

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00768 vom 23. Februar 2017

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-23, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00768

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00768 du 23 février 2017

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00768 del 23 febbraio 2017

Erwägungen

E. 1

Februar 2010 erneut zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (Urk. 9/55 und Urk. 9/56 , vgl. auch das mit ergänzenden Angaben versehene Anmeldeformular vom 14. Februar 2010 Urk. 9/64). Die IV-Stelle holte einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug; Urk. 9/54 und Urk. 9/62) sowie einen Arbeitgeberbericht (Urk. 9/69) ein und

zog die Akten der S uva bei (Urk. 9/63 und Urk. 9/66). Am 28. Mai 2010 teilte sie dem Versicherten mit, dass aktuell keine berufliche n Eingliederungsmassnahmen möglich seien und dass die medizinische Beurteilung noch abgewartet werde (Urk. 9/73). Die IV-Stelle holte in der Folge einen Bericht beim behandelnden Psychiater vom Y.____

ein (Urk. 9/75; vgl. auch Urk. 9/97) und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung in der Abklärungsstelle

Z.____ (Z.____ ; vgl. das Gutachten vom 27 . September 2011 in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Dr. med. A.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Dr. med. B.____ , Neurologie FMH, und Innere Medizin, Dr. med. C.____ , FMH Innere Medizin , Urk. 9/99/1-28).

Mit Eingabe vom 13. Dezember 2011 (Urk. 9/104) liess der Versicherte seinen Rechtsvertreter weitere Arztberichte einreichen (Urk. 9/103 /1-15), welche die IV-Stelle den Z.____ -Gutachtern zur Stellungnahme vorlegte (vgl. die Stellungnahme vom 30. April 2012, Urk. 9/109).

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die 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

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, 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. 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 Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 1.3

Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird nach Art. 87 Abs. 3 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen gemäss Abs. 2 dieser Bestimmung erfüllt sind. Danach ist im Revisionsgesuch glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität der versicherten Person in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat. Tritt die Verwaltung auf die Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (BGE 117 V 198 E. 3a, vgl. auch BGE 133 V 108 E. 5.2). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zunächst noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 108 E. 2b). 1.

E. 4

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgegenstand ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes

Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5

und 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesgerichtes 8C_616/2014 vom 25. Februar 201

E. 4.2

) als auch die Untersuchung

im Oktober 2009 bei Dr.

W.____

brachte mit Bezug auf das Vorliegen schädelhirntraumabedingter Beschwerden kein sicheres neurologisches Substrat zu Tage (Urk. 9/103/11-13). Das MRI des Gehirns vom November 2009 zeigte keine strukturellen Veränderungen beziehungsweise morphologische Residuen des am 1. April 2009 erlittenen Schädelhirntraumas (Urk. 10 und Urk. 9/97 S. 4). Von einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands seit der Untersuchung durch die Z.____-Gutachter geht pract. med. F.____ nicht aus.

Bei dieser Sachlage überzeugt die Erklärung der Z.____-Gutachter, die gestützt auf ihre Wahrnehmungen in der gutachterlichen Untersuchung und den bekannten Widersprüchen in der Vergangenheit von einer auffälligen Aggravation ausgingen. 5. 2.4

Die

– ohne Beizug einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers erstellte – als provisorische Beurteilung bezeichnete Expertise von Dr. D.____

vom 18. Juli 2012 (E. 4.8) ist ebenfalls nicht geeignet, die Einschätzungen der Z.____-Gutachter in Frage zu stellen.

Augenfällig ist namentlich, dass der Neurologe D.____, der

ein Mischbild mit

nur wahrscheinlich organischen leichten

Störungen feststellte, die Defizite hauptsächlich mit fachfremden psychiatrischen Diagnosen begründete (so bereits der Neurologe

Dr. R.____ im Jahr 2011, der eine deutlich depressive- mutistische Stimmungslage ins Zentrum rückte, nachdem der Versicherte praktisch nur mit der Ehefrau gesprochen und diese gegenüber dem Neurologen Auskunft gegeben hatte, Urk. 9/103/6-8). Zudem sah er diese

mit einer zumindest deutlichen Tendenz zur Symptomverstärkung vergesellschaftet. 5. 2. 5

Sowohl der psychiatrische Gutachter pract. med.

F.____ (Urk. 9/161 S. 41) als auch der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers (Urk. 1 Ziff. 24 ff.) hielten dafür, dass sich der Verdacht aufdränge, dass Dr. A.____ bei der Verlaufsbegutachtung eine ausreichende Neutralität gefehlt habe.

Aktenkundig ist, dass sich die damalige Untersuchungssituation schwierig gestaltete. Dr.

A.____ legte dies offen und schilderte den Gesprächsablauf detailliert. Der Versicherte war – in Kenntnis des Umstandes, dass die Gutachter im Vorgutachten von einer auffälligen Aggravation ausgegangen waren – sehr misstrauisch und wollte nicht kooperieren.

Allein diese schwierige Untersuchungssituation ist jedoch nicht geeignet, eine fehlende Neutralität des Gutachters zu begründen. 5. 2. 6

Es trifft zu, dass es im psychiatrischen Verlaufsgutachten vom 25. November 2013 an einer Stelle Angaben mit Bezug auf die Frage, ob die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden könne, gibt, die nicht nachvollzogen werden können. Der Psychiater bejahte dies mit dem wenig plausiblen Hinweis, die Försterkriterien seien mehrheitlich erfüllt (Urk. 9/135/1-40 S. 37 oben), veränderte die ursprüngliche Diagnoseliste, die lediglich einen Verdacht auf anhaltend e

somatoforme Schmerzstörung enthält, indessen nicht. In der Gesamtschau stellen diese kontroversen Angaben die Beweiswertigkeit allerdings nicht in Frage. Der psychiatrische Experte begründete im ersten Z.____-Gutachten vom 27. September 2011

nachvollziehbar, dass die Diagnose somatoforme Schmerzstörung aufgrund der Aggravationstendenz des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilt werden könne und stellte die entsprechende Diagnose lediglich als Verdachtsdiagnose, wobei er auch keinen eigentlichen inneren Konflikt ausmachen konnte. Aus dem Verlaufsgutachten geht hervor, dass die Aggravationstendenzen weiterhin klar feststellbar waren und sich aus psychiatrischer Sicht weder eine wesentliche Verschlechterung noch eine Verbesserung eingestellt hat. 5. 2. 7

Auch die Ergebnisse der verkehrsmedizinischen Untersuchung und verkehrspsychologischen Abklärungen im Jahr 2014 (Urk. 3/3 und Urk. 3/4), die zu einem Entzug des Führerausweises geführt hatten (Urk. 3/5), sind nicht geeignet, die Beurteilung der Z.____-Experten in Zweifel zu ziehen, da im Rahmen dieser – während hängigem IV-Verfahren ergangenen – Abklärungen keine Symptomvalidierung stattfand.

Im Übrigen war bei der verkehrspsychologischen Abklärung kein Dolmetscher dabei (vgl. Urk. 3/3) und anlässlich der verkehrsmedizinischen Begutachtung hat die Ehefrau gewisse Übersetzungsfunktionen übernommen (Urk. 3/4 S. 1). In sozialversicherungsrechtlichen Belangen ist der Beizug

von Angehörigen als Dolmetscher geeignet, den Beweiswert der betreffenden Expertise erheblich herabzusetzen (BGE 140 V 260 E. 3.3.2). Letztere vermag daher von vornherein nicht gegen das formgültig zu Stande gekommene Z.____-Gutachten aufzukommen.

E. 4.5

Im Austrittsbericht des Sanatoriums E.____ zuhause des Hausarztes Dr.

N.____, wurden nach einer stationär-psychiatrischen Behandlung (Krisenintervention) vom 15. September bis 3.

Oktober 2011 (Urk. 9/103/1-4) in psychiatrischer Hinsicht die Diagnosen einer schwergradigen depressiven Episode mit synthetischer psychotischer Symptomatik (ICD-10 F32.30) sowie Schädelhirnverletzung mit organischer, effektiver, kognitiver und emotionaler Störung (ICD-10 F06.3, F06.7 und F06.8) genannt. 4. 6

Am 30. April 2012 nahmen die Z.____-Gutachter zu den neuen Arztberichten und den Vorhalten des Rechtsvertreters (Urk. 9/104) Stellung (Urk. 9/109). Sie referierten die in der psychiatrischen Begutachtung vom 28. Juni 2011 gestellten Diagnosen leichte depressive Episode, Verdacht auf eine Dysthymie, Verdacht auf eine anhaltend e

somatoforme Schmerzstörung und akzentuierte Persönlichkeitszüge vom passiv aggressiven Typ und gaben an, es sei nicht ausgeschlossen, dass es zu Schwankungen komme, wie dies bei affektiven Störungen häufig der Fall sei. Deswegen stehe die

stationäre Behandlung des Beschwerdeführers vom 15. September bis 3. Oktober 2011 im Sanatorium E.____ im Rahmen einer damals angeblich schwergradigen depressiven Episode mit synthemer und psychotischer Symptomatik und akuter Suizidalität nur (richtig wohl: nicht) in einem absoluten Widerspruch zu den gestellten Diagnosen. Es könne bei affektiven Störungen unter nicht vorhersehbaren Belastungen zu Dekompensationen kommen, die meistens behandelbar seien und wieder abklingen oder zumindest in ihrer Intensität nachlassen würden .

Es müsse zudem darauf hingewiesen werden, dass der Beschwerdeführer, so sei es in der Konsensbesprechung zum Ausdruck gekommen, in allen somatischen und auch der verhaltensneurologischen und neuropsychologischen Untersuchung eine deutliche Aggravation gezeigt habe. D eren Erwähnung sei somit nicht aus der Luft gegriffen und könne bei der Beurteilung der Konsistenz der Angaben nicht ausser Acht gelassen werden.

Die Z.____ -Gutachter hielten abschliessend auch unter Berücksichtigung der zusätzlich zur Verfügung gestellten Unterlagen an ihrer im Rahmen der Konsensbesprechung erarbeiteten Beurteilung im Zeitpunkt des Gutachtens fest.

E. 4.6

und E. 4.9) sowie – nach Eingang weiterer Arztberichte – bei den am Z.____ -Gutachten beteiligten Experten ein neurologisch-psychiatrisches Verlaufsgutachten (vom 25. November 2013 E. 4.9) . Diese Expertisen ergingen in Kenntnis und Auseinandersetzung mit der medizinischen Aktenlage. Die Gutachter beantworten die Frage nach medizinisch begründeten Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit umfassend, berücksichtigen die geklagten Beschwerden und stützen sich auf eigene Untersuchungen unter Beizug einer Dolmetscherin (vgl. auch Urk. 9/129 S. 2 Mitte) . Sie schlossen auf eine leichte depressive Episode

bei einer dieser allenfalls zugrundeliegenden Dysthymie und auf akzentuierte Persönlichkeitszüge vom passiv aggressiven, kränkbaren, dysphorischen Typ

sowie auf einen

Verdacht auf eine anhaltende

somatoforme

Schmerzstörung. Sie attestierten eine

psychiatrisch begründete 20% ige - Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit seit dem Unfallereignis vom 1. April 2009 und übernahmen das bereits der Verfügung vom 24. April 2008 zugrunde gelegene , vom S uva-Kreisarzt am

3. August 2005 formulierte somatische Belastungsprofil. Zudem kamen sie zum Schluss, dass das beim Unfall erlittene Schädelhirn trauma keine für die Arbeitsfähigkeit relevanten Folgen nach sich gezogen habe. Auch den organisch nicht zuordenbaren kognitiven Störungen massen sie keinen massgebenden Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu.

Bei der plausiblen Begründung dieser Einschätzung kam dem Umstand, dass die Gutachter der Z.____

von einer teilweisen Verdeutlichung und mitunter

auffälligen

Aggravation bis hin zu

einer Simulation ausgingen, eine entscheidende Bedeutung zu. Darin liegt auch ein wesentlicher Grund für die Abweichungen zu den Beurteilungen der behandelnden Ärzte des Y.____ und den Parteigutachtern. Die Z.____-Gutachter konnten den vom Beschwerdeführer angegebenen und in der Untersuchungssituation präse ntierten, organisch nicht zuord enbaren kognitiven und psychischen

Defiziten über weite Strecken keinen Glauben schenken.

Diese Einschätzung begründeten sie

nachvollziehbar mit dem Testverhalten in den verhaltensneurologischen Untersuchungen mit Vortäuschen kognitiver Be einträchtigungen in stark ausgeprägtem Masse, mit widersprüchlichen Anga ben und diskrepantem Verhalten in der Untersuchungssituation sowie

mit de r bisherigen medizinischen Akten lage. 5 .2 5.2.1

Auf die zahl reichen vom Beschwerdeführer, von den beiden Privatgutachter n und von den behandelnden Ärzten erhobenen Einwände gegen die Zuverlä sigkeit dieser Expertise n wird – soweit diese sich als wesentlich erweisen – im Folgenden eingegangen. 5 . 2. 2

Zentral erscheint dabei der Hinweis, dass der Wahrnehmung der Z.____ -G utach ter betreffend Aggravation, deutliche r Verstärkung der Beschwerden und wi dersprüchlichem Verhalten kein singulärer Charakter zukommt. Anga ben betreffend mangelnde Kooperation, Diskrepanzen zwischen Befund und Beschwerden sowie Selbstlimitierung bis hin zur Differenzialdiagnose

Pseu dodemenz (vgl. die Diagnoseliste im Austrittsbericht der Rehaklinik Q.____ vom 8. März 2010 Urk. 9/68/5-8) ziehen sich wie ein roter Faden durch die medizinische Aktenlage. Bereits im Bericht vom 13. Dezember 2004 der Rehaklinik I.____ nach dem Unfall vom 6. Mai 2004 mit Malleo larfraktur Typ Weber C bei m rechten OSG sowie Ruptur des Ligamentum deltoideum rechts (Urk. 9/10 /7-1 3) wurde darauf hingewiesen, dass der Auf enthält von einem maladaptiven Umgang des Beschwerdeführers mit Schmerzen und einer diesbezüglichen Selbstlimitierung in den Therapien ge prägt gewesen sei. Es bestehe eine Diskrepanz zwischen den geringen klini schen Befunden und den angegebenen ausgeprägten Beschwerden. Mangels Kooperation lasse sich das genaue Belastungsniveau nicht beobachten. Eine manifeste psychische Störung von Krankheitswert habe in einem psychoso matischen Konsilium jedoch nicht eruiert werden können (S.

1 und 3). Im Abschlussbericht des S uva -Kreisarztes Dr. H.____ vom 3.

August 2005 wer den groteske Haltungen beschrieben (Urk. 9/16 /4-10 S. 3). Der vom Hausarzt hinzugezogene Neurologe Dr. med. W.____ , Neurologie FMH, berichtete am 30 . Oktober 2009 (Urk. 9/103/11-13) von einer insgesamt reduzierten Ko operation mit verzögerter, verlangsamter, manchmal inkorrekt oder nur partieller Durchführung der Anforderungen während der Untersuchung. Un ter Berücksichtigung dieses Aspektes, der die gesamte Untersuchung geprägt habe, fänden sich im engeren Sinn keine erwähnenswerten Auffälligkeiten der Hirnnerven, des Tonus, der Motorik, der Koordination und der Sensibili tät.

Die eher umständlich formulierte Erklärung des vom Rechtsvertreter des Be schwerdeführers hinzugezogenen psychiatrischen Gutachters pract . med.

F.____, wonach dieses Verhaltensmuster auch eine Folge der schädelhirn traumabedingten Störungen sein könne, was keiner Aggravation entsprechen würde und als überwiegend wahrscheinlich einzustufen sei (E.

E. 4.7

Am 26. Januar 2012 kritisierten Dr. med. S.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. T.____

vom Y.____

das Z.____-Gutachten und gaben an, vor allem das psychiatrische Teilgutachten habe keinen Beweiswert (Urk. 9/118). Sie bemängelten Schreibfehler, fehlende oder falsche Angaben im Lebenslauf (etwa, dass die Eltern nur bis zum Jahr 2009 in U.____ gewohnt hätten und dann nach V.____ umgezogen seien) und die Kompetenz des neurologischen Gutachters betreffend die durchgeführten psychologischen Tests. Sie gaben an, die Beschwerden seien nur oberflächlich aufgenommen und eine Fremdanamnese sei nicht erhoben worden. Die Depression habe sich im Vergleich zum Juni 2011 wieder verstärkt. Die Behandler diagnostizierten in psychiatrischer Hinsicht aktuell eine schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F32.2) sowie eine Schädelhirnverletzung mit organisch affektiver, kognitiver und emotionaler Störung (ICD-10 F06.3, F06.7 und F06.8) bei einem Status nach Unfall am 1. April 2009. Der Beschwerdeführer sei auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Er könne noch zirka

60 bis 90 Minuten gehen, zirka 45 Minuten stehen sowie 1,5 bis 2 Stunden sitzen. Zuhause könne er fast nichts machen. Einzig Autofahren sei an guten Tagen noch möglich, aber nur kurze Strecken mit Pausen. 4 . 8

Im vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers veranlassten neurologischen Gutachten vom 18. Juli 2012 nannte der Neurologe Dr. med. D.____

(Urk.

9/114) die folgenden Diagnosen (S. 8) :

Status nach (mittelschwerer) traumatischer Hirnverletzung am 2. April 2009 (richtig: 1. April 2009) - Mit heute im Vordergrund schwerer posttraumatischer Depression mit Wahnvorstellungen und Panikattacken und wahrscheinlich zentralvestibulären Gleichgewichtsstörungen - Mit ausgeprägten diffusen kognitiven Störungen, primär im Rahmen der posttraumatischen psychischen Störung

Status nach im Jahr 2004 durchgemachter Diskushernie mit Wurzelreizung L5/S1 links

Unter der Überschrift „prov. Beurteilung“ (S. 8 ff.) gab Dr. D.____ an, der Beschwerdeführer habe bei seinem Arbeitsunfall mit einem heftigen Schlag gegen den Kopf und sekundärem Sturz vor gut drei Jahren sicher eine traumatische Hirnverletzung durchgemacht mit kurzer retrograder Amnesie und einer in den ersten Berichten festgehaltenen Bewusstlosigkeit. Der Rettungsdienst habe nach dem Unfall einen GCS-Wert von 11 festgestellt, der sich im Spital vorübergehend auf 7 verschlechtert habe. Damit müsse die durchgemachte Hirnverletzung klinisch mindestens als mittelschwer taxiert werden. Es seien mit grosser Wahrscheinlichkeit organische Hirnläsionen vorhanden. Beim am Unfalltag durchgeführtem einfachen CT bestehe erfahrungsgemäss eine schlechte Chance, kleinere aber klinisch relevante Läsionen zu sehen .

Im Weiteren führte er aus, die heutige detaillierte neurologische Untersuchung sei zum Teil schwierig zu interpretieren, weil es sicher einige Überlagerungen gebe mit Funktionsstörungen, die rein organisch nicht zu erklären seien, besonders bei der Armmotorik. Im Vordergrund stehe klinisch weiter hin die mehrfach berichtete noch heute erhebliche depressive Symptomatik. Es handle sich hier wahrscheinlich um eine zeitweise schwere posttraumatische depressive Störung mit Panikattacken und Wahnvorstellungen. Insgesamt imponiere ein Mischbild mit wahrscheinlich eher organischer, leichter Störung, hauptsächlich aber verstärkt durch die psychische Überlagerung im Rahmen der Depression mit Panikattacken sowie Wahnvorstellungen (Stimmen des Grossvaters) und vergesellschaftet mit einer deutlichen Tendenz zur Symptomverstärkung insbesondere im Bereich der Armfeinmotorik. Verwertbare klare Hinweise für eine eigentliche Simulation, wie sie von den Gutachtern der

Z.____ vorgeworfen werde, könne er keine finden (S. 9).

Es sei für ihn schleierhaft und nicht verständlich, wie die Z.____-Gutachter dazu kämen, einerseits die durchgemachte traumatische Hirnverletzung als einfache Commotio zu verniedlichen und andererseits von einer „leichten depressiven Episode“ zu sprechen, wenn offensichtlich auch für ihn als Neurologen mit „nur“ einem Jahr psychiatrischer Zusatzausbildung ein schweres Störungsbild vorhanden sei, das sich nach allen Informationen nicht erst nach der Z.____-Untersuchung entwickelt habe. In den vergangenen Monaten habe diese schwere Symptomatik zweimal eine stationäre psychiatrische Therapie in einer renommierten Klinik notwendig gemacht (September 2011 und Januar 2012; S. 10).

Die Arbeitsfähigkeit betrage seit dem Unfall im Jahr 2009 bis heute für jede denkbare Tätigkeit unfallbedingt 0 % (S. 11). 4 . 9

Am 28. Mai 2013 nahm Dr. B.____ Stellung zum Gutachten von Dr. D.____ (Urk. 9/129). Er stellte in Frage, dass Dr. D.____ sämtliche Akten zur Verfügung gestanden hätten. Zudem gab er zu bedenken, dass der Neurologe Dr. D.____ als Folgende des Unfalls vom 2. April 2009 (richtig 1. April 2009) faktisch ausschliesslich psychiatrische Diagnosen gestellt habe, die ausserhalb seines Fachgebietes liegen. Dr. B.____ führte weiter aus, dass ihm die von Dr. D.____ postulierte traumatische Gehirnverletzung in ihrer Definition sehr wohl bekannt sei. Es sei aber unmöglich, bei sich widersprechenden Angaben des Beschwerdeführers und immer wieder auch vorgängig anlässlich von Voruntersuchungen im Zusammenhang mit anderen Unfällen beschriebener Aggravation und auch klarer Aggravation bei den Untersuchungen in der Z.____, die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers 1:1 zu übernehmen. Es gelte zu unterstreichen, dass – auch wenn eine entsprechende Verletzung stattgefunden hätte –, es sich hierbei um einen Verletzungsmechanismus handle, der noch keine Rückschlüsse auf allfällige, Jahre nach dem Ereignis bestehende Verletzungsfolgen zulasse, insbesondere nicht auf psychiatrische Folgen.

Nach erneuter Untersuchung am 5. September 2013 erstatteten die Dres .

B.____ und A.____

am 25.

November 2013 ein neurologisch-psychiatrisches Verlaufsgutachten (Urk. 9/135 /1-40). Die Gutachter nannten dieselben Diagnosen wie im Vorgutachten vom 27. September 2011 (S. 26 und S. 33; E. 4.3) mit der Ergänzung akzentuierter Persönlichkeitszüge vom

kränkbaren und dysphorischen Typ und gaben an, aus psychiatrischer Sicht habe sich beim Beschwerdeführer keine wesentliche Verschlechterung und ebenso wenig eine Verbesserung eingestellt. Die Situation sei widersprüchlich. Einerseits werde die Beurteilung des psychiatrischen Referenten im Bericht aus dem Y. ___ vom 26. Januar 2012 (vgl. E. 4.7) kritisiert und der Zustand des Beschwerdeführers als wesentlich schlechter dargestellt. Im Jahr 2013 werde dann aber über eine Verbesserung berichtet, obwohl es kurz zuvor zu einer schweren depressiven Episode und einer ein paar Tage dauernden Hospitalisierung gekommen sei, aus welcher der Beschwerdeführer auf eigenes Drängen wieder entlassen worden sei. Diese Widersprüchlichkeit in der Beurteilung und in der Darstellung der Symptomatik widerspiegeln sich auch während der Untersuchung. Beim Beschwerdeführer liege aus rein psychiatrischer Sicht derzeit eine leichte depressive Episode bei einer zugrundeliegenden Dysthymie, in Kombination mit einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vor. Der Beschwerdeführer sei aus rein psychiatrischer Sicht deswegen in seiner Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu 20 % beeinträchtigt. Es sei durchaus möglich, dass es zwischenzeitlich, im Rahmen der Verschlechterung der affektiven Störung des Beschwerdeführers, zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit komme. Der Referent habe die Arbeitsunfähigkeit deswegen gemittelt. Bei der Beurteilung müsse auch die Aggravationstendenz mitberücksichtigt werden (S. 39).

Der Neurologe Dr. B. ___ gab an, es hätten sich anlässlich der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung im Vergleich zur Voruntersuchung teils unterschiedliche Befunde gefunden. So falle etwa auf, dass im Juni 2011 eine Geruchsstörung moniert worden und der Geruchssinn aktuell intakt sei (S. 27). Es habe sich nur eine leichte Verdeutlichungstendenz manifestiert. Im Rahmen der verhaltensneurologischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer aber in gleichem Maße ein stark auffälliges Untersuchungsverhalten gezeigt, mit Vortäuschen kognitiver Beeinträchtigungen in stark ausgeprägtem Maße mit in diesem Rahmen divergierenden, inkonsistenten Befunden (S. 39). Es hätten sich selbst in einfachsten Verfahren deutlich verminderte Leistungen, die weder zum allgemeinen klinischen Ausdruck, zur differenzierten Ausdrucksweise noch

zur selbständigen Lebensführung und insbesondere auch nicht zur vom Beschwerdeführer angegebenen Fähigkeit, ein Motorfahrzeug führen zu können, passten. Es sei von nicht authentischen kognitiven Defiziten auszugehen im Sinne einer Vortäuschung von Einschränkungen höherer Hirnfunktionen mit massivsten Fehlleistungen (S. 28). Es sei erstaunlich, dass Voruntersucher schwere kognitive Defizite beschrieben hätten, ihnen aber anscheinend nicht bewusst gewesen zu sein scheine, dass der Beschwerdeführer trotz dieser Defizite ein Motorfahrzeug führe. Es würden betreffend die Arbeitsfähigkeit die gleichen Bedingungen gelten, wie anlässlich der Vorbegutachtung (S. 39).

Im Rahmen der Konsensbesprechung kamen die Referenten zum Schluss, dass die auffällige Aggravation ausgesprochen erschwere, die Arbeitsfähigkeit gestützt auf die erhobenen Befunde festzusetzen. Es gelte, die im neurologischen Teilgutachten beschriebenen Einschränkungen zu berücksichtigen. Eine derartige Tätigkeit sei durch die vom psychiatrischen Referenten definierte Beeinträchtigung mit einer Belastung von 80 % möglich. Demzufolge bestehe beim Exploranden unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung eine 20%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit

(S. 39 f.). 4 .10

Pract . med. F.____ , FMH Psychiatrie und Psychotherapie,

stellte im vom Rechtsvertreter des Beschwerdeführers in Auftrag gegebenen psychiatrischen Gutachten vom 2. Februar 2015 nach einer Exploration am 17. November 2014 (Urk. 9/161) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 30) : leichte kognitive Störung (ICD-10 F 06.1), organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10 F07. 2), organische depressive Störung (ICD-10 F0 6 .32), organische Halluzinose (ICD-10 F06.0). Pract . med. F.____ gab an, es habe sich ein 51-jähriger Explorand gezeigt, der offen wirkend über sich, sein Leben und seine Beschwerden berichtet habe. Im Rahmen der Exploration sei klar die affektive Komponente im Vordergrund gestanden . Das depressive Syndrom nach AMDP sei deutlich ausgeprägt. Im klinischen Eindruck sei der Beschwerdeführer depressiv, aber nicht schwer depressiv wirkend. Die im Rahmen des ausführlichen Psychostatus gestellten Fragen seien differenziert wirkend beantwortet worden. Der Beschwerdeführer gebe nicht alles, was für eine Depression sprechen würde, positiv an. Die Angaben wirkten glaubhaft und schlüssig mit dem klinischen Eindruck. Im Abgleich mit den im ICD-10 angegebenen Kriterien für eine depressive Episode ergebe sich als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode. Diese habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit , sei jedoch nicht als ICD-10 F3-Diagnose aufrecht zu erhalten. Pract . med. F.____

diskutierte die Angaben zu Depressionen in den bisherigen Arztberichten (S. 31 f.). Zusammenfassend lasse sich nach Aktenlage festhalten, dass eine depressive Entwicklung möglicherweise bereits ab September 2009, überwiegend wahrscheinlich jedoch spätestens ab März 2010 vorgelegen habe. Diese habe zwischen 2010 und dem Untersuchungszeitpunkt zwischen mittel- und schwergradig geschwankt. Allerdings sei festzuhalten, dass der Schweregrad nicht wirklich ausreichend durch die Befundlage belegt sei. Dennoch seien Schwankungen zwischen diesen beiden Bereichen möglich, eine mittelgradige Depression sei jedoch jeweils mindestens im genannten Zeitfenster anzunehmen. Wegen der engen Zeitnähe der depressiven Entwicklung zum Unfall im Jahr 2009 und der anzunehmenden organischen Hirnschädigung durch diesen Unfall sei gemäss der ICD-10-Kriterien eine organische depressive Störung (zurzeit mittelgradig) „ zu geben “ (richtig wohl: gegeben) . Die Ursache für diese Schädigung vermöge auch mitzubegründen , weshalb es bisher nicht zu relevanten Verbesserungen der Symptomatik gekommen sei. Dennoch schienen gewisse Verbesserungen möglich zu sein, denn offenbar sei der Beschwerdeführer in schwer depressivem Zustand ins Sanatorium E.____ eingetreten und unter der sehr intensiven , aber als adäquat zu bezeichnenden Psychopharmakotherapie so gut anbehandelt worden , dass er bereits nach knapp zwei Wochen in einem besseren Zustand gewesen sei. Dies heisse nicht in einem guten Zustand, sondern nur, dass es von einem wegen fehlendem Psychostatus vom 25. November 2014 nicht näher differenzierbaren schwer depressiven Status eine Entwicklung zu einem mittelgradigen gegeben habe . Im Rahmen intensiver Behandlungsmassnahmen scheine es jeweils zu erkennbaren , aber kaum im Alltag umsetzbaren Verbesserungen zu kommen, was immer wieder bei ähnlich gelagerten Fällen im klinischen Alltag zu beobachten sei (S. 33).

Pract . med . F.____ gab weiter zu bedenken, dass durchgehend von 2009 bis heute kognitive Leistungseinbussen oder zumindest Leistungs auffälligkeiten beschrieben worden seien. Es sei von einer leichten kognitiven Störung auszugehen, die wie die organische affektive Störung einen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (S. 35) .

Zum Vorwurf der Aggravation führte er schliesslich aus: „Aufgrund der Konsistenz der vom Exploranden gemachten Angaben (auch der in sich nicht schlüssig wirkenden) in allen vorliegenden Berichten bis auf die Gutachten und Berichte von Dr. med. A. ___ und des Z. ___ und auch auf Basis meiner eigenen Beobachtungen über die im Psychostatus genannte Beobachtungszeit im Rahmen der Exploration kann ich zwar eine manchmal übersteigert wirkende Darstellung der Symptome, die vordergründig wie eine Aggravation wirkt, bestätigen, dieses Verhaltensmuster kann jedoch auch eine Folge der angeführten Störungen sein, da

der Explorand deswegen zumindest nicht stabil Situationen erfassen, einschätzen und sich sinn- und zielführend reaktiv äussern kann, was keiner Aggravation entsprechen würde und nach meiner Einschätzung als überwiegend wahrscheinlich einzustufen ist.“

Eine Simulation sei zu keiner Zeit erkennbar gewesen (S. 36 unten).

Pract. med.

F. ___ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei. Für einfache, sich wiederholende Tätigkeiten ohne besondere Eigenverantwortung, aber unter ständiger Leistungskontrolle eines Vorgesetzten erachte er versicherungsmedizinisch-theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von 40 % für möglich. Aus praktisch-klinischer Erfahrung werde dies angesichts des gesamten Störungsbildes kaum realistisch umsetzbar sein, vor allem erscheine die Zumutbarkeit des Exploranden für einen Arbeitgeber eher nicht gegeben (S. 37). 5.5.1

Die Beschwerdegegnerin veranlasste nach der unter Hinweis auf den Arbeitsunfall vom 1. April 2009 ergangenen Neuanmeldung ein

polydisziplinäres Administrativgutachten

bei der Z. ___

(vgl. Gutachten vom 27. September 2011, E. 4.3) mit nachfolgenden Stellungnahmen (E.

E. 4.10

), überzeugt nicht, weil entsprechende Hinweise schon vor dem Unfall vom 1. April 2009 – namentlich in den vorstehend erwähnt en

Berichten

– aktenkundig geworden sind. 5.2.3

Die – von den Z. ___ -Gutachtern abweichende –

Einschätzung von pract. med.

F. ___, der die Ursache für die von ihm attestierten psychiatrischen Störungen in einem schädelhirntraumabedingten Gesundheitsschaden sah, ist dementsprechend nicht geeignet, das

Z. ___ -Gutachten in Frage zu stellen. Wie dipl. med. AB. ___, Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom RAD

in seiner Stellungnahme vom 25. September 2015 überzeugend darlegte, wies der Beschwerdeführer auch schon in I. ___ auf eine Vergesslichkeit seit Jahren hin (Urk. 9/10/7-13 S. 5). Sowohl die neurologische Untersuchung im Juni 2009 bei Dr. P. ___ (E.

E. 5

(Urk. 9/16/4-1 0) zugrunde.

Der Bericht erging, nachdem d er Versicherte am 6. Mai 2004 bei einem Sturz in ein Loch am rechten oberen Sprunggelenk (OSG) eine Malleolarfraktur Typ Weber C mit Ruptur des Ligamentum deltoideum rechts erlitten hatte , die operativ versorgt worden war . Dr.

H.____ wies im Bericht zudem auf eine im Jahr 1999 stattgehabte Bandruptur am linken oberen OSG hin, die operativ mit Bandplastik versorgt worden sei. Nach längerer Rehabilitationsphase sei die Behandlung damals im Jahr 2001 abgeschlossen worden. Im Zusammen hang mit dem neu en Unfallereignis am 6. Mai 2004 bestünden plötzlich wie der Beschwerden im gesamten oberen Sprunggelenk. Der klinische Befund sei bland und bildgebend seien keine degenerativen Veränderungen nachgewie sen, insbesondere im Szintigramm au ch keine entzündlichen oder arth roti schen Veränderungen (S. 4).

Dr. H.____ gab an, die klinische Untersuchung vom 28. Juli 2005 habe keine fassbaren Befunde ausser eine r leichten Druckdolenz über der Fibula und der medialen Malleolar spitze und im Bereich de s ventralen rechten OSG ergeben. Bildgeb end seien keine posttraumatischen degenerativen Veränderungen und gute Stellungsverhältnisse nach Rekonstruktion der Weber C-Fraktur doku mentiert . Es gebe keine Erklärung für die anhaltenden Schmerzen. Zusätzlich klage der Versicherte über vegetativ-ähnliche Beschwerden mit Hitze- und Kältegefühl in beiden Füßen bis gegen die Knie reichend, die entweder bei Kälte warme oder bei Wärme kalte Fussbäder bedingten. Eine Erklärung für diese subjektive Empfindung gebe es nicht. Ein CRPS (Morbus Sudeck) sei szintigraphisch und röntgenologisch ausgeschlossen worden. Klinische Be funde bestünden nicht . Der Versicherte mache einen eher depressiven Ein druck. Ob allenfalls die gesamte Situation psychosozial überlagert sei, könne er nicht beurteilen (S. 5) .

Zumutbar seien dem Versicherten vollschichtig und vollzeitlich mindestens leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkei ten mit Zusatzbelastun gen von 10 bis 15 Kilogramm, vereinzelt statisch. Gehenderweise seien

E. 5.2

mit Hinweis; vgl. Urteile des Bun desgerichts 9C_13/2016 vom 14. April 2016 E. 4.2 und 9C_89/2016 vom 12. Mai 2016 E. 4.1).

Der Umstand, dass die Gutachter wegen der aggravationsbedingt hohen Selbst limitierung un d Fixierung auf die Problematik sowie fehlender Inspek tionsfähigkeit und Motivation vermuteten, dass der Beschwerdeführer von einer psychotherapeutischen Behandlung im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit nicht werde profitieren können (vgl. Urk. 9/99/ 1-28 S. 9 und Urk. 9/135 /1-40 S. 38) , bedeutet nicht, dass die gut achterlich festgestellte leichte depressive Episode aus invalidenversiche rungsrechtlich er Sicht ausnahmsweise zu einer

Einschränkung der Arbeitsfä higkeit führen könnte.

Aktuell besucht der Beschwerdeführer die Therapie nach eigener Angabe gegenüber pract . med.

F.____ infolge Führerschein entzugs nur noch einmal im Monat. Früher, als er noch selber habe fahren können, sei er einmal die Woche in die Therapie gegangen (Urk. 9/161 S. 26). Mit der leichten depressiven Episode lässt sich die im Gutachten postulierte 20%ige

Arbeits- und Leistungsfähigkeit aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht begründen.

Insoweit Dr. S.____ vom Y.____ am 26. Januar 2012 eine schwere depressive Episode (E. 4.7 hievore) erwähnte, kann ihm nicht gefolgt werden, denn sogar pract. med. F.____ sprach lediglich von einer mittelgradigen depressiven Episode (E. 4.10 hievore). Auch darauf kann jedoch nicht abgestellt werden, legte der Privatgutachter doch selbst dar, dass der Schweregrad durch die Befundlage nicht belegt sei, weshalb er letztlich einfach eine mittelgradige Depression annahm. Eine solche spekulative Annahme allein genügt nicht, um die von den Z.____-Gutachtern fachgerecht erhobene leichte depressive Störung anzuzweifeln. 5. 3.3

Die im Gutachten zudem diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeitszüge vom passiv-aggressiven, kränklichen, dysphorischen Typ (ICD-10 Z73.1) vermögen

keinen rechtserheblichen Gesundheitsschaden zu begründen (Urteil des Bundesgerichts 8C_558/2015 vom 22. Dezember 2015 E. 4.2.4 mit Hinweis auf 9C_537/2011 vom 28. Juni 2012 E. 3.1). Dazu bedürfte es zumindest einer Persönlichkeitsstörung (Urteil des Bundesgerichts 8C_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.5 mit Hinweisen). 5. 3. 4

Betreffend die im Wesentlichen als Verdachtsdiagnose im Raum stehende anhaltende somatoforme Schmerzstörung ist auf die in BGE 141 V 281 genannten Voraussetzungen zu verweisen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und damit vergleichbare psychosomatische Leiden eine allenfalls rentenbegründende Invalidität zu bewirken vermögen. Danach liegt regelmässig keine versicherte gesundheitliche Beeinträchtigung vor, so weit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die blosser (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_602/2016 vom 14. Dezember 2016 E. 5.2.2.1), weshalb eine in validisierende Wirkung aufgrund der festgestellten auffälligen Aggravation zu verneinen wäre.

E. 5.3.1

Zu diskutieren ist die sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite der gutachterlichen – namentlich psychiatrischer Diagnosen, wie dies bereits die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung tat (Urk. 2). Den medizinischen Experten kommt bei der Beurteilung, wie sich die erhobenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, keine abschliessende Beurteilungskompetenz zu (BGE 140 V 193 E. 3.2). Es kann von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit aus rechtlicher Sicht abgewichen werden, ohne dass ein wie vorliegend grundsätzlich beweiskräftiges (vgl. E. 1. 5) Gutachten dadurch seinen Beweiswert verliere (Urteil des Bundesgerichts 9C_106/2015 vom 1. April 2015 E. 6.3). 5. 3. 2

An der bundesgerichtlichen Praxis, wonach leichte bis höchstens mittel schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis in der Regel therapierbar sind und invalidenversicherungsrechtlich zu keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_836/2014 vom 23. März 2015 E. 3.1, 9C_474/2013 vom

Februar 2014 E. 5.4, 9C_696/2012 vom 19. Juni 2013 E.

4.3.2.1, 9C_250/201 2 vom 29. November 2012 E. 5, 9C_736/2011 vom 7.

Februar 2012 E. 4.2.2.1 sowie 9C_917/2012 E. 3.2 vom 14. August 2013) hat BGE 141 V 281 nichts geändert (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 9C_125/2015 vom 18. November 2015 E. 7.2.1 und 9C_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2 mit Hinweis).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtes fallen leichte bis mittelgradige depressive Störungen, seien sie im Auftreten rezidivierend oder episodisch, einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 mit Hinweis). Nur in einer solchen - seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind - gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1 bis 3.7.3). Ein solcher Sachverhalt muss überwiegend wahrscheinlich und darf nicht lediglich nicht auszuschliessen sein. Es kommt dazu, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140

V 193 E. 3.3 ; BGE 137 V 64 E.

E. 5.4

Da nach dem Gesagten in einer behinderungsangepassten Tätigkeit –

entsprechend dem im Jahr 2005 vom Suva-Kreisarzt formulierten Belastungsprofil – aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht, ist seit der letzten rentenanspruchsverneinenden Verfügung vom 24. April 2008 (Urk. 9/34) keine rententagierende Verschlechterung eingetreten.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 6.6.1

Der Beschwerdeführer beantragt, es seien der Beschwerdegegnerin die Kosten für das Privatgutachten von pract. med.

F.____ vom 2. Februar 2015 aufzuerlegen (Urk. 1 S. 17). 6.2

Vorliegend war der medizinische Sachverhalt in Bezug auf die psychischen Einschränkungen aufgrund des Z.____-Gutachtens und des neurologischen und psychiatrischen Verlaufsgutachtens bereits genügend geklärt. Der Expertise von pract. med.

F.____

kommt keine massgebende Bedeutung zu, denn sie war weder für die Entscheidungsfindung notwendig, noch stellte das hiesige Gericht darauf ab. Dementsprechend besteht kein Anspruch auf die Vergütung der Kosten des Gutachtens von pract. med.

F.____ (BGE 115 V 62 E. 5 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C_231/2013 vom 18. Juli 2013 mit weiterem Hinweis). 6.3

Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsmässig dem Beschwerdeführer aufzuerlegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde

wird abgewiesen. 2.

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

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Rainer Deecke - 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Oertli

E. 10

Kilogramm für kurze Strecken von 10 bis 20 Meter zumutbar. Dr. H.____ formulierte zudem differenzierte Angaben zur Zumutbarkeit einzelner Tätigkeiten und betonte an dieser Stelle, dass es sich um minimale Anforderungen handle. Aufgrund der somatischen Befunde an beiden Sprunggelenken, die nur diskrete Unfallresiduen zeigten, sei eine eindeutig grössere

Belastungsfähigkeit vorstellbar (S. 6).

Im Austrittsbericht vom 13. Dezember 2004 der Rehaklinik I.____ wurde angegeben, dass eine manifeste psychische Störung von Krankheitswert in einem psychosomatischen Konsilium nicht habe eruiert werden können (Urk. 9/10/7-13 S. 2). 4 . 4 . 1

Im vom Amt für Baubewilligungen der Stadt Zürich, Abteilung Baukontrolle, am 6. April 2009 aufgenommenen Unfallbefund wurde der Hergang des vom Beschwerdeführer am 1. April 2009 erlittenen Unfalls wie folgt beschrieben (Urk. 9/66/63): Es sei während den Reinigungsarbeiten der Transportbetonleitung zu einem plötzlichen Druckaufbau gekommen. Die daraus resultierende ruckartige Bewegung des Übergabeschlauchs habe den Verunfallten erschreckt, so dass davon auszugehen sei, dass er dadurch gestürzt sei. Er habe einen Helm getragen. Es habe keine beteiligte Unfallperson gegeben, die den Unfallhergang gesehen habe.

Im Austrittsbericht des Spitals J.____

vom 17. April 2009 nach stationärem Aufenthalt bis zum 3. April 2009 (Urk. 9/66/12-13) nannte Dr.

med. K.____, Stationsarzt Chirurgie, die Diagnose einer Commotio cerebri mit/ bei zeitweilig GCS 7 und aktuell GCS 15 sowie die Neben diagnosen

eine Kontusion Wange und Kiefer links, eine minimale Kontusion der Lendenwirbelsäule, eine Kontusion Tibiakante rechts und ein bekanntes Restless - Legs -Syndrom. Dr. K.____ gab an, der Beschwerdeführer sei bei der Arbeit in einer Baugrube von einem Zementschlauch an der linken Kopfseite getroffen worden, daraufhin gestürzt und in der Folge bewusstlos gewesen. Beim Eintreffen der Sanität sei ein GCS von 11 feststellbar gewesen bei Spontanatmung und hämodynamisch stabilem Patienten. Es sei eine Einweisung ins Stadtspital L.____

via Schockraum erfolgt. Dort sei bei zeitweiligem GCS 7 eine Intubation vorgenommen und der Beschwerdeführer auf die Intensivpflegestation (IPS) verlegt worden (vgl. Urk. 9/66/59) . Nach 3 Stunden sei eine problemlose Extubation erfolgt , danach habe der GCS stets

E. 14

betragen, im Verlauf 15. Der Beschwerdeführer sei der Notfallstation des Spitals J.____ zur weiteren GCS-Überwachung überwiesen worden. Auf der Notfallstation habe er leichte Übelkeit und keine Kopfschmerzen angegeben. Die Überwachung sei unauffällig verlaufen und der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand am 3. April 2009 in die Obhut der Ehefrau nach Hause entlassen werden können. Es werde eine neuro-psychologische Begutachtung nach zwei bis drei Monaten aufgrund der Schwere der Commotio empfohlen.

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