

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00992 vom 25. November 2016**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-11-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00992](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00992)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00992 du 25 novembre 2016

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00992 del 25 novembre 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). 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 herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

### **E. 1.3**

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine

Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

#### **E. 1.4**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorkenntnisse (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Die Rechtsprechung, wonach das Gericht „nicht ohne zwingende Gründe“ von der Einschätzung der medizinischen Experten abweicht, hat den Beweiswert von Gerichtsgutachten zum Gegenstand und findet auf versicherungsinterne ärztliche Beurteilungen keine Anwendung. Berichte und Gutachten versicherungsinterner Ärztinnen und Ärzte unterliegen wie andere Beweismittel der freien richterlichen Beweiswürdigung. Es kann ihnen Beweiswert beigemessen werden, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 123 V 331 E. 1c mit Hinweisen).

Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann

allerdings nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_535/2015 vom 21. März 2016 E. 2 mit Hinweisen auf BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.4 und E. 4.7 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_197/2014 vom 3. Oktober 2014 E. 4 ). 2.

#### **E. 2**

Gegen die Verfügungen der IV-Stelle vom 21. August 2015 (Urk. 2/1-2) erhob X.\_\_\_\_ am 22. September 2015 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, dass diese insofern aufzuheben seien, als ihm ab dem 1. Mai 2014 (richtig: 1. Dezember 2014) keine Rentenleistungen ausgerichtet würden. Es sei ihm ab dem 1. Mai 2014 (richtig: 1. Dezember 2014) eine halbe Invalidenrente auszurichten. Eventuell sei die Sache zu weiteren Abklärungen an die Verwaltung zurückzuweisen. Zudem sei das Verfahren bis zum Entscheid im Prozess UV.2015.00016 zu sistieren beziehungsweise die beiden Verfahren seien materiell zu koordinieren und die vollständigen Akten der SUVA in diesem Prozess beizuziehen. Die IV-Stelle beantragte in ihrer Vernehmlassung vom 20. Oktober 2015 die Abweisung der Beschwerde (Beschwerdeantwort Urk. 6), wovon der Beschwerdeführer mit Verfügung vom 26. Oktober 2015 in Kenntnis gesetzt wurde (Urk. 8).

Mit Beschluss vom 22. Juli 2016 stellte das Gericht den Parteien eine Rückweisung der Sache zu weiteren Abklärungen an die IV-Stelle in Aussicht. Der Beschwerdeführer wurde in Nachachtung der Rechtsprechung ( BGE

314 ) auf das Risiko einer Schlechterstellung und auf die Möglichkeit eines Beschwerderückzugs aufmerksam gemacht

(Urk. 10 ) , worauf er sich in dem Sinne ver nehmen liess, dass er mit einer Rückweisung einverstanden wäre (Urk. 12 S. 2 unter Beilage von Urk. 13/1-2 i.V.m. Urk. 14) .

### **E. 2.1**

Der Beschwerdeführer wandte gegen die Befristung der halben Rente bis Ende November 2014 in seiner Beschwerde vom 22. September 2015 (Urk. 1) ein, dass auch heute noch eine neurologisch-orthopädische Einschränkung der rechten Hand und des rechten Handgelenkes bestehe, die sich unter anderem darin äussere, dass diese Region auch ohne Belastung äusserst schmerzhaft sei. Diese Schmerzhaftigkeit führe zu einer schnellen Erschöpfung, was sich auch in einer adaptierten Tätigkeit spätestens in der zweiten Tageshälfte auswirke. Das heisse, er könne sich dann nicht mehr auf seine Arbeit konzentrieren und müsse in der Regel bis zum Abend ruhen und sich erholen. Im Weiteren bestehe eine erhebliche und messbare neuropsychologische Einschränkung, die von der Schmerzproblematik und/oder vom Schädel-Hirntrauma herrühre. Diese Beschwerden führten dazu, dass seit dem Unfall im Jahr 2010 nie mehr eine Arbeitsleistung erreicht worden sei, die den Grad von 50 % überschritten habe (Ziff. 19). Mit diesem Faktum habe sich der medizinische Dienst der SUVA in keiner Weise auseinandergesetzt (Ziff. 25).

### **E. 2.2**

Die Beschwerdegegnerin begründete die Befristung der Rente bis Ende November 2014 in ihren Verfügungen vom 21. August 2015 (Urk. 2/1 und Urk. 2/2) damit, dass die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus medizinischer Sicht ab Mai 2014 langsam habe gesteigert werden können, so dass seit August 2014 in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkungen mehr bestehen würden. Sie gab zudem an, dass sie das Verfahren aufgrund der Unfallfolgen vollumfänglich mit der SUVA koordiniere. 3.

### **E. 2.05**

2010

Die Ärzte führten aus, es habe keine Bewusstlosigkeit und keine Amnesie bestanden. Der Beschwerdeführer habe sich bei der Zuweisung in den Schockraum des A.\_\_\_\_ als kardiopulmonal stabil mit einem Glasgow Coma Score (GCS) 15 gezeigt. Zudem gaben sie an, der Beschwerdeführer sei in seiner Tätigkeit als Elektromonteur durch die posttraumatische Radiokarpalarthrose rechts eingeschränkt. Hier seien Heben und Tragen von Gegenständen über zwei bis drei Kilogramm nicht möglich. Zudem sei die Pro-/Supination schmerzbedingt deutlich eingeschränkt (z.B. Schrauben eindrehen). Der Beschwerdeführer werde die Tätigkeit als Elektromonteur mit Heben und Tragen schwerer Lasten nicht mehr ausüben können. Eine Umschulung sei zu empfehlen. Tätigkeiten ohne Heben und Tragen von Gegenständen (über längere Zeit auch leichte Gegenstände), also z.B. Büroarbeit mit Wechselbelastung der Hand (z.B. Computerarbeit), wären auch über längere Zeit möglich. Ein genaues Ausmass könne erst nach weiteren Therapieentscheidungen durch die Kollegen der Handchirurgie angegeben werden.

### **E. 3**

Die Beschwerde gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 5. Dezember 2014 wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen (Prozess UV.2015.00016). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 3.1**

Nach dem Unfall vom 30. April 2010, bei dem der Beschwerdeführer bei der Arbeit von einer Leiter aus einer Standhöhe von 2.41 Metern auf den Betonboden stürzte (vgl. den Polizeirapport vom 11. Juni 2010 Urk. 7/130/692), wurde der Beschwerdeführer vom Notarzt in den Schockraum des A.\_\_\_\_ eingeliefert. Im Bericht vom 16. Dezember 2010 (Urk. 7/12/4-9) gaben Dr. med. B.\_\_\_\_, Oberarzt, und Dr. med. C.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Klinik für Unfallchirurgie, an, der Beschwerdeführer habe beim Unfall die nachfolgenden Mehrfachverletzungen erlitten: 1. Distale intraartikuläre Radiustrümmerfraktur - ORIF am 07.05.2010 - Posttraumatische symptomatische Radiokarpalarthrose rechts - OSME mit Adhäsiolyse und partieller Handgelenksdenervation am 09.09.2010 2. Radiusköpfchenfraktur links Typ Mason II - Schraubenosteosynthese Radiusköpfchen links (2 x 2,0 mm) am 07.05.2010 3. Verdacht auf Fraktur Os capitatum links, Verdacht auf Fraktur Os scaphoideum links 4. Schädel-Hirntrauma mit Fraktur Sinus frontalis rechts, Fraktur Orbitaboden/Dach, Nasenbeinfraktur links - Reposition Sinus frontalis rechts, Mukosektomie und Obliteration mit Muskelstreifen aus dem M. frontalis und anschliessender Osteosynthese mit 1,5 mm Titanplättchen am 1

### **E. 3.2**

Am 12. Oktober 2012 berichtete Dr. phil. D.\_\_\_\_ der SUVA über ihre neuropsychologische Untersuchung an zwei Tagen (10. und 13. September 2012, Urk. 7/129/504-514). Sie gab an, das allgemeine Testleistungsniveau habe sich grösstenteils durchschnittlich dargestellt und entspreche insgesamt dem aufgrund der schulischen und beruflichen Ausbildung zu erwartenden Niveau (S. 5).

Die Befunde aus neuropsychologischer Sicht deuteten auf eine insgesamt leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich tieferer Strukturen (Hirnstamm) unter Einbezug fronto-thalamischer Strukturen hin (S. 7).

Im Vordergrund der heute eruierten kognitiven Leistungsminderungen ständen den durchwegs verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen sowohl bei einfachen als insbesondere auch bei komplexeren Anforderungen an die Aufmerksamkeit, die einen raschen und effizienten Wechsel des Aufmerksamkeitsfokus voraussetzten, etwa in der geteilten Aufmerksamkeit und im Arbeitsgedächtnis. Die längere Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit (zumindest über eine Testphase von 2,5 Stunden) sei aber gegeben (S. 7 f.). Nach einer mittleren Untersuchungsdauer habe sich eine äusserlich sichtbare erhöhte Erschöpfung manifestiert (S. 5).

Hinzu kämen Minderleistungen im Bereich der Exekutivfunktionen, vor allem im kognitiven Umstell- und Strukturierungsvermögen sowie im visuell-figuralen und verbalen Lernvermögen, wo sich zudem Interferenzen manifestierten. Erschwerend hinzu kämen die beklagten somatischen Symptome, vor allem eine sich angeblich manifestierende Kopfschmerzsymptomatik sowie eine erhöhte Ermüdbarkeit (S. 8).

Die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Beschwerden, etwa die beklagten Konzentrationsprobleme und die erhöhte Vergesslichkeit sowie eine gewisse Stressunverträglichkeit in seinem privaten Alltag würden durch die heute objektivierbaren kognitiven Minderleistungen gut verständlich und erklärbar, zumal davon auszugehen sei, dass sich diese unter Mehrfachbelastung, Zeitdruck, Stress und Ablenkung noch intensivierten (S. 8).

Aus rein neuropsychologischer Sicht sei die berufliche Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit als Elektromonteur aufgrund der oben genannten konzentrativen und exekutiven Leistungsminderungen theoretisch zu zirka 20 % eingeschränkt. Diese Tätigkeit könne der Beschwerdeführer jedoch aufgrund seiner körperlichen Beschwerden nicht mehr ausüben. Hinsichtlich der geplanten Tätigkeit als Elektroplaner, wofür der Beschwerdeführer eine schulische Weiterbildung absolvieren müsste, sei von einer zirka 30%igen Einschränkung sowohl der schulischen als auch der späteren beruflichen Leistungsfähigkeit auszugehen (S. 8).

Eine allfällige weitere Reduktion der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der angegebenen somatischen Beschwerden, unter anderem eine erhöhte Ermüdbarkeit und Erschöpfbarkeit, Kopfschmerzen, Schlafprobleme und stressbedingte Aggressivität durchbrüche, müsse von ärztlicher Seite beurteilt und bei der Festlegung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt werden (S. 8).

Eine neuropsychologische Therapie mit gezieltem und berufsorientiertem Hirnleistungstraining zur Verbesserung der oben beschriebenen kognitiven Defizite sowie zur Steigerung der kognitiven Ausdauer und Belastbarkeit sei vor allem im Hinblick auf die geplante berufliche Weiterbildung zum Elektroplaner indiziert und angesichts des insgesamt durchschnittlichen Leistungsprofils auch erfolversprechend (S. 9).

### **E. 3.3**

Im Schlussbericht der Z.\_\_\_\_ Z.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2013 (Urk. 7/70) betreffend eine Abklärung vom 22. April bis 22. Mai 2013 gaben die Berichterstatter (Z.\_\_\_\_-Leiter Kobelt, Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie sowie die Berufs- und Laufbahnberaterin/Psychologin FH Hillerbrand) an, sie hätten den Beschwerdeführer während den für ihn neuen technischen Arbeiten (CAD-Zeichnungen etc.) als willig und gut zu führen erlebt. Bei den übrigen Tätigkeiten habe er wenig Interesse und geringe Ausdauer gezeigt. Die Arbeitszeiten (Montag bis Donnerstag 7,5 Stunden und Freitag 4 Stunden, 3 Feiertage, S. 4) habe er pünktlich eingehalten. Er habe häufig über Hand- und Nackenschmerzen geklagt, sich den Arbeitsplatz aber erst nach mehrmaligen Hinweisen ergonomisch sinnvoll eingerichtet. Bei der PC-Arbeit habe er hin und wieder angegeben, dass die Zeichnungen beziehungsweise die Buchstaben „vor den Augen schwimmen“ würden (S. 6). Die kognitiven Tests hätten auf knapp durchschnittliche kognitive Fähigkeiten hin gewiesen (S. 7). Die Auffassungsgabe sowie die Lernfähigkeit seien von den zuständigen Vorgesetzten als unauffällig und bei den technischen Übungen als gut erlebt worden (S. 8).

Aus medizinischer Sicht könne abklärungsgestützt unter optimal behinderungs angepassten Arbeitsverhältnissen ein uneingeschränktes Arbeitszeitpensum zugemutet werden. Dabei könne initial, gestützt auf die berufsbezogenen Abklärungsergebnisse, eine zirka 70%ige Gesamtarbeitsleistung erwartet werden, unter Zusprache von gelegentlichen zusätzlichen kurzen Entlastungspausen vor Ort. Unter allmählicher Gewöhnung an arbeitsspezifische behinderungsgerechte Arbeitsbelastungen sollte im Verlauf eine Gesamtarbeitsleistung von 80 bis 100 % angestrebt werden können, was im Rahmen des nun vorgesehenen einjährigen Praktikums als Elektroplaner in Abhängigkeit des weiteren Verlaufs zu konkretisieren sein werde. Zu hoffen sei, dass mit einem solchen gestaffelten Reintegrationsprogramm vorhandene Unsicherheiten bei geringem Selbstvertrauen respektive Überforderungsbefürchtungen von Seiten des Beschwerdeführers aufgefangen

beziehungsweise positiv beeinflusst werden könnten (S. 11).

Behinderungsadaptierte Tätigkeiten sollten eine angegebene Kälteempfindlichkeit berücksichtigen, körperlich leicht bis allenfalls gelegentlich maximal mittelschwer belastend sein, ohne relevante Hebe- und Tragbelastungen für den rechten Arm über 5 Kilogramm und bei Möglichkeit des Einnehmens von Wechselpositionen (unter anderem bei muskulärer Dysbalance/Neigung zu muskulären Verspannungen insbesondere im Schulter- und Nackenbereich rechts betont). Eine zukünftige Tätigkeit sollte im Weiteren keine stärkeren Kraftaufwendungen mit der rechten Hand erfordern. Zudem sollte es sich um eine Tätigkeit handeln, die ohne Leistungseinschränkung durch das versteifte Handgelenk rechts ausgeführt werden könne. Die Umwendbewegungen der rechten Hand und des rechten Vorderarms seien vom Bewegungsausmass her uneingeschränkt möglich, bei längerer PC-Arbeit habe der Beschwerdeführer doch im Handwurzelbereich radialbetont rechts einen leichten Belastungsschmerz angegeben. Dies berücksichtigend erscheine beispielsweise bei einer zukünftigen behinderungsangepassten Tätigkeit als Elektroplaner die Benutzung einer PC-Maus sinnvoll, die in Rotationsneutralstellung von Vorderarm/Hand bedient werden könne. Eine Option wäre bei Bedarf auch die Umstellung der PC-Mausbedienung auf die linke Hand, die ohne Einschränkungen funktionstüchtig sei. Generell sollten bei zukünftigen Tätigkeiten manuelle Verrichtungen überwiegend auf Tischhöhe respektive mit Abstützmöglichkeit der Vorderarme auf Tischhöhe ausgeübt werden können (S. 11).

Bei Möglichkeit zu gelegentlichen kurzen Entspannungspausen hätten sich während der Beobachtungszeit in der Z. \_\_\_ allfällige neuropsychologische Defizite (wie Merkschwäche oder eingeschränkte Konzentration) bei vorhandener Motivation, wie überprüft bei der Eignung zum Elektroplaner, nicht leistungseinschränkend manifestiert.

Die Z. \_\_\_-Berichterstatter erklärten weiter, sie hätten den Beschwerdeführer nicht eindeutig als eingliederungswillig erlebt. Der Beschwerdeführer habe seine von ihnen als widersprüchlich erlebte Haltung mit geringem Selbstvertrauen erklärt. Die Ehefrau des Beschwerdeführers habe in der Zwischenzeit eine ausserhäusliche Tätigkeit aufgenommen und der Beschwerdeführer sei für die Betreuung des nun sechsjährigen Sohnes zuständig gewesen. Es sei der Eindruck entstanden, dass sich der Beschwerdeführer an dieses Arrangement gewöhnt habe (S. 12).

#### **E. 3.4.1**

Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete der SUVA ein erstes Mal am 10. November 2012 (Urk. 7/129/493-494). Er nannte die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) und gab an, dass der Beschwerdeführer seit dem 3. Juli 2012 bei ihm in Behandlung stehe. Der Beschwerdeführer leide unter gedrückter Stimmung, Antriebslosigkeit, Interessenverlust, rascher Erschöpfbarkeit, rascher Gereiztheit, verminderter Konzentration und Aufmerksamkeit, Vergesslichkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Gedankenkreisen mit Zukunfts- und Versagensängsten, Schuldgefühlen, Schlafstörungen, phasenweisen Suizidgedanken sowie Schmerzen im Nackenbereich und im Bereich der rechten Hand beziehungsweise des rechten Armes.

Dr. F. \_\_\_ führte aus, zu Beginn der Behandlung seien im Rahmen des depressiven Zustandsbildes vor allem die Schlafstörungen im Vordergrund gestanden. Durch die medikamentöse Behandlung mit Mirtazapin 45 mg/d habe die depressive Stimmungslage und die Schlafqualität verbessert werden können. Die psychotherapeutischen Sitzungen

fänden im Abstand von zwei bis drei Wochen statt. In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert, wieder zu arbeiten. Es sei sehr wichtig, möglichst rasch abzuklären, welche Tätigkeiten für ihn noch möglich seien, um anschliessend mit einem langsamen und schrittweisen Belastungsaufbau zu beginnen.

#### **E. 3.4.2**

Im Verlaufsbericht zuhanden der SUVA vom 8. Juli 2013 (Urk. 7/129/350-351) gab Dr. F.\_\_\_\_ bei gleichgebliebener Diagnose an, seit dem letzten Bericht vom 10. November 2012 habe sich der Zustand des Beschwerdeführers stabilisiert, vor allem die Schlafqualität habe sich deutlich verbessert. Der Beschwerdeführer sei jedoch immer noch sehr verunsichert, habe wenig Vertrauen in seine eigenen Fähigkeiten und fühle sich rasch kritisiert und angegriffen. Er beginne aber auch hier zunehmend mehr Verantwortung für seine Zukunft zu übernehmen. In den letzten Wochen sei der psychische Zustand des Beschwerdeführers vor allem durch somatische Erkrankungen (Nephrolithiasis) und soziale Faktoren (Kündigung der Ehefrau) beeinträchtigt gewesen. Aktuell gehe es in den Sitzungen vor allem um die Neuorientierung im Hinblick auf veränderte Berufs- und Lebensziele. Dabei werde jeweils auch Bezug genommen auf die Erfahrungen des Beschwerdeführers in seinem Alltag (z.B. in Z.\_\_\_\_).

#### **E. 3.4.3**

Im Bericht vom 10. Juli 2013 zuhanden der IV-Stelle (Urk. 7/74) nannte Dr. F.\_\_\_\_ die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11) sowie Schädel-Hirntrauma am 30. April 2010. Er führte aus, es bestehe ein depressives Zustandsbild mit vermindertem Antrieb, rascher Erschöpfbarkeit, vermindertem Selbstwertgefühl, Zukunfts- und Versagensängsten sowie Hand- und Nackenschmerzen. Der Beschwerdeführer sei sehr motiviert, wieder zu arbeiten, gleichzeitig aber auch ängstlich und verunsichert in Bezug auf seine Fähigkeiten. Unter behinderungsangepassten Rahmenbedingungen und mit langsamem Belastungsaufbau könne eine Teilarbeitsfähigkeit sicherlich wieder aufgebaut werden. Ob der Beschwerdeführer im neuen Berufsumfeld die volle Arbeitsfähigkeit wieder erreichen werde, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht gesagt werden. Es werde eine medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung mit Sitzungen im Abstand von zwei bis drei Wochen durchgeführt. Zeitliche Einschränkungen bestünden in Bezug auf das Konzentrationsvermögen, das Auffassungsvermögen, die Anpassungsfähigkeit sowie die Belastbarkeit.

#### **E. 3.4.4**

Am 5. Dezember 2013 (Urk. 7/129/294-295) nannte Dr. F.\_\_\_\_ der SUVA wiederum die Diagnose mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.11). Er führte aus, die angegebenen Beschwerden sowie der Zustand des Beschwerdeführers hätten sich seit dem letzten Bericht nicht gross verändert. Insgesamt habe sich der Zustand des Beschwerdeführers seit Behandlungsbeginn deutlich stabilisiert.

#### **E. 3.5.1**

Betreffend die Arbeitsvermittlung durch die IV-Stelle ergibt sich aus den Akten was folgt:

#### **E. 3.5.2**

Am 12. Mai 2014 berichtete G.\_\_\_\_ von der H.\_\_\_\_ GmbH, die von der IV-Stelle mit dem Vermitteln einer Praktikumsstelle im Bereich Elektroplanung beauftragt worden war

(Urk. 7/93 S. 3), über ein einmonatiges Arbeitstraining bei der I.\_\_\_\_ AG im Bereich Elektroplanung (Urk. 7/78). Er gab an, aufgrund der medizinischen Situation sei es dem Beschwerdeführer nur möglich gewesen, ein 50%-Pensum zu absolvieren. Für mehr habe die Konzentrationsfähigkeit noch nicht ausgereicht. Auch habe der Beschwerdeführer bei zunehmender Arbeitsdauer Rücken- und Nackenschmerzen beklagt. G.\_\_\_\_ führte weiter aus, das Engagement des Beschwerdeführers für die Arbeit sei klar ersichtlich. Er traue sich noch zu wenig zu, seine Leistungen seien gut und würden die Erwartungen des Arbeitgebers übertreffen. Er schloss mit der Bemerkung, die Ausbildungs- und Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei gegeben, wenn auch derzeit noch in einem eingeschränkten Pensum. Momentan sei ein Pensum von 60 % realisiert. Das Pensum sei gemäss den Aussagen des Beschwerdeführers sicherlich ausbaubar. Er wolle arbeiten und könne das auch. Zudem sei die I.\_\_\_\_ AG bereit, den Beschwerdeführer unter Vertrag zu nehmen, da dessen Arbeitsleistungen überzeugt hätten.

### **E. 3.5.3**

Zuvor notierte der Eingliederungsberater der IV-Stelle im Protokoll zum Standortgespräch vom 14. April 2014 bezüglich des Praktikums bei der I.\_\_\_\_ AG (vgl. Urk. 7/93 S. 4 f.), der Arbeitgeber habe berichtet, dass sich der Beschwerdeführer im Laufe der letzten zirka sechs Wochen bewährt habe. Es werde ihm eine Anstellung als Konstrukteur im Umfang eines 60 %-Pensums mit Arbeitsbeginn 1. Mai 2014 angeboten. Ausbildungskurse seien nicht notwendig. Es werde eine interne Schulung durchgeführt. Eine Pensumserhöhung sei aufgrund der Erschöpfungserscheinung nicht möglich gewesen.

### **E. 3.5.4**

Mit Arbeitsvertrag vom 6. Mai 2014 stellte die I.\_\_\_\_ AG den Beschwerdeführer laut dem Verlaufsprotokoll zur Berufsberatung vom 26. Mai 2014 per 5. Mai 2014 in einem Pensum von 50 % als Konstrukteur/Zeichner an. Ein höheres Pensum habe aufgrund der neurologischen Einschränkungen nicht erreicht werden können. Der Eingliederungsberater ging einstweilen von einer optimalen Eingliederung aus. Die Frage, ob die Erwerbseinbusse unfall- beziehungsweise krankheitsbedingt sei, bedürfe noch weiterer Abklärungen (Urk. 7/93 S. 1 sowie der nur teilweise lesbare Vertrag in Urk. 7/81-88).

### **E. 3.6.1**

Im Bericht vom 13. Mai 2014 betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung (Urk. 7/129/236-244) nannte die SUVA-Kreisärztin, Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie FMH, die folgenden Diagnosen (S. 7): - Belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des rechten Handgelenkes bei Status nach Arthrodesse und Metallentfernung im Dezember 2013 - Belastungsabhängige Restbeschwerden im Bereich des linken Handgelenkes bei Status nach Tuberculum ossis trapezius-Fraktur und Partialruptur des TFCC-Bandes - Endgradige Extensions-/Flexionsdefizite und linker Ellbogen bei Status nach Radiusköpfchenfraktur - Status nach dislozierter Sinus frontalis-Fraktur rechts mit Orbitaboden/-dach und undislozierter Nasenbeinfraktur - Mittelgradige depressive Episode (Diagnose Dr. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie) - Rez. Kopfweh bei muskulärer Verspannung

Dr. J.\_\_\_\_ gab an, seit der letzten kreisärztlichen Untersuchung vom 27. August 2013 habe sich die somatische Gesamtsituation nach der Metallentfernung im Bereich des Sinus frontalis und des rechten Handgelenkes verbessert. Entsprechend den Angaben des Versicherten habe sich die Gesamtsituation für ihn leicht verbessert. Die früheren

Spannungsgefühle und Beschwerden im Bereich des rechten Handgelenkes seien nicht mehr in dem Masse vorhanden, lediglich bei repetitiven Tätigkeiten merke er noch vermehrt Beschwerden. Unter konzentrierter Arbeit am PC von mehr als zwei, drei Stunden, habe er vermehrt Beschwerden, die dann in die Schulter, den Nacken und den Kopf ziehen würden und auch zu Kopfschmerzen führten. Dr. J. \_\_\_ führte aus, klinisch liege entsprechend den somatischen Verletzungen vier Jahre nach dem Unfall ein gutes Rehabilitationsergebnis vor. Die subjektiv beklagte Erschöpfungsmüdigkeit führe sie eher auf die psychische Situation des Versicherten bei diagnostizierter mittelgradiger Depression und lange Zeit ohne berufliche Reintegration zurück. Die beklagten Schulter- und Nackenschmerzen seien aufgrund der heutigen klinischen Untersuchung und der vorliegenden Diagnostik (vgl. HWS-Röntgen vom 18. Januar 2013) eher muskulär bedingt, da sich der Beschwerdeführer eine leichte Schonhaltung der rechten oberen Extremität angewöhnt habe und es dadurch auch zu einer gewissen muskulären Dysbalance komme, die zu einer muskulären Verspannung führe. Dr. J. \_\_\_ sah das beklagte Kopfschmerzsymptom eher im Rahmen von Verspannungen und das Ermüdungssymptom im Rahmen der psychischen Diagnose. Anhand der MRI-Diagnostik vom 23. Oktober 2013 habe eine strukturelle traumatische Verletzung intrakraniell ausgeschlossen werden können (S. 7 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit gab Dr. J. \_\_\_ an, der Beschwerdeführer habe neu eine 50 %-Stelle als Elektroplaner. Er sei nach eigenen Angaben zurzeit mit der 50 %-Stelle ausgelastet, sowohl körperlich als auch psychisch. Aufgrund der heutigen klinischen objektiven Situation sollte der Beschwerdeführer aus rein somatischer Sicht in einer leichten bis mittelschweren manuellen Tätigkeit ohne repetitive Belastungen bezüglich rechtem Handgelenk und ohne besonderen Anspruch an die Feinmechanik, häufige Pro-/Supination und ohne kraftvolles Zupacken mit der rechten Hand sowie ohne Bedienen vibrierender Werkzeuge mit der rechten Hand ganztags arbeitsfähig sein. Im Gesamtkontext, namentlich aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt sei ein sukzessiver Einstieg sicherlich auch aus somatischer Sicht vertretbar, doch sollte innerhalb von sechs bis zwölf Wochen aus rein somatischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen (S. 8).

Inwieweit die Arbeitsfähigkeit durch die psychische Situation eingeschränkt sei, müsse psychiatrischerseits beurteilt werden (S. 9).

### **E. 3.6.2**

Dr. med. K. \_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, vom Kompetenzzentrum SUVA Versicherungsmedizin, führte auf Anfrage der Kreisärztin Dr. J. \_\_\_ hin in seiner Email vom 13. Mai 2014 aus (Urk. 7/129/145), ohne Nachweis einer substantiellen Hirnverletzung könnten neuropsychologische und psychische Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall zurückgeführt werden. Hinsichtlich allfälliger Kopfschmerzen sei die Situation komplexer: Grundsätzlich sei zur Diagnose posttraumatischer Kopfschmerzen der Nachweis einer geeigneten Läsion nicht notwendig, da es sich um eine post hoc Diagnose handle. In der Kausalitätsbeurteilung müssten deswegen mehrere Faktoren berücksichtigt werden: in erster Linie sei der zeitliche Verlauf entscheidend (Auftreten von Kopfschmerzen innerhalb von 7 Tagen nach der Kopfverletzung). Es sei eine detaillierte Konsistenzprüfung vorzunehmen. Darunter fielen letztendlich der Beschwerdeverlauf, die therapeutischen Massnahmen und die auslösende Verletzung. In dem Kontext sei zu prüfen, ob überhaupt eine geeignete Kopfverletzung stattgefunden habe. Eine nicht dislozierte konservativ behandelte Schädelfraktur sei nur

fraglich geeignet, ebenso eine Fraktur, die operativ mit gutem Ergebnis versorgt worden sei. Der Psychiater schreibe von belastungsabhängigen Schmerzen im Nacken. Dies unterstütze eine Kopfschmerzdiagnose nicht. 4.

#### 4.1

Nach Lage der Akten ist erstellt, dass der Beschwerdeführer bei der Arbeit am 30. April 2010 aus einer Standhöhe von 2.41 Metern bei Überkopfarbeiten von der Leiter stürzte und sich dabei Mehrfachverletzungen, namentlich eine Fraktur des rechten Handgelenkes sowie eine Fraktur von Gesichtsknochen zuzog. Diese sind äusserlich gut verheilt. 4.2

Die IV-Stelle stellte bei der Verneinung eines Rentenanspruchs in erster Linie auf den Abschlussbericht der SUVA-Kreisärztin Dr. J. \_\_\_ vom 13. Mai 2014 ab (vgl. die Stellungnahme des RAD vom 24. Juni 2014, Urk. 7/103 S. 4 f.; E. 3.6.1), der in Kenntnis der medizinischen Vorakten und nach einer Voruntersuchung am 27. August 2013 erging. Bezüglich neurologischer Fragestellungen nahm die Kreisärztin gleichentags per Email Rücksprache mit dem Neurologen Dr. K. \_\_\_ vom Kompetenzzentrum SUVA Versicherungsmedizin (E. 3.6.2).

Die Rückfrage bei Dr. K. \_\_\_ erfolgte, da der Beschwerdeführer neuro-psychologische Einschränkungen, eine zeitlich eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie Kopfschmerzen und eine unter anderem mit Schmerzen begründete Erschöpfung nach halbtägiger Arbeit geltend machte (vgl. Urk. 7/129/236-244 S. 4 und 7; vgl. auch Urk. 1 Ziff. 9). Zudem hatte Dr. phil. D. \_\_\_ am 12. Oktober 2012 gewisse kognitive Defizite festgestellt, die im Verlauf nicht weiter abgeklärt wurden (vgl. auch Urk.

7/129/326 und Urk. 7/129/284), obwohl Kreisärztin Dr. J. \_\_\_ noch am 27. August 2013 die aus neuropsychologischer Sicht postulierte 20-30%ige Leistungseinschränkung nicht anzweifelte (Urk. 7/129/338). Im Weiteren gelang die Eingliederung bislang lediglich in einem Umfang von 50 %.

Dabei beantwortet das Email vom 13. Mai 2014 von Dr. K. \_\_\_ die sich konkret stellenden Fragen nicht oder nicht in nachvollziehbarer Weise. Vorwegzuschicken ist, dass Dr. K. \_\_\_ keine eigene Untersuchung vornahm und sich seine Angaben vor allem auf die Unfallkausalität beziehen, die im Bereich der final konzipierten Invalidenversicherung keine Rolle spielt. Kommt hinzu, dass das Email betreffend die vom Beschwerdeführer geltend gemachten Kopfschmerzen mehr Fragen aufwirft, als dass es Antworten gibt. Entsprechend formulierte die Unfallchirurgin Dr. J. \_\_\_ ihre Angaben zu Kopfschmerzen, Konzentrationsproblemen und Erschöpfung eher als Vermutungen statt als verbindliche Feststellung. Sie ging davon aus, dass die Kopfschmerzen eher mit muskulären Verspannungen zusammenhängen und die Erschöpfungsmüdigkeit eher im Rahmen der psychischen Beschwerden und der langen Abwesenheit vom Arbeitsplatz zu wurdigen seien. Es fehlt bezüglich der vom Beschwerdeführer geltend gemachten Defizite an einer umfassenden und überzeugenden medizinischen Abklärung. 4.3

Es mag zwar auch Anhaltspunkte geben, welche die geltend gemachte erhebliche Erschöpfung nicht zu stützen vermögen, etwa die Angaben im Z. \_\_\_ -Bericht vom 7. Juni 2013, wonach der Eindruck entstanden sei, dass sich der Beschwerdeführer mit der bestehenden Situation arrangiert habe und den Nachmittag namentlich zur Betreuung seines Sohnes nutzte (E. 3.3, vgl. auch die Ausführungen des Beschwerdeführers gegenüber der Kreisärztin Urk. 7/129/236-244 S. 4). Eine solche Mutmassung vermag indes eine rechts

genügend e medizinische Abklärung nicht zu ersetzen , umso mehr als auch Dr. K.\_\_\_\_ eine Konsistenzprüfung anregte . Auch der Umstand, dass während der Z.\_\_\_\_ -Abklärung keine Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme beobachtet worden sind (E. 3.3), kann nicht an die Stelle einer fachärztlichen (vgl. dazu etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_646/2015 vom 19. Mai 2016 E. 4.4) sowie fachpsychologischen Abklärung treten, wobei der Z.\_\_\_\_ -Bericht zudem ohne Kenntnis des Berichtes von Dr. phil. D.\_\_\_\_ erging ( Urk. 7/70 S. 10). 4.4

Es fehlt namentlich an einer fachärztlichen neurologischen sowie einer aktuellen neuropsychologischen Beurteilung , welche im Rahmen der unfallversicherungsrechtlichen Beurteilung mangels Adäquanz der entsprechenden Beschwerden zum Unfallereignis ausser Acht bleiben konnten.

Betreffend die psychische Situation wies Dr. J.\_\_\_\_ in ihrem Abschlussbericht vom 13. Mai 2014 selber darauf hin, dass psychiatrischerseits beurteilt werden müsse, inwieweit die Arbeitsfähigkeit durch die psychische Situation eingeschränkt sei (vgl. E. 3.6.1). Auch diesbezügliche Abklärungen fanden nicht statt. Der behandelnde Psychiater Dr. F.\_\_\_\_ gab zuletzt im Juli 2013 an, im jetzigen Zeitpunkt könne nicht gesagt werden, ob der Beschwerdeführer im neuen Berufsumfeld die volle Arbeitsfähigkeit wieder erreichen werde (vgl. E. 3.4.2). Er dokumentierte zwar eine Verbesserung im Verlauf, eine abschliessende fachärztliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus psychiatrischer Sicht fehlt indes. Zudem bescheinigte Dr. F.\_\_\_\_ auf dem Unfallschein auch über das Datum der kreisärztlichen Abschlussuntersuchung hinaus eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/129/88). Auch in dieser Hinsicht erweist sich der medizinische Sachverhalt als zu wenig abgeklärt. Einzig der Hinweis, aus versicherungsrechtlicher Sicht sei gestützt auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 10. Juli 2013 aufgrund der psychiatrischen Diagnose nicht von einer dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen (Urk. 7/103 S. 4 f.), vermag bei der vorliegenden Sachlage ohne umfassende Abklärungen – namentlich auch bezüglich der Frage der Therapieresistenz des Leidens (statt vieler vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen , vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2 ) – nicht zu überzeugen. 4.5

Die angefochtenen Verfügungen vom 21. August 2015 (Urk. 2/1 und Urk. 2/2) sind aufzuheben und die Sache ist an die IV-Stelle zur polydisziplinären Abklärung zurückzuweisen. In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen. 5.

Das Verfahren ist kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Zudem steht dem Beschwerdeführer bei diesem Ausgang des Verfahrens eine Prozessentschädigung zu, die gemäss § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen ist. Unter Berücksichtigung dieser Bemessungskriterien und dabei insbesondere des Umstandes, dass die – zwar sehr umfangreichen – Akten weitgehend schon aus dem parallel laufenden unfallversicherungsrechtlichen Verfahren bekannt waren, ist sie ermessensweise auf Fr. 1'000.--

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

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

## **E. 8**

00.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzulegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene n Verfügung en vom 2 1. August 2015 aufgehoben werden

und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese die erforderlichen Abklärungen durchführe und her nach über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge . 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000 .-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rech nung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechts kraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessent schädigung von Fr. 1'800 .-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke, unter Beilage einer Kopie von Urk. 14 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage der Doppel von Urk. 12 und Urk. 13/1-2 sowie einer Kopie von Urk. 14 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 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 Bundes gesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 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, zuzu stellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweis mittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthal ten; 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 VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubOertli

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