsgutachten nicht erläutert. Die Einschätzung im Bericht der Rehaklinik A.____ bezieht sich alsdann nicht allein auf die Kopfschmerzen und beruht ohne sich kritisch damit auseinanderzusetzen einzig auf dem Ergebnis der C.____-Abklärung. Allerdings geht aus dem Bericht und der dazugehörigen RAD-Stellungnahme deutlich hervor, dass die Einschätzung im Vorgutachten als zu optimistisch erachtet wird.

Ferner wird das Fortbestehen der Kopfschmerzen in beiden Gutachten mit der psychischen Symptomatik in Verbindung gebracht. Empfohlen wurde daher jeweils ein Ausbau der antidepressiven Therapie sowie eine eng geführte psychotherapeutische Begleitung und eine relevante Besserung in der Folge als möglich erachtet. Dieser Ansicht war man übrigens auch wie bereits in den Erwägungen zu den neuropsychologischen Defiziten dargelegt im Bericht der Rehaklinik A.____ (vgl. E. 4.3.2) und ebenso in der Untersuchung durch den versicherungspsychiatrischen Dienst der Suva. Letzterer hatte im Hinblick auf eine adäquate Therapie ausgeführt, es sei fraglich, ob die Kopfschmerzen, die hohe Ermüdbarkeit, die Konzentrationsschwierigkeiten und die Reizbarkeit nur hirntraumatisch bedingt seien oder durch emotionale Prozesse überlagert würden. Er empfahl deshalb als Neustart eine tagesklinische Behandlung mit entsprechender Psychoedukation und unter Einsatz körperorientierter Methoden (Urk. 6/58/43 f.). Aus den Akten geht nicht klar hervor, inwiefern diesem Aspekt bisher genügend Rechnung getragen wurde. Darüber hinaus steht nach wie vor eine schmerzmittelinduzierte Komponente im Raum (z.B. Urk.

6/58/21 und E. 4.2). Die zumutbaren Therapiemöglichkeiten sind, soweit einstweilen aus den Akten ersichtlich, noch nicht ausgeschöpft.

E. 4.5.1

Zur psychischen Symptomatik ist dem Vorgutachten zu entnehmen, der Beschwerdeführer klagt über Kopfschmerzen, Stimmungsschwankungen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Gereiztheit mit verminderter Belastbarkeit sowie Durchschlafstörungen mit Grübelneigung, Albträume, Flashbacks oder Intrusionen sowie Vermeidungsverhalten verneinend hingegen. Beschrieben werde aber ein beklemmendes Gefühl bzw. Unwohlsein unter vielen Menschen, das sich nach einem Ortswechsel schnell bessere. Zusammenfassend sei von einer teilremittierten, posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer ängstlich-depressiven Symptomatik auszugehen, die in ihrer Ausprägung keine eigenständige Diagnose rechtfertigt und in der Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt zur Darstellung komme. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer zu 70 %, d.h. in einer gut strukturierten und überschaubaren Tätigkeit ohne deutlichen Leistungsdruck für sechs Stunden arbeitsfähig. Dabei solle er regelmässige Pausen einlegen und das Arbeitstempo selbst bestimmen können. Leistungsmindernde Faktoren seien die deutlich eingeschränkte Stresstoleranz, verminderte Belastbarkeit, schnelle Überforderung und verminderte Konzentration (Urk. 6/34/26, 6/34/46 f.).

E. 4.5.2

Bestätigt wurden die medizinischen Schlussfolgerungen des Vorgutachten in der Untersuchung des Versicherungspsychiatrischen Dienstes der Suva Ende 2012. Gereiztheit, Durchschlaf- und Konzentrationsstörungen sowie verminderte Belastbarkeit seien im Vorgutachten als Restsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung betrachtet worden, was plausibel erscheine, da nach wie vor eine reaktive Übererregbarkeit vorhanden sei, die in bestimmten, als stressvoll erlebten Situationen ein ruhiges überlegtes Verhalten verhindere. Das wenig spezifische Vermeidungsverhalten zielt heute mehr auf die Vermeidung neuerlicher Versagenssituationen ab. Die affektiven und Angstsymptome seien zu wenig ausgeprägt, um eine eigenständige Diagnose zu stellen und hätten immer noch reaktiven Charakter in Bezug auf das Erlebte. Damit seien die im Vorgutachten gestellten Diagnosen noch gültig. Bei den Situationen mit Zittern, Unsicherheit, vegetativer Unruhe sowie einem Gefühl des Schwindels und des „Wegtretens“ handle es sich am ehesten um kurze, angstgefärbte dissoziative Zustände. Diese würden primär in Gegenwart vieler Menschen oder Situationen der Reizüberflutung auftreten und seien Teil der Restsymptomatik der teilremittierten posttraumatischen Belastungsstörung (vgl. Urk. 6/58/40).

E. 4.5.3

Dr. G. ___ diagnostizierte im Januar 2013 psychiatrischerseits sogar einzig eine rezidivierende Depression (ICD-10: F33.11), Differentialdiagnose Anpassungsstörung (ICD-10: F43.21), und einen Status nach posttraumatischer Belastungsstörung (Urk. 6/56/6). Er erläuterte, seit Mai 2010 habe sich der Zustand deutlich gebessert, die posttraumatische Belastungsstörung sei abgeklungen und die depressive Anpassungsstörung habe sich unter 30 mg Cipralext deutlich reduziert. Es gebe aber anhaltende Schwankungen und rezidivierende Rückfälle. Zurzeit sei noch eine lockere Begleitung zur weiteren Stabilisierung (eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung pro Monat) notwendig und die antidepressive Medikation fortzusetzen. Es

beständen Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, eine verminderte kognitive Leistungsfähigkeit mit rascher Erschöpfbarkeit, Müdigkeit und Kopfschmerzen. Die Leistungsfähigkeit sei daher vor allem durch die neuropsychologischen Restsymptome und Kopfschmerzen eingeschränkt (Urk. 6/56/7 f.).

E. 4.5.4

In der psychiatrischen Begutachtung im Mai 2013 soll der Beschwerdeführer demgegenüber über eine verstärkte ängstliche Symptomatik, insbesondere bei grösseren Gruppen oder frequentierten Anlässen, berichtet haben. Trotz des Vermeidungsverhaltens komme es alle ein bis zwei Tage zu einer Attacke. Der Z.____-Gutachter schlussfolgerte daraus, dass sich nun die Diagnose einer Panikstörung rechtfertige. Weiter führte er aus, obschon sich eine gelegentliche Niedergestimmtheit zeige und Schlafstörungen beständen, seien die Kriterien für eine depressive Episode, Dysthymie oder Anpassungsstörung (bei über schrittenem Zeitkriterium) nicht erfüllt. Die deutlichen Schlafstörungen interpretiere man als nicht-organische Insomnie. Weitgehend unverändert beständen die Restsymptome der posttraumatischen Belastungsstörung (Urk. 6/74/24). Die Arbeitsfähigkeit sei reduziert infolge verstärkter Tagesmüdigkeit, jedenfalls aber wegen der Angstsymptomatik sowie der deutlich reduzierten Stresstoleranz und emotionalen Belastbarkeit. Angesichts der Untersuchung, der Erfahrungen des Arbeitstrainings und der verstärkten Angstsymptomatik sei sie sogar stärker als im Vorgutachten eingeschränkt. In einer stressarmen Umgebung sei der Beschwerdeführer 40 bis 50 % arbeitsfähig. Auszuschliessen seien koordinative und Leitungsfunktionen sowie Arbeiten mit anspruchsvollem oder hochfrequentem Kundenverkehr unter Zeit- und Leistungsdruck. Die von Dr. G.____ festgestellte Zustandsbesserung beziehe sich auf eine Situation völliger Arbeitsabstinenz und man sehe bei der Stresssensibilität bis -intoleranz des Beschwerdeführers bei einem höhergradigen Arbeitseinsatz ein erhebliches Risiko für eine rasche und markante Verschlechterung der Angst- und Schlafstörung (Urk. 6/74/43).

E. 4.5.5

Für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung sind grundsätzlich nicht die genauen Diagnosen, sondern die Auswirkungen der diagnostizierten Leiden auf die Arbeitsfähigkeit entscheidend (BGE 136 V 273 E. 3.2.1). In den fachärztlichen Berichten wurden übereinstimmend eine deutlich eingeschränkte Stresstoleranz und verminderte Belastbarkeit sowie ferner Schlafstörungen bzw. eine Müdigkeit und eine depressive Verstimmung festgestellt. Diese Symptomatik wurde im Verlauf als unverändert oder verbessert beschrieben. Ebenfalls Eingang in fast alle Berichte fand der Umstand, dass der Beschwerdeführer sich nach eigenen Angaben in gewissen Situationen unwohl fühlte und körperliche Reaktionen zeigte. Die ältesten zwei Berichte hielten dazu ausdrücklich fest, die Ausprägung der ängstlich-depressiven Symptomatik rechtfertige keine eigenständige Diagnose. Dr. G.____ erwähnte sogar einzig „Schwankungen und rezidivierende Rückfälle“ im Rahmen der Depression bzw. Anpassungsstörung, ohne den psychischen Beschwerden insgesamt grosse Relevanz beizumessen. Nur im Verlaufsgutachten wurde betont, die Angstsymptomatik sei verstärkt und habe sich zur Panikstörung entwickelt. Keine Bedeutung beizumessen ist diesbezüglich der klar als blosser Mutmassung gekennzeichneten „möglichen Panikstörung“ in der ersten neurologischen Begutachtung unter Verweis auf die Klärung dieser Frage im psychiatrischen Teilgutachten (vgl. E. 4.4.1).

Das wesentliche Kennzeichen einer Panikstörung sind wiederkehrende schwere Angstattacken (Panik), die sich nicht auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränken und deshalb auch nicht vorhersehbar sind. Eine eindeutige Diagnose ist nur bei mehreren schweren vegetativen Angstfällen zu stellen, die innerhalb eines Zeitraums von etwa einem Monat aufgetreten sind, (1) in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht, (2) wenn die Angstfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind und (3) zwischen den Attacken weitgehend angstfreie Zeiträume liegen, wobei aber Erwartungsangst häufig ist (vgl. DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], Klinisch-diagnostische Leitlinien, 9. Aufl. 2014, S. 196 f.).

Im Verlaufsgutachten wird nicht erläutert, weshalb sich die ängstliche Symptomatik bei ansonsten stagnierendem bis positivem Verlauf der psychischen Beschwerden drei Jahre nach dem Vorfall verstärkt haben soll. Zu diskutieren gewesen wäre in diesem Kontext zumindest der erneut insuffiziente Medikamentenspiegel und die vom Beschwerdeführer angegebenen Dosis des Cipralex (vgl. E. 4.3). Beides spricht gegen einen erheblichen Leidensdruck und könnte zudem erklären, weshalb nicht nur im ersten psychiatrischen Teilgutachten dringend die Weiterführung der psychotherapeutischen Behandlung sowie eine Anpassung der bestehenden antidepressiven Medikation mit Förderung der Compliance und eine Reevaluation bereits nach einem Jahr empfohlen wurde (Urk. 6/34/48), sondern auch im Verlaufsgutachten explizit trotz des bis herigen Verlaufs eine Besserung der Angst-, Belastungs- und Schlafstörung unter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung als in ein bis eineinhalb Jahren „höchstwahrscheinlich“ eingestuft wurde (Urk. 6/74/43).

Ferner ist zu bezweifeln, dass Dr. G. ___ eine tatsächlich bestehende, definitionsgemäss im Alltag erheblich einschränkende Angststörung in seinem Bericht völlig ausser Acht liess und weder bei den Diagnosen noch den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit berücksichtigte. Immerhin gilt es als allgemeine Erfahrungstatsache, dass behandelnde Arztpersonen und Therapeuten – mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung – in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Von seiner mehrjährigen Behandlung wären daher eher wertvolle Erkenntnisse (z.B. über die Häufigkeit und das Ausmass der Attacken oder das Vermeidungsverhalten) zu erwarten gewesen (vgl. BGE 124 I 170 E. 4). Er spricht jedoch von einer lockeren psychiatrischen Begleitung mit Fortführung der antidepressiven Therapie und rückt die neuropsychologischen Defizite sowie die Kopfschmerzen in den Vordergrund.

Gegen eine relevante Angstsymptomatik sprechen nicht zuletzt die eingangs zusammengefassten Angaben des Beschwerdeführers (vgl. E. 4.1) und der Bericht der Stiftung C. ___ zum Arbeitstraining, das der Beschwerdeführer von Mai bis August 2014 absolvierte. Letzterem ist zu entnehmen, dass er sich bald gut ins Team integrierte und die Arbeitssituation bei voller Besetzung des Grossraumbüros aufgrund der Reizüberflutung für ihn sehr anstrengend war. Als regelmässige vegetative Beschwerden werden an anderer Stelle Durchfall und Schlafstörungen genannt (Urk. 6/97/3 f.). Schilderungen von Attacken, wie der Beschwerdeführer sie in den Untersuchungen beschrieb und die einen dringenden Ortswechsel erfordert hätten, finden sich aber keine.

E. 4.5.6

Ferner wurde bereits im Vorgutachten auf zusätzliche Reintegrationshindernisse hingewiesen (vgl. Urk. 6/34/24). So erklärte der Beschwerdeführer damals, sein Chef habe eine fordernde Persönlichkeit und neige dazu, Mitarbeitende zu überfordern. Er wäre längst wieder dort, wenn er nicht wissen würde, was ihn dort erwarte (Urk. 6/34/9). Er könne sich nicht vorstellen, in diesem Zustand zu arbeiten, obwohl er gerne arbeiten würde, wenn das Arbeitsumfeld „gut“ wäre (Urk. 6/34/42). Depressive Symptome kenne er bereits aus der Zeit nach Erhalt der Kündigung im Jahre 2005. Eigentlich sei er damals erleichtert gewesen, habe dann aber beim Versuch, sich selbständig zu machen, Geld verloren, was ihn belastet habe (Urk. 6/34/44).

Ähnlich führte der Versicherungspsychiatrische Dienst der Suva zum stagnieren den Krankheitsverlauf aus, der Beschwerdeführer sei von diversen Fachpersonen als ein latent unsicherer und fast unterwürfiger Mensch mit einer sehr hohen Selbstanforderung wahrgenommen worden, der empfindlich sei gegenüber Kritik und negativen Haltungen von Personen, die für ihn eine emotionale Bedeutung hätten. Zwar sei aufgrund der Biografie (Berufskarriere, gute familiäre Beziehungen, Überwindung der Enttäuschung nach der ersten Entlassung) die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht angemessen, doch seien Persönlichkeitszüge einer ausgeprägten Sensitivität, einer hohen emotionalen Verletzlichkeit und damit Abhängigkeit verbunden mit hohen Selbstansprüchen zu diagnostizieren. Diese könnten den Beschwerdeführer daran hindern, die emotionalen Aspekte des Traumas sowie der schwierigen Kindesbeziehungen anzugehen (Urk. 6/58/43). Persönlichkeitszüge, die möglicherweise die Anpassung an die veränderten Bedingungen erschwerten, wurde auch im Verlaufsgutachten konstatiert und als am ehestens zwanghaft-perfektionistisch klassifiziert (Urk. 6/74 S. 24).

Zudem ist dem Bericht des J. ___ Instituts vom 9. November 2011 zu entnehmen, der Beschwerdeführer äussere einerseits sehr hohe Ansprüche an sich und sein zukünftiges Arbeitsumfeld, andererseits gebe er sich zu krank, um zu arbeiten. Es werde anspruchsvoll sein, ihn zu überzeugen, auf etwas tieferem Niveau wieder einzusteigen. Zudem bringe er keine klassische Ausbildung für die bevorzugte Tätigkeit mit (Urk. 6/47 S. 7). Diese Einschätzung erwies sich in der Folge als richtig (z.B. Urk. 6/52/5 f. Notizen vom 10./22.5.12, Urk. 6/58/159, Urk. 6/90/5 Notiz vom 7.2.14).

Es bestehen also Anhaltspunkte dafür, dass bisher nicht nur die Kopfschmerzen und die vegetative Symptomatik der Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit hinderlich waren. Akzentuierte

Persönlichkeitszüge fallen als solche aber nicht unter den Begriff des rechts erheblichen Gesundheitsschadens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_506/2014 vom 10. November 2014 E. 4.2 mit Hinweis auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43, I 514/06 E. 2.2.2.2). Zum Einfluss derselben auf den Krankheitsverlauf äusserten sich die Mediziner zwar nur vage, dennoch wird klar, dass sich das Zeitkriterium bei der Diagnosestellung als problematisch erweist (vgl. zur Dauer der Anpassungsstörung von in der Regel bis zu sechs Monaten bzw. maximal zwei Jahren DILLING/MOMBOUR/ SCHMIDT [Hrsg.], a.a.O., S. 209 f.).

E. 4.5.7

Zusammenfassend ist beim Vergleich der psychiatrischen Symptomatik in den beiden Begutachtungszeitpunkten keine nennenswerte Verschlechterung ersichtlich und die neue Diagnose einer Panikstörung überzeugt nicht. Statt dessen sind eine verbesserte, kaum mehr eingeschränkte Funktionalität im Alltag und invaliditätsfremde Reintegrationshindernisse

zu konstatieren. Die Funktionalität im Alltag kann angesichts der von sämtlichen Ärzten hervorgehobenen eingeschränkten Belastbarkeit und Stresssensibilität zwar nicht eins zu eins auf die Leistungsfähigkeit im Berufsleben übertragen werden. Trotzdem erscheint die zuletzt aus psychiatrischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit von nur 40 % in adaptierten Tätigkeiten mit stark eingeschränktem Belastungsprofil zumindest fragwürdig. Darüber hinaus divergieren die Arbeitsfähigkeitseinschätzungen in den beiden psychiatrischen Teilgutachten trotz ähnlicher Symptomatik in einer Weise, die sich mit ärztlichem Ermessen allein nicht mehr erklären lässt (E. 3.2 und 3.3).

Schliesslich wird in beiden psychiatrischen Teilgutachten davon ausgegangen, mit einer adäquaten Therapie wäre innert 12 bis 18 Monaten eine relevante Besserung möglich. Folglich stellt sich hinsichtlich des stagnierenden Krankheitsverlaufs bei unzuverlässiger Medikamenteneinnahme die Frage, ab welchem Zeitpunkt der Beschwerdeführer diesen selbst zu verantworten hat. Auch vergingen bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung fast zwei Jahre und es liegt kein einziger medizinischer Bericht aus dieser Zeit vor (vgl. Feststellungsblatt zum Beschluss, Urk. 6/104/15 ff.).

E. 4.6

Der Beschwerdegegnerin ist gesamthaft betrachtet somit beizupflichten, dass das Verlaufsgutachten nicht schlüssig ist. Entgegen ihrer Auffassung geht es aber nicht an, die auch nach November 2010 durchwegs in sämtlichen medizinischen Unterlagen attestierte teilweise Arbeitsunfähigkeit (reduziertes Arbeitspensum, erhöhter Pausenbedarf, angepasster Aufgabenbereich) einzig aufgrund des im Jahr 2013 festgestellten Alltagsgeschehens zu negieren.

Nötigenfalls können für die Ermittlung des erwerblich nutzbaren Leistungsvermögens zudem – in Ergänzung zu den medizinischen Unterlagen – die Berichte von Fachpersonen der beruflichen Integration und Berufsberatung herangezogen werden (vgl. dazu BGE 140 V 193 E. 3.2). Gemäss Bericht zur Anfang 2012 in der Stiftung C._____

durchgeführten Abklärung war eine Integration in den ersten Arbeitsmarkt

trotz guter Resultate bei Auswertung der Arbeiten mangels Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit nicht realistisch. Die Leistungsfähigkeit betrug 15 bis 20 % bei einer Präsenzzeit von drei bis vier Stunden pro Tag in einer ruhigen und wohlwollenden Arbeitsumgebung mit der Möglichkeit für Kurzpausen und ohne Leistungsdruck, Stress oder die Verantwortung für Menschen oder Projekte (Urk. 6/49/8 f.). Zu einem ähnlichen Resultat führte das Arbeitstraining gleichenorts im Sommer 2014. Der Beschwerdeführer könne nur ein Pensum von drei Stunden täglich stabil einhalten. Seine Leistungsfähigkeit sei stark abhängig von der Tagesform, nehme im Verlauf der Arbeitszeit deutlich ab und betrage zwischen 10 und 15 %. Dabei sei er auf optimale Rahmenbedingungen (ruhiger Arbeitsplatz, kein Leistungsdruck, verständnisvolles Umfeld) angewiesen. Ab Mitte Juli seien Ermüdungserscheinungen und eine depressive Verstimmung, ab August eine deutliche Erschöpfung feststellbar gewesen (Urk. 6/97). Die Berichte sprechen ebenfalls für eine längerdauernde Leistungseinbusse. Allerdings ist das darin beschriebene Ausmass vor dem Hintergrund der meisten medizinischen Einschätzungen und des Alltagsgeschehens nicht plausibel. In diese Richtung weist denn auch die Gesprächsnotiz der Berufsberaterin der Beschwerdegegnerin vom 11. September 2014, wonach der Beschwerdeführer im Arbeitstraining nicht nur Routinearbeiten ausführte, sondern auch einen Projektplan erstellte und sich daneben noch intensiv sportlich betätigte (vgl. Urk. 6/98/4).

Ferner sagt die Behandelbarkeit eines Leidens für sich allein betrachtet nichts über dessen invalidisierenden Charakter aus. Massgebend ist einzig, ob die erforderliche Dauer und Intensität in den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erreicht wird (vgl. für den Rentenanspruch Art. 28 IVG, BGE 127 V 294 E. 4 betreffend psychische Störungen). Dabei ist unter anderem zu berücksichtigen, dass es eine gewisse Zeit dauern kann, bis eine Therapie den gewünschten Erfolg zeitigt oder die richtige Therapie gefunden ist.

E. 5

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, zuzu stellen.

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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Bonetti

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