

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00293 vom 8. November 2019**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-11-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2019.00293](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2019.00293)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00293 du 8 novembre 2019

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2019.00293 del 8 novembre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetz es über den Allge meinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Sie kann Folge von Geburts gebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetz es

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

### **E. 1.2**

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

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindes tens 40 % arbeitsunfähig ( Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 1.3**

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 aus geglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Bezie hung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht in valid geworden wäre (sog.

Valideneinkommen). 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).

#### **E. 1.4**

Nach der Rechtsprechung sind bei rückwirkender Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Invalidenrente die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen (Art. 17 ATSG in Verbindung mit Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) analog anzuwenden (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 9C\_399/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.8.1). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten und damit der für die Abstufung oder Befristung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im – nach Massgabe des analog anwendbaren Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzenden – Zeitpunkt der Anspruchsänderung (vgl. BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen; vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 8C\_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2 und 8C\_350/2013 vom 5. Juli 2013 E. 2.2 mit Hinweis). 1. 5

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2. 2.1

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Verfügung vom

#### **E. 5**

/ 86,

Urk. 5/93 S. 1). Am 21. August 2015 verfügte die IV-Stelle einen rückwirkenden Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2011 bis 30. April 2014 und auf eine befristete halbe Rente ab 1. Mai bis Ende November 2014 (Urk. 5/147/13-30).

Eine dagegen erhobene Beschwerde hiess das hiesige Gericht mit Urteil IV.2015.00992 vom 25. November 201

#### **E. 5.1**

Der Beschwerdeführer

war somit aus psychiatrischer und somatischer Sicht vom 30. April 2010 bis Ende April 2014 in jeglicher Tätigkeit arbeitsunfähig, ab 13. Mai 2014 in einer angepassten Tätigkeit unter Beachtung des ihm zumutbaren Belastungsprofils zu 50

% arbeitsfähig und drei Monate danach, d.h. seit 13. August 2014 zu 100 % (E. 3.2, E. 4.4.2). Bezüglich der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen kann auf die unbestritten gebliebenen und zutreffenden Ausführungen/Berechnungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 14. März 2009 (Urk. 2) verwiesen werden.

## E. 5.2

Bei einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit vom 30. April 2010 bis Ende April 2014 resultiert demnach für diese Zeit ein Invaliditätsgrad von 100

% und damit nach am 2. Dezember 2010 erfolgter Anmeldung ab 1. Juni 2011 bis 30. April 2014

(Beginn Arbeitsverhältnis im 50 % -Pensum per 1. Mai 2014 )

ein

Anspruch auf eine ganze Invalidenrente (Art. 29 Abs. 1 IVG) .

Für die Zeit ab dem 1 . Mai 2014 bis zum 13 . August 2014 (spätester Zeitpunkt der gesundheitlichen Verbesserung )

bei einer Arbeitsfähigkeit von 50 % steht dem an die Nominallohnentwicklung angepassten

Valideneinkommen für das Jahr 2014 von Fr. 59'110.95

ein tatsächlich erwirtschaftetes Einkommen bei Ausschöpfung der zumutbaren Arbeitstätigkeit von Fr. 29'250.-- gegenüber, womit ein Invaliditätsgrad von 51 % resultiert . Damit besteht in dieser Zeit

respektive ab 1. Mai

2014 ein Anspruch auf eine halbe Invalidenrente .

Für die Zeit ab dem 13. August 2014 ergibt der Einkommensvergleich keine Erwerbseinbußen mehr ( Urk. 2).

Selbst wenn man zu Gunsten des Beschwerdeführers von einer fortdauernden 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Elektroplaner aus neurologischen Gründen ausgehen würde, wie durch Dr. phil. I.\_\_\_\_ im Oktober 2011 postuliert worden war (vgl. Urk. 5/129/504-514 S. 8 ), resultierte immer noch ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad .

Der Zeitpunkt für die Aufhebung der Rente ist nach Art. 88a Abs. 1 IVV festzusetzen. Die spätestens am 13. August 2014 eingetretene gesundheitliche Verbesserung ist demnach nach drei Monaten zu berücksichtigen, weshalb der Rentenanspruch per 30.

November 2014 erlosch. 6.

Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das beweiskräftige Z.\_\_\_\_-Gutachten abgestellt (E. 4) und dem Beschwerdeführer für die Zeit vom 1. Juni 2011 bis 30. April 2014 eine ganze und für die Zeit vom 1. Mai bis 30. November 2014 eine halbe Invalidenrente zugesprochen (E. 5). Die Beschwerde ist folglich abzuweisen. 7 .

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 1'000 . -- festzusetzen . Ausgangsgemäss sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen . 2.

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

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Frank Goecke -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 4.

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesge-  
setzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom  
siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15.  
August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar ( Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzu-  
stellen.

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

## **E. 6**

(Urk. 5 / 150/1-18 ) in dem Sinne gut , als es die angefochtenen Verfügungen vom  
21. August 2015 aufhob und die Sache zwecks Einholung eines polydisziplinären  
Gutachtens sowie zum neuen Entscheid über die Rentenfrage an die IV-Stelle zurückwies.

### **E. 6.3**

des Gutachtens ein Schreibfehler vor . Es müsse da, wie auch an allen anderen Stellen des  
Gutachtens , 100 % statt 80 % heissen . 3.3

Nach Vorlage des Z.\_\_\_\_ -Gutachtens führte der Dr. phil. I.\_\_\_\_ , Fachpsychologin für  
Neuropsychologie FSP , in einem Schreiben vom 20. Februar 2018 (Urk. 5/192/4 - 7 )  
zuhanden des Beschwerdeführers unter anderem aus, die Beschreibung der zum Teil  
erheblichen Testbefunde im Z.\_\_\_\_ -Gutachten kontrastierten auffällig mit den  
diagnostischen Angaben, wo keine neuropsychologischen Diagnosen mit Einfluss auf die  
Arbeitsfähigkeit genannt würden, jedoch bei Diagnosen ohne Einfluss auf die  
Arbeitsfähigkeit von einer «minimalen kognitiven Hirnfunktionsschwäche vor dem  
Hintergrund einer niedrigen Intelligenz» ausgegangen werde. Dies sei als erheblicher  
Widerspruch zu werten. Ausserdem werde mittels Durchführung einer Intelligenztestung  
durch das Z.\_\_\_\_ versucht zu insinuieren, allfällige kognitive Schwierigkeiten als  
vorbestehend (nämlich IQ-assoziiert) zu konnotieren. Jedoch stellten sich die Bereiche  
Aufmerksamkeit/Konzentration versus Intelligenz relativ unabhängig voneinander dar. Ein  
weiterer Kritikpunkt betreffe die Aussage bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus neu-  
ropsychologischer Sicht. Hier werde angeführt, dass die «Einschränkung der  
Arbeitsfähigkeit im jetzigen Beruf als Elektroplaner bei den, (den) kognitiven Stärken und  
Schwächen angepassten Anforderungen nur gering eingeschränkt ist». Diese Aussage  
werde jedoch in keinsten Weise verifiziert, es handle sich um blosser Spekulation. Zumal  
diese Aussage einer Korrespondenz-Notiz des Arbeitgebers widerspreche , wo u.a. erwähnt  
werde, dass die «Konzentrationsfähigkeit mit zunehmender Arbeitsdauer spürbar leide».  
Leider seien solche «ökologisch valide Daten» im Z.\_\_\_\_ -Gutachten nicht gewürdigt  
worden (S. 2 f.). 3.4

In Auseinandersetzung mit dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten führte der behandelnde Dr. A.\_\_\_\_ in einem Schreiben vom 22. Februar 2018 (Urk. 5/192/1-2)

auf Rückfrage des Beschwerdeführers aus, die Kriterien nach ICD-10 für ein Psychosyndrom seien erfüllt. Die Argumentation des Z.\_\_\_\_ -Neurologen, dass die Schwere des Traumas zu gering gewesen sei, ziele an den geforderten Kriterien vorbei. Der Z.\_\_\_\_ -Psychiater beziehe sich bei seiner Ablehnung der Diagnose organisches Psychosyndrom auf den Neurologen und diskutiere die Symptome nicht selbständig. Er diagnostiziere vielmehr eine Neurasthenie. Dies sei eine veraltete Diagnose, welche im deutschsprachigen Raum kaum noch Verwendung finde. In ICD-10 werde zwar die Möglichkeit einer Neurasthenie im Anschluss an eine

körperliche Krankheit erwähnt, nicht jedoch im Anschluss an ein Schädelhirntrauma. Auf die Diskussion dieses Aspektes gehe der Psychiater nicht ein.

Weiter hielt Dr. A.\_\_\_\_ fest, in Bezug auf die Depression sei anzumerken, dass die depressive Stimmungslage im Längsschnitt sicherlich schwanke. Der Gutachter gehe jedoch von einer « Momentaufnahme » aus, die nicht mal durch einen der zahlreichen Tests dokumentiert werde. Der Beschwerdeführer zeige eindeutig Interessenverlust, Freudlosigkeit, sozialen Rückzug, erhöhte Ermüdbarkeit, verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit, vermindertes Selbstwertgefühl, Libidoverlust, negativistische Zukunftsperspektiven, Schlafstörungen, etc., so dass die Diagnose Depression nach wie vor aufrechterhalten werden könne.

Das Absetzen der Medikation sei vom Beschwerdeführer ohne sein Wissen (er habe unter Gewichtszunahme gelitten, welche die Hausärztin auf die antidepressive Medikation zurückführte) durchgeführt worden. Am 20. April 2017 habe er letztmals Medikamente von ihm bezogen. Zum Folgetermin sei er nicht mehr erschienen und sei auch telefonisch nicht zu erreichen gewesen. Erst Mitte September habe sich der Beschwerdeführer wieder telefonisch gemeldet und einen ersten Termin wieder am 19. September 2017 gehabt.

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, führte in seinem Schreiben zuhanden des Beschwerdeführers

vom 13. März 2018 (Urk. 5/194), nachdem ihm das Z.\_\_\_\_ -Gutachten vorgelegt worden war, unter anderem aus, es handle sich im neurologischen Bereich um die Frage der Commotio cerebri. Für die Diagnose von Commotio cerebri (im Gegensatz zu Contusio) seien Läsionen im MRI nicht obligat. Der Beschwerdeführer leide an postkommotionellen Folgen. Er sei ausstapiert und in seiner Stelle als Elektroplaner 50% stabil. Dazu seien die authentischen Beobachtungen des Arbeitgebers heranzuziehen. Die neuropsychologische Beurteilung zeige weit unter durchschnittliche Befunde in diversen Bereichen, welche nicht auf die zentral gestellte «niedrige Intelligenz» zu erklären seien. Es überzeuge nicht, dass nach einem solch schweren Unfall und bei unbeanstandeter Arbeitsanamnese davor, nun die niedrige Intelligenz für die kognitive Störung verantwortlich sein sollte. Bezüglich der psychiatrischen Diagnose einer Neurasthenie sei er als Neurologe nicht einverstanden. Es handle sich um die eindeutigen Symptome des postkommotionellen Syndroms. Jedoch sollte der behandelnde Psychiater Stellung nehmen. Bezüglich der orthopädischen Untersuchung bestehe keine Beschwierung der Hände, im Gegenteil bestünden trophische Störungen der rechten Hand mit Palmar Erythem, Volumenminderung, ferner Atrophie des

Interosseus I mit Schwäche. Ein anderer Befund bei « Ablenkung » habe er nicht beobachten können. Die Angaben des Arbeitgebers seien authentisch und objektiv und gäben Anlass zur Unterstützung der Glaubwürdigkeit der Arbeitsfähigkeit von 50 %. Zudem sei die interdisziplinäre Beurteilung der Arbeitsfähigkeit mit verschiedenen Prozenten, welche auf Intervention der Beschwerdegegnerin schlussendlich auf 100 % festgelegt worden sei, verwirrend (S. 5) . 3.6

Nach Vorlage der Schreiben von Dr. phil. I.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2018 ( E. 3.3 ) und von Dr. J.\_\_\_\_ vom 13. März 2018 (E. 3. 5 ) führten Dr. C.\_\_\_\_ und lic . phil. F.\_\_\_\_

vom

Z.\_\_\_\_

in ihrer Stellungnahme vom 4. Juni 2018 (Urk. 5/197) unter anderem aus, Dr. J.\_\_\_\_ habe die Angaben in seinem Schreiben sehr selektiv interpretiert. Der neurologische Z.\_\_\_\_-Gutachter habe versucht, dies so objektiv wie möglich zu tun und objektiv seien die stattgehabte Contusio

capitis mit RQW frontal rechts (selbstverständlich neben den Mittelgesichtsfrakturen), die Commo tio cerebri / milde traumatische Hirnschädigung sei als Differentialdiagnose, dass heisse als Möglichkeit erwähnt. Wenn eine solche stattgefunden hätte (was er ja nicht prinzipiell bestreite!), wäre sie aber am untersten Rand der Schwere des Spektrums – bezogen auf das Hirn und nicht auf den Schädel – anzusiedeln, wo nach allgemeiner medizinischer Erfahrung bei einmaligem Ereignis keine Residuen persistierten. Dr. C.\_\_\_\_ sei bewusst, dass gemäss ICD zur Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach Schädelhirntrauma keine strukturelle Läsion notwendig sei. Dies sei im Gutachten ja auch diskutiert worden, inklusive weshalb diese

Diagnose nicht gestellt worden sei. Viele der in der ICD-10 bei F07.2 aufgeführten

Beschwerden seien per se unspezifisch und müssten im Gesamtkontext interpretiert werden. Es ergäben sich keine Gründe, aufgrund der nachträglich eingereichten Akten, die

neurologische Beurteilung im Gutachten zu revidieren (S. 1 f.) .

Weiter hielt lic . phil. F.\_\_\_\_ fest, die Intelligenztestung sei durchgeführt worden, um allenfalls quantifizierbare intellektuelle Minderleistungen – welche die Arbeitsfähigkeit ungünstig beeinflussen könnten - auszuschliessen. In diesem Sinne sei dies nicht - wie von Dr. I.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 20. Februar 2018 (E. 3.2) unterstellt - ein Versuch, allfällige kognitive Schwierigkeiten als IQ-assoziiert zu konnotieren, sondern eine fachlich sinnvolle Testung in Ergänzung zu den anderen neuropsychologischen Testverfahren zu ermöglichen. Mit der Feststellung von Dr. I.\_\_\_\_, wo nach der Bereich Aufmerksamkeit/ Konzentration von der Intelligenz relativ unabhängig sei, stimme sie klar überein .

Die Untersuchung sei durchgeführt worden, nachdem der Beschwerdeführer eine längere Herfahrt hinter sich gehabt habe, und habe den ganzen Morgen gedauert. Alle Aufmerksamkeitstests, welche durchgeführt worden seien, seien am Ende des Untersuchungsmorgens durchgeführt worden, nachdem der Beschwerdeführer schon ein längeres und kognitiv anspruchsvolles Programm hinter sich gehabt habe. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien somit zu einem Zeitpunkt gemessen worden, bei dem die kognitive Ermüdung vergleichbar mit jener nach einem anstrengenden Arbeitsvormittag

gewesen seien. Jene

Messwerte, welche bei allen Aufmerksamkeitstests bei der aktuellen Untersuchung teilweise im

unterdurchschnittlichen bis weit unterdurchschnittlichen Bereich liegen würden, betreffen fast ausschließlich Messungen des Verarbeitungstempos, nicht jedoch qualitative Messungen. Wenn der Beschwerdeführer

Tätigkeiten nicht unter Zeitdruck habe erledigen müssen, sondern in seinem – eher langsamen - Arbeitstempo arbeiten können, habe er qualitativ recht stabile und gute Leistungen gezeigt. Unter solchen Bedingungen sei es auch nach längerer Belastung nicht zu

Ermüdungsercheinungen gekommen. Wie der Beschwerdeführer selber festgestellt habe, müsse er am

jetzigen Arbeitsplatz nicht unter Zeitdruck und Stressbedingungen arbeiten; die Einschränkungen

seien v.a. somatischer Natur und die erhöhte Ermüdbarkeit träte nach längerem Arbeiten auf.

Die neuropsychologische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im Z.\_\_\_\_-Gutachten sei nach wie vor gültig (S. 2 f.). 3.7

Auf Rückfrage der Beschwerdegegnerin nahmen Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ am 27. Juni 2018 (Urk. 5/199) zum Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_

vom 22. Februar 2018 (E. 3. 4) Stellung. Sie führten aus, Dr. A.\_\_\_\_ vertrete die Auffassung, dass ein organisches Psychosyndrom vorliege. Die Diagnose eines organischen Psychosyndroms sei, wenn sie nicht durch organische Befunde, in diesem Fall neurologische Befunde, gestützt werde, als eher vage (Verdachts-)Diagnose zu werten, die auf einer Reihe von unspezifischen, weitgehend subjektiven Beschwerden beruhe. Im interdisziplinären Konsens sei diese Diagnose

geprüft worden, aber durch den Neurologen nicht gestützt worden. Auch im neuropsychologischen

Teilgutachten sei kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert worden. Somit stelle sich die Frage,

wie die vom Beschwerdeführer erlebte subjektive Leistungsminderung in den Nachmittagsstunden zu

erklären sei. In Betracht gezogen worden sei eine depressive Störung. Für das Vorliegen einer depressiven Störung habe der Beschwerdeführer aber während der Untersuchung, abgesehen von einer

minimalen Dysphorie, keine weiteren relevanten Merkmale (kein Morgentief, keine psychomotorische Hemmung, keine Affektstarre etc.) gezeigt. Da er auch die antidepressive

Pharmakotherapie beendet gehabt habe und die sozialen Standortindikatoren auf eine erhebliche

Aktivität mit reger Reisetätigkeit in die Heimat, automobiler Verkehrsfähigkeit und weiterhin

unterhaltenen sozialen Kontakten hinweisen würde, sei eine relevante depressive Hemmung der

Leistungsfähigkeit verneint worden. Die Standardindikatoren berücksichtigen eben gerade nicht nur eine Momentaufnahme. Somit sei die Diagnose einer Neurasthenie als wahrscheinlichste Erklärung ermittelt worden, da sie die schnelle Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, Schwindelgefühl und Reizüberflutung beinhalte. 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten der Fachärzte des Z. \_\_\_ vom 6. November 2017 (E. 3. 2) samt Ergänzungen

(E. 3.2 am Ende) und Stellungnahmen (E. 3. 6-7) ist hinsichtlich der zu beurteilenden Leiden des Beschwerdeführers umfassend. Es beinhaltet internistische, neurologische, neuropsychologische, orthopädische und psychiatrische Untersuchungen und beruht auf den erforderlichen allseitigen klinischen und bildgebenden Explorationen sowie notwendigen Laborerhebungen (Urk. 5/181/2-41 S. 11, S. 12 -

#### **E. 9**

(Urk. 2) verfügte die IV-Stelle einen rückwirkenden Anspruch auf eine befristete ganze Invalidenrente ab 1. Juni 2011 bis 30. April 2014 und auf eine befristete halbe Rente ab 1. Mai bis 30. November 2014. 2.

Der Versicherte erhob am 23. April 2019 Beschwerde gegen die Verfügung vom 14. März 2019 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben, insofern ihm ab dem 1. Dezember 2014 keine Rentenleistungen ausgerichtet werden, und es sei ihm ab

1. Dezember 2014

eine halbe Invalidenrente zuzusprechen; eventuell sei die Sache zur weiteren Abklärung an die Verwaltung zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 31. Mai 2019 (Urk. 4) die Abweisung der Beschwerde, was dem Beschwerdeführer am 3. Juni 2019 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 6). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 14**

, S.

#### **E. 19**

-

#### **E. 21**

, S. 27 f., S. 32-34). Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten erstattet

und auf Rückfragen ergänzt (Urk. 5/181/2-41 S. 3-9, S. 11, S. 15, S. 23 f., S. 28-30, S. 35, S. 39; Urk. 5/197, Urk. 5/199), berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (Urk. 5/181/2-41 S. 9-11, S. 12, S. 14 f., S. 17 f., S.

#### **E. 22**

-

## E. 24

, S. 26-35 , S. 38

f. ).

Die Gutachter haben die medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nach erfolgter Konsensbesprechung nachvollziehbar begründet (S. 37-39 ). So zeigten sie

nach erfolgter Konsensbeurteilung schlüssig auf, dass der Beschwerdeführer aufgrund des chronischen Hand-Arm- und Nackenschmerzsyndroms auf der dominanten rechten Seite – bei ansonsten unauffälligem Befund am Bewegungsapparat - für die angestammte Tätigkeit als Elektromonteur sowie für jegliche körperlich schwere und mittel schwere Tätigkeit dauernd arbeitsunfähig ist, jedoch bei einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht. Ebenso nachvollziehbar ist, dass bei Status nach Unfall im Jahr 2010 mit Contusio

capitis und wahrscheinlich

milder traumatischer Hirnschädigung und aktuell unauffälligem klinischem neurologischen Befund rein somatisch-neurologisch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Daneben konnten die Gutachter insbesondere schlüssig aufzeigen, dass die psychiatrischen Diagnosen einer Neurasthenie und einer Schmerzverarbeitungsstörung auf der Tatsache gründen, dass die vom Beschwerdeführer angegebenen Beschwerden und Einschränkungen aus somatischer Sicht nicht ausreichend objektiviert werden konnten und auch aus der durchgeführten Indikatoren- und Inkonsistenzprüfung keine wesentliche Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden kann. Genauso plausibel wurde dargelegt, dass die während der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten unterdurchschnittlichen bis weit unterdurchschnittlichen Leistungen in der Aufmerksamkeit/Konzentration nicht auftreten, wenn der Beschwerdeführer in seinem langsamen Arbeitstempo arbeiten kann. Folglich ist aus polydisziplinärer Sicht die von den Gutachtern festgestellte 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit für die aktuell ausgeübte Tätigkeit als Elektroplaner wie auch für andere körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten plausibel (Urk. 5/181/2-41 S. 37 f.).

Hinsichtlich der Darstellung des zeitlichen Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit in der Konsensbeurteilung des Z.\_\_\_\_-Gutachtens ist schliesslich betreffend den verunglückten letzten Abschnitt zu bemerken, dass sich die selbsterhellende Aussage offensichtlich versehentlich widersprüchlich zeigt, indem von einer Steigerung auf eine 80%ige Arbeitsfähigkeit und einer wahrscheinlich anzunehmenden Arbeitsfähigkeit ab Januar 2017 , gleichzeitig aber von einer nach wenigen Monaten nach Mai 2014 bestehenden Arbeitsfähigkeit

die Rede ist (E. 3.2 in fine ) . Aus der Konsensbeurteilung , den einzelnen Teilgutachten und dem Eingeständnis des Schreibfehlers bezüglich der Steigerung auf eine 80%ige statt 100%ige Arbeitsfähigkeit ergibt sich zweifelsfrei, dass die Z.\_\_\_\_-Gutachter von einer wenige Monate nach Mai 2014 bestehenden 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgingen. So wird in der Konsensbeurteilung einzig aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen (E. 3.2). Dies deckt sich mit den Teilgutachten, in welchen weder der Internist, der Psychiater, der Neurologe noch der Neuropsychologe eine

länger andauernde Arbeitsunfähigkeit feststellen konnten (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 11, S. 15, S. 30, S. 35). Einzig der Orthopäde ging von einer seit dem 30. April 2014 bestehenden bleibenden und vollständigen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sowie einer ab 13. Mai 2015 bestehenden 50%igen und spätestens drei Monate danach 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit aus (S. 23). 4.2 4.2.1

Im Unterschied zum Z.\_\_\_\_-Gutachten diagnostizierte Dr. A.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 12. Mai 2017 aus psychiatrischer Sicht eine mittelgradige depressive Episode, Akrophobie und ein organisches Psychosyndrom (E. 3.1). In seinem Schreiben vom 22. Februar 2018 (E. 3.4) hielt er an den Diagnosen eines organischen Psychosyndroms sowie einer Depression fest und kritisierte die Diagnosestellung des

Z.\_\_\_\_-Gutachters.

Das psychiatrische Z.\_\_\_\_-Teilgutachten enthält eine klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urk. 5/181/2-41 S. 12-17) und entspricht somit den bundesgerichtlichen Voraussetzungen an ein psychiatrisches Gutachten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2). Dr. E.\_\_\_\_ war der Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 12. Mai 2017

bei der Begutachtung bekannt und er hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Juni 2018 (E. 3.7) zum Schreiben von Dr. A.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2018 an seiner Beurteilung fest. Insoweit Widersprüche in der Befunderhebung und Diagnosestellung zu Dr. A.\_\_\_\_s Beurteilung bestehen, ist darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und dem begutachtenden Psychiater des halb praktisch immer einen gewissen Spielraum eröffnet, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist,

was vorliegend der Fall ist.

Dr. E.\_\_\_\_ setzte sich denn auch mit den von Dr. A.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen eines organischen Psychosyndroms und einer Depression eingehend auseinander (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 13-15, E. 3.7). Dr. E.\_\_\_\_ legte hinsichtlich des organischen Psychosyndroms schlüssig dar, dass bei mangelnden neurologischen Befunden die Diagnose

eher als vage Verdachtsdiagnose zu werten ist, da sie dann auf einer Reihe von unspezifischen, weitgehend subjektiven Beschwerden beruht, und dass weder die Erkenntnisse aus dem neurologischen noch dem neuropsychologischen Teilgutachten eine diesbezügliche Diagnose stützten. Betreffend der Diagnose einer Depression konnte Dr. E.\_\_\_\_ aufzeigen, dass eine solche Erkrankung zum Gutachtenzeitpunkt nicht vorlag, da der Beschwerdeführer weder unter einem Morgentief, einer psychomotorischen Hemmung oder Affektstarre

etc. litt, er die antidepressive Pharmakotherapie beendet hatte und die sozialen Standardindikatoren auf weiterhin bestehen de

soziale Kontakte hinwies – mithin die Konsistenzprüfung nicht auf eine Einschränkung in allen Lebensbereichen hinwies (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 15-17 und E. 3.7).

Demgegenüber nahm Dr. A.\_\_\_\_

keine Zuordnung der krankheitsspezifischen Kriterien bei den von ihm gestellten Diagnosen in seinem Bericht vom 12. Mai 2017 vor. Ebenso ging er fälschlicherweise davon aus, dass das Schädelhirntrauma im Jahre 2013 stattgefunden hatte. Dieses fand jedoch bereits drei Jahre zuvor statt (vgl. Urk. 5/166/3-7 S. 2 Ziff. 1.4). Bei seinem Schreiben vom 22. Februar 2018 beschränkte er sich vorliegend auf Kritik an der Diagnosestellung im Z.\_\_\_\_-Gutachten, ohne mittels eigener Befunderhebung konkret die Krankheitsvoraussetzungen zu prüfen. Er wies lediglich in pauschaler Weise darauf hin, dass er die Kriterien der von ihm gestellten Diagnosen beim Beschwerdeführer erfüllt sieht. Betreffend das Psychosyndrom wies er vor allem darauf

hin, dass es sich bei der Diagnose einer Neurasthenie um eine veraltete Diagnose handle und bezüglich der Depression, dass der Z.\_\_\_\_-Gutachter von einer Momentaufnahme ausgegangen sei (vgl. E. 3.4).

Dazu ist anzumerken, dass die ICD-10 (10. Ausgabe 2015) in Ziffer F.48.0 die Neuroasthenie (immerhin) noch aufführt und eine gutachterliche Untersuchung systemimmanent immer einer Momentaufnahme entspricht.

Daneben ist - insbesondere im Hinblick auf die von Dr. A.\_\_\_\_

fortwährend attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Elektroplaner –

auch der Erfahrungstat sache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5).

Nach dem Gesagten vermag die Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_ die Einschätzung der Z.\_\_\_\_-Gutachter nicht in Frage zu stellen. 4.2.2

[ In Abweichung zum Z.\_\_\_\_-Gutachten ging Dr. J.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 13. März 2018

davon aus, dass der Beschwerdeführer an einem postkommotivem Syndrom als Folge des Unfalles im April 2010 leide und hielt eine anhaltende 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner Tätigkeit als Elektroplaner für glaubhaft. Zudem kritisierte er, dass gemäss den Z.\_\_\_\_-Gutachtern allein die niedrige Intelligenz für die kognitive Störung verantwortlich sein solle

(E. 3.5). Weiter kritisierte Dr. phil. I.\_\_\_\_ das Z.\_\_\_\_-Gutachten als widersprüchlich, indem keine neuropsychologischen Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt worden seien, aber von einer minimalen kognitiven Hirnchwäche ausgegangen werde. Zudem beanstandete sie, dass die kognitiven Schwierigkeiten des Beschwerdeführers von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern als vorbestehend konnotiert worden seien und die geringen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei seiner aktuellen Stelle aufgrund der kognitiven Einschränkungen nur Spekulationen darstellen würden (E. 3.3).

Entgegen dieser Kritik vermögen sowohl das neurologische Teilgutachten von Dr. C.\_\_\_\_ als auch das neuropsychologische Teilgutachten von Dr. phil. F.\_\_\_\_ zu überzeugen:

Dr. C.\_\_\_\_ zeigte in seinem neurologischen Teilgutachten nachvollziehbar auf, dass betreffend die Extremitäten kein relevanter Ausfall objektiviert werden konnte, die geltend gemachte Ermüdbarkeit, Belastbarkeit, Reizbarkeit und Aggressivität im Gespräch nicht auffielen und sich der Beschwerdeführer diesbezüglich im anamnестischen Gespräch völlig adäquat verhalten hatte.

Hin sichtlich des im April 2010 stattgefundenen Schädelhirntraumas legte Dr. C.\_\_\_\_ plausibel dar, dass die Schwere des Traumas bezogen auf das Gehirn zu gering war, um bleibende Funktionsstörungen hervorgerufen zu haben, und dass es sich bei den intermittierenden Kopfschmerzen in erster Linie um episodisches Spannungstyp-Kopfwahl handelt. Insbesondere setzte sich Dr. C.\_\_\_\_

eingehend mit der Diagnose eines postkomotionellen Syndroms respektive eines organischen Psychosyndroms auseinander und diagnostizierte nachvollziehbar eine Contusio

capitis mit der Differentialdiagnose einer milden traumatischen Hirnschädigung (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 29

f., E. 3.6).

Demgegenüber leitete Dr. J.\_\_\_\_ nicht aufgrund von ihm festgestellter neurologischer Ausfälle und sich daraus ergebenden Defiziten in der funktionellen Leistungsfähigkeit die 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit her, sondern er hielt einzig aufgrund der Aussagen des Arbeitgebers eine solche für glaubhaft. Im Gegensatz zu Dr. C.\_\_\_\_, welcher neben einer klinischen Untersuchung auch eine Testung mittels Neurographie durchführte, unternahm Dr. J.\_\_\_\_

im Übrigen keine solche Testung (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 27 unten, Urk. 5/194).

Ebenso legte Dr. phil. F.\_\_\_\_ in seinem neuropsychologischen Teilgutachten – gestützt auf zahlreiche Testverfahren (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 32-34) – schlüssig dar, dass Einschränkungen des Arbeitstempo in Form eines erhöhten Zeitaufwandes zur Prüfung und allfälliger Fehlerkorrektur betreffen, weshalb umso weniger Einschränkungen zu erwarten sind,

je angepasster die Inhalte an die neuropsychologischen Voraussetzungen sind (wenig Zeitdruck, klare und orientierende Vorgaben, eher konkrete und bekannte Inhalte etc.).

Dr. phil. F.\_\_\_\_

zeigte auch auf, dass beim Beschwerdeführer in seiner aktuellen Arbeit die Voraussetzungen dafür ideal sind, weshalb keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit besteht (S. 34 f.). Damit löst sich auch der von Dr. phil. I.\_\_\_\_ monierte angebliche Widerspruch zwischen der von Dr. phil. F.\_\_\_\_

gestellten Diagnose einer sich nicht auf die aktuelle Arbeitsfähigkeit auswirkenden «minimalen kognitiven Hirnfunktionsschwäche» auf. Ebenso wenig wurde von Dr. phil. F.\_\_\_\_ allfällige kognitive Schwierigkeiten einfach als vorbestehend konnotiert. So legte er überzeugend dar, dass er mit der durch ihn erfolgten Intelligenztestung eine Ergänzung zu den anderen neuropsychologischen Testverfahren vornahm, weil eine solche zuvor noch nicht durchgeführt worden war und er allfällige quantifizierbare intellektuelle Minderleistungen mit ungünstiger Beeinflussung der Arbeitsfähigkeit ausschließen wollte (vgl. E. 3.6). Entgegen der Aussage von Dr. phil. I.\_\_\_\_ handelte es sich bei der Beurteilung über die geschätzte Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers an seiner aktuellen Arbeitsstelle auch nicht um reine Spekulation, war doch Dr. phil. F.\_\_\_\_ durch die Angaben des Beschwerdeführers über seine Aufgaben und den diesbezüglichen vorliegenden Unterlagen (u.a. Arbeitsvertrag Y.\_\_\_\_, Schlussbericht K.\_\_\_\_ über die Arbeitsstelle bei Y.\_\_\_\_, Zusatzgesuch des Beschwerdeführers für eine Ergonomieanpassung,

Verlaufsprotokoll Eingliederungsanpassung ) mit dessen Tätigkeit und somit seinem Arbeitsprofil bestens vertraut . Diese bestand aus vorwiegend r Büroarbeit am Computer mit Auto-CAD (Zeichnen von Plänen)

unter Verwendung zweier Bildschirme, einer ergonomischen Maus und einem höhenverstellbare n Pult – zum Wechseln zwischen Stehen und Sitzen – und gelegentlichen Besprechungen (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 3 f., S. 10, S. 14, S. 18 , S. 23, S. 26, S. 31 ).

Zudem konnte Dr. phil. F.\_\_\_\_

durch die Messung der Aufmerksamkeitsfunktionen am Ende des Untersuchungsmorgens aufzeigen , dass ,

wenn der Beschwerdeführer in seinem – eher langsamen - Arbeitstempo arbeiten kann , er qualitativ recht stabile und gute Leistungen erbringen kann und es bei solchen Arbeitsbedingun gen auch bei längere r Belastung nicht zu Ermüdungserscheinungen kommt (E. 3.6).

Dr. phil. I.\_\_\_\_ führte hingegen im Jahr 2017 keine eigene Untersu chung durch. Ihr e letzte eigene Untersuchung datiert vom Oktober 2011 ( Urk. 5/192 S. 4) und liegt damit sechs Jahre vor der Untersuchung durch die Z.\_\_\_\_ -Gutachter. Ihre damalige Einschätzung einer Einschränkung der Arbeitsfä h igkeit als Elektroplaner von 30 % aus neuro psycho logischer Sicht (vgl. Urk. 5/129/504-514 S.

8) vermag deshalb die Beurteilung von Dr. phil. F.\_\_\_\_ allein aufgrund der grossen zeitlichen Distanz nicht in Frage zu stellen, zumal bereits im Schlussbericht der L.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2013 (Urk. 7/70) über die Arbeitsabklärung als Elektroplaner erwähnt wurde, dass sich bei Möglichkeit zu gelegentlichen kurzen Entlastungspausen allfällige neuropsychologische Defi zite nicht leistungseinschränkend manifestiert hatten (S. 12) .

Nach dem Gesagten verm ag die Kritik beziehungsweise die Einschätzungen v on Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. phil. I.\_\_\_\_ die Schlussfolgerungen der Z.\_\_\_\_ -Gut - achter nicht in Frage zu stellen.  
4.3 4.3.1

Der Beschwerdeführer brachte in seine Beschwerde (Urk. 1) – neben der auf die Schreiben seiner Behandler gestützte Kritik (E. 3.3), auf welche bereits oben in E. 4 .2 eingegangen wurde

- weitere Kritik am Z.\_\_\_\_ -Gutachten vor. 4.3.2

Im Zusammenhang mit seiner Kritik am psychiatrischen Teilgutachten vertrat der Beschwerdeführer zudem die Ansicht, dass die Rechtsprechung, welche bei gerin gen Zweifeln an der Zuverlässigkeit versicherungsinterner ärztliche r Feststellun gen die Einholung eines externen Gutachtens vorsieht, mutatis

mutandis auf das Gerichtsverfahren zu übertragen ist, sodass auch bei nur geringen Zweifeln an externen Gutachten ein Gerichtsgutachten einzuholen sei (Urk. 1 S. 6). Diese Argumentation verfängt nicht. Gerade

unter Beachtung der Divergenz von medi zinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag kann es nicht angehen, ein Administrativgutachten stets durch anderslautende Einschätzungen und Kritik der Behandler in Frage zu stellen, sofern objektiv feststellbare Gesichtspunkte erkannt und gewürdigt wurden und die Gutachter

– wie vorliegend der Fall – lege artis vorgegangen sind ( Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. Novem ber 2015 E 4.1 ). 4.3.3

Was den Vorwurf am neurologischen Teilgutachten angeht, der Z.\_\_\_\_ -Gutachter habe in einer «es-kann-ja-nicht-sein-dass-Argumentation» , ohne gebührend auf den Einzelfall einzugehen, die Diagnose eines organischen Psychosyndroms verneint (vgl. Urk. 1 S. 11 f.), ist zu entgegnen, dass dieser – wie aufgezeigt (vgl. E. 4.2.2) - sich

eingehend mit der Thematik einzelfallbezogen auseinandersetzte und auf überzeugende Art und Weise eine solche Diagnose verneinte.

Darüber hinaus ist, was die Uneinigkeit zwischen Dr. C.\_\_\_\_ und Dr. J.\_\_\_\_ betreffend die Diagnose einer Contusio

capitis oder eines organischen Psychosyndroms angeht, darauf hinzuweisen, dass es ininvalidenversicherungsrechtlich nicht auf die Diagnose ankommt , sondern einzig darauf, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat ( 144 V 245

E. 5 . 5 . 2 ). Eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit aufgrund einer somatischen Hirnverletzung konnte , wie gesagt, aber nicht festgestellt werden. 4.3.4

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 14-17) ist das neuropsychologische Teilgutachten auch nicht widersprüchlich .

Was den Punkt bezüglich einer fortschreitenden Ermüdbarkeit des Beschwerdeführers anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung angeht, ging der Z.\_\_\_\_ -Gutachter nie davon aus, dass es eine solche nicht vorliegen würde. Er zeigte lediglich nachvollziehbar auf , dass wenn der Beschwerdeführer nicht unter Zeitdruck Tätigkeiten erledigen muss , sondern in seinem langsamen Arbeitstempo arbeiten kann , stabile und gute Leistungen zeigt und es unter solchen Bedingungen auch nach längerer Belastung nicht zu Ermüdungserscheinungen kommt . Die Voraussetzungen dafür sieht der Z.\_\_\_\_ -Gutachter unter Kenntnis der Arbeitsverhältnisse bei seiner jetzigen Arbeitstätigkeit als ideal gegeben an. In der Untersuchungssituation mit den zahlreichen Testungen bestand jedoch zeitweise eine andere, strengere Form der Belastung, weshalb es zu Ermüdung kam, welche er mit einer kurzen (Rauch-) Pause begegnet worden ist (vgl. E. 3.6, E. 4.2.2) .

Eine Verknüpfung zwischen Intelligenzniveau und Aufmerksamkeit/ Konzentration, wie vom Beschwerdeführer mit Verweis auf S. 34 des Gutachtens kritisiert , fand nicht statt, wie ein Blick auf diese Seite ohne Weiteres aufzeigt ,

werden da doch die Kategorie «Intelligenz» und «Aufmerksamkeit/Konzentration» separat geführt und im jeweiligen Fliesstext findet

sich keine Rückkoppelung auf das andere Kriterium (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 34) .

Hinweise, dass der neuropsychologische Gutachter aus den Testresultaten falsche Schlüsse gezogen hätte, lassen sich keine finden. Insbesondere ging er – entgegen der Behauptung des Beschwerdeführers ( Urk. 1 S. 16 Mitte) – nie davon aus, dass der Beschwerdeführer in der Testung besser abgeschnitten hätte , wenn er mehr Zeit gehabt hätte . Sondern er zog aus den vorliegenden Resultaten – unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die unterdurchschnittlichen bis weit unterdurchschnittlichen Testergebnisse fast ausschliesslich Messungen des Verarbeitungstempos betrafen, nicht jedoch qualitative Messungen (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 32-35, E. 3.6)

– nachvollziehbar den Schluss, dass wenn der Beschwerdeführer nicht unter Zeitdruck Tätigkeiten erledigen muss, sondern in seinem langsamen Arbeitstempo arbeiten kann, stabile und gute Leistungen zeigt und es unter solchen Bedingungen auch nach längerer Belastung nicht zu Ermü dungserscheinungen kommt (Urk. 5/181/2-41 S. 34 f., E. 3.6).

Inwiefern die Ergebnisse im Schlussber icht der L.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2013 (Urk. 7/70) zum neuropsychologischen Teilgutachten in Widerspruch stehen sollen, wie vom Beschwerdeführer behauptet (Urk. 1 S. 17 Ziff. 17), ist nicht ersichtlich und wird von diesem auch nicht aufgezeigt. Vielmehr stütz en dies e die Ansicht der Gutachter, dass der Beschwerdeführer in seiner aktuellen Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig ist (vgl. E. 4.2.2).

#### 4.4 4.4.1

Nach dem Gesagten kann auf das Z.\_\_\_\_ -Gutachten abgestellt werden. Der medizi nische Sachverhalt ist damit erstellt und die vom Beschwerdeführer eventualiter beantragten weiteren medizinischen Abklärungen (Urk. 1 S.

2) erübrigen sich. Weitere entscheidwesentliche Erkenntnisse sind davon nicht zu erwarten ; insbesondere auch nicht aus einer Rückfrage beim Arbeitgeber (antizipierte Be weiswürdigung; BGE 122 V 157 E. 1d). So wurden die Aussagen des Beschwerdeführers über seine Ermü dbarkeit und Konzentrationsfähigkeit bei längerer Arbeitsdauer von den Gutachtern berücksichtigt und gewertet (vgl. Urk. 5/ 181/2-41 S. 14-15, S. 26 oben, S. 29 unten, S. 31 unten, S. 34 f.; E. 3.6). Zudem war den Gutachtern nach Intervention des Beschwerdeführers der wesentliche Inhalt der Aussagen des Arbeitgebers («Konzentrationsfähigkeit mit zunehmender Arbeitsdauer spürbar leide»; vgl. E. 3.3- 3.5) durch die Schreiben d er Behandler bekannt und durch s ie berücksichtigt worden. Sie vermochten an

deren Einschätzung

nichts zu ändern (vgl. E. 3 .6-7, E. 4.2-3). 4.4.2

In somatischer Hinsicht ist der Beschwerdeführer aufgrund der chronischen Hand-Arm-Nackenbeschwerden der dominanten rechten Seite in seiner ange stammten Tätigkeit als Elektro monteur nicht mehr arbeitsfähig. Es besteht jedoch spätestens seit 13. August 2014 in einer leichten, wechselbelastenden Verweistä tigkeit ohne körperlich schwere oder mittelschwere Tätigkeiten

- wie bei der aktuellen Stelle als Elektroplaner gegeben - eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. E. 3.2, E. 4.1, Urk. 5/181/2-41 S. 11, S. 23, S. 30, S. 35). 4 . 4 . 3

Die Z.\_\_\_\_ -Gutachter attestierten in psychiatrischer Hinsicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, diagnostizierten jedoch eine Neurasthenie und einen Ver dacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung (E.

3.2). Gemäss BGE 143 V 418 sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweis verfahren nach BGE 141 V 281 zu unterzieh en (E. 7.2; vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.1). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (BGE 143 V 409 E. 4.5.2 unter Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3). Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei psychischen Erkrankungen im Regel fall beachtlichen

Standardindikatoren (BGE 143 V 418, 143 V 409, 141 V 281) hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) - Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) - Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen, E. 4.3.2) - Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) - Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens, E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Beweisrechtlich entscheidend ist der verhaltensbezogene Aspekt der Konsistenz (BGE 141 V 281 E. 4.4; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_604/2017 vom 15. März 2018 E. 7.4).

Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» ist festzuhalten, dass aus klinisch psychiatrischer Sicht eher geringe Befunde in Form von erhöhter Reizbarkeit, Schlafstörung und Rückzug/Abkapselung bei schneller Reizüberflutung vorliegen (Urk. 5/181/2-41 S. 15 unten). Hinsichtlich Behandlungserfolg respektive

- resistenz ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer seit Juli 2012 im Abstand von 3-4 Wochen bei Dr. A. in psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung war (vgl. Urk. 5/166/3-7), jedoch mindestens vorübergehend überhaupt keine psychotherapeutische oder medikamentöse Therapie in Anspruch genommen hat. So setzte er im April 2017 die Medikamente ab (wenn auch durch Gewichtszunahme indiziert), erschien nicht mehr zu den Terminen und war für seinen Behandler Dr. A. - ohne ersichtlichen Grund - auch nicht mehr telefonisch erreichbar. Erst Mitte September 2017 - um die Zeit, als die Z. -Begutachtung unmittelbar bevorstand (vgl. Urk. 5/179 S. 2) - meldete er sich wieder bei Dr. A. (vgl. Urk. 5/192/1-2 S. 2). Als Komorbidität zu berücksichtigen sind die bestehenden somatischen Beschwerden, denn diese beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit zweifellos negativ. So ist der Beschwerdeführer in seiner über Jahre ausgeübten angestammten Tätigkeit als Elektroinstallateur

dauerhaft nicht mehr arbeitsfähig. Zum Komplex «Persönlichkeit» ergeben sich keine Auffälligkeiten (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 13 f., S. 16 Mitte). Damit ist kein strukturelles Defizit im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik erkennbar, welches im Rahmen der Ressourcenprüfung negativ ins Gewicht fallen würde.

Entgegen seiner Ansicht (vgl. Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 25) sind als Ressourcen, die zum Komplex «sozialer Kontext» zählen, das familiäre und soziale Umfeld zu nennen, auch wenn die Ehefrau mit dem gemeinsamen Sohn aus finanziellen Gründen in Kroatien lebt. So besucht er diese regelmässig zwei- bis viermal jährlich. Im August 2017 hat er einen Monat in Kroatien verbracht.

Er erhält regelmässig Besuch von seiner Schwester und Kollegen oder geht mit diesen auf einen Spa ziergang. Weiter

hat er mehrere Cousins und Cousinen in der Schweiz (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 13). Zudem arbeitet er seit Mai 2014 halbtags, wobei seine Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit mit den Mitarbeitenden als sehr gut bewertet wurde (Urk. 5/78 S. 2).

Damit enthält der Lebenskontext des Beschwerdeführers mehrere sich positiv auf seine Ressourcen auswirkende Faktoren.

Was die Kategorie „Konsistenz“ anbelangt ist zu bemerken, dass der Tagesablauf des Beschwerdeführers unauffällig ist. Er steht um ca. 6:00 Uhr auf,

fährt mit dem Auto oder dem Zug zur Arbeit, welche um 7:30 Uhr beginnt und bis 11:45 Uhr dauert. Im Anschluss geht er nach Hause und legt sich ein bis zwei Stunden hin. Danach unternimmt er Spaziergänge oder erhält Besuch von seiner Schwester oder Kollegen. Abends kocht er ab und zu gemeinsam mit seiner Schwester, schaut noch fern oder blättert in einer Zeitschrift. An den Wochenenden hält er sich zuhause auf, schaut viel Sport im TV, kauft ein und geht mit Kollegen spazieren. Zwei- bis vier mal im Jahr reist er nach Kroatien. Zudem nimmt er regelmäßig Arzttermine wahr (vgl. Urk. 5/181/2-41 S. 12 f.).

Diese Umstände sprechen gegen eine massgebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit in sämtlichen Lebensbereichen.

Zusammenfassend ist bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren und insbesondere mit Blick auf die inexistenten gleichmässigen Einschränkungen des Aktivitätensniveaus in Einklang mit dem Z.\_\_\_\_-Gutachten

eine

relevante Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit aufgrund der psychischen Leiden des Beschwerdeführers nicht mit dem nötigen Mass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. 5.

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