

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00078 vom 28. Februar 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-02-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00078

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00078 du 28 février 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00078 del 28 febbraio 2018

Erwägungen

E. 1.1

X.____, geboren 19 55, war als Steinhauer (Saisonnier) bei der Y.____ angestellt (Urk. 10/17/1), als er sich am 7. April 2006 bei einem Sturz von einem zirka 2,2 Meter hohen Baugerüst (Urk. 10/12/27, Urk. 10/12/34, Urk. 10/12/44) ein Epiduralhämatom fronto-parietal rechts sowie eine Lungen- und Flankenkontusion rechts mit Rippenfrakturen rechts zuzog. In der Notfallbehandlung wurde gleichentags eine Entlastungskraniotomie durchgeführt (Bericht des Z.____ vom 13. April 2006, Urk. 10/1/7). Wegen eines Knochenlappeninfekts wurde am 21. Juli 2006 eine weitere Operation vorgenommen (Urk. 10/12/15), woraufhin sich eine Wundheilungsstörung einstellte (Urk. 10/12/12). Am 9. Januar 2007 wurde wegen eines Kalottendefekts rechts eine Kalottenplastik durchgeführt (Urk. 10/22/17). In der Folge klagte der Versicherte über persistierende Kopfbeschwerden, Schwindel und Kribbelparästhesien mit Kältegefühl auf der linken Körperhälfte, kognitive Minderleistungen sowie psychische Beschwerden (Urk. 10/23/21, Urk. 10/23/31, Urk. 10/23/42-43, Urk. 10/51/12-14, Urk. 10/51/34).

Die Unfallversicherung Suva erbrachte die gesetzlichen Leistungen für die Folgen des Unfalls. Unter Berücksichtigung des Gutachtens der A.____ vom 28. März 2012 (Urk. 10/51/3-38), ergänzt mit Schreiben vom 8. Februar 2013 (Urk. 10/54/53/54) und vom 4. Februar 2012 (richtig: 2013; Urk. 10/54/61-62), sowie der neurologischen sowie psychiatrischen Beurteilung durch die Versicherungsmedizin der Suva vom 7. Mai 2013 (Urk. 10/54/28-30) unterbreitete die Suva dem Versicherten einen Vergleichsvorschlag zum Abschluss des Falles, welchen der Versicherte annahm (Urk. 10/60). Dem entsprechend sprach die Suva dem Versicherten im Sinne der Vereinbarung vom 6. September 2013 eine Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 50 %

ab dem 1. Juli 2013 und eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 55 % zu (Urk. 10/56).

E. 1.2

Am 24. August 2006 hatte sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung angemeldet (Eingang: 1. September 2006; Urk. 10/8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die beruflichen und medizinischen Verhältnisse ab und holte unter anderem die Akten der Suva (Urk. 10/23, Urk. 10/51, Urk. 10/54) und das polydisziplinäre Gutachten der B.____ vom 15. Februar 2016 (Urk. 10/83) ein. Mit Vorbescheid vom 5. August 2016 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 10/89). Dagegen erhob der Versicherte mit Schreiben vom 14. Oktober 2016 Einwände (Urk. 10/96). Mit Verfügung vom 7. Dezember 2016 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren wie angekündigt ab (Urk. 2).

E. 2

Mit Eingabe vom 23. Januar 2017 erhob der Versicherte Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. Dezember 2016 und beantragte, diese sei aufzuheben und es seien ihm sämtliche möglichen gesetzlichen Leistungen ab dem frühest möglichen Zeitpunkt zuzusprechen, insbesondere sei ihm ab dem frühest möglichen Zeitpunkt eine ganze Invalidenrente, eventualiter mindestens eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. In prozessualer Hinsicht stellte der Beschwerdeführer das Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und um Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters in der Person von Rechtsanwalt Daniel Vonesch (Urk. 1 S. 2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 2. März 2017 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 9). Mit Verfügung vom 14. März 2017 wurde die Pensionskasse des Beschwerdeführers, die BVG-Sammelstiftung Swiss Life, zum Verfahren beigelegt (Urk. 11), welche mit Eingabe vom 5. April 2017 auf eine Stellungnahme verzichtete (Urk. 13). Mit Eingabe vom 12. April 2017 (Urk. 14) reichte der Beschwerdeführer den Bericht des Universitätsspitals Zürich vom 13. Februar 2017 ein (Urk. 15). Am 18. April 2017 bewilligte das Gericht dem Versicherten die unentgeltliche Rechtspflege. In der Replik vom 26. Juni 2017 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 20 S. 1). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 19. Juli 2017 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 22).

Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, so weit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision und am 1. Dezember 2012 die im Zuge der IV-Revision 6a revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten. In materiell-rechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass der angefochtenen Entscheidung respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 7. Dezember 2016 (Urk. 2) ergangen, wo bei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 und der revidierten Bestimmungen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 begonnen hat (vgl. An meldung vom 24. August 2006, Urk. 10/8). Daher und auf grund dessen, dass der Rechtsstreit Dauerleistungen betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision respektive ab dem 1. Januar 2012 der IV-Revision 6a abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445

ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1; zur 5. IV-Revision: Urteil des Bundesgerichts 8C_829/2008 23. Dezember 2008 E. 2.1).

Dies fällt materiell-rechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision und die IV-Revision 6a hinsichtlich der Invaliditätsbemessung im Wesentlichen keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht haben, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Recht

sprechung weiter hin massgebend ist (vgl. zur 5. IV-Re vision: Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2).

Im Fol genden werden die mass geblichen Gesetzes bestimmungen - soweit nichts an deres vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2012 geltenden Fassung zitiert.

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Ge burtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbs unfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verur sachte und nach zumutbarer Be handlung und Ein gliederung verblei bende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbs mög lichen auf dem in Betracht kom men den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beur teilung des Vorliegens einer Erwerbsun fähigkeit sind aus schliesslich die Folgen der gesund heitlichen Be einträch tigung zu berücksich tigen. Eine Erwerbsun fähig keit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesund heit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Recht sprechungsgemäss ist bei psy chischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krank heitswert besteht, welches die ver sicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein ren tenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diag nose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Aus mass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objek tivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumut bar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehene Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psycho soma tische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsäch liche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezo genen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit zur Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehenem Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem struk turierten Beweis verfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krank heitsbild allenfalls gewisser Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach

BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATGS) schliessen lassen (E. 7).

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin dernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_260/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Ausgangslage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2).

Aus Gründen der Verhältnismässigkeit kann dort von einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 abgesehen werden, wo es nicht nötig oder auch gar nicht geeignet ist. Ob dies zutrifft, beurteilt sich aufgrund der konkreten Fallumstände und der jeweiligen Beweisproblematik (zur Publikation vorge sehene Urteile des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.1 und 8C_841/2016 vom 30. November 2017 E. 4.5.3).

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem dargelegten Prüfungsraster erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

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

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

E. 2.3

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Validen einkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (sog. allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid auf den Standpunkt, für die vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen und kognitiven Störungen habe kein fassbares organisches Korrelat gefunden werden können und die somatischen Folgen des Unfalles vom 7. April 2006 seien objektiv gering. Bezüglich der ab zirka Mitte 2007 aufgetretenen depressiven Symptomatik hätten psychosoziale Belastungsfaktoren im Vordergrund gestanden. Anlässlich der B.____-Begutachtung habe sodann keine gravierende psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert gestellt werden können, die therapeutisch nicht angebar wäre. Es fehle damit an der Schwere, die auf eine invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung schliessen lasse. Ausserdem hätten die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung erhebliche Zweifel an der Mitwirkung des Beschwerdeführers in der Untersuchung und Hinweise auf Aggravation ergeben. Es sei daher davon auszugehen, dass bereits bei Ablauf der einjährigen Wartezeit kein IV-relevanter Gesundheitsschaden mehr vorgelegen habe, der eine Einschränkung als Steinhauer begründet habe. An den Entscheid der Unfallversicherung sei sie nicht gebunden. Ausserdem bilde das B.____-Gutachten vom 15. Februar 2016 auch im Lichte der Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 eine genügende beweiskräftige Grundlage, um die Frage nach den funktionellen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in zuverlässiger Weise entscheiden zu können. Anhand der Befunde und unter Ausklammerung der psychosozialen Belastungsfaktoren sei von einer nur geringen Gesundheitsschädigung auszugehen. Eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe bisher nur in sehr geringem Umfang stattgefunden, was auf keinen allzu grossen Leidensdruck hindeute. Eine Therapie resistenz liege sicher nicht vor. Auch könnten die psychischen Ressourcen losgelöst von den psychosozialen Belastungsfaktoren nicht als erheblich vermindert betrachtet werden. Insgesamt vermöge die Krankheit des Beschwerdeführers invalidenversicherungsrechtlich keine relevante Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit bewirken. Ein Einkommensvergleich erübrige sich daher (Urk. 2 S. 2 ff.). 3.2

Der

Beschwerdeführer

wendet dagegen ein, es sei auf das von der Suva in Auftrag gegebene Gutachten der A.____ vom 28. März 2012 abzustellen, wonach eine Restarbeitsfähigkeit von 50 % im Rahmen einer Routine Tätigkeit gegeben sei. Es brauche eine lange Anlernzeit und es sei Betreuung notwendig. Aus den medizinischen Akten ergebe sich zudem, dass die angestammte Tätigkeit (als Steinhauer) auf dem Bau nicht mehr zumutbar sei. Richtigerweise sei der Lohn in einer geschützten Werkstatt von Fr. 12'000.-- als Invalideneinkommen einzusetzen, was einen Invaliditätsgrad von 70 % und damit einen Anspruch auf eine ganze Rente ergebe. Mit dem Einkommen von Fr. 2'500.-- für eine Hilfstätigkeit eines ungelerten Ausländers würde mit dem angemessenen Abzug von 25 % dasselbe resultieren. Auf das B.____-Gutachten könne nicht abgestellt werden, da das Gutachten mit der Vermutung der Überwindbarkeit entsprechend der alten Schmerzrechtssprechung erfolgt sei und die Gutachter insofern voreingenommen gewesen seien. Dies treffe auch auf die Ausführungen auf Seite 55 des psychiatrischen Gutachtens zu. Ferner würden die für eine neuropsychologische Abklärung notwendigen Testresultate nicht beiliegen. Die behauptete Selbstlimitierung sei daher nicht validiert. Da die festgestellten Minderleistungen als nicht gültiges Testprofil qualifiziert worden seien, könne die neuropsychologische Testung des

B.____ auch nicht verwendet werden. Dementsprechend müsste auf die bisherigen Akten, namentlich auf das Gutachten der A.____ aus dem Jahr 2012 abgestellt werden, wonach sich klar Leistungseinschränkungen ergeben hätten. Dies ergebe sich im Übrigen auch aus dem Gutachten des C.____ aus dem Jahr 2008 und sei in der neuen neuropsychologischen Abklärung des D.____ von Februar 2017 (Urk. 15) wieder bestätigt worden. Die D.____-Abklärung bestätige denn auch, dass entgegen der Ansicht der B.____-Gutachter keine Besserung eingetreten sei. Die vom psychiatrischen B.____-Gutachter von der neuropsychologischen Testung auf jeden Bereich, insbesondere auch auf die Kopfsymptomatik, abgeleitete Annahme einer Aggravation sei ohne eigene Testung erfolgt und sei aus der Luft gegriffen. Dies zeige, dass er vorgenommen sei. Daher könne auf dessen Teilgutachten und auf seine Diagnosen, die unrichtig und verniedlichend seien, nicht abgestellt werden. Aber selbst wenn man von der Einschätzung der B.____-Gutachter ausgehen würde, wäre eine mindestens 30%igen Arbeitsunfähigkeit mit 30%iger Lohn differenz gegeben, womit bei einem 25%igen Abzug ein Invaliditätsgrad von 65 % resultiere und zwar spätestens ab der IV-Anmeldung. Ein Rentenanspruch bestehe ab dem 1. April 2007. Dabei sei zu beachten, dass die B.____-Gutachter bei der retrospektiven Einschätzung die von den bisherigen zuständigen Medizinern festgestellten Arbeitsunfähigkeiten bestätigt hätten und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ab April 2006, von einer 50%igen bis 70%igen Arbeitsunfähigkeit ab Mitte 2007 sowie von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit von April 2011 bis zum B.____-Gutachten ausgegangen seien. Dies ergebe einen Anspruch auf eine ganze Rente von April bis Ende Juni 2007 und auf eine mindestens Dreiviertelrente ab Juli 2007 (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 14 S. 2 f., Urk. 20).

3.3.1

Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht den Anspruch auf eine Rente und andere Leistungen der Invalidenversicherung mangels einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach Ablauf des Wartjahres per April 2007 verneint hat.

3.3.2
Aufgrund der beim Unfall vom 7. April 2006 zugezogenen Verletzungen (Epiduralhämatom fronto-parietal rechts, Lungen- und Flankenkontusion mit Rippenfrakturen rechts) und den in der Folge notwendigen stationären, operativen Behandlungen vom 7. April 2006 (Urk. 10/1/7), vom 21. Juli 2006 (Urk. 10/12/15) - mit anschliessender Wundheilungsstörung (Urk. 10/12/12) - und vom 9. Januar 2007 (Urk. 10/22/17) ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ab dem 7. April 2006 zu 100 % arbeitsunfähig war (Urk. 10/54/293-294, Urk. 10/54/287), wobei strittig ist, bis wann diese Arbeitsunfähigkeit andauerte.

Aufgrund der bei der Anmeldung im August (Eingang: 1. September) 2006 (Urk. 10/8) gültig gewesenen Fassung von Art. 29 in Verbindung mit Art. 48 Abs. 2 IVG würde der früheste mögliche Beginn eines allfälligen Rentenanspruchs nach Ablauf der sogenannten einjährigen Wartefrist, mithin ab April 2007 in Frage kommen.

Zu klären ist daher, ob der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Steinhauer bis zum 6. April 2007 durchschnittlich zu mindestens 40 % arbeitsunfähig war (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) und ab dann auch/weiterhin in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsunfähig war, so dass eine Erwerbseinbusse von mindestens 40 % im Sinne von Art. 29 Abs. lit. a IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) resultierte.

4. 4.1

4.1.1

In medizinischer Hinsicht ist den Akten das Folgende zu entnehmen:

Betreffend die Zeit nach der letzten Operation im Z.____ vom 9. Januar 2007 (Urk. 10/22/17), die komplikationsfrei und mit un auffälligem postoperativem Verlauf mit schneller Mobilisation verlief (Urk. 10/54/789-790), ist den Akten zu entnehmen, dass die Behandlung durch die Chirurgie des Z.____ am 22. März 2007 abgeschlossen wurde (Urk. 10/54/777). Der Beschwerdeführer klagte weiterhin über persistierende rechtsseitig betonte Kopfschmerzen, schlechten Schlaf, nächtliche Missempfindungen an der linken Körperhälfte (ein- bis zweimal pro Woche für drei Minuten pro Anfall), Schwindelgefühl beim Aufstehen und depressive Stimmungsschwankungen (Urk. 10/54/759, Urk. 10/54/742-746, Urk. 10/54/688). Die neurologischen Befunde fielen gemäss dem Bericht von Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie, vom 14. November 2006, indes normal aus (Urk. 10/54/741). Das Schwindelgefühl wurde von Dr. E.____ am ehesten als unbestimmten Schwindel bei fehlenden Hinweisen für eine periphere oder zentrale Vestibulopathie und einen pathologischen Nystagmus qualifiziert (Bericht vom 6. Februar 2007; Urk. 10/54/742-743). Zur Abklärung der nächtlichen anfallartigen Kribbelempfindungen der linken Hand mit Kraftverlust (Urk. 10/54/772, Urk. 10/54/758, Urk. 10/54/747) wurde der Beschwerdeführer im C.____ vom 16. bis 24. Juli 2007 untersucht. Es habe hierfür und auch für die Kopfschmerzen jedoch keine Ursache gefunden werden können. Insbesondere habe die Magnetresonanztomographie (MRT) keine Hinweise für eine hirnparenchymatöse Läsion und für Hämossiderinablagerungen ergeben. Bezüglich der Kopfschmerzen werde zum Ausschluss einer chronischen Entzündung im Operationsbereich eine ergänzende Röntgen-Diagnostik empfohlen. Nach psychiatrischer Mitbeteiligung sei zudem eine depressive Anpassungsstörung diagnostiziert worden. Als weitere Diagnosen seien ein Schmerzmittelmissbrauch bei chronischem rechtsbetontem Kopfschmerz und ein metabolisches Syndrom (Adipositas, arterielle Hypertonie, Diabetes, Hypercholesterinämie) gestellt worden (Bericht vom 13. August 2007; Urk. 10/54/758-760).

Die Suva hatte gemäss der Aktennotiz vom 2. April 2007 ferner die telefonische Anfrage der Hausärztin des Beschwerdeführers, Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, dass dieser vom 6. bis 22. April 2007 in die Ferien nach Portugal reisen könne, bestätigt (Urk. 10/54/781). Eine weitere Ferienreise mit der Familie nach Portugal war gemäss dem Bericht von Dr. F.____ vom 20. November 2007 in der Zeit vom 17. Dezember 2007 bis 31. Januar 2008 vor gesehen, wobei Dr. F.____ gleichzeitig erklärte, dass eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (Urk. 10/54/696). Auf einem Unfallschein UVG attestierte Dr. F.____ bezüglich der Konsultationen ab dem 26. April 2006 durchgehend jeweils eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab dem Unfalldatum vom 7. April 2006 (Urk. 10/54/70, Urk. 10/54/253, Urk. 10/54/296, Urk. 10/54/647; vgl. auch das Zeugnis vom 22. Januar 2013, Urk. 10/54/60). Gemäss der Aktennotiz der Suva vom 27. November 2007 hatte Dr. F.____ telefonisch indes erklärt, dass eine leichte Erwerbstätigkeit ohne Unfallgefahr und mit der Möglichkeit, Pausen einzulegen, theoretisch möglich wäre, wobei sie zur genaueren Abklärung eine neuropsychologische Untersuchung für angezeigt erachte (Urk. 10/54/692).

Das MRT inklusive einer Magnetresonanztomographie (MRA) vom 20. Juli 2007 des Neurokraniums ergab gemäss dem Bericht des MR Instituts vom 22. Juli 2007 keinen Nachweis einer intrakraniellen Blutung oder Raumforderung und keine Kopfwehrsache,

sondern lediglich einzelne, unspezifische subkortikale Marklagerläsionen beidseits, welche als fraglich ischämisch vasculär oder narbig residuell beurteilt wurden (Urk. 10/54/34).

Am 13. und 14. Februar 2008 wurde am Institut für Neuropsychologische Diagnostik und Bildung L. ___ eine neuropsychologische Untersuchung mit Dolmetscherin durchgeführt, welche gemäss dem Bericht vom 21. Februar 2008 ein deutlich reduziertes allgemeines kognitives Leistungsvermögen und deutlich reduzierte bis defizitäre Leistungen in fast sämtlichen geprüften Bereichen ergab. Basale Sprach-, Wahrnehmungs- oder Bewegungsstörungen hätten ausgeschlossen werden können. Als Stärken hätten visuell-räumliche und konstruktive Leistungen angesehen werden können. Der Beschwerdeführer habe also die besten Leistungen in den Bereichen gezeigt, in denen man als Folge der erlittenen Verletzungen aufgrund der funktionellen Anatomie am ehesten eine Beeinträchtigung erwartet hätte. Aus neuropsychologischer Sicht gebe es somit keine Hinweise für eine fokale Hirnfunktionsstörung nach Epiduralhämatom rechts parietal oder für eine neuropsychologische Schädigung der Zentralregion. Eine Interpretation der gezeigten massiven Leistungsbeeinträchtigungen sei eher schwierig, da der Beschwerdeführer über ein tiefes Bildungsniveau verfüge und nicht klar sei, inwieweit seine Leistungsdefizite vorbestehend gewesen seien. Im Vordergrund stehe eine ausgeprägte Antriebsstörung, die im Rahmen psychischer Unfallfolgen, zum Beispiel einer schweren Anpassungsstörung, interpretiert werden müsse. Diese Antriebsstörung habe vermutlich in Kombination mit den vorbestehend geringen kognitiven Ressourcen zu dem in der Untersuchung gezeigten Verhalten geführt, das zum Teil ein pseudo-dementielles Ausmass angenommen habe. Die aktuelle antiepileptische und antidepressive Medikation verstärke die Antriebshemmung zusätzlich (Urk. 10/54/667).

Die neuro-otologische Abklärung im Zentrum für Schwindel und Gleichgewichtsstörungen des D. ___ vom 27. Februar 2008 ergab gänzlich blande Befunde. Auch Hinweise auf eine vestibuläre Störung seien ausgeschlossen worden. Aus neuro-otologischer Sicht könnten die Schwindelbeschwerden nicht erklärt werden (Bericht vom 13. März 2008; Urk. 10/54/658).

Das MRT des Schädels vom 8. September 2008 ergab keine wesentliche Auffälligkeit und insbesondere keine Affektion des Hirnkortexes. Als Nebenbefund wurde eine leichtgradige Schleimhautschwellung der Kieferhöhlen festgestellt (Urk. 10/54/633).

Die Neurologin Dr. E. ___ erklärte im Bericht vom 30. September 2008 dazu, das MRT zeige keine posttraumatischen Kontusionsherde; die kleinen hyperintensiven Läsionen subcortical beidseits seien unspezifisch, am ehesten lakunären ischämischen Veränderungen entsprechend. Eine durale Pathologie werde nicht beschrieben und die Sinus seien offen. Die prominenten chronischen Kopfschmerzen würden möglicherweise durch die hohe Einnahmedosis der Analgetika getriggert (Urk. 10/54/621). Auf dem Unfallschein UVG hielt Dr. E. ___ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit fest (Urk. 10/54/589).

4.1.2

Ab dem 10. Oktober 2008 wurde der Beschwerdeführer von Dr. med. G. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, behandelt, welche im Bericht vom 26. Januar 2009 ausführte, es imponiere ein depressives Zustandsbild mit deutlichen Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen, einer ausgeprägten Grübelneigung, Befürchtungen und Zwängen sowie einer ängstlichen, hoffnungslosen Grundeinstellung. Im Antrieb habe er sich mittelgradig reduziert gezeigt. Aufgrund der Sprachbarriere und des geringen Bildungsniveaus bestehe in der psychotherapeutischen Behandlung eine Limitierung bei der

Psychoedukation. Der Beschwerdeführer halte an einem somatischen Krankheitsmodell fest (Urk. 10/54/603). Dr. G.____ attestierte auf dem Unfallschein UVG eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/54/598).

Dem Bericht von Dr. E.____ vom 21. November 2008 ist ferner zu entnehmen, der Beschwerdeführer habe erklärt, seit der Untersuchung bei der Psychiaterin hätten die Kopfschmerzen zugenommen und er sei dann jeweils sehr traurig; vor allem verstehe er nicht, weshalb sie so viel zu seiner Kindheit frage. In diesen Momenten nehme der Schmerz deutlich zu. Die begleitende Tochter habe bestätigt, dass ihr Vater sich seit der psychiatrischen Behandlung verändert habe, trauriger geworden sei und vor allem an den Untersuchungstagen über deutlich mehr Kopfschmerzen klage. In Anbetracht der Gesamtsituation sei es aus neurologischer Sicht eher wenig wahrscheinlich, dass eine Arbeitstätigkeit auf dem Bau oder in einer anderen ähnlichen Verweistätigkeit aufgenommen werden könne; bei günstiger Behandlung der Schmerzen sei allenfalls eine Teilzeitarbeit in einer anderen wenig belastenden Tätigkeit vorstellbar (Urk. 10/54/606). Gemäss dem Bericht von Dr. F.____ vom 25. Februar 2009 beendete Dr. G.____ schliesslich die ambulante Gesprächstherapie und empfahl eine stationäre Behandlung (Urk. 10/54/589).

Vom 27. April bis 23. Mai 2009 wurde der Beschwerdeführer in der N.____ behandelt. Die Ärzte stellten gemäss dem Austrittsbericht vom 15. Juni 2009 die Diagnosen eines chronischen analgetika-induzierten Kopfschmerzes mit/bei depressiver Stimmungslage, Integrationsproblematik und Status nach Unfall vom 7. April 2006 mit Epiduralhämatom fronto-parietal rechts sowie eines metabolischen Syndroms. Im Neurostatus hätten sich keine Pathologien eruieren lassen. Zur Verbesserung der Tagesstruktur werde bei 100%iger Arbeitsunfähigkeit ein therapeutischer Arbeitsversuch empfohlen (Urk. 10/54/575).

Im November 2009 wurde der Beschwerdeführer im Auftrag der Suva von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 16. Dezember 2009 untersucht und begutachtet. Dieser stellte die Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) und die Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit einer depressiven Entwicklung in der Ausprägung einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0). Die depressive Entwicklung sei nicht begleitet durch schwere kognitive Störungen, affektive Einschränkungen oder durch einen stark verminderten Antrieb. Einziger Risikofaktor für die Schmerzverarbeitungsstörung sei neben der mangelnden Integration (der Beschwerdeführer spreche kein Deutsch) der frühe Arbeitsbeginn im Jugendalter von 13 Jahren (körperlich belastende Tätigkeit im Strassenbau; Urk. 10/54/245). Es handle sich um eine dependente Persönlichkeit mit tiefer Schulbildung (4 Jahre Grundschule; Urk. 10/54/245), die in seinen alltäglichen Verrichtungen auf die Unterstützung der Umgebung angewiesen sei und nur über wenige persönliche Ressourcen verfüge. Aufgrund der somatischen Dissoziation sei davon auszugehen, dass diese krankheitswirksam sei und der Beschwerdeführer wahrscheinlich nicht in der Lage sei, genügend psychische Ressourcen zu mobilisieren, um in einer körperlich nicht belastenden Tätigkeit sein psychisches Gleichgewicht stabil zu halten, so dass er aufgrund seiner Beschwerden immer wieder auf Ruhepausen angewiesen sei. Die Restarbeitsfähigkeit in einer der körperlichen Belastbarkeit angepassten Tätigkeit liege bei 40 % (Urk. 10/54/247-249). 4.2

4.2.1

Angesichts dieser Vorakten hielten die Gutachter der A.____ im Gutachten vom 28. März 2012 zusammenfassend zutreffend fest, dass die neurologischen, neurophysiologischen und -otologischen Abklärungen und Behandlungen nach dem Unfall vom 7. April 2006 keine schlüssige Erklärung des Beschwerdekomples ergeben hätten und dass die im Februar 2008 durchgeführte neuropsychologische Untersuchung ein deutlich reduziertes allgemeines kognitives Leistungsvermögen ohne Hinweise auf eine fokale Hirnfunktionsstörung gezeigt habe, welches im Rahmen psychischer Unfallfolgen in Kombination mit vor bestehenden geringen kognitiven Reserven interpretiert worden sei (Urk. 10/54/18-19).

Die eigenen Untersuchungen der Gutachter, die den Beschwerdeführer in der Zeit vom 28. März bis 8. April 2011 eingehend stationär mittels neuropsychologischer Untersuchung, Doppler/Duplex-Sonographie, Langzeit-EEG-Telemetrie, (kardiologischem) Schellong-Test, EKG, Labor, Werkstatt und PKW-Fahrversuch abgeklärt und neurologisch sowie psychiatrisch untersucht hatten (Urk. 10/51/4), hätten in neurologischer Hinsicht ein leichtes residuelles, linksseitiges Hemisyndrom gezeigt. Die übrigen somatischen Untersuchungen hätten keine pathologischen Befunde ergeben. Auch hätten keine der vom Beschwerdeführer immer wieder beklagten Episoden mit Dysästhesien und Zuckungen der linken Extremität während der mehrtägigen EEG-Telemetrien registriert werden können. Die durchgeführte neuropsychologische Untersuchung habe auf Körperfunktionsebene mittelschwere kognitive Minderleistungen objektiviert, wobei ein verminderter Antrieb und eine schwere Verlangsamung im Vordergrund gestanden hätten. Im Vergleich zur Voruntersuchung von 2008 hätten sich Verbesserungen in Teilbereichen gezeigt und weiterhin keine fokale Hirnfunktionsstörung nach Trauma im Bereich rechts temporo-parietal. Die auffälligen Störungen des kognitiven Leistungsvermögens hätten grösstenteils nicht eine unfallbedingte, sondern eine psychische Ursache. Anhaltspunkte für eine Simulation hätten sich im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung nicht gefunden. In Anbetracht der auch schon vorgängig intrakraniell normalisierten neurologischen Befunde seien die organischen Restschäden des zentralen Nervensystems (ZNS) trotz der initialen Schwere des Traumas als gering anzusehen und das gesehene Bild grösstenteils im Rahmen einer psychischen Störung begründet. Diesbezüglich dominiere eine somatoforme Schmerzstörung mit ausgeprägter phobischer Komponente. Neben dem schweren Hirnschädeltrauma (SHT) vom 7. April 2006 würden dabei prämorbid Persönlichkeitsstrukturen, die fehlenden Kenntnisse der Landessprache, die geringe Schulbildung und das protektive soziale Umfeld wirken (Urk. 10/51/19-22).

Als Diagnosen stellten die Gutachter die folgenden: 1. Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) mit chronischen Kopfschmerzen, Schwindel und Antriebsstörung sowie phobischer Komponente; 2. Leichte depressive Episode (ICD-10 F45.41); 3. Status nach Polytrauma am 7. April 2006 mit/bei Schädel-Hirn-Trauma (mit/bei Epiduralhämatom fronto-parietal rechts, Status nach Entlastungskraniotomie am 7. April 2006, Knochenlappeninfekt am 21. Juli 2006, Palacos-Schädelplastik am 9. Januar 2007, Comotio/Contusio cerebri, residuelles diskretes beidseitiges Hemisyndrom links) und Lungenkontusion rechts sowie Rippenserienfraktur rechts Rippe 7-11; 4. Diabetes mellitus (Erstdiagnose Dezember 2005); 5. Arterielle Hypertonie (Urk. 10/51/21).

Die Gutachter der A.____ kamen zum Schluss, dass prinzipiell eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für einfache Arbeiten mit geringer körperlicher und geistiger Belastung ohne notwendige sprachliche Kompetenz bestehe. Generell werde eine Tätigkeit ohne Lärmexposition wie eine einfache Montagearbeit, im Reinigungsdienst oder würden Gartenarbeiten als

zumutbar erachtet. Wegen der starken phobischen Komponente seien eine lange Anlernzeit und persönliche Betreuung notwendig. Die Aussichten, dies auf dem Arbeitsmarkt zu realisieren, seien als gering einzuschätzen (Urk. 10/51/20). Dabei seien insbesondere die Migrations situation, die mangelnde Krankheitsverarbeitung und die man gelnde Verwurzelung in der Schweiz sowie der Wunsch, in die Heimat zurück zukehren, zu berücksichtigen. Es handle sich dabei um persönlichkeits immanente unfall fremde Faktoren (Urk. 10/54/23).

Im Zusatzschreiben vom 8. Februar 2013 erklärten die Gutachter der A.____ zudem, aufgrund der objektiv relativ geringen, somatischen Restfolgen des diskreten, linksseitigen, beinbetonten Hemisyndroms sei eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit bezüglich einfacher, nicht übermässig Schnelligkeit und Kraft bedürftiger Routinetätigkeiten zumutbar. Die somatische Störung habe sekundär die psychischen Folgeschäden aus gelöst, und es sei somit eine *conditio sine qua non* gegeben (Urk. 10/54/53-54).

Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. I.____, Facharzt für Psy chiatrie und Psychotherapie, der das psychiatrische Teilgutachten vom 15. Februar 2012 erstellt hatte (Urk. 10/54/137-170), bejahte im Schreiben vom 4. Februar 2012 (richtig: 2013) zuhanden der Suva die Frage, ob die bestehende psychische Stö rung mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als Folge der organischen Hirn verletzung entstanden sei. Und zwar habe der Unfall den Beschwerdeführer in eine völlig ungewohnte Situation gebracht. Die Arbeitstätigkeit sei bislang ele mentarer Bestandteil seiner Identität gewesen und der Wegfall der Arbeits fähig keit sowie die bedrohlich erlebte medizinische Problematik hätten die bisher ausreichende Anpassungsfähigkeit überfordert (Urk. 10/54/61-62). 4.2.2

Die Versicherungsmediziner der Suva Dr. med. J.____, Facharzt für Psy chiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K.____, Fachärztin für Neurologie, schlossen gemäss der Stellungnahme vom 7. Mai 2013 aufgrund der Akten darauf, dass Ursache für die persistierenden Beschwerden ein epidurales Häma tom sei, welches initial durch eine Hemiparese links symptomatisch geworden sei. Nach operativer Entlastung des Hämatoms habe diese nunmehr leicht gradige beinbetonte Hemisymptomatik als klinisches Zeichen einer strukturellen Hirnläsion persistiert. Die persistierende hirn organisch bedingte psychische Stö rung sei als mittelschwer einzustufen. Wesentliche Ein schränkungen infolge des Unfalls seien neuro-psychische Defizite. Aufgrund vermutlich vorbe stehen der eingeschränkter Ressourcen sei die Zuordnung dieser Beschwerden schwie rig. Infolge der persistierenden neuro-psychischen Funk tionsein schrän kungen und Beschwerden seien dem Be schwerdeführer keine Tätigkeiten mit Kontroll- und Aufsichtsfunktionen von Menschen oder Maschinen zumutbar. Es sollte keine erhöhte Unfallgefahr bestehen. Tätigkeiten im Akkord oder mit erhöhter Anfor derungen an die Kon zentrationsfähigkeit seien zu vermeiden. Die tägliche Arbeitszeit sollte bei einer zusätzlichen Pause von einer Stunde fünf Stunden nicht überschreiten (Urk. 10/54/29-30). 4.2.3

Die Gutachter des B.____, welche den Beschwerdeführer im Auftrag der Be schwerdegegnerin vom 7. bis 15. Dezember 2015 neurologisch, internistisch, psychia trisch und mittels neuropsychologischer Untersuchung begutachteten (Urk. 10/83/1), hielten in ihrem Gutachten vom 15. Februar 2016 aufgrund der Vorakten fest, dass nach Abklingen der neurologisch fassbaren Aus fälle die vom Beschwerdeführer geklagten Symptome inter mit tierender Kopf schmerzen und passagerer sensibler Störun gen in der linken Hand auch durch die nach folgende umfangreiche Diagnostik nicht sicher organisch hätten erklärt

werden können. Es hätten sich keine sicheren Hinweise für eine symptomatische Epilepsie oder eine organisch begründbare Ursache der beklagten, auch aktuell noch anhaltenden Kopfschmerzen ergeben (Urk. 10/83/19).

Es seien weder neurologisch fassbare Ausfälle, noch eine morphologisch fassbare Schädigung im Gehirn zurück geblieben. Dennoch klagt der Beschwerdeführer über funktionell stark beeinträchtigende Kopfschmerzen und Schwindel und er habe eine Antriebsminderung sowie eine allgemeine Verlangsamung gezeigt. Auf neurologischem Gebiet hätten die Abklärungen im B.____ eine leichte diabetogene Polyneuropathie und einen chronischen Spannungskopfschmerz (differentialdiagnostisch: medikamenten induzierter Kopfschmerz) ergeben, welche sich indes nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Auch der Zustand nach Contusio cerebri (7. April 2006) mit initialem Epiduralhämatom parietal rechts, ohne verbleibendes fassbares neurologisches Defizit, sei ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Es habe sich kein neurologisch funktionell bedeutendes Defizit gefunden, das sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Auch aus internistischer Sicht hätten die gestellten Diagnosen eines Diabetes mellitus Typ II und einer arteriellen Hypertonie mit Normalwerten unter Behandlung, welche beide optimal eingestellt seien, sowie einer Hepatopathie, am ehesten im Rahmen des Übergewichts und/oder medikamentös bedingt, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht bestehe insgesamt keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Steinhauer.

Es ergebe sich eine psychogene Überlagerung. Es habe sich nach dem Unfall eine psychosomatische Symptomatik und eine chronische depressive Verstimmung entwickelt. Denn es sei dem Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht gelungen, dem eigenen Leben neue befriedigende Inhalte und Ziele zu geben. Die vom Beschwerdeführer angegebenen kognitiven Störungen seien organisch ebenfalls nicht erklärbar. In der neuropsychologischen Begutachtung sei er massiv auffällig im Sinne einer nicht krankheitsbedingten Selbstlimitierung. Die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung vom 7. Dezember 2015 seien insgesamt als nicht valide einzuschätzen und würden auf eine bewusst seinsnahe Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn hinweisen. Es hätten sich Hinweise auf nicht-authentische kognitive Störungen ergeben. Aus psychiatrischer Sicht seien die Diagnosen psychologische Faktoren bei anderen ortsklassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) zu stellen, welche insgesamt allein Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Und zwar sei durch diese psychischen Störungen in ihrer Gesamtheit das Durchhaltevermögen beeinträchtigt, die Arbeitsfähigkeit sei dadurch auf zirka 70 bis 80 % in der bisherigen und in einer leidensangepassten Tätigkeit reduziert. Insgesamt seien gut strukturierte, kognitiv einfache, überwiegend sach orientierte Tätigkeiten ohne erhöhte Anforderungen an die emotionale Belastbarkeit geeignet (Urk. 10/83/19-21).

Im retrospektiven Verlauf schlossen die B.____-Gutachter sodann auf eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 7. April 2006 bis Mitte 2007 (Unfall, neurologische Komplikationen, Wundheilungsstörung, unklares Anfallgeschehen), von zirka 70 % bis 50 % von Mitte 2007 bis April 2011 (psychiatrische Begutachtung Dr. I.____, Urk. 10/54/137) und von 50 % von April 2011 bis Dezember 2015 (B.____-Begutachtung; Urk. 10/83/22). 5. 5.1

5.1.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) aufgrund dieser medizinischen Aktenlage davon aus, dass die somatischen Gesundheitsfolgen des Unfalles vom 7. April 2006 bereits vor Ablauf des sogenannten Wartjahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) per April 2007 ausreichend geheilt waren und sie nahm betreffend den ganzen Zeitraum die Prüfung der Standardindikatoren nach BGE 141 V 281 vor.

In zeitlicher Hinsicht war vor der Abklärung im C.___-Zentrum vom 16. bis 24. Juli 2007 (Bericht vom 13. August 2007, Urk. 10/23/42-45) jedoch noch nicht erwiesen, dass die Heilung in somatischer Hinsicht bereits dermassen fortgeschritten war, dass die angestammte Tätigkeit auf dem Bau wieder hätte aufgenommen werden können. Die Einschätzung der B.___-Gutachter einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit vom 7. April 2006 bis Mitte 2007 wurde denn auch nachvollziehbar mit den neurologischen Komplikationen begründet (Urk. 10/83/22). Gemäss dem neurologischen B.___-Teilgutachten bestand aus neurologischer Sicht ab August 2007 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr (Urk. 10/83/39). 5.1.2

Es kann daher entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 1 f.) nicht bereits vor Ablauf des sogenannten Wartjahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) nach dem Unfall vom 7. April 2006 per April 2007 von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes und insbesondere von einer organisch nicht fassbaren, ausschliesslich psychogen bedingten und (im Sinne von BGE 141 V 281) zu überprüfenden Beschwerdesymptomatik ausgegangen werden.

Vielmehr ist gestützt auf die mit den Akten vereinbare Einschätzung der B.___-Gutachter (Urk. 10/83/22) für den Zeitraum vom 7. April 2006 bis im Juli 2007 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Steinhauer und in einer leidensangepassten Tätigkeit aufgrund somatischer Gesundheitsbeeinträchtigungen auszugehen. Eine davon abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in dieser Zeit ist auch den übrigen Akten nicht zu entnehmen. 5.2 5.2.1

Für die Zeit ab dem 24. Juli 2007 ist aufgrund der insofern einheitlichen medizinischen Aktenlage ausgewiesen, dass die beim Unfall vom 7. April 2006 erlittene Kopfverletzung samt anschließender Operationen und Komplikationen sowie die Verletzungen an den Rippen rechts im Wesentlichen in somatischer Hinsicht geheilt waren. Denn für die weiterhin geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Kräftelosigkeit und Missempfindungen auf der linken Körperhälfte) wurde anlässlich der Abklärung im C.___-Zentrum vom 16. bis 24. Juli 2007 (Bericht vom 13. August 2007, Urk. 10/23/42-45) mit dem Schädel-MRT vom 20. Juli 2007, wonach keine Kopfwehursache festgestellt werden konnte (Urk. 10/23/46, Urk. 10/54/34), und mit den neurologischen Abklärungen, welche auch für die nächtlichen Kribbelparästhesien auf der linken Körperhälfte keine Ursache fanden (Urk. 10/23/43-44), ausgewiesen, dass keine organisch-traumatische Ursache mehr bestand.

Zwar wurde von den Gutachtern der A.___ im Gutachten vom 28. März 2012 ein leichtes residuelles linksseitiges Hemisyndrom beschrieben, welches sich bei den durchgeführten Untersuchungen im neurologischen Bereich gezeigt habe (Urk. 10/51/19) sowie welches nach Einschätzung der Versicherungsmediziner der Suva als klinisches Zeichen einer strukturellen Hirnläsion nach operativ entlastetem epiduralem Hämatom persistiere (Urk. 10/54/29). Die diesbezüglich geklagten Beschwerden fallen bei der Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit jedoch nicht ins Gewicht. Denn es handelte sich dabei laut dem Beschwerdeführer lediglich um ein zirka zwei Mal pro Woche aus dem Schlaf heraus auftretendes Kribbeln im linken Arm während je zwei bis drei Minuten und eine leichte persistierende Lähmung des linken Beines, welche im normalen Tagesablauf nicht störe und in der Nacht durch ein Kältegefühl im linken Fuss auffalle (Urk. 10/51/14). Dieselbe Symptomatik in dieser leichten Ausprägung wurde bereits im Bericht von Dr. E.____ vom 6. Februar 2007 beschrieben (Urk. 10/54/742). Die A.____-Gutachter hielten denn auch fest, dass die organischen Restschäden des ZNS angesichts der sich schon vorgängig intrakraniell normalisierten radiologischen Befunden als gering anzusehen seien und das gesehene Bild grösstenteils im Rahmen einer psychischen Störung begründet sei (Urk. 10/51/20). Im Übrigen konnte keine der beklagten Episoden mit Dysästhesien und Zuckungen der linken Extremität während der mehr täglichen EEG-Telemetriemessungen registriert werden (Urk. 10/51/19). Dazu teilweise im Widerspruch führten die A.____-Gutachter im Schreiben vom 8. Februar 2013 aus, bei den bestehenden objektiv geringen somatischen Restfolgen eines diskreten, linksseitigen, beinbetonten Hemisyndroms sei bei einfachen, nicht übermässig Schnellleisenden und Kraft bedürftigen Routineaktivitäten im angestammten Beruf aus körperlicher Sicht eine mindestens 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar (Urk. 10/54/53). Auf dieses Attest einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ist angesichts der widersprüchlichen Einschätzung, die Beschwerden seien grösstenteils psychisch bedingt und in somatischer Hinsicht seien die Restfolgen objektiv gering, nicht abzustellen.

Der neurologische B.____-Gutachter hielt in seinem Teilgutachten vom 28. Dezember 2015 denn auch nachvollziehbar begründet fest, dass die vom Beschwerdeführer noch beklagte subjektiv verminderte Kraft der linken Körperseite aufgrund der aktuell unauffälligen Kraftprüfung (alle Muskeln mit Kraftgrad 5) nicht objektiviert werden könne. Es könnten selbst Restlähmungen der initial ausgeprägten Hemiparese links sicher ausgeschlossen werden. Als Hinweis, dass eine zentrale Beeinträchtigung der linken Körperseite bestanden habe, finde sich noch eine diskrete Linksbetonung der Reflexe, was keinen Krankheitswert habe (Urk. 10/83/36). Hiervon ist auszugehen. 5.2.2

Eine psychiatrische Mitbeteiligung war erstmals im C.____-Zentrum im Juli 2007 veranlasst worden, bei welcher die Diagnose einer depressiven Anpassungsstörung gestellt worden sei (Urk. 10/23/44). Dementsprechend wurde im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I.____ vom 15. Februar 2012 (Urk. 10/54/165) und auch im psychiatrischen B.____-Teilgutachten vom 28. Dezember 2015 (Urk. 10/83/57) ab Mitte 2007 von einer depressiven Symptomatik ausgegangen. Auch die Beschwerdeführerin hielt im angefochtenen Entscheid gemäss fest, dass sich ab zirka Mitte 2007 aus psychiatrischer Sicht eine depressive Symptomatik eingestellt habe (Urk. 2 S. 2).

Auch aus neuropsychologischer Sicht wurde mit der neuropsychologischen Untersuchung am L.____ vom 13./14. Februar 2008 bestätigt, dass keine fokale Hirnfunktionsstörung nach Epiduralthämatom rechts parietal und keine neuropsychologische Schädigung der Zentralregion vorlagen. Die gezeigten Leistungsbeeinträchtigungen wurden teils auf das tiefe Bildungsniveau und auf eine ausgeprägte Antriebsstörung im Rahmen von psychischen Unfallfolgen sowie der (damaligen) antiepileptischen und antidepressiven Medikation zurückgeführt (Urk. 10/54/667). Das Fehlen des Nachweises von traumatisch-organischen Ursachen der kognitiven Beschwerden wurde auch in den weiteren neuropsychologischen Untersuchungen in den Jahren 2011 (Urk. 10/51/34), 2015 (Urk. 10/83/65) und 2017 (Bericht der Klinik für Neurologie des D.____ vom 13. Februar

2017; Urk. 15 S. 3 f.) bestätigt.

Da auch die Schwindel beschwerden im März 2008 nicht mit somatischen Befunden erklärt werden konnten (Bericht des D.____ vom 13. März 2008; Urk. 10/54/658), ist die von den B.____-Gutachtern beschriebene psychogene Überlagerung (Urk. 10/83/20) ab Mitte 2007 als massgebliche Beschwerdeursache anzunehmen. 5.2.3

Somit ist für die Zeit ab August 2007 bezüglich der vom Beschwerdeführer weiterhin geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, Schwindel, Kräftelosigkeit und Missempfindungen auf der linken Körperhälfte, kognitive Defizite, depressive Stimmung) davon auszugehen, dass kein erhebliches objektiv fassbares organisches Korrelat mehr bestand und ab dann massgeblich eine psychische Überlagerung zum Tragen kam. 5.3
5.3.1

Bei dieser Ausgangslage wurde die Beurteilung der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit durch die B.____-Gutachter zu Recht entsprechend der psychiatrischen Einschätzung von Dr. med. M.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gemäss dessen B.____-Teilgutachten vom 28.

Dezember 2015 (Urk. 10/83/54-57) festgelegt (Urk. 10/83/22).

Insgesamt erfüllt das polydisziplinäre B.____-Gutachten vom 15. Februar 2016 sodann alle recht sprechungs gemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (vgl. BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). So beruht es auf allseitigen Untersuchungen, inklusive einer neuropsychologischen Abklärung, und es berücksichtigt die medizinischen Vorakten sowie die geklagten Beschwerden. Auch setzt es sich differenziert mit diesen und dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darstellung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation zudem ein, und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind überzeugend begründet. 5.3.2

Hinzu kommt, dass im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/83/54-56) und in der polydisziplinären Beurteilung zu den Kategorien der Standardindikatoren im Sinne der neuen Rechtsprechung bei psychischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 Ausführungen aus medizinischer und insbesondere aus fachärztlich-psychiatrischer Sicht gemacht wurden. Das Gutachten erlaubt die Beantwortung der hier letztlich massgeblichen Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7.2; vgl. dazu E. 6 hernach). 5.4
5.4.1

Was der Beschwerdeführer dagegen einwendet, rechtfertigt keine andere Betrachtungsweise. Namentlich sind dem B.____-Gutachten keine Anhaltspunkte darauf zu entnehmen, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nach der alten Schmerzrechtsprechung respektive mit einer Vermutung der Überwindbarkeit von Schmerzen erfolgte. Das psychiatrische Teilgutachten (Urk. 10/83/49-58), auf welches sich die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung der Gutachter letztlich stützte, enthält keinerlei Bezug zu den nach alter Rechtsprechung sogenannten Försterkriterien (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2). Im polydisziplinären Teil des B.____-Gutachtens wurde dazu denn auch nur kurz Stellung genommen, weil die Beschwerdeführerin die entsprechende Zusatzfrage gestellt hatte.

Dass dies die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gemäss dem B.____-Gutachten nicht beeinflusst hat, zeigt sich schon daran, dass sämtliche Kriterien verneint wurden und dennoch eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % bis 30 % aus psychiatrischer Sicht attestiert wurde (Urk. 10/83/29).

Im Hinblick auf die neue Rechtsprechung des Bundesgerichts zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden nach BGE 141 V 281, welche nach neuester Bundesrechtsprechung grundsätzlich auf alle psychischen Störungen Anwendung findet (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017), ist im Übrigen nicht in jedem Fall eine weitere Begutachtung angezeigt. Danach verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert, sofern - wie hier - eine schlüssige Beurteilung der massgeblichen Indikatoren möglich ist (BGE 141 V 281 E. 8). Zudem gilt auch nach neuer Rechtsprechung weiter hin, dass insbesondere bei Vorliegen eines solchen unklaren psychosomatischen Beschwerdebildes eine objektivierte Betrachtungsweise massgeblich ist und medizinisch-psychiatrisch nicht begründbare Selbsteinschätzungen und -limitierungen nicht als invalidisierende Gesundheitsbeeinträchtigung anzuerkennen sind (BGE 141 V 281 E. 3.7.1). 5.4.2

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers überzeugt das psychiatrische B.____-Teilgutachten von Dr. M.____ (Urk. 10/83/54-57). Die gestellten psychiatrischen Diagnosen, psychologische Faktoren bei anderen orts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und eine Dysthymia (ICD-10 F34.1), wurden nachvollziehbar und in Auseinandersetzung mit den Vorakten begründet. Es bestehen keine Hinweise darauf, dass sie unrichtig oder verharmlosend gestellt wurden. Insbesondere wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) überzeugend mit der Begründung verneint, dass hierzu der erhebliche Mindestschweregrad fehle und die im Vordergrund stehenden Kopfschmerzen nicht in diesem Ausprägungsgrad vorliegen würden (Urk. 10/83/54). Dem ist zuzustimmen, denn der Beschwerdeführer leidet weder unter ständigen heftigen Schmerzattacken, ähnlich etwa einer Migräne, noch unter massiven Ganzkörper schmerzen. Die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers sind zudem wechselhaft, nach seinen Angaben mal stärker und mal weniger stark (Urk. 10/83/50). Auch wurden sie von neurologischer Seite als Spannungskopfschmerzen, differenzialdiagnostisch als analgetika induzierter Kopfschmerz ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt (Urk. 10/83/36-37). Gemäss der Diagnosebeschreibung nach ICD-10 sollten Schmerzen aufgrund bekannter oder vermuteter psycho-physiologischer Mechanismen wie Muskelverspannungsschmerzen, die - wie hier - wahrscheinlich auch psychogen sind, unter Verwendung von F54 kodifiziert werden (Dilling, Mombour, Schmidt [Hrsg.], ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, S. 233), was Dr. M.____ zu treffend gemacht hat. Weiter wurde im psychiatrischen Teilgutachten zudem eingängig und überzeugend erläutert, dass Hintergrund zu der vorliegenden psychischen Auffälligkeit sein dürfte, dass der Beschwerdeführer nur unzureichend in der Lage sei, Gefühle wahrzunehmen und verbal zu kommunizieren, diese statt dessen über psychosomatische Symptome ausdrücke. Es sei dem Beschwerdeführer nach dem Unfall nicht gelungen, dem eigenen Leben neue befriedigende Inhalte und Ziele zu geben. Vor diesem Hintergrund habe sich die psychosomatische Symptomatik und auch eine chronische depressive Verstimmung, aktuell und vermutlich bereits seit längerem im Ausmass einer Dysthymia (ICD-10 F34.1) entwickelt

(Urk. 10/83/54).

Namentlich auch letztere Diagnose ist angesichts der erhobenen, wenig ausgeprägten Befunde (Urk. 10/83/53) nachvollziehbar. Dr. M. ___ hielt zudem differenziert und schlüssig fest, dass anlässlich der Begutachtungen in den Jahren 2009 und 2012 (Urk. 10/54/247, Urk. 10/51/21, Urk. 10/54/166) jeweils die Diagnose einer leichten depressiven Episode gestellt worden sei, was nicht ausgeschlossen werden könne; 2012 hätte dann aber schon langjährig unverändert eine leichte depressive Episode vorgelegen, was doch relativ ungewöhnlich sei. In der Regel würden depressive Episoden nach einer gewissen Zeit auch wieder abklingen (Urk. 10/83/56). Diese Ausführungen sind stichhaltig. Da der Beschwerdeführer in der ganzen Zeit seit dem Unfall nur kurze Zeit von Oktober 2008 bis Anfang 2009 in psychiatrischer Behandlung war (Urk. 10/54/603, Urk. 10/54/589) und beim darauffolgenden stationären Aufenthalt in der N. ___ lediglich eine depressive Stimmungslage diagnostiziert wurde (Austrittsbericht vom 15. Juni 2009; Urk. 10/54/574), ist eine längerfristig schwerere depressive Symptomatik nicht überwiegend wahrscheinlich ausgesprochen. Auch Dr. H. ___ hielt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 16. Dezember 2009 zudem fest, dass die depressive Entwicklung im Ausprägungsgrad einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) nicht begleitet sei durch schwere kognitive Störungen, affektive Einschränkungen oder durch einen stark verminderten Antrieb und aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit begründe (Urk. 10/54/248). 5.4.3

Zu den vom Beschwerdeführer anlässlich der B. ___-Begutachtung angegebenen kognitiven Störungen (reduzierte Konzentration, Merkfähigkeitsschwäche; Urk. 10/83/52-53) wurde im psychiatrischen B. ___-Teilgutachten sodann festgehalten, es hätten sich keine größeren Auffälligkeiten in der psychiatrischen Untersuchung gezeigt (Urk. 10/83/55). Dies ist mit Blick auf die erhobenen Befunde stimmig. Schon dem psychiatrischen Gutachten von Dr. H. ___ vom 16. Dezember 2009 ist ausserdem zu entnehmen, dass die Prüfung der geteilten Aufmerksamkeit und die Auffassungsfähigkeit unauffällig war und der Beschwerdeführer Begriffe nach logischen Kategorien zu ordnen vermocht hatte. Auch sei er bei der Merkfähigkeitsprüfung fähig gewesen, alle drei vorgegebenen Begriffe zu reproduzieren und eine Subtraktionsreihe ohne Konzentrationsabfall zu vollziehen. Lediglich die Ausführung sei verlangsamt gewesen (Urk. 10/54/246).

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers berücksichtigte Dr. M. ___ bei seiner psychiatrischen Beurteilung sodann zu Recht auch die neuropsychologischen Untersuchungsergebnisse gemäss dem B. ___-Teilgutachten vom 4. Januar 2016 (Urk. 10/83/59-65), indem er ausführte, der Beschwerdeführer sei in der neuropsychologischen Begutachtung im Sinne deutlicher Hinweise auf eine nicht krankheitsbedingte Selbstlimitierung massiv auffällig gewesen. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse würden sich erhebliche Hinweise auf eine Aggravation primär hinsichtlich der mitgeteilten kognitiven Störungen ergeben. Es sei aber sehr unwahrscheinlich, dass nur in diesem Bereich eine Aggravation vorliege und in anderen Bereichen, namentlich bezüglich der Kopfschmerzen, nicht (Urk. 10/83/55). Dem ist beizupflichten. Denn bereits im Gutachten der A. ___ vom 28. März 2012 wurde festgehalten, dass in Diskrepanz zu den angegebenen subjektiv empfundenen starken Kopfschmerzen sich objektiv nur wenig Anzeichen hierfür gefunden hätten. Kopfschmerzen und Schwindelbeschwerden seien während des normalen Tagesablaufes kaum auffällig gewesen. Insbesondere hätten sich keine vegetativen Zeichen wie erhöhte

Herzfrequenz oder Mydriasis gefunden. Auch im Verhalten habe sich keine Rückzugstendenz ins Zimmer gezeigt und es seien keine Gespräche oder Therapiesitzungen vorzeitig abgebrochen worden. Der Beschwerdeführer habe ferner während der gesamten Hospitalisation unverändert seine drei Tabletten Dafalgan eingenommen und keine zusätzliche Schmerzmedikamentation aus der Reserve benötigt. (Urk. 10/51/19). Diese Ausführungen bestätigen die Annahme von Dr. M.____, dass eine Aggravation auch in Bezug auf die Kopfschmerzen bestand. 5.4.4

Auch die neuropsychologische Abklärung des B.____ (Bericht vom 4. Januar 2016; Urk. 10/83/59-66) und die daraus gezogene Schlussfolgerung der bewusstseinsnahen Selbstlimitierung bei angestrebtem Krankheitsgewinn (Urk. 10/83/63-65) sind nachvollziehbar und nicht zu beanstanden, zumal die deutlichen Ergebnisse der Abklärung auch mit einer Schmerzstörung und einer depressiven Erkrankung nicht zu vereinbaren und selbst im Vergleich zu anderen Personen mit niedriger Schulbildung sowie geringen Deutschkenntnissen als defizitär einzuschätzen gewesen seien (Urk. 10/83/65).

Dieses Ergebnis ist auch vor dem Hintergrund des Umstandes schlüssig, dass die Neuropsychologen der Voruntersuchungen im Februar 2008 und im April 2011 die gezeigten teilweise massiven Leistungsbeeinträchtigungen keiner eindeutigen Ursache zuordnen konnten und die Interpretation sich nach ihren Angaben schwierig gestaltete (Urk. 10/54/667, Urk. 10/54/34).

Die B.____-Neuropsychologin hielt im Bericht vom 4. Januar 2016 zudem zutreffend fest, dass bei der ersten neuropsychologischen Untersuchung des L.____ vom 13./14. Februar 2008 keine Verfahren zur Symptomvalidierung zum Einsatz gekommen seien und eine verminderte Anstrengungsbereitschaft mit Einfluss auf die Testergebnisse nicht diskutiert worden sei. Die Testergebnisse mit Defiziten in einfachsten Aufgaben (zum Beispiel Benennen von Farben und Tieren, Nennen der Wohnadresse) würden auf eine bewusstseinsnahe Selbstlimitierung hinweisen (Urk. 10/83/64). Diese Einschätzung ist auch deshalb nachvollziehbar, weil die gemäss dem Bericht des L.____ vom 21. Februar 2008 gezeigten massiven Leistungsbeeinträchtigungen mit teilweise pseudo-dementiellem Ausmass (Urk. 10/54/667) mit der klinischen psychiatrischen Untersuchung von Dr. H.____ im November 2009 kontrastiert, in der gemäss dem Bericht vom 16. Dezember 2009 ein bewusstseinsklarer und allseits orientierter Beschwerdeführer gesehen wurde, dessen kognitiven Fähigkeiten erhalten waren (Urk. 10/54/247). Des Weiteren wurde auch im Bericht des L.____ vom 21. Februar 2008 selbst bezüglich der in der neurologischen Testung gezeigten verminderten Gedächtnisleistung eine Diskrepanz zu den hinreichend erinnerten Aktivitäten des Vortages festgestellt (Urk. 10/54/666).

Entgegen dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers ist ferner auch nicht ungeachtet des B.____-Gutachtens auf die im April 2012 erhobenen Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung (Urk. 10/51/31-34) respektive auf das Gutachten der A.____ (Urk. 10/51/18-24) abzustellen, nur weil die B.____-Neuropsychologin wegen den erheblichen Zweifeln an der Mitwirkung des Beschwerdeführers in der Untersuchung vom 7. Dezember 2015 die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung insgesamt als nicht valide einschätzte (Urk. 10/83/64). Zwar war in der neuropsychologischen Abklärung der A.____ ein Symptomvalidierungsverfahren (TOMM, Test of Memory Malingering) eingesetzt worden, welches gemäss dem Bericht vom 28. März 2012 keine Hinweise auf bewusstseinsnahe Verzerrungsbemühungen ergeben hat (Urk. 10/51/32-33). Jedoch ist hierzu auf die schlüssigen Ausführungen der

B.____-Neuropsychologin zu verweisen, wonach der TOMM-Test deutlich weniger sensitiv in der Aufdeckung negativer Antwortverzerrungen als der in der aktuellen Untersuchung eingesetzte NV MSVT (Nonverbal Medical Symptom Validity Test) sei. Eine Analyse der damals erhobenen Testergebnisse (von 2011) ergebe, dass einige der Testleistungen nicht mit den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion zu erklären seien und würden auf eine unzureichende Anstrengungsbereitschaft hinweisen. Namentlich sei damit nicht zu erklären, weshalb der Beschwerdeführer in einer Einfachreaktionsaufgabe eine deutlich längere Reaktionszeit gezeigt habe als in einer komplexeren selektiven Reaktionsaufgabe, wo er ein normgerechtes Tempo erbracht habe. Es sei daher wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer trotz des unauffälligen Ergebnisses im TOMM keine adäquate Anstrengungsbereitschaft in der neuropsychologischen Untersuchung der A.____ gezeigt habe und die gezeigten kognitiven Minderleistungen als nicht valide eingeschätzt werden müssten (Urk. 10/83/64-65). Mit diesen nachvollziehbaren Ausführungen ist auch das Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung der A.____ in Frage gestellt.

Daran ändert entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers nichts, dass gemäss dem von ihm in diesem Verfahren eingereichten Bericht der Klinik für Neurologie des D.____ vom 13. Februar 2017 eine neue neuropsychologische Untersuchung vorgenommen wurde, welche wiederum ein deutlich reduziertes allgemeines kognitives Leistungsvermögen bei deutlich reduzierten Leistungen in fast sämtlichen geprüften Bereichen gezeigt habe (Urk. 15). Denn dieser Abklärung lag zum einen das neuropsychologische B.____-Teilgutachten nicht vor. Zum anderen wurde soweit ersichtlich kein Symptomvalidierungstest durchgeführt. Auch fand die Untersuchung nach dem in diesem Verfahren massgeblichen Überprüfungszeitraum (bis am 7. Dezember 2016; Urk. 2) statt. 5.4.5

Dem Einwand des Beschwerdeführers gegen die neuropsychologischen B.____-Ergebnisse sodann, die Selbstlimitierung sei nicht validiert, da die Testresultate nicht vorliegen würden, ist entgegenzuhalten, dass die durchgeführten Tests und die dabei festgestellten Einschränkungen im Einzelnen geschildert und differenziert besprochen wurden (Urk. 10/83/63). Damit und mit den schlüssig begründeten Schlussfolgerungen im Bericht vom 4. Januar 2016 (Urk. 10/83/64-65) ist die festgestellte nicht adäquate Anstrengungsbereitschaft hinreichend validiert. 5.5

5.5.1

Das Gesagte schliesst nicht aus, dass authentische kognitive Störungen vorhanden waren und sind, wie auch die B.____-Neuropsychologin in ihrer Untersuchung festhielt (Urk. 10/83/65). Es reduziert jedoch die Beweisbarkeit deren gesundheitsbedingten Schwere und Umfang, zumal bei der Beurteilung der Leistungsdefizite auch das tiefe Bildungsniveau zu berücksichtigen war und jeweils ein verminderter Antrieb und eine schwere Verlangsamung im Vordergrund standen (Urk. 10/54/667, Urk. 10/51/34, Urk. 10/83/65, Urk. 15 S. 3).

Die B.____-Gutachter gingen bezüglich der geklagten und gezeigten Beschwerden somit zu Recht von einer gewissen Aggravation aus, was der psychiatrische B.____-Gutachter bei der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit eingedenk der diagnostizierten psychischen Störungen mit Einschränkung des Durchhaltevermögens differenziert berücksichtigt (Urk. 10/83/55-56). 5.5.2

Vor diesem Hintergrund kann dem weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei auf das Gutachten der A.____ abzustellen und von einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % im Rahmen von Routinetätigkeiten und unter Berücksichtigung einer langen Anlernzeit sowie einer Betreuung auszugehen, nicht gefolgt werden. Dies auch deshalb, weil das Gutachten der A.____ auf Untersuchungen im März/April 2011 (Urk. 10/51/4) beruht, welche für die hier zu beurteilende Zeit bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. Dezember 2016 (Urk. 2) wenig aussagt. Ausserdem enthält dieses Gutachten auch in retrospektiver Hinsicht von der Zeit von April 2006 bis Februar 2011 keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 10/51/18-24). Das Gutachten der A.____ bildet damit keine genügende Entscheidungsgrundlage. Im Übrigen wurden im B.____-Gutachten (Urk. 10/83/22) und besonders im psychiatrischen Teilgutachten (Urk. 10/83/57) in retrospektiver Hinsicht die dort gemachte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. 5.5.3

Nach dem Gesagten ist dem B.____-Gutachten vom 15. Februar 2016 voller Beweiswert zuzuerkennen. 5.6

Zu beurteilen bleibt im Folgenden die Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen der B.____-Gutachter anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 6 ATSG schliessen lassen

(Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 7). Dabei obliegt es den Rechtsanwendern, mithin hier dem Gericht, im Rahmen der Beweiswürdigung zu überprüfen, ob ausschliesslich funktionelle Ausfälle bei der medizinischen Einschätzung berücksichtigt wurden und ob die Zumutbarkeitsbeurteilung auf einer objektivierten Grundlage erfolgte (BGE 141 V 281 E. 5.2.2; Art. 7 Abs. 2 ATSG). Eine rentenbegründende Invalidität ist nur dann anzunehmen, wenn funktionelle Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt sind und somit den versicherungsmedizinischen Vorgaben Rechnung getragen wurde (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2).

Wie sich aus den Erwägungen 5.1-5.2 hiervor ergibt, ist diese Prüfung für die Zeit ab August 2007 vorzunehmen, da bis im Juli 2007 noch von somatischen Unfallfolgen mit einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen war und nachweislich erst ab dann eine psychosomatische Ursache und solche Überlagerungen die geklagten Beschwerden erheblich dominierten. 6.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

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

E. 6.1

Die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach dem Prüfungsraster gemäss BGE 141 V 218 erübrigt sich rechtsprechungsgemäss, wenn Ausschlussgründe vorliegen, etwa wenn die Leistungseinschränkung überwiegend auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht, welche die Annahme einer gesundheitlichen Beeinträchtigung von vornherein ausschliessen (BGE 141 V 281 E. 2.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2015 vom 29. Januar 2016 E. 4.1).

Dies ist hier trotz der festgestellten Aggravation nicht der Fall. Denn nach insofern einheitlicher medizinischer Einschätzung liegt beim Beschwerdeführer neben den Anzeichen für eine Aggravation der Beschwerden eine selbstständige Gesundheitsschädigung vor. Die B. ___-Gutachter haben die Auswirkungen der verbleibenden Gesundheitsschädigung im Umfang der Aggravation bereits korrekt im Sinne von BGE 141 V 281 E. 2.2.2 bereinigt, indem sie die Arbeitsfähigkeit - soweit die retrospektive Betrachtung dies anhand der Aktenlage zuliesse (Urk. 10/83/57) - unter Berücksichtigung derselben festlegten (Urk. 10/83/20, Urk. 10/83/23).

E. 6.2.1

Der Prüfungsraster gemäss der präzisierten Rechtsprechung des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) beinhaltet die folgenden zu prüfenden Standardindikatoren: Unter die Kategorie „funktioneller Schweregrad“ (E. 4.3) fällt zunächst der Komplex „Gesundheitsschädigung“ (E. 4.3.1) mit der Frage nach der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1), nach dem Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder der Behandlungswiderstand (E. 4.3.1.2) und mit der Frage nach den Komorbiditäten (E. 4.3.1.3). Weiter sind der Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) und der Komplex „Sozialer Kontext“ (E. 4.3.3) zu erfassen. Unter der Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) sind die gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und der behandlungs- und eingliederungsanpassungswilligen Leidensdruck (E. 4.4.2) relevant.

E. 6.2.2

Bezüglich des Indikators der Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Sinne der Schwere des Krankheitsgeschehens (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1) führte das Bundesgericht im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 präzisierend aus, dass eine Diagnose in grundsätzlicher Hinsicht

selbst bereits ein Schweregradindikator sein könne, soweit darin ein Bezug zum Schweregrad der Erkrankung bestehe; insbesondere dann, wenn die Begründung der Diagnose einen ausreichenden Bezug zur funktionserheblichen Befundlage aufweise. Fehle in der Diagnose aber die Schweregradbezogenheit, zeige sich die Schwere der Störung in ihrer rechtlichen Relevanz erst bei deren funktionellen Auswirkungen. Ein Leiden als leicht einzustufen, weil diagnostisch kein Bezug zum Schweregrad desselben gefordert sei und ihm bereits deshalb eine versicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abzusprechen, gehe daher fehl (E. 5.2.2). Entscheidend bleibe letztlich vielmehr die Frage der funktionellen Auswirkungen einer Störung (E. 6).

Hier ist von den vom psychiatrischen B. ___-Gutachter Dr. M. ___ gestellten Diagnosen psychologische Faktoren bei anderen orts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) und einer Dysthymia (ICD-10 F34.1; ab Dezember 2015) respektive von August 2007 bis November 2015 intermittierend von einer depressiven Störung im Schweregrad einer maximal leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) auszugehen. Bei beiden Diagnosen handelt es sich um solche, welche einen Bezug zum Schweregrad aufweisen, wie sich auch aus der Erwägung 5.4.2 hiervor ergibt.

Die Dysthymia und auch eine leichte depressive Episode sind keine schweren psychischen Störungen und werden in der Primärversorgung sowie in der allgemeinen medizinischen

Versorgung häufig gesehen (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 171). Für die Dysthymia gilt bezüglich der diagnostischen ICD-10-Leitlinie, dass es sich dabei um eine chronische Verstimmung handelt, bei der sich die Patienten meistens oft monate lang müde und depressiv fühlen, alles ist für sie eine Anstrengung und nichts wird genossen, sie grübeln und beklagen sich, schlafen schlecht und fühlen sich unzulänglich, sind aber in der Regel fähig mit den wesentlichen Anforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 183). Dies weist an sich schon auf einen tiefen funktionellen Schweregrad der Störung hin.

Die Diagnose psychologische Faktoren bei anderen orts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) sodann ist nach den ICD-10-Leitlinien zu stellen, um psychische Einflüsse und Verhaltenseinflüsse zu erfassen, die wahrscheinlich eine wesentliche Rolle in der Manifestation körperlicher Krankheiten spielen. Diese psychischen Störungen sind meist leicht und oft langanhaltend (etwa wie Sorgen, emotionale Konflikte, Erwartungsangst) und rechtfertigen nicht die Zuordnung zu einer anderen Kategorie im Kapitel V (F), mithin der psychischen Störungen (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, a.a.O., S. 268). Auch diese Diagnose weist auf eine eher leichte psychische Störung hin, bei welcher auch andere, nicht gesundheitsbedingte Faktoren eine Rolle spielen. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde - wie hiervoor in Erwägung 5.4.2 ausgeführt - von Dr. M.____ zudem ausdrücklich mit der Begründung des dafür fehlenden Mindestschweregrads verneint.

Die hier beachtlichen Diagnosen weisen somit auf eine nicht schwere psychische Störung hin. Grundsätzlich können jedoch nur schwere psychische Störungen invalidisierend sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2.2). Entscheidend aber ist rechtsprechungsgemäss und daher im Folgenden zusätzlich zu prüfen, ob nach den übrigen Standardindikatoren dennoch auf einen funktionellen Schweregrad der psychischen Störungen zu schliessen ist, der sich nach deren konkreten funktionellen Auswirkungen und insbesondere danach beurteilt, wie stark die versicherte Person in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen schmerzbedingt beeinträchtigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 5.2.3).

E. 6.2.3

Bezüglich des Indikators des Behandlungserfolges oder der Behandlungsrezidivität (Verlauf und Ausgang von Therapien; BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2) geht aus den Akten für die Zeit ab August 2007 hervor, dass eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der vom Beschwerdeführer hauptsächlich geklagten Kopfschmerzen mit Schwindelbeschwerden bei bestimmten Kopfbewegungen (abrupt oder nach unten halten, Urk. 10/51/32, Urk. 15 S. 2) sowie der depressiven Symptomatik mit Antriebsminderung und (teils auch wegen des Schwindels) allgemeinen Verlangsamung (Urk. 10/51/32, Urk. 10/83/20) allein in der Zeit von Oktober 2008 bis Februar 2009 erfolgte (Urk. 10/54/603, Urk. 10/51/13), gefolgt von einer stationären psychosomatischen Behandlung in der N.____ vom 27. April bis 23. Mai 2009 (Urk. 10/574-576). Weitere psychiatrische oder psychosomatische Behandlungen erfolgten nicht, dies obschon die Ärzte der N.____ eine psychiatrisch/psychologische Betreuung durch einen Portugiesisch sprechenden Arzt empfohlen. Auch der empfohlene therapeutische Arbeitsversuch (Urk. 10/54/575) wurde - soweit aktenkundig - nicht durchgeführt. Dem Bericht von Dr. G.____ vom 26. Januar 2009 ist zu entnehmen, dass insbesondere die psychotherapeutische Behandlung erschwert gewesen sei durch die

Sprachbarriere und das geringe Bildungsniveau. Der Beschwerdeführer habe ein psychosomatisches Krankheitsverständnis nur schwer annehmen können und er habe an einem somatischen Krankheitsmodell festgehalten (Urk. 10/54/603). Auch die Gutachter der A.____ erklärten, dass unfallfremde, persönlichkeitsimmanente Faktoren das psychische Beschwerdebild relevant beeinträchtigen würden, und zwar eine subjektive Krankheits-theorie, die Sprachbarriere, die geringe Schulbildung und die sich schon vor dem Unfall abzeichnende mangelnde Bereitschaft zur Integration in der Schweiz (Saisonnier), mangelnde Krankheitsverarbeitung, Bereitschaft und Mitarbeit des Beschwerdeführers (Urk. 10/51/24). Die erschwerte Behandlungszugänglichkeit des Beschwerdeführers ist somit nicht gesundheitsbedingt und daher nicht beachtlich.

Angesichts der über die Jahre lediglich kurzen und einmaligen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung hielt Dr. M.____ im psychiatrischen B.____-Teilgutachten nachvollziehbar fest, dass bei dem vorliegenden Krankheitsbild die bestehenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten bei Weitem nicht ausgeschöpft seien (Urk. 10/83/55), wobei es trotz der langen Krankheitsdauer durchaus realistisch erscheine, dass nach zwei bis drei Jahren ambulanter psychiatrischer und vor allem psychotherapeutischer Therapie eine Verbesserung des Krankheitsbildes erreicht werden könne, das sich auch auf die Arbeitsfähigkeit auswirke (Urk. 10/83/57). Vor diesem Hintergrund kann trotz des chronifizierten, andauernden Krankheitsgeschehens nicht auf ein definitives Scheitern der Behandlung und einer Behandlungsresistenz geschlossen werden. Aus der erfolglos gebliebenen Behandlung kann für den Schweregrad der Störung somit nichts zugunsten des Beschwerdeführers abgeleitet werden.

E. 6.2.4

Zum Indikator der Komorbiditäten (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3) führte das Bundesgericht im Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 präzisierend aus, dass strukturierte Beweisverfahren stehe einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiere. Fortan sei E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen sei. So werde beispielsweise eine Dysthymie für sich allein betrachtet keine Invalidität bewirken. Eine dysthyme Störung könne die Arbeitsfähigkeit im Einzelfall jedoch erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftrete (E. 8; vgl. auch: Urteil des Bundesgerichts 9C_194/2017 vom 29. Januar 2018 E. 6.2.3).

Dr. M.____ hielt im psychiatrischen Teilgutachten vom 28. Dezember 2015 zum Indikator Komorbiditäten fest, die vorliegenden Störungen seien gemeinsam Ausdruck der unbefriedigenden Lebenssituation beziehungsweise der Tatsache, dass es dem Beschwerdeführer nicht gelungen sei - wobei therapeutische Hilfe kaum erfolgte -, seinem Leben nach dem Unfall von 2006 neue Inhalte und eine neue Richtung zu geben, wobei allerdings aber zusätzlich in erheblichem Umfang Aggravation in Abzug zu bringen sei (Urk. 10/83/55). Dies sagt zur ressourcenhemmenden (Wechsel-)Wirkung der krankheitswertigen Störungen indes direkt nichts aus. Diesbezüglich ist die ab Mitte Juli 2007 festgestellte depressive Symptomatik in der Ausprägung teils einer leichten depressiven Episode und teils als Dysthymie als ressourcenhemmender Faktor beachtlich. Es

ist davon auszugehen, dass diese zusammen mit den die Schmerz- und Schwindelbeschwerden beeinflussenden psychologischen Faktoren im Sinne der Diagnose psychologische Faktoren bei anderen orts klassifizierten Krankheiten (ICD-10 F54) dem Beschwerdeführer Ressourcen raubt, zumal Dr. M. ___ die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 bis 30 % mit dem eingeschränkten Durchhaltevermögen begründete und erklärte, dass diese beiden psychischen Störungen in ihrer Gesamtheit das Durchhaltevermögen beeinträchtigen würden (Urk. 10/83/56).

E. 6.2.5

Bezüglich der im Komplex Persönlichkeit (BGE 141 V 281

E. 4.3.2) zu prüfen den Merkmale führte Dr. M. ___ aus, von der Primärpersönlichkeit her sei der Beschwerdeführer eher zurückhaltend und aggressionsgehemmt, introvertiert, mit schlechtem Zugang zu den eigenen Gefühlen im Sinne einer Alexithymie (Urk. 10/83/56). Gemäss den Ausführungen von Dr. H. ___ im Gutachten von 16. Dezember 2009 besteht beim Beschwerdeführer eine einfach strukturierte Persönlichkeitsstruktur, dieser verfüge nur über wenig persönliche Ressourcen. Er sei ein Leben lang gewohnt gewesen mit Stein und unter hoher körperlicher Belastung zu arbeiten (Urk. 10/54/249). Es fänden sich deutliche Zeichen für eine Selbstwertproblematik, Aggressionshemmung, Konfliktvermeidung, Dylexiethymie (gemeint wohl: Alexithymie oder Dyslexie), was pathognomisch sei für Persönlichkeiten, die zu psychosomatischen Reaktionsbildungen neigen würden (Urk. 10/54/248). Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I. ___ vom 15. Februar 2012 geht hervor, von Jugend an sei der Alltag des Beschwerdeführers geprägt gewesen von übersichtlichen gewohnheitsmässigen bis fast ritualisierten Abläufen. In vertrauten Situationen könne er sich weitgehend unauffällig verhalten. Die ängstliche Grundstruktur als Resultat fehlender Erfahrung, eventuell auch eingeschränkter intellektueller Fähigkeiten würden die Anpassung enorm erschweren (Urk. 10/54/168).

Diese beim Beschwerdeführer festgestellten Persönlichkeitsaspekte lassen auf eine Einschränkung der Ressourcen im Umgang mit den unfall- respektive krankheitsbedingten Veränderungen und auf eine gewisse persönlichkeitsbedingte Einschränkung der Antriebs-, Reaktions- und Anpassungsfähigkeit schliessen, wenn auch eine eigentliche Persönlichkeitsstörung beim Beschwerdeführer nicht vorliegt. Da der Beschwerdeführer trotz der beschriebenen Persönlichkeitszüge bis zum Unfall vom 7. April 2006 jeweils als Saisonnier für mehrere Monate in die Schweiz kam, mithin getrennt von seinem gewohnten Umfeld in der Heimat und von seiner Ehefrau in einem fremden Land lebte und hier zurecht kam, ist jedoch nicht von schwerwiegenden in der Persönlichkeit angelegten Belastungen auszugehen, welche die funktionellen Folgen der Gesundheitsschädigung und namentlich das Leistungsvermögen in den in Frage kommenden Hilfstätigkeiten erheblich negativ zu beeinflussen vermöchten.

E. 6.2.6

Der soziale Lebenskontext (BGE 141 V 281

E. 4.3.3) mit Einbettung in die Familie enthält sodann bestärkende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren . Der Beschwerdeführer wurde von Anfang an nach dem Unfall erheblich von seiner in der Schweiz lebenden Tochter und dem Schwiegersohn, zeitweise von der Schwiegertochter und seinem Sohn, im alltäglichen Leben unterstützt und er hat guten Kontakt zu seinen beiden in der Schweiz lebenden Söhnen, die ihn besuchen (Urk. 10/54/243, Urk. 10/54/159, Urk. 10/54/83). Ein- bis

zweimal pro Jahr seit Dezember 2006 (aktenkundig bis April 2013; Urk. 10/51/10, Urk. 10/54/781, Urk. 10/54/696, Urk. 10/54/564, Urk. 10/54/264, Urk. 10/54/233, Urk. 10/54/220, Urk. 10/54/200, Urk. 10/54/186, Urk. 10/54/173, Urk. 10/54/96, Urk. 10/54/79, Urk. 10/54/55) besuchte er seine Ehefrau in Portugal, die sich dort um ihn kümmerte (Urk. 10/54/159, Urk. 10/83/50). Allfällige direkt negative funktionelle Folgen durch soziale Belastungen, wie etwa die örtliche Trennung von der Ehefrau, sind dabei rechtsprechungsgemäss auszuklammern.

E. 6.2.7

Es zeigt sich somit, dass der funktionelle Schweregrad leicht eingeschränkt ist durch die ressourcenhemmende Wechselwirkung der Komorbidität und die Persönlichkeitsaspekte, wobei der soziale Lebenskontext andererseits als eine die Leistungsfähigkeit begünstigende Ressource in Gewicht fällt.

E. 6.3.1

Beweisrechtlich entscheidend ist hier schliesslich auch der Aspekt der Konsistenz mit den verhaltensbezogenen Kategorien (BGE 141 V 281 E. 4.4) im Sinne einer Konsistenzprüfung der Folgenabschätzung aus dem festgestellten funktionellen Schweregrad der psychischen Störungen (BGE 141 281 E. 4.3).

E. 6.3.2

In Bezug auf den Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen ver gleich baren Lebens berei chen (BGE 141 V 281 E. 4.4.1) ist den Akten das folgende zu entnehmen:

Im Bericht der L.____ vom 21. Februar 2008 wurde zum damaligen Tagesablauf festgehalten, der Beschwerdeführer habe dazu angegeben, dass er oft spazieren gehe und viel Zeit im nahen Einkaufszentrum verbringe, dort aber nicht die Einkäufe für seine Familie tätige. Dies erledige seine Tochter. Im Haushalt helfe er kaum. Vom Staubsaugen bekomme er Kopfschmerzen. Einzig den Müll trage er hinunter. Er schlafe viel, gehe zirka um neun Uhr ins Bett und schlafe dann bis um sieben Uhr. Nach dem Frühstück lege er sich nochmals hin (Urk. 10/54/665).

Gemäss dem psychiatrischen Gutachten von Dr. H.____ vom 16. Dezember 2009 gab der Beschwerdeführer bei der Exploration an, nach dem Unfall habe er bei der Tochter und beim Schwiegersohn gelebt, die Tochter habe gut gesorgt. Da seine Tochter im Dezember 2009 nach Portugal zurückgehen werde, habe er und ein Kollege eine Firmenwohnung bekommen. Er erwache morgens meistens zwischen sieben und acht Uhr. Das Ankleiden sei umständlich. Je nach Schwindelgefühl müsse er sich wieder auf die Bettkante setzen. Tagsüber verbringe er die meiste Zeit in der Wohnung. Manchmal mache er kleine Spaziergänge. Er sitze auch oft auf dem Balkon und schaue ab und zu fern, aber ohne Interesse. Er sei am Tagesgeschehen interessiert, schaue aber nicht täglich fern. Meistens würde die Ehefrau aus Portugal anrufen, wenn sich etwas Besonderes ereignet habe. Dann schaue er die Nachrichten. Er habe schon vor dem Unfallereignis wenig fern geschaut. Ab und zu Zeitungslektüre sei bejaht worden, manchmal kaufe er sich am Sonntag eine Wochenendausgabe einer portugiesischen Zeitung, könne aber nur eine halbe Stunde lesen, dann würden sich die Schmerzen verstärken. Er bereite sich selten eine Mahlzeit zu. Mittags esse er im benachbarten Migros Restaurant. Am Abend esse er beim Schwiegersohn. Den Tag verbringe er alleine, die Freunde seien am Arbeiten. Er verrichte wohl etwas

Haus haltarbeiten, werde dabei aber vom Schwiegersohn unterstützt. Zwischen 21 und 22 Uhr gehe er zu Bett (Urk. 10/54/243-244).

Aus dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. I.____ vom 15. Februar 2012 geht ferner zum damaligen Aktivitäts niveau hervor, der Beschwerdeführer habe angegeben, er lebe alleine in einer Wohnung, kaufe kaum für den Haus halt ein, er koche nicht, sondern kaufe ein Sandwich am Mittag und esse am Abend meist beim Sohn, hin und wieder auch bei Kollegen. Die Reinigung der Wohnung werde von der Schwiegertochter durchgeführt, ebenso das Waschen und Bügeln, diese wäre auch beleidigt, wenn sie dies nicht machen dürfe. Es müsse so sein. Er stehe etwa um 7 Uhr auf, trinke Kaffee, mache am Vormittag meist einen Spaziergang von zirka einer Stunde in der Nähe der Wohnung, kau fe sich etwas zu Essen zum Mittag, eventuell mache er am Nachmittag noch mals einen Spaziergang, lieber sitze er aber zu Hause. Er treffe nach Feierabend auch mal Kollegen oder gehe zum Sohn essen. Er sei meist früh zuhause und gehe gegen 21 Uhr ins Bett. Treffen mit Familienmitgliedern fänden nur noch in kleinem Rahmen statt, wenn er mit anwesend sei. Durch den Lärm würden Kopfschmerzen ausgelöst, die sich nach etwa einer halben Stunde wieder bes sern würden, wenn er sich dem Lärm entziehe. Fernsehen könne er nur, wenn dieser sehr leise gestellt sei (Urk. 10/54/159-160).

Gemäss dem psychiatrischen B.____-Teilgutachten hat der Beschwerdeführer gegenüber Dr. M.____ anlässlich der Begutachtung vom 15. Dezember 2015 sodann angegeben, er wohne nahezu ausschliesslich in der Wohnung der Toch ter. Er habe zwar eine eigene Wohnung in O.____, dort hole er aber nur einmal in der Woche die Post ab. Er stehe morgens um 8 Uhr auf, verrichte sei ne Körperhygiene und kleide sich an. Tagsüber halte er sich überwiegend in der Wohnung der Tochter auf, schaue ab und zu fern - wobei der Fernseher den ganzen Tag laufe, die Tochter schalte ihn immer ein, da er schlecht Deutsch ver stehe, schaue er nur selten hin -, am Wochenende höre er ein portugiesisches Programm im Radio, lesen würde er wenig, da er die deutsche Sprache nicht verstehe, manchmal schaue er die Bilder in einer Gratiszeitung an. Am Nach mittag mache er einen Spaziergang mit der Tochter. Die gesamte Hausarbeit inklusive seiner Wäsche erledige die Tochter. Auto fahre er nicht mehr, er benütze öffentliche Verkehrsmittel. In grösseren Abständen, zuletzt vor ein bis zwei Jahren, besuche er seine Ehefrau in Portugal. Die Kinder würden ihn zum Flughafen bringen und er werde vom Flughafen abgeholt (Urk. 10/83/50). Vor dem Unfall sei er ein fröhlicher Mensch gewesen, habe immer gerne und viel gearbeitet, sei auch mit Kollegen unterwegs gewesen, zum Beispiel habe er am Samstag immer einen Klub aufgesucht und dort Karten gespielt. Dies sei seit dem Unfall nicht mehr der Fall, da er lärmempfindlicher sei (Urk. 10/83/51). Zum Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitäts niveaus in allen ver gleich baren Lebens berei chen führte Dr. M.____ aus, der Beschwerdeführer sehe sich zu keinerlei Tätigkeit in der Lage. Dies sei erheblich diskrepant zum Aktivitätsniveau in den Bereichen Freizeit und Haushalt (Urk. 10/83/56).

Dieser Schlussfolgerung von Dr. M.____ ist zuzustimmen. Zwar erfolgten bezüglich der Freizeitgestaltung gewisse Einschränkungen, so bezüglich dem Kar tenspielen mit Freunden, und grösseren Familientreffen. Ansonsten wurde das Privatleben im Vergleich zu jenem vor dem Unfall im Jahr 2006 nicht erheblich eingeschränkt. Ein sozialer Rückzug erfolgte in sehr moderatem Umfang. Tref fen mit Kollegen und Familienangehörigen fanden nach dem Un fall noch statt, ebenso der Aufenthalt im Einkaufszentrum, im Restaurant, regelmässige Spa ziergänge und ein regelmässiger Austausch und Beisammen sein im Kreise der engeren Familie. Auch die zweimal jährlichen Besuche seiner Ehefrau in

Portugal wurden nicht aufgegeben und mindestens bis im Jahr 2013 nicht reduziert. Im Verhältnis zur geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit erfolgte somit keine gleich ausgeprägte Einschränkung.

E. 6.3.3

Schliesslich lässt sich aus der Inanspruchnahme von therapeutischen Operationen (BGE 141 V 281 E. 4.4.2) beim Beschwerdeführer angesichts der - wie hiervoor ausgeführt (E. 6.2.3) - nicht ausgeschöpften Behandlungsoptionen nicht auf einen besonderen Leidensdruck schliessen.

E. 6.4

Die Indikatorenprüfung ergibt, dass der festgestellte insgesamt lediglich leichte funktionelle Schweregrad der Gesundheitsbeeinträchtigung der Konsistenzprüfung nicht standhält, so dass aufgrund der psychischen Störungen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab August 2007 anzunehmen ist. 7.

7.1

Zusammenfassend ergibt sich, dass in der Zeit vom 7. April 2006 bis Juli 2007 aufgrund der somatischen Unfallfolgen von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen ist (vgl. E. 5.1 hiervoor) und ab August 2007 eine erhebliche Dominanz der psychischen Überlagerung der Beschwerden vorlag, deren medizinisch festgestellte funktionelle Auswirkung anhand der Standardindikatoren indes nicht schlüssig und widerspruchsfrei nachgewiesen ist. Der Beschwerdeführer als beweisbelastete Partei trägt dafür die Folgen der Beweislosigkeit (vgl. BGE 141 V 281 E. 6).

Sämtliche übrigen Vorbringen des Beschwerdeführers führen zu keinem anderen Ergebnis. Das gilt insbesondere auch, soweit weitere medizinische Abklärungen verlangt werden (Urk. 1 S. 10). Der rechtsrelevante Sachverhalt im hier relevanten Zeitraum ist genügend abgeklärt. Von zusätzlichen Beweismassnahmen sind keine zusätzlichen entscheiderelevanten Erkenntnisse darüber zu erwarten, weshalb davon abgesehen ist (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d). 7.2

Von der somatisch bedingten 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ist ohne Weiteres auf eine 100%ige Erwerbseinbusse respektive einen Invaliditätsgrad von 100% mit einem Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG) zu schliessen (sogenannter Prozentvergleich; vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.1 und I

315/02 vom 9. Dezember 2003 E. 4.2). Der Rentenanspruch beginnt nach Ablauf des Wartjahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) am 1. April 2007 (Art. 29 Abs. 2 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung). Er dauert in Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV bis und mit Oktober 2007.

Es ist somit festzustellen, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine von April bis Oktober 2007 befristete ganze Rente hat. Die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2016 (Urk. 2) ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 8.1

Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert fest zulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind sie den Parteien je zur Hälfte aufzuerlegen, da der Verfahrensaufwand allein bezüglich des obsiegenden Be treffs entsprechend geringer ausgefallen wäre (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 26. Mai 2010 E. 4).

E. 8.2.1

Dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Vonesch, Luzern, steht eine Prozessentschädigung zu, welche nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, nach der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen sowie unter Berücksichtigung der Honorarnote vom 27. Juni 2017 (Urk. 25) festzusetzen ist .

In der Honorarnote ist ein Aufwand von insgesamt 34,08 Stunden à Fr. 220.-- zuzüglich Barauslagen in der Höhe von Fr. 142.35

und der Mehrwertsteuer von 8 % von Fr. 611.20 mit einem Gesamtbetrag von Fr. 8'251.15 aufgeführt (Urk. 25 S. 2). Dieser Betrag ist unter Berücksichtigung der massgeblichen, hier vor genannten Kriterien bei Weitem zu hoch und im Folgenden wie folgt zu kürzen:

Für das Abfassen der 11-seitigen Beschwerdeschrift

ist ein Zeitaufwand von insgesamt 15,08 Stunden eingesetzt (Aufwand vom 17. bis 23. Januar 2017), was der Sache nicht angemessen ist. Der Aktenumfang ist zwar erheblich, die Akten waren aber bereits aus dem Verwaltungsverfahren bekannt, weshalb für das Aktenstudium unter Berücksichtigung des Instruktionsgesprächs mit dem Klienten ein Aufwand von 5 Stunden einzusetzen ist. Der Aufwand für das Abfassen der 11-seitigen Beschwerdeschrift ist auf angemessene 4 Stunden zu kürzen, da hier abgesehen vom grossen Aktenumfang (ab der Anmeldung zum Leistungsbezug im Jahr 2006) keine derartige Besonderheit in der Schwierigkeit des Prozesses und der Bedeutung der Streitsache auszumachen ist. Insgesamt wird damit ein Zeitaufwand von 9 Stunden à Fr. 220.-- berücksichtigt.

Für die Zeit vom 3. Februar bis 12. April 2017 wurde ein Aufwand von insgesamt 4,99 Stunden geltend gemacht. In dieser Zeit wurden die Unterlagen zur Substantiierung des Gesuchs um unentgeltliche Rechtspflege eingereicht (Urk. 6-8) sowie die Substantiierung der Bedürftigkeit ergänzt (Urk. 14 S. 1) und mit derselben Eingabe ein Arztbericht eingereicht sowie dazu Ausführungen gemacht (Urk. 14 S. 2 f, Urk. 15). Ausserdem wurden zwei Verfügungen zur Kenntnisnahme (Urk. 4, Urk. 11) entgegengenommen, wobei mit der zweiten Verfügung zur weiteren Substantiierung der Bedürftigkeit aufgefordert wurde. Der Aufwand für diese Tätigkeiten ist auf angemessene 4 Stunden zu kürzen.

Für die 4-seitige Replik vom 26. Juni 2017 wurden inklusive der Kenntnisnahme der Verfügung vom 18. April 2017, mit der die Replikfrist angesetzt und die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt wurde (Urk. 16) und inklusive zweier Fristerstreckungsgesuche (Urk. 18-19) ein Aufwand von 13,49 Stunden geltend gemacht (18. April bis 26. Juni 2017), was diesen bei Weitem nicht angemessen ist, zumal die Beschwerdeantwort sich auf zwei Zeilen beschränkte (Urk. 9) und die zu Recht kurz gehaltene Replik dennoch weitgehend Wiederholungen enthält. Des Weiteren wird ein Aufwand für das Weiterleiten der Verfügung vom 28. Juni 2017 (Urk. 21) am 4. Juli 2017 und für einen Brief an das Gericht am 26. Juli 2017 (Einreichen der Honorarnote, Urk. 24) mit je 15 Minuten (0,25 h) geltend gemacht. In dieser Zeit wurden zwei Verfügungen und das Schreiben der Beschwerdegegnerin mit dem Verzicht auf eine Duplik zur Kenntnisnahme zugestellt (Urk. 21-23). Dieser geltend gemachte Aufwand für die Zeit vom 18. April bis 26. Juli 2017 ist insgesamt auf 3,5 Stunden zu kürzen.

Sodann sind die Barauslagen von Fr. 142.35 ungewöhnlich hoch und daher auf Fr. 100.-- zu kürzen, zumal die Akten jeweils kostenlos in Kopie von der IV-Stelle bezogen werden können und die Anzahl Eingaben ans Gericht im üblichen Rahmen lagen.

Die Prozessentschädigung ist dementsprechend auf Fr. 4'028.40 ([16,5 h x Fr. 220.--] + Fr. 100.-- + Fr. 298.40 [8 % auf Fr. 3730.--]; inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer von 8 %) festzusetzen.

E. 8.2.2

Da der Beschwerdeführer ausgangsgemäss nur teilweise und nur in geringem Umfang obsiegt, hat die Beschwerdegegnerin an den unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers

lediglich eine dem diesbezüglichen Aufwand angemessene, reduzierte Prozessentschädigung im Betrag von Fr. 2'000.-- zu entrichten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_471/2007 vom 1. Februar 2008 E. 3.2). Denn der Aufwand für die Beschwerdeerhebung und die übrigen Verfahrenseingaben allein zur Begründung einer ganzen Rente aufgrund der anfänglichen, aus somatischen Gründen gegebenen 100%igen Arbeitsunfähigkeit wäre entsprechend geringer ausgefallen.

Im Übrigen, das heisst im Betrag von Fr. 2'028.40, ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

E. 8.3

Bezüglich des Antrages des Beschwerdeführers, es sei ihm die unentgeltliche Rechtspflege auch im vorausgegangenen Verwaltungsverfahren zu gewähren, ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Denn der angefochtene Entscheid (Urk. 2) nimmt dazu nicht Stellung und bildet hierzu keinen Anfechtungsgegenstand. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde, soweit darauf eingetreten wird, wird die angefochtene Verfügung vom 7. Dezember 2016 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer Anspruch auf eine befristete ganze Rente vom 1. April bis 31. Oktober 2007 hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen. 2.

Die

Gerichtskosten

von

Fr. 1'000.— werden den Parteien je zur Hälfte auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Beschwerdegegnerin nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

Die Gerichtskosten des Beschwerdeführers werden zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Vonesch, Luzern, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'000.— (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Vonesch, Luzern, wird ausserdem mit Fr. 2'028.40

(inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Vonesch - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - BVG-Sammelstiftung Swiss Life - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 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, zu zustellen.

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 GrünigHartmann

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