

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00856 vom 30. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00856

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00856 du 30 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00856 del 30 aprile 2018

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). Die Invalidität 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. 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

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung 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 da mit der für die Befristung

erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung 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 vielmehr 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

Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a).

E. 2

Gegen die Verfügung vom 13. Juni 2016 liess die Versicherte, vertreten durch Rechtsanwalt Hermann Rüegg, mit Eingabe vom 16. August 2016 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Antrag, die angefochtene Verfügung sei insoweit aufzuheben, als ihm für die Zeit vor dem 29. Juni 2011 und nach dem 31. Januar 2013 keine Rente zugesprochen werde, und es sei ihm auch für den Zeitraum 1. Juli 2010 bis 28. Juni 2011 und ab dem 1. Februar 2013 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen; unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 1). Überdies sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, ihm die Kosten von Fr. 2'155.20 für das neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D. ____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP und Psychotherapie FSP, vom 11. August 2016 inklusive Dolmetscherkosten zu ersetzen (Urk. 1 S. 1 und 8), welches er zusammen mit der Beschwerdeschrift einreichen liess (Urk. 3/4). Die IV-Stelle schloss am 26. September 2016 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Davon wurde dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 27. September 2016 Kenntnis gegeben (Urk. 8). Am 30. September 2016 reichte sein Rechtsvertreter eine Stellungnahme ein (Urk. 9), welche der IV-Stelle mit schriftlicher Mitteilung vom 3. Oktober 2016 zugesandt wurde (Urk. 10). Mit Verfügung

vom 9. Februar 2018 wurde die Profond Vorsorgeeinrichtung zum Prozess beigegeben (Urk. 12), welche in der Folge auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 14).

Auf die einzelnen Ausführungen in den Rechtsschriften und das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte Gutachten von lic. phil. D. ___ vom 11. August 2016 (Urk. 3/4) wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 2.1

Zur Begründung der angefochtenen Verfügung wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei aufgrund seines Herzleidens ab Februar 2009 in der Arbeitsfähigkeit als stellvertretender Logistikleiter eingeschränkt gewesen. Im Mai 2009 sei eine Operation erfolgt und ab Januar 2010 habe wieder eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden. Die einjährige Wartezeit sei somit nicht erreicht worden.

Am 29. Juni 2010 habe der Beschwerdeführer einen Unfall erlitten. Nach Ablauf des Wartejahres sei er weiterhin zu 100 % für sämtliche Tätigkeiten arbeitsunfähig gewesen. Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 100 %, so dass ihm ab Juni 2011 eine ganze Invalidenrente zuzusprechen sei.

Danach habe sich der Gesundheitszustand kontinuierlich verbessert. Spätestens seit dem 22. Januar 2013 sei der Beschwerdeführer für überwiegend sitzende leichte Tätigkeiten zu 90 % arbeitsfähig. Dementsprechend sei ein Einkommensvergleich durchzuführen, bei dem ein Invaliditätsgrad von 33 % resultiere, welcher keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe (vgl. Urk. 2).

E. 2.2

Demgegenüber liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen den Standpunkt vertreten, er sei auch ab dem 4. Januar 2010 bis zum Unfall am 29. Juni 2010 ohne Unterbruch krankheitsbedingt arbeitsunfähig gewesen, zuerst zu 100 %, zuletzt zu 30 %. Da er sich im Januar 2010 zum Leistungsbezug angemeldet habe, habe er ab dem 1. Juli 2010 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente.

Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 könne nicht abgestellt werden. Er sei – insbesondere wegen schwerwiegender neuropsychologischer Beeinträchtigungen bzw. massiver kognitiver Defizite – weiterhin zu 100 % arbeits- und erwerbsunfähig; sein Gesundheitszustand habe sich seit der Erstattung des interdisziplinären Gutachtens vom 22. Januar 2013 sogar noch weiter verschlechtert. Er habe deshalb auch nach dem 31. Januar 2013 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Urk. 1).

E. 3.1

In medizinischer Hinsicht lässt sich den Akten entnehmen, dass Dr. A. ___ in seinem Bericht vom 8. Februar 2010 einen initial normalen Rehabilitationsverlauf nach der Herzoperation vom Mai 2009 vermerkte. Der Versicherte habe eine 60%ige Arbeitsfähigkeit wiedererlangt. Seit Mitte Oktober 2009 sei es ohne äusseren Anlass zu einer zunehmenden Leistungsabnahme und progressiven Beschwerden im rechten Schulterbereich gekommen. Die Ergometrie am 30. Oktober 2009 habe keine Einschränkung bezüglich des Herzkreislaufsystems, aber eine deutlich eingeschränkte globale Leistungsfähigkeit ergeben. Dr. A. ___ habe den Versicherten daher zur weiteren Abklärung an Dr. med. E. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie, überwiesen (Urk. 7/21/5-6).

Dieser führte in seinen Berichten vom 20. Januar 2009 (recte: 2010) und vom 4. Februar 2010 ein myofaszialbetontes Schmerzbild an der rechten Scapula als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf, bestätigte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, da für körperlich belastende Tätigkeiten Einschränkungen bestünden, und empfahl ein Arbeitsassessment im Z.____ (Urk. 7/18/1 und 7/21/7). Ein solches wurde am 2., 8. und 9. Februar 2010 durch geführt (Urk. 7/23). Dabei habe kein arbeitsrelevantes Problem erhoben werden können, da während den Tests das Schmerzverhalten des Versicherten mit ausgeprägter Selbstlimitierung im Vordergrund gestanden habe. Es lägen indessen keine medizinischen Befunde vor, welche gegen eine Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Logistiker sprächen (Urk. 7/23/2-3).

E. 3.2

In der Folge bestätigte Dr. A.____ weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit (Urk. 7/26/2-3 und 7/26/5). In seinem Bericht vom 31. März 2010 vertrat er die Auffassung, es müsse von einer somatoformen Störung als Ausdruck einer maladaptiven Bewältigungsstrategie ausgegangen werden, da die Abklärung in der Arbeitssprechstunde des Z.____ im Rahmen des myofaszialbetonten Schmerzsyndroms keine arbeitsrelevante Einschränkung ergeben habe (Urk. 7/26/4). In einem weiteren Bericht vom 3. September 2010 führte Dr. A.____ die bereits bekannten Diagnosen einer valvulären Herzkrankheit und myofaszial betonter Schmerzen im Bereich der rechten Scapula auf und bestätigte eine Arbeitsunfähigkeit (infolge internistischer Aspekte) von 100 % vom 4. Januar bis zum 15. Mai 2010, von 70 % vom 16. Mai bis zum 7. Juni, von 50 % vom 8. bis zum 18. Juni und von 30 % vom 19. Juni bis zum Unfall am 29. Juni 2010 (Urk. 7/35).

E. 3.3

Nach dem Unfall vom 29. Juni 2010 wurde der Versicherte ins B.____ gebracht, wo er operiert und bis zum 19. Juli 2010 stationär behandelt wurde (Urk. 7/31/10 und 7/70/499). Anschliessend hielt er sich bis zum 21. September 2010 zum ersten Mal in der C.____ auf (Urk. 7/70/477-484). Dort hätten bei Klinikeintritt eine Rollstuhlmobilität bei Entlastungspflicht des rechten Beines, eine Funktionseinschränkung des rechten oberen Sprunggelenks mit Spitzfussstellung, die belastungsabhängige Schmerzsymptomatik im Bereich des Sternums, die vermehrte Schwindelsymptomatik seit dem Unfall vom 29. Juni 2010 und multiple sich in Resorption befindende Hämatome im Vordergrund gestanden. Bezüglich der Schwindelsymptomatik habe eine kardiale Ursache mittels EKG ausgeschlossen werden können; sie sei im weiteren Verlauf auch subjektiv rückläufig gewesen (Urk. 7/70/478). Da der Versicherte im weiteren Rehabilitationsverlauf über Schlafstörungen und Unfallträume geklagt habe, habe man ein psychosomatisches Konsilium eingeholt, das eine Anpassungsstörung im Sinne einer Unfallverarbeitungsstörung (ICD-10: F43.28), jedoch keine ausgeprägte PTBS-Symptomatik, ergeben habe (Urk. 7/70/479). Aktuell bestehe für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/70/478).

E. 3.4

Dr. med. F.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte gemäss ihrem Bericht vom 18. Juli 2011 eine posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10: F43.1) mit depressiver Entwicklung. Es bestünden kognitive Defizite in Form einer Gedächtnis-, Konzentrations-, Auffassungs- und Merkfähigkeitsstörung. Die Stimmung sei depressiv. Es seien eine emotionale Stumpfheit, eine Gleichgültigkeit, ein inneres

Leeregefühl und eine Anhedonie auszumachen. Überdies bestünden Ängste betreffend die Zukunft. Der Antrieb sei deutlich reduziert und es sei eine Tagesmüdigkeit vorhanden. Es liege eine Schlafstörung in Form einer Ein- und Durchschlafstörung vor (Urk. 7/70/344).

E. 3.5

Nach der Entfernung des Osteosynthesematerials und der Arthrolyse am 1. Juni 2011 (Urk. vgl. Urk. 7/70/339 und 7/70/351-352) folgte ein zweiter Aufenthalt in der C.____, der vom 26. September bis zum 30. November 2011 dauerte (Urk. 7/70/283). Im Austrittsbericht vom 6. Dezember 2011 wurden eine Fussdeformität mit Inaktivitätsosteoporose rechts, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion im Sinne einer subsyndromalen PTBS (ICD-10: F43.21), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine unspezifische neuropsychologische Störung nach wahrscheinlich traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F07.8) und ein mechanischer Aortenklappenersatz 2009, seither unter OAK mit Marcoumar, und postoperative Schulterbeschwerden rechts mit Scapula alata als relevante Diagnosen festgehalten (Urk. 7/70/283).

Neurologisch habe man weitgehend einen Normalbefund erhoben. In der im Verlauf durchgeführten MRI-Untersuchung des Schädels am 5. Oktober 2011 seien Mikroblutungen nachgewiesen worden. Es seien kognitive Defizite aufgrund der wahrscheinlich traumatischen Hirnverletzung festzustellen. Wegen der möglichen Antwortverzerrung im Rahmen der stationär durchgeführten neuropsychologischen Untersuchung könne der Schweregrad der neuropsychologischen Störung nicht valide eingeschätzt werden. Klinisch imponiere eine gedankliche Einengung auf die Unfallfolgen und das Unfallgeschehen sowie eine häufige Niedergeschlagenheit und eine erhöhte Erschöpfbarkeit. Die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung seien nicht hinreichend erfüllt (Urk. 7/70/285).

Es bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert. Zusätzlich liege eine kognitive Leistungsminderung aufgrund einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor. Aktuell sei dem Versicherten in kognitiver Hinsicht keine Arbeitsleistung zumutbar. Aus unfallkausaler Sicht sei dem Versicherten die angestammte Tätigkeit nicht zumutbar, er könne indessen sehr leichte, vorwiegend sitzende Arbeiten ganztags verrichten (Urk. 7/70/284).

Im detaillierten Bericht zu den neuropsychologischen Untersuchungen vom 19. Oktober bis zum 28. November 2011 (Urk. 7/70/274-278) wurde ausgeführt, der Versicherte sei immer wieder durch ein reduziertes Arbeits- und Leistungsverhalten aufgefallen, weshalb eine standardisierte Symptomvalidierung durchgeführt worden sei (Urk. 7/70/275). Bei alleiniger Betrachtung der Testergebnisse würde man zum Schluss kommen, es liege eine mittelschwere neuropsychologische Störung vor. Die Durchführung der standardisierten Symptomvalidierung habe jedoch Hinweise auf das wahrscheinliche Vorliegen bewusstseinsnaher psychischer Prozesse der Aggravation ergeben. Bei einem spezifischen Symptomvalidierungstest (TOMM) lägen auffällige Testergebnisse im Sinne einer negativen Antwortverzerrung vor. Es zeigten sich mehrere Inkonsistenzen bezüglich der testpsychologisch objektivierten Ergebnisse. Zum Beispiel habe der Versicherte bei einer sehr einfachen Aufgabe (z.B. Alertness) deutlich langsamer auf einen Reiz reagiert als bei einer weit komplexeren Aufgabe (z.B. selektiven Aufmerksamkeit). Auch die durchschnittlichen Leistungen bei den visuellräumlichen Behaltensleistungen seien kaum

vereinbar mit den unter durchschnittlichen Testergebnissen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen. Insgesamt seien in mehreren kognitiven Domänen leicht bis weit unterdurchschnittliche Testergebnisse festzustellen. Der Versicherte habe zwar eine Hirnläsion erlitten, das Ausmass der in der kognitiven Untersuchung präsentierten Beschwerden sei jedoch nicht plausibel. Ein solches Testprofil wäre beispielsweise bei Personen nach einer schweren traumatischen Hirnverletzung mit ausgedehnten Läsionen anzutreffen, sei aber nicht vereinbar mit den gegenwärtigen medizinischen Diagnosen. Es sei jedoch zu bedenken, dass die berichteten Konzentrations- und Gedächtnisprobleme nicht untypisch seien im Zusammenhang mit Störungen der Schmerzverarbeitung respektive bei depressiven Störungen. Aber die Schwankungen der Testergebnisse zwischen den Messzeitpunkten sowie die Arbeitsweise mit übertriebenen und atypischen Fehlleistungen erzeugten einen unglaublichen Eindruck. Es sei somit davon auszugehen, dass das präsentierte kognitive Störungsbild zumindest teilweise aufgrund einer bewusstseinsnahen Aggravation der Beschwerden zustande gekommen sei. Bei Vorliegen einer wahrscheinlichen Aggravation seien die Glaubhaftigkeit des Ausmasses der angegebenen Beschwerden und der diagnostisch festgestellten Leistungseinbussen in Frage zu stellen. Das im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ermittelte kognitive Testprofil besitze hiermit nur geringe Aussagekraft. Der Schweregrad der neuropsychologischen Störung sei unter diesen Umständen entsprechend schwierig einzuschätzen. Er sei aber auf jeden Fall geringer, als es das Testprofil darlege. Insgesamt gestalte sich die ätiologische und diagnostische Einordnung der kognitiven Defizite als entsprechend schwierig. Somit kämen, wie bereits erwähnt, hirnorganische Faktoren, die erwähnten psychischen Störungen sowie bewusstseinsnahe Prozesse der Aggravation als mögliche Erklärungsgrössen in Frage. Aufgrund der wahrscheinlichen Aggravationstendenzen in Bezug auf das kognitive Ausfallmuster und den Schweregrad sei eine nicht valide einzuschätzende neuropsychologische Störung (ICD-10: F68.0) zu diagnostizieren (Urk. 7/70/277-278).

E. 3.6

Am 5. Dezember 2011 wurde der Versicherte im G.____ der H.____ (im Folgenden: G.____) untersucht. In dessen Bericht vom 7. Dezember 2011 wurden eine Anpassungsstörung nach Verkehrsunfall und konsekutiver Arbeitsunfähigkeit sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung als psychiatrische Diagnosen festgehalten. Weiterhin bestünden kognitive Defizite bei Status nach wahrscheinlicher traumatischer Hirnverletzung (Urk. 7/70/206).

E. 3.7

Gemäss dem interdisziplinären Gutachten betreffend die Fachbereiche Neurologie, Orthopädie, Neuropsychologie, Neuroradiologie, Kardiologie und Psychiatrie einschliesslich EFL vom 22. Januar 2013 (vgl. Urk. 7/71/7-205) wurden (lediglich) die folgenden rheumatologisch-orthopädischen Leiden diagnostiziert (Urk. 7/71/68-69):

Persistierende Beschwerden und Funktionsstörung im Bereich des rechten Sprunggelenkes sowie Rückfusses -

Status nach distaler Fibulafaktur und Calcaneusfraktur rechts am 29.6.2010 anlässlich eines Autounfalles -

offene Reposition, LCP-Plattenosteosynthese am 5.7.2010 -

OSME, Mobilisation, Arthrolyse OSG am 1.6.2011 -

beginnende USG- und OSG-Arthrose, kapsuläre Einschränkung sowie schmerzhafter Calcaneus rechts -

kleine vordere und laterale Calcaneusspore rechts (asymptomatisch vorderer Calcaneussporn links) -

partielle Stockentlastung konsistent -

Atrophie im Bereich der rechten unteren Extremität Periarthropathia coxae links -

Adduktoreninsertionstendinose links, wahrscheinlich durch Fehlbelastung -

radiologisch und klinisch ohne relevante degenerative Veränderungen Status nach undislozierter Sternumfraktur am 29.6.2010, konservativ behandelt -

Restbeschwerden

Myofaszielles Schmerzsyndrom im Bereich des Infraspinatus und der Rhomboiden rechts, evtl. subscapularis rechts

-

ohne Hinweise auf glenohumerale und AC-Gelenksproblematik

-

ohne Hinweise auf Rotatorenmanschettenproblematik oder Impingement -

leichte degenerative Veränderungen im Bereich des Supraspinatusansatzes Schulter beidseits ohne entsprechende klinische Relevanz

Status nach mechanischem Aortenklappenersatz 2009 bei valvulärer Klappenkrankheit - Dauerantikoagulation und Endokarditisprophylaxe - kardial kompensiert.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht unter Einbezug der Resultate der EFL festgehalten, die vom Versicherten beschriebene Tätigkeit als Logistikmitarbeiter entspreche einer durchschnittlich mittel schweren Tätigkeit. Die gezeigte funktionelle Belastbarkeit liege unter den Anforderungen an diese Tätigkeit. Da die Arbeit als Logistiker nebst dem Hantieren mit Gewichten bis 25 kg eine fast ausschliesslich stehende und gehende Tätigkeit sei, könne davon ausgegangen werden, dass der Versicherte auch bei besserer Leistungsbereitschaft (als der gezeigten) die Belastungsanforderungen nicht erreiche. Eine überwiegend leichte Tätigkeit mit dem definierten Belastungsprofil sei ganztags zumutbar (Urk. 7/71/69 und 7/71/81-82). Eine Leistungsminderung von 10 % werde als nachvollziehbar erachtet (Urk. 7/71/74).

In der zusammenfassenden Beurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, in einer körperlich leichten, überwiegend sitzenden Tätigkeit sei eine ganztägige Präsenz realisierbar, wobei aufgrund der Fusschmerzen von einer 10%igen Leistungseinschränkung auszugehen wäre, falls die Beschwerden mit einer adäquaten medikamentösen Therapie, die aktuell (bei negativen Medikamentenspiegeln) nicht gegeben sei, nicht ausreichend beherrschbar wären (Urk. 7/71/120).

E. 3.8

Am 6. März 2013 verfasste Dr. F. ___ einen weiteren Bericht (Urk. 17), der weitgehend identisch ist mit demjenigen vom 18. Juli 2011 (vgl. Urk. 7/70/344). Neu wurde einzig eine massive Verschlechterung des Gedächtnisses, vor allem des Kurzzeitgedächtnisses im

Verlauf der letzten Monate vermerkt. Der Versicherte könne sich nach einigen Stunden nicht mehr an Inhalte erinnern. Somit führten die diagnostischen Überlegungen in Richtung einer Pseudodemenz im Rahmen der Depression (Urk. 17 S. 1).

E. 3.9

Im Bericht des G.____ vom 18. Dezember 2013 (Urk. 8/81/3-4) zum Tagesklinikvorgespräch vom 11. Dezember 2013 wurden einleitend ein Status nach Anpassungsstörungen (ICD-10: F43.21), eine depressive Reaktion nach Verkehrsunfall und konsekutiver Arbeitsunfähigkeit sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F45.41) und weiterhin kognitive Defizite bei Status nach wahrscheinlich traumatischer Hirnverletzung (ICD-10: F43.2) festgehalten (Urk. 7/81/3). Der Versicherte habe erklärt, sein Gedächtnis sei seit dem Aufenthalt in der C.____ im Jahr 2011 unverändert eingeschränkt (Urk. 7/81/3). Man habe leichte Aufmerksamkeits- und Auffassungsstörungen, leichte Konzentrationsstörungen und mnestiche Störungen erhoben. Es werde vorerst eine neurokognitive Abklärung empfohlen, um die Gedächtniseinbußen zu quantifizieren und danach eine geeignete Therapie zu evaluieren (Urk. 7/81/4).

E. 3.10

Dr. A.____ nannte in seinem Bericht vom 13. Juli 2015 (Urk. 7/91) als aktuelle Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit schwere kognitive Defizite und eine depressive Reaktion nach Schädelhirntrauma im Rahmen eines Verkehrsunfalls seit September 2010, differentialdiagnostisch posttraumatisch, dissoziative Amnesie und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ebenfalls seit dem Autounfall vom 29. Juni 2010. Eine berufliche Tätigkeit sei nicht möglich (Urk. 7/91/1).

E. 3.11

Gemäss dem Bericht des G.____ vom 24. August 2015 (Urk. 7/93) wurde der Versicherte seit dem 4. Februar 2015 ambulant behandelt. Aus psychiatrischer Sicht habe man ein organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma (ICD-10: F07.2), differentialdiagnostisch ein organisches amnestisches Syndrom (ICD-10: F04), anamnestisch bestehend seit 09/2010, und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) diagnostiziert (Urk. 7/93/1). Es wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2010 attestiert (Urk. 7/93/6); eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei nur stundenweise und unter 1:1-Betreuung vorstellbar (Urk. 7/93/7).

E. 3.12

Das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D.____ vom 11. August 2016 (Urk. 3/4) führt eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung bei Lern-, Konzentrations- und Umstellungsanforderungen, mit abnehmender Anstrengungsbeteiligung bei psychomentaler Beanspruchung und mit assoziierter Schmerzexazerbation bei psychomentaler Beanspruchung als neuropsychologische Diagnose auf (Urk. 3/4 S. 2 und 12). Aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt (Urk. 3/4 S. 12).

E. 4.1

In erster Linie ist strittig und zu prüfen, ob auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 (Urk. 7/71/7-205) abgestellt werden kann.

E. 4.2

Das Gutachten wurde in Kenntnis der medizinischen Vorakten erstellt (vgl. Urk. 7/71/9-19, 7/71/58-62, 7/71/93, 7/71/95 und 7/71/115-121) und basiert auf fachärztlichen psychiatrischen Untersuchungen vom 7. und 12. September 2012 (Urk. 7/71/7), orthopädisch-rheumatologischen Untersuchungen einschliesslich EFL vom 27. und 28. September 2012 (Urk. 7/71/57), neurologischen Untersuchungen vom 16. Oktober 2012 (Urk. 7/71/121-126), einer kardiologischen Untersuchung vom 27. November 2012 (Urk. 7/71/160-161) und einer neuroradiologischen Untersuchung vom 3. Januar 2013 (Urk. 7/71/7 und 7/71/164-165). Darüber hinaus wurden die Resultate der am 7. September und am 16. Oktober 2012 beim Beschwerdeführer entnommenen Blutproben berücksichtigt (Urk. 7/71/7, 7/71/56, 7/71/126 und 7/71/141; vgl. auch Urk. 7/71/31 und 7/31/37). Am 29. Oktober 2012 fanden während dreier Stunden neuropsychologische Untersuchungen statt. Auf den reservierten zweiten Termin wurde verzichtet, da klare Hinweise vorgelegen hätten, dass die erhobenen Testleistungen nicht valide Funktionsstörungen abbildeten (Urk. 7/71/93 und 7/71/101). Wegen der wahrscheinlichen Aggravationstendenz und der damit verbundenen Unfähigkeit, das kognitive Leistungsprofil valide einzuschätzen, habe man auf eine neuropsychologische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit verzichtet (Urk. 7/71/106).

E. 4.3

Das polydisziplinäre Gutachten berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden angemessen und beantwortet die gestellten Fragen umfassend. Insbesondere setzt es sich auch mit den zum Teil anderslautenden ärztlichen Beurteilungen, namentlich den im Raum stehenden psychiatrischen Diagnosen (einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, einer depressiven Störung, einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, einer dissoziativen Amnesie, einer Demenz, einer unspezifischen neuropsychologischen Störung nach wahrscheinlicher traumatischer Hirnverletzung und eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma; vgl. Urk. 7/71/40-44) auseinander. Die gutachterlichen Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar begründet.

E. 4.4

Gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, wurde vorgebracht, aufgrund des Berichts von Dr. F.____ vom 6. März 2013 (Urk. 17) ergäben sich Zweifel daran, ob es korrekt gewesen sei, keine psychiatrische Diagnose zu stellen. Dr. I.____ habe sich auch nicht mit den von Dr. F.____ – aufgrund der von ihr beobachteten massiven Verschlechterung in den letzten Monaten – angestellten diagnostischen Überlegungen in Richtung einer Pseudodemenz im Rahmen der Depression auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 7).

Das psychiatrische Teilgutachten Dr. I.____ entspricht den formellen Anforderungen an ein Gutachten und es ist inhaltlich überzeugend und nachvollziehbar (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.5). Insbesondere legte Dr. I.____ nach seinen fachärztlichen Untersuchungen vom September 2012 mit einer eingehenden und

schlüssigen Begründung dar, weshalb keine depressive Störung zu diagnostizieren sei (Urk. 7/71/41), ebenso wenig eine Demenz (Urk. 7/71/43) oder eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 7/71/40). Im Bericht von Dr. F.____ vom 6. März 2013 (Urk. 17), welcher weitgehend identisch ist mit demjenigen vom 18. Juli 2011 (vgl. Urk. 7/70/344-345), wurden neu schwerwiegende kognitive Defizite (anstelle kognitiver Defizite) in Form einer Gedächtnisstörung, einer Konzentrationsstörung, einer Merkfähigkeitsstörung und einer Aufmerksamkeitsstörung sowie eine massive Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses festgehalten (vgl. Urk. 17 S. 1). Es wurde weder dargelegt, weshalb die Beurteilung Dr. I.____ falsch gewesen sein könnte, noch wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer sei neu an einer Depression erkrankt. Vor diesem Hintergrund erübrigt es sich von vornherein, die Entwicklung einer Pseudodemenz im Rahmen einer (nicht vorhandenen) Depression (gutachterlich) zu thematisieren.

Dr. F.____ ging ihrem Bericht vom 6. März 2013 zufolge von einer Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses im Verlauf der letzten Monate aus, da sich der Versicherte an Inhalte nach einigen Stunden nicht mehr erinnern könne (Urk. 17 S. 1). Dabei hatte der Beschwerdeführer bereits anlässlich der neuropsychologischen Untersuchungen vom 19. Oktober bis zum 28. November 2011 in der C.____ geltend gemacht, er leide an ausgeprägten Gedächtnisproblemen. So wisse er beispielsweise weder, wie der jeweils voran gegangene Tag verlaufen sei, noch mit wem er worüber gesprochen habe. Es sei so, wie wenn das gerade Erlebte das Vorausgegangene jeweils sofort aus dem Gedächtnis lösche (Urk. 7/70/275). Anschliessend wurden aus neuropsychologischer Sicht wahrscheinliche Aggravationstendenzen festgestellt (Urk. 7/70/277-278). Dazu äusserte sich Dr. F.____ in ihrem Bericht vom 6. März 2013 nicht ansatzweise, ebenso wenig zum psychiatrischen Teilgutachten Dr. I.____. Es mangelt ihrem letzten Bericht (ebenso wie demjenigen zuvor) insbesondere an einer diagnostischen Beurteilung, welche nicht überwiegend auf den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden beruht und sich mit möglichen Widersprüchen zur Beschwerdeentstehung, zum Beschwerdeverlauf und zu eigenen objektiven Befunden auseinandersetzt. Der Bericht vom 6. März 2013 vermag somit weder die Qualität noch die Aktualität der Beurteilung Dr. I.____ in Frage zu stellen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.5), ungeachtet der Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Die Beurteilung Dr. I.____ wird auch nicht – wie behauptet (Urk. 1 S. 3 f. und 7) – durch psychiatrisch-psychotherapeutische Berichte betreffend die Zeit nach der gutachterlichen Untersuchung relativiert (vgl. bereits das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.5). Offenbar waren die Behandelnden im G.____ ebenfalls der Ansicht, es sei keine Anpassungsstörung mehr vorhanden. Insbesondere erhoben sie weder neue Befunde noch diagnostizierten sie ein neu aufgetretenes psychisches Leiden. Sie lieferten auch weder eine über die Aussagen des Beschwerdeführers hinausgehende Begründung ihrer Einschätzungen noch setzten sie sich mit der Beurteilung Dr. I.____ auseinander (Urk. 8/81/3-4 und 7/93). Ihre Ausführungen vermögen daher nicht zu überzeugen.

Dasselbe hat bezüglich des Berichts von Dr. A.____ vom 13. Juli 2015 (Urk. 7/91) zu gelten. Diesbezüglich kommt hinzu, dass es dem behandelnden Hausarzt – soweit ersichtlich – an der erforderlichen fachärztlichen psychiatrischen-psychotherapeutischen und neuropsychologischen Ausbildung mangelt, um die zur Diskussion stehenden psychischen

Leiden und kognitiven Defizite zu beurteilen.

Eine psychiatrische Verlaufsbegutachtung erscheint vor diesem Hintergrund eben so wenig angezeigt wie die Einholung eines neuen psychiatrischen Teilgutachtens, weshalb darauf zu verzichten ist (vgl. Urk. 1 S. 7).

E. 4.5

Des Weiteren wurde gegen das neurologische Teilgutachten von Dr. med. J.____, Facharzt FMH für Neurologie, vorgebracht, es sei nicht nachvollziehbar, dass die vom Beschwerdeführer geklagte Vergesslichkeit beziehungsweise seine Gedächtnislücken als nachgeschoben und nicht plausibel bezeichnet würden. Der Beschwerdeführer habe am 2. (gemeint wohl: 1.; vgl. Urk. 7/70/456) November 2010 der Case Managerin der Suva von seiner Vergesslichkeit berichtet. Dass er sie nicht vorher geltend gemacht habe bzw. diese von den behandelnden Ärzten nicht festgehalten worden sei, spreche nicht dagegen, dass sie seit dem Unfall bestehe. Während des ersten Spital- und Rehabilitationsaufenthaltes sei diese Problematik im Vergleich zu derjenigen bezüglich des rechten Fusses zweitrangig gewesen. Seine Ehefrau habe die Vergesslichkeit bereits während des ersten Aufenthalts in der C.____, der bis zum 21. September 2010 gedauert habe, bemerkt (Urk. 1 S. 6).

Zu Recht wurde nicht in Frage gestellt, dass Dr. J.____ korrekt und in Übereinstimmung mit der Aktenlage festhielt, in den echtzeitlichen Arztberichten seien weder eine Vergesslichkeit noch Gedächtnislücken festgehalten worden. Erstmals schriftlich dokumentiert wurde eine vom Versicherten geklagte Vergesslichkeit mit dem Bericht der Case Managerin der Suva vom 2. November 2010 (vgl. Urk. 7/70/456). Daraus geht jedoch auch hervor, dass er trotzdem darüber zu berichten vermochte, was die ärztliche Verlaufskontrolle im B.____ ergeben habe, dass er sich am 8. November 2010 einer CT-Untersuchung unterziehen werde und welche physiotherapeutischen Massnahmen er bisher absolviert habe (Urk. 7/70/456), was seine Klagen zumindest deutlich relativiert.

Es trifft auch zu, dass der Beschwerdeführer erst während des zweiten Aufenthaltes in der C.____ – mehr als ein Jahr nach dem Unfallereignis – erstmals eine „lückenhafte Erinnerung“ für das unmittelbare Ereignis geltend machte und bei der aktuellen neurologischen Anamneseerhebung gar von einem bis heute anhaltenden Gedächtnisverlust seit dem Unfall, der sowohl das unmittelbare Ereignis als auch die gesamte Zeitdauer danach umfasse, berichtete. Vor diesem Hintergrund erscheint es ohne Weiteres als nachvollziehbar, dass die entsprechenden Ausführungen des Beschwerdeführers als nachgeschoben und ausweitend qualifiziert wurden. Das neurologische Teilgutachten gibt weder zu formellen noch zu materiellen Beanstandungen Anlass (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.3 und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2015.00025 vom 23. Februar 2016 E. 5.3).

E. 4.6

Schliesslich wurde moniert, die neuropsychologische Untersuchung sei nicht vollständig durchgeführt worden, weshalb ein neues neuropsychologisches Gutachten einzuholen sei. Dies gelte selbst dann, wenn tatsächlich eine – bestrittene – bewusstseinsnahe Aggravationstendenz vorliegen sollte, da die Gutachter darüber hätten befinden müssen, welche neuropsychologischen Beeinträchtigungen anzunehmen seien, wenn die allfällige Aggravation weggedacht werde (Urk. 1 S. 4 f.).

Die neuropsychologischen Teilgutachter Prof. Dr. rer. nat. K. ___ und Dr. sc. nat. L. ___ vom M. ___ führten mit dem Beschwerdeführer ein Anamnese Gespräch, bei dem eine Dolmetscherin übersetzte, obwohl er viele Fragen bereits auf Deutsch verstand. Es erscheint nachvollziehbar, dass das Gespräch unter diesen Umständen von vielen Wechseln geprägt war und eine gute Aufmerksamkeit, eine hohe Flexibilität und ein gutes Arbeitsgedächtnis des Beschwerdeführers erforderte. Dieser habe dem Gespräch problemlos folgen können und psychomotorisch nicht verlangsamt gewirkt. Er sei bezüglich Sprachproduktion, Sprachverständnis und Sprechen unauffällig gewesen. Bei Fragen, die eine Gedächtnisleistung erforderten, hätten sich Inkonsistenzen gezeigt, welche die psychiatrischen Teilgutachter anhand von Beispielen illustrativ erläuterten und schlüssig als Hinweise auf eine Aggravation werteten (Urk. 7/71/100; vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

In der Folge führten die neuropsychologischen Teilgutachter eine sorgfältige Testung durch. Dabei habe der Versicherte auch komplexe Instruktionen auf Anhieb verstanden. Bei der Aufgabenbearbeitung habe er jedoch selbst bei einfachen Anforderungen eine massive Verlangsamung gezeigt, die nicht durch allgemein verlangsamte Bewegungen bedingt gewesen sei, sondern dadurch, dass er immer wieder kleine Pausen eingelegt habe, auch bei Aufgaben, bei denen eine rasche Arbeitsweise explizit verlangt worden sei (Urk. 7/71/100). Anhand der einzelnen Resultate der Testung zeigten die psychiatrischen Teilgutachter nachvollziehbar diverse Inkonsistenzen auf, sie erläuterten schlüssig die vorhandenen Diskrepanzen und gelangten unter Einbezug der auffälligen Leistungen im Symptomvalidierungsverfahren zur einleuchtenden Einschätzung, Aggravationstendenzen seien als wahrscheinlich zu betrachten (Urk. 7/71/100-102 und 7/71/104-105; vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Diese Beurteilung steht im Einklang mit den Vorakten, aus welchen sich ebenfalls diverse Inkonsistenzen und Anhaltspunkte für eine Aggravation ergeben, und welche von den neuropsychologischen Teilgutachtern korrekt in ihre Würdigung miteinbezogen wurden (vgl. Urk. 7/71/97 und 7/71/103-104).

Unter diesen Umständen erscheint es als folgerichtig, dass die neuropsychologischen Teilgutachter zum Schluss gelangten, es lasse sich nicht beurteilen, ob der Versicherte neuropsychologische Funktionsstörungen aufweise oder nicht (Urk. 7/71/105). Es mag zutreffen, dass vor dem Hintergrund der im MRI erfassten multiplen kleinen Läsionen leichte bis allenfalls mittelgradige neuropsychologische Funktionsstörungen, insbesondere im Bereich der exekutiven Funktionen theoretisch möglich sind, sie sind aber nicht obligat und liessen sich einzig mit neuropsychologischen Abklärungen nachweisen (Urk. 7/71/105; vgl. auch Urk. 7/71/134). Den neuropsychologischen Teilgutachtern ist nicht vorzuwerfen, dass sie – im Rahmen ihres Ermessens (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.1) – auf weitere Untersuchungen diesbezüglich verzichteten, da in Anbetracht der deutlichen Hinweise auf eine mangelnde Mitarbeit des Versicherten keine aussagekräftigen Resultate davon zu erwarten waren. Dies muss umso mehr gelten, als aufgrund des – in den betreffenden Teilgutachten korrekt festgehaltenen – Fehlens eines psychischen oder neurologischen Leidens von einer bewusstseinsnahen Aggravation auszugehen ist (vgl. Urk. 7/71/105).

Entgegen der in der Beschwerdeschrift vertretenen Auffassung (Urk. 1 S. 5) waren weder die neuropsychologischen Teilgutachter noch die Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage dazu verpflichtet, den Beschwerdeführer mit der Wahrscheinlichkeit einer Aggravation zu konfrontieren, ihn auf die Folgen einer solchen hinzuweisen und ihn

(schriftlich) aufzufordern, sich mehr anzu strengen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.2).

Soweit eine Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor (BGE 141 V 281 E. 2.2.1). Eine daneben ausgewiesene neuropsychologische Gesundheitsschädigung, deren Auswirkung im Umfang der Aggravation zu bereinigen wäre (vgl. BGE 141 V 281 E. 2.2.2), und die beim Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2016 hätte berücksichtigt werden müssen, wurde nicht belegt. Insbesondere liessen sich die behaupteten kognitiven Einschränkungen auch nicht mit den beantragten Befragungen der Ehefrau und der Tochter des Versicherten (Urk. 1 S. 2 und 5) mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2016 vom 13. Juli 2016 E. 5.1 und das Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2015.00025 vom 23. Februar 2016 E. 5.2), weshalb darauf zu verzichten ist. Die Tatsache, dass trotz sorgfältiger Untersuchungen keine neuropsychologischen Defizite im hier interessierenden Zeitraum objektiviert werden konnten, hat der Versicherte aufgrund seiner bewusstseinsnahen Aggravation selbst zu vertreten und als beweisbelastete Partei die Konsequenzen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 138 V 218 E. 6 und das Urteil des Bundesgerichts 9C_779/2016 vom 3. April 2017 E. 3.4.1; vgl. auch das Urteil des Sozialversicherungsgerichts UV.2015.00025 vom 23. Februar 2016 E. 5.2).

E. 4.7

Mit Bezug auf das im Beschwerdeverfahren neu eingereichte neuropsychologische Gutachten von lic. phil. D. ___ vom 11. August 2016 (Urk. 3/4; vgl. Urk. 1 S. 3) ist zu bemerken, dass es auf Untersuchungen vom 3. August 2016 basiert (Urk. 3/4 S. 1). Es erscheint daher von vornherein fraglich, inwiefern sich damit Erkenntnisse für die hier interessierenden gesundheitlichen Verhältnisse bis am 13. Juni 2016 gewinnen lassen. Es kommt hinzu, dass der Versicherte auch bei lic. phil. D. ___ im Rahmen zumindest eines Beschwerdevalidierungsverfahrens Auffälligkeiten zeigte, so dass die erzielten Testresultate nicht ohne Weiteres als gültig zu interpretieren sind (Urk. 3/4 S. 7; vgl. auch Urk. 6 S. 1).

Immerhin ist zu bemerken, dass der Versicherte viele unauffällige kognitive Funktionen (im Bereich der Sprachverarbeitung und bei den schulspezifischen Fertigkeiten Lesen, Schreiben, Rechnen, beim Planen und Problemlösen, bei der visuellen Wahrnehmung und visuo-konstruktiven Informationsverarbeitung, bei der verbalen und visuell-räumlichen Merkspanne) zeigte (Urk. 3/4 S. 9). Lic. phil. D. ___ habe lediglich auffällige Leistungen beim Lernen und Ein speichern, im Aufmerksamkeitsbereich und bei Umstell- und Flexibilitätsanforderungen beobachtet und bei extern getakteten Aufgaben eine nicht zeitgerechte Erfassung und generell ein verlangsamtes Arbeitstempo festgestellt (Urk. 3/4 S. 9).

Sie diagnostizierte (lediglich) eine leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörung bei Lern-, Konzentrations- und Umstellungsanforderungen (Urk. 3/4 S. 9 und 12). Eine nachvollziehbare Begründung, weshalb sie unter diesen Umständen zur Beurteilung gelangte, es sei keine Arbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt gegeben, hat lic. phil. D. ___ nicht geliefert (Urk. 3/4 S. 12). Insbesondere lässt sich ihren Ausführungen auch nichts entnehmen, was dazu geeignet wäre, Zweifel an der Beurteilung der neuropsychologischen Teilgüter zu wecken (Urk. 3/4; vgl. insbesondere Urk. 3/4 S. 11

f.). Dies muss umso mehr gelten, als – dem psychiatrischen Teilgutachten zufolge – keine die kognitiven Leistungen beeinflussenden Faktoren in Form eines psychischen Leidens vorlagen, welche die neuropsychologischen Teilgutachter hätten berücksichtigen müssen, so dass lic. phil. D. ___ diesbezüglich zu Unrecht eine fehlende Auseinandersetzung mit solchen monierte (Urk. 3/4 S. 12).

E. 4.8

Schliesslich wurde von Seiten des Beschwerdeführers generell die Aktualität des interdisziplinären Gutachtens vom 22. Januar 2013 in Frage gestellt (Urk. 1 S. 3). Es trifft zwar zu, dass im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2016 bereits rund 3 ¾ Jahre seit den ersten gutachterlichen Untersuchungen vom September 2012 verstrichen waren (Urk. 1 S. 3). Die Frage, ob ein Gutachten zu lange zurückliegt, um eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darzustellen, lässt sich indessen nicht absolut beantworten. Dies ist vielmehr jeweils unter Einbezug der konkreten Umstände zu beurteilen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_125/2016 vom 4. November 2016 E. 4.3.4). Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, weswegen eine Verlaufsbeurteilung als notwendig zu betrachten wäre. Solche ergeben sich – wie gezeigt – insbesondere auch nicht aus den diversen Berichten der Behandelnden, die nach den gutachterlichen Untersuchungen verfasst wurden.

E. 4.9

Darüber hinaus wurde nichts vorgetragen, was das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 in Zweifel zu ziehen vermöchte. Ebenso wenig ist etwa s Derartiges aus den Akten ersichtlich. Vielmehr erfüllt das Gutachten sämtliche von der Rechtsprechung statuierten Anforderungen an ein medizinisches Gutachten (vgl. auch BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a). Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin darauf abgestellt hat.

E. 5.1

Mit dem interdisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2013 ist – unter anderem – belegt, dass die vom Versicherten geklagten Beschwerden auf keine kardiologische (vgl. das kardiologische Teilgutachten vom 28. November 2012, Urk. 7/71/160-161) oder psychische (vgl. das psychiatrische Teilgutachten vom 17. Januar 2013, Urk. 7/71/44-45) Ursache zurückzuführen sind und dass keine Schulterproblematik vorhanden ist, welche eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Logistiker zu begründen vermöchte (vgl. das ortho pädisch-rheumatologische Teilgutachten samt EFL vom 6. November 2012, Urk. 7/71/68-69 und 7/71/72). Es besteht daher kein Anlass, die Resultate des Arbeitsassessments im Z. ___ vom 2., 8. und 9. Februar 2010 in Frage zu stellen, gemäss welchen der Versicherte nach dem krankheitsbedingten Eintritt seiner Arbeitsunfähigkeit am 22. Februar 2009 (Urk. 7/15/2-3) bereits Anfang Februar 2010 in seiner angestammten Tätigkeit als Logistiker wieder zu 100 % arbeitsfähig war (Urk. 7/23/2-3). Daran vermag auch nichts zu ändern, dass der Hausarzt Dr. A. ___ dennoch eine (zumindest teilweise) Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit attestierte (vgl. Urk. 7/26/2-3 und 7/26/5), welche er nicht nachvollziehbar und in sich widersprüchlich im März 2010 mit einer somatoformen Störung und später mit somatischen bzw. internistischen Leiden begründete (Urk. 7/26/4 und 7/35; vgl. Urk. 1 S. 3).

E. 5.2

Der Beschwerdeführer war somit nach Ablauf des Wartejahrs am 22. Februar 2010 weder in seiner Arbeits- noch in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkt. Eine Arbeitsunfähigkeit trat erst wieder aufgrund des Unfalles vom 29. Juni 2010 ein (vgl. Urk. 7/31/10, 7/70/499 und Urk. 7/70/477-484.). Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht bis zum 1. Juni 2011 einen Leistungsanspruch verneint (vgl. insbesondere Art. 28 Abs. 1 lit. c sowie Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG).

E. 6.1

Des Weiteren ist gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 davon auszugehen, dass der Versicherte seit seinem Unfall vom 29. Juni 2010 aufgrund seiner Fussverletzung aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist (Urk. 7/71/69 und 7/71/72). Spätestens seit den orthopädisch-rheumatologischen Untersuchungen vom 27. und 28. September 2012 ist ihm eine seinen körperlichen Leiden angepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 100 % zumutbar, wobei aufgrund der Fusschmerzen von einer 10%igen Leistungseinschränkung auszugehen wäre, falls diese Beschwerden mit einer adäquaten medikamentösen Therapie, die bei der Begutachtung (bei negativen Medikamentenspiegeln) nicht gegeben war, nicht ausreichend beherrschbar wären (Urk. 7/71/69, 7/71/74 und 7/71/130).

E. 6.2

Bereits seit den Untersuchungen durch den psychiatrischen Teilgutachter vom 7. und 12. September 2012 steht zudem fest, dass kein psychisches Leiden (mehr) besteht, das die Arbeitsfähigkeit des Versicherten (weiter) einschränken würde (Urk. 7/71/45 und 7/71/51).

E. 6.3

Mit dem interdisziplinären Gutachten vom 22. Januar 2013 ist folglich eine Besserung des Gesundheitszustands spätestens seit Ende September 2012, mit hin von einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Dauer (Art. 88a Abs. 1 IVV) belegt, welche es dem Versicherten erlaubt, in einer behinderungs angepassten Tätigkeit zu 100 % wieder arbeitstätig zu sein, allenfalls mit einer Leistungseinschränkung von 10 % (Urk. 7/71/69, 7/71/74 und 7/71/130).

E. 7.1

In Anbetracht der gesundheitlichen Besserung hat die Beschwerdegegnerin zu Recht eine neue Invaliditätsbemessung mit Hilfe eines Einkommensvergleichs vorgenommen. Das hypothetische Valideneinkommen, das sie ihrer Berechnung zu Grunde legte, blieb unbestritten. In Berücksichtigung des gutachterlich umschriebenen Zumutbarkeitsprofils und der fehlenden Ausbildung des Beschwerdeführers wurde auch zu Recht nicht beanstandet, dass die Beschwerdegegnerin das hypothetische Invalideneinkommen anhand der statistischen Werte der schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2012), TA1, Kompetenzniveau 1, Total Männer, ermittelte.

E. 7.2

Der (bloss) möglichen 10%igen Leistungsminderung trug die Beschwerdegegnerin zu Gunsten des Beschwerdeführers in Form eines 90%-Pensums Rechnung. Darüber hinaus berücksichtigte sie den Umstand, dass nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien, als lohnmindernden Faktor und gewährte einen leidensbedingten Abzug von 10 %. Aus dem Einkommensvergleich resultierte folglich ein Invaliditätsgrad von 33 %, der keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründet (Urk. 2). Der Beschwerdeführer hält

demgegenüber einen Abzug von 25 % und zusätzlich einen weiteren von 20 % vom Tabellenlohn für angebracht (Urk. 1 S. 7 f.).

E. 7.3

Bei der Bestimmung der Höhe des sogenannten Leidensabzugs ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (BGE 134 V 322 E. 5.2 mit Hinweis auf BGE 126 V 75).

Der Umstand, dass nur mehr leichte Arbeiten zumutbar sind, würde – selbst bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit – keinen leidensbedingten Abzug nach sich ziehen, weil der Tabellenlohn im Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten umfasst (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.2 mit Hinweisen.). Auch das Alter des im massgeblichen Zeitpunkt noch nicht 48-jährigen Beschwerdeführers wirkt sich nicht lohnsenkend aus, zumal Hilfsarbeiten auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) altersunabhängig nachgefragt werden (vgl. das Urteil 8C_805/2016 vom 22. März 2017 E. 3.4.3 mit Hinweisen.). Ebenso wenig vermögen die ausländische Staatsangehörigkeit des Beschwerdeführers, seine nach eigenem Bekunden mangelhaften Deutschkenntnisse und die Dauer seines letzten Anstellungsverhältnisses (Anfang Oktober 1999 bis Ende Juli 2011; Urk. 7/20/3, 7/25 und 7/52) einen leidensbedingten Abzug zu rechtfertigen (vgl. Urk. 1 S. 8).

Es ist auch sonst nichts ersichtlich, weswegen der von der Beschwerdegegnerin gewährte grosszügige Abzug zu erhöhen wäre. Sie hat einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad somit zu Recht verneint.

E. 8

Aus dem Gesagten folgt, dass die befristete Zusprache einer ganzen Invalidenrente vom 1. Juni 2011 bis zum 31. Januar 2013 gestützt auf das interdisziplinäre Gutachten vom 22. Januar 2013 nicht zu beanstanden ist. Einen darüberhinausgehenden Rentenanspruch hat die Beschwerdegegnerin zu Recht verneint. Die Beschwerde ist daher abzuweisen.

E. 9

Mit Bezug auf den beantragten Ersatz der Gutachterkosten inklusive Dolmetscherkosten (Urk. 1 S. 1 und 8) bleibt festzuhalten, dass die Kosten privat eingeholter Gutachten nur dann zu vergüten sind, wenn die Parteiexpertise für die Entscheidungsfindung unerlässlich war (BGE 115 V 62 E. 5c). Dies trifft vorliegend nicht zu, da sich der massgebliche medizinische Sachverhalt mit den bereits zuvor vorhanden gewesenen Unterlagen beurteilen lässt.

E. 10

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Dem Beschwerdeführer wird keine Entschädigung für die Kosten des neuropsychologischen Gutachtens vom 11. August 2016 inklusive Dolmetscherkosten zugesprochen . 3.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Hermann Rüegg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Profond Vorsorgeeinrichtung - 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 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 Die Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Grünig Gohl Zschokke

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