

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00121 vom 29. März 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-03-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2020.00121](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2020.00121)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00121 du 29 mars 2021

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2020.00121 del 29 marzo 2021

## Erwägungen

### E. 1

X.\_\_\_\_, geboren 1961, ist gelernter Landwirt und Spengler -Sanitär installateur

(Urk. 7/5/6). Ab September 2012 arbeitete er als Schwimmbadtechniker (Urk. 7/16/5; Urk. 7/23/13). Dabei rutschte er am 8. Februar 2018 mit dem Werkzeugkoffer auf einer schneebedeckten Schalttafel aus (Urk. 7/10/3). Am Folgetag wurde

im Y.\_\_\_\_ ein Status nach Kopf- und Handgelenkskontusion diagnostiziert (Urk. 7/10/14). Das Arbeitsverhältnis wurde im gegenseitigen Einvernehmen per 31. Januar 2019 beendet (Urk. 7/23/13).

Mit Formular vom 30. Juli 2018 hatte

sich der Versicherte infolge Schlaflosigkeit wegen Geräusch-, Kopf- und Nackenschmerzen sowie einer Konzentrationsstörung und Schwindel zum Leistungsbezug bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, angemeldet (Urk. 7/5). Diese zog die Akten des zuständigen Unfallversicherers, der Suva, bei (Urk. 7/10, 7/23 und 7/29) und holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (IK) ein (Urk. 7/16).

Am 12. März 2019 teilte sie dem Versicherten schriftlich mit, dass zurzeit keine Eingliederungsmassnahmen möglich seien (Urk. 7/24).

Derweilen stellte die Suva ihre Leistungen gestützt auf die kreisärztliche Aktenbeurteilung vom 25. Juli 2019 (Urk. 7/29/16 ff.) mangels eines adäquaten Kausalzusammenhangs zwischen dem Ereignis vom 8. Februar 2018 und den noch geklagten, organisch nicht hinreichend nachweisbaren Beschwerden per 12. August 2019 ein (Urk. 7/29/6 f.). Die IV-Stelle holte aktuelle Verlaufsberichte bei den behandelnden Ärzten ein (Urk. 7/32 und 7/34), bevor sie dem Versicherten mit Vorbescheid vom 21. November 2019 die Verneinung eines Leistungsanspruchs gegenüber der Invalidenversicherung in Aussicht stellte (Urk. 7/40). Aufgrund seines Einwands (Urk. 7/41) legte sie die Akten dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) zur Prüfung vor

(Urk. 7/43/5 ff.). Schliesslich verfügte die IV-Stelle am 17. Januar 2020 wie angekündigt (Urk. 2).

### E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer

Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) Versicherte, die: a.

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

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

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

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

### **E. 1.3**

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. 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, 128 V 29 E. 1).

## **E. 2**

Gegen diesen Entscheid erhob der Versicherte mit Eingabe vom 11. Februar 2020 Beschwerde. Darin beantragte er sinngemäss, ihm sei eine ganze Rente zuzusprechen (Urk. 1). Die IV-Stelle schloss in der Beschwerdeantwort vom 20. April 2020 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 6). Die Beschwerdeantwort wurde dem Versicherten mit Verfügung vom 30. April 2020 zur Kenntnis gebracht (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog im angefochtenen Entscheid, die geklagten Beschwerden seien nicht hinreichend nachweisbar. Eingliederungsmassnahmen mit einer langsamen und stetigen Steigerung der Arbeitsleistung wären möglich, jedoch wolle sich der Beschwerdeführer noch etwas Zeit geben. Im Vordergrund stünden der Hausbau und

Umzug . Es sei somit keine gesundheitliche Beeinträchtigung ausgewiesen, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründe (Urk. 2). In der Beschwerdeantwort fügte sie an, die bisherige Tätigkeit als Schwimmbadtechniker sei ihm vollumfänglich zumutbar; Einschränkungen könnten durch die zahlreich vorhandenen Ressourcen (Fahrrad fahren, lange Spaziergänge, leichte Haushaltarbeiten, Befassung mit dem Hausbau) kompensiert werden (Urk. 6 Ziff. 4).

## **E. 2.2**

). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es an diesem Nachweis, hat die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen der Beweislosigkeit zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; vgl. BGE 144 V 50 E. 4.3).

Dabei ist es nicht Aufgabe der Rechtsanwendung, die medizinischen Befunde einzeln oder separat zu prüfen, sondern anhand dieser Vorgehensweise gesamthaft die funktionellen Folgen eines oder mehrerer entsprechender Leiden zu würdigen . Entscheidend für die Berücksichtigung als rechtlich bedeutsame Komorbidität ist deshalb nicht die invalidenversicherungsrechtliche Relevanz einer einzelnen Störung, sondern ihre ressourcenhemmende Wirkung (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_175/2018 vom 27. September 2018 E. 4).

Die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens zu beachtenden Standardindikatoren hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) mit den Komplexen «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1; Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome [E. 4.3.1.1]; Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [E. 4.3.1.2]; Komorbiditäten [E. 4.3.1.3]), «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen [E. 4.3.2]) und «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) sowie Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens [E. 4.4]) mit den Faktoren gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) und behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2).

## **E. 3**

Notfallmässig stellte sich der Beschwerdeführer am 27. März 2018 im B.\_\_\_\_ vor. Er gab an , dass er eigentlich wieder arbeiten wolle , aber wegen des Tinnitus/Kompressor Geräusches im Hinterkopf kaum schlafen könne . Die Nacken-/Kopfschmerzen seien etwas besser, sobald er aber den Kopf drehe, werde der «Lärm im Kopf» wieder lauter und er habe zunehmend Schmerzen, teils einschiessend. Nach eingehender Untersuchung wurden im B.\_\_\_\_ ein zervikales Schmerzsyndrom sowie ein Tinnitus diagnostiziert, die Analgesie ausgebaut und zusätzlich

Sirdalud verschrieben. Es wurde angemerkt , man habe bewusst keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und den Beschwerdeführer zur Weiterbetreuung an die Rheumatologie überwiesen (Urk. 7/29/75).

### **E. 3.1**

Dem Bericht der

Y.\_\_\_\_ zur Konsultation vom 9. Februar 2018 ist zu entnehmen, der Beschwerdeführer sei am Vortag auf einem Brett ausgerutscht, beidseits einen Koffer von je 25 kg tragend . Dabei habe er wahrscheinlich beide Handgelenke überdehnt und sei rücklings auf den Kopf ( Bauhelm ) aufgeschlagen. Bewusstlosigkeit, Erbrechen und Sehstörungen würden verneint, aber

über ein teils leichtes Schwindelgefühl und Übelkeit berichtet . Leitsymptom seien Schmerzen im Nacken und im linken Handgelenk. Er

habe den ganzen Tag gearbeitet, was so

lala gegangen sei. Klinisch mache er den Eindruck, soweit ok, aber schmerzgeprägt zu sein . Die Schmerzen würden als wechselhaft beschrieben und mit 8 bis 10 [auf der analogen Schmerzskala] bewertet . Es komme zu einem plötzlich einschliessenden Schmerz, der mit 10/10 angegeben werde . Im CT des Schädels und der Halswirbelsäule (HWS) fänden sich keine Anhaltspunkte für eine Blutung oder eine sonstige relevante Pathologie (dazu im Detail Urk. 7/29/88: Osteochondrosen der HWS sowie bilaterale Fazettengelenksarthrosen , aber keine posttraumatischen Veränderungen und keine Frakturen nachweislich). Gestützt hierauf diagnostizierte die Allgemeinmedizinerin Dr. med. Z.\_\_\_\_

einen Status nach Kopf- und Handgelenkskontusion beidseits, verordnete Analgesie und attestierte eine volle Arbeitsunfähigkeit bis 14. Februar 2018 (Urk. 7/29/272 f.).

### **E. 3.2**

Zu seinem Untersuchen vom 2. März 2018 auf hausärztliche Zuweisung hielt der Otorhinolaryngologe

Dr. med. A.\_\_\_\_

fest, es

bestehe eine beidseitige Hochton- Innenohrschwerhörigkeit, vergleichbar mit den Vorwerten aus dem Jahr 2017. Es bestünden weder Spontan- noch Kopfschüttelnystagmen . Die Lagerungsprüfung falle unauffällig aus. Im Bereich der nuchalen Halsmuskulatur seien deutliche Triggerpunkte auslösbar. Rund einen Monat nach dem Treppensturz auf den Hinterkopf fänden sich somit immer noch deutliche Schmerzereignisse im Bereich der nuchalen Halsmuskulatur. Der zeitgleich aufgetretene Tinnitus müsse im Sinne einer Contusio

Labyrinthi interpretiert werden, wenn auch eine zusätzliche Höreinschränkung nicht dokumentiert werden könne (Urk. 7/257).

### **E. 3.9**

Die Suva hatte

im Hinblick auf die abschliessende sozialversicherungsrechtliche Beurteilung bereits am 3. Mai 2019 ein weiteres MRI der HWS durchführen lassen . Unauffällig zur Darstellung kam dabei die Artikulation zwischen C1 und C2. Es zeigten sich eine aktivierte Osteochondrose C4/5 mit Typ Modic I-Veränderungen und degenerativ bedingte foraminale Stenosen C4/5 und C5/6 mit Beeinträchtigung der C5- und C6-Wurzeln beidseits (Urk. 7/29/36 f.).

In der letzten kreisärztlichen Aktenbeurteilung vom 27. Juli 2019 kam der Neurologe Dr. med. F.\_\_\_\_ zum Schluss, die typischen degenerativen Veränderungen im unteren Bereich der HWS seien ohne Kausalzusammenhang zum Unfall (Urk. 7/29/19). Abgestützt auf die

verfügbare Dokumentation, einschliesslich der bildgebenden Diagnostik, könne zusammenfassend festgestellt werden, dass sich der Beschwerdeführer durch den Sturz aus dem Stand auf den Hinterkopf überwiegend wahrscheinlich keine strukturelle Verletzung im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems zugezogen habe. Eine unfallbedingte Pathologie im Bereich des Kopfes oder der HWS habe bilddiagnostisch nicht festgestellt werden können. Diagnostisch könne deshalb der Einschätzung der erst behandelnden Dr. Z. \_\_\_ gefolgt werden, wonach der Beschwerdeführer überwiegend wahrscheinlich eine Kopf- und Handgelenkskontusion beidseits erlitten habe. Nach einer Kopfkontusion auftretende Beschwerden würden in der Regel innerhalb von Tagen bis Wochen abheilen. Ein über drei Monate andauernder zervikozephaler Schmerz könne nicht mit dem notwendigen Beweisgrad kausal auf den Unfall zurückgeführt werden (Urk. 7/29/20).

Mitunter gestützt auf diese Beurteilung hielt alsdann der RAD-Arzt Dr. med. G. \_\_\_ , Facharzt für Chirurgie, am 16. Oktober 2019 fest, der Beschwerdeführer sei in jeglicher Tätigkeit seit jeher zu 0 % arbeitsunfähig. Die Arztberichte seien schlüssig und die angeführten medizinischen Fakten nachvollziehbar. Er wies darauf hin, dass aktenkundig dem Beschwerdeführer ab dem 6. Mai 2019 als Schwimmbadtechniker noch immer eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert werde, diesbezüglich jedoch keine funktionellen Einschränkungen bestünden und die Diskrepanzen in den Angaben des Beschwerdeführers zu seinen Aktivitäten nirgends plausibilisiert würden (Urk. 7/43/5 f.). 4.

#### **E. 4**

Im

Bericht der Klinik für Rheumatologie des B. \_\_\_

vom 26. April 2018 ( zum entsprechenden Eintrag in der Krankengeschichte, Urk. 7/29/241 f.) wurde festgehalten, der Beschwerdeführer sei mit zwei Koffern bepackt auf dem letzten Tritt auf dem Schnee ausgerutscht und mit dem Hinterkopf auf die Treppe gestürzt. Der innere Teil seines Helms sei in zwei Teile gespalten worden. Danach sei er noch nach vorne gestürzt, aber ohne Kopfanprall frontal. Im Anschluss sei ihm etwas unwohl gewesen, doch er habe weitergearbeitet und versucht, den Hinterkopf zu kühlen. Direkt nach dem Unfall habe er ein Surren im Kopf und ein Ziehen im Nacken beidseits bis zum Hinterkopf bemerkt. Drei Tage

habe er Durchfall gehabt. Er sei für

ca. eine Woche krankgeschrieben worden und habe danach

zwölf Tage gearbeitet, was nicht gut funktioniert habe, da er beruflich viel mit dem Auto unterwegs gewesen sei. Beim Autofahren habe er sich wegen des Surrens im Kopf und Schlafmangels kaum konzentrieren können.

Vom HNO-Arzt habe er NSAR und

Sirdalud verschrieben erhalten, was nicht so viel geholfen habe. Die vier Termine Physiotherapie hätten bereits etwas geholfen. Aktuell störe ihn das ständige Surren im Ohr, das ihn auch am Schlafen hindere. Bereits normales Laufen verstärke dieses. Schmerzen habe er noch am Hinterkopf, nicht mehr am Nacken. Zuvor habe er täglich Sport getrieben, nämlich Velofahren und Joggen. Das könne er nicht mehr. Beim Unfall habe er

beide Daumen überstreckt. Ein Röntgen der Hände sei unauffällig gewesen und Voltarengel habe gut geholfen. Seit dem Unfall habe er Sehstörungen nach längerem Lesen; die Zeilen würden verschwimmen und die Augen müde werden (Urk. 3/1 S. 1 f.).

Beim Röntgen von Hals- und Brustwirbelsäule am 6. April 2018 (vgl. Urk. 7/29/83) hätten sich verglichen mit dem CT

vom 9.

Februar 2018 stationäre diffuse degenerative Veränderungen der Halswirbelkörper (HWK) 3 bis 6 mit geringer ventraler Spondylose gezeigt. Im Vergleich zur Untersuchung vom 19. Mai 2010 seien degenerative Veränderungen am thorako-lumbalen Übergang mit geringer Spondylose sowie eine Skoliose

ersichtlich. Das dorsale und ventrale Alignment seien erhalten. Es bestünden keine höhengeminderten Wirbelkörper oder Hinweise für eine Fraktur. In Zusammenschau der Befunde interpretiere man die Beschwerden im Kontext eines zervikozephalen Schmerzsyndroms. Im Rahmen dessen fänden sich segmentale Dysfunktionen der oberen HWS mit sekundär myofaszialen Befunden an den okzipitalen Insertionsstellen. Eine Assoziation von Schwindel, Kopfschmerzen und Tinnitus werde nicht selten beobachtet bei Dysfunktionen der oberen HWS. Zum Ausschluss struktureller Ursachen habe man ein konventionelles Röntgenbild ergänzt, das einzig degenerative Veränderungen, betont an der unteren HWS mit ventraler Spondylose gezeigt habe. Diese erachte man als nicht ursächlich für die aktuelle Problematik. Begünstigend für ein Unterhalten der Beschwerde seien eine Fehllage der Wirbelsäule mit Schulter- und Kopfprotraktion, eine rechtskonvexe thorakale Skoliose und Hyperkyphosierung der BWS. Empfohlen werde die Fortsetzung der Physiotherapie. Ergänzend könne eine manuelle Therapie zur Traction der HWS mit Mobilisierung ohne Impuls versucht werden.

Dem Beschwerdeführer sei empfohlen worden, eine angepasste Tätigkeit ohne Tragen schwerer und mittel schwerer Lasten zu beginnen (Urk. 3/1 S. 2 f.) 3.

#### **E. 4.1**

In Würdigung der vorstehend zitierten Unterlagen ist festzuhalten, dass trotz umfangreicher, fachspezifischer Abklärungen kein organisches Korrelat für die vom Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartjahres im Februar 2019

noch geklagten Beschwerde eruiert werden konnte. Diesbezüglich liegen weder sich widersprechende Befunde noch gegensätzliche ärztliche Beurteilungen vor (vgl. dazu auch die «Beurteilung» des Kreisarztes, Urk. 7/29/19 f.). Dies gilt auch für die Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_, welche dem Beschwerdeführer als einzige eine Arbeitsunfähigkeit

bescheinigte (vgl. E. 3.8).

Insbesondere ergaben sich im Rahmen der bildgebenden Abklärungen von Kopf, HWS und BWS keine Anhaltspunkte für eine unfallbedingte strukturelle Läsion (vgl. E. 3.1, 3.4, 3.6 und 3.9). Ebenso wenig liess sich eine zusätzliche Beeinträchtigung des Gehörs

(vgl. E. 3.2, 3.3 und 3.5) oder die geklagten Handbeschwerden in den apparativen Untersuchungen

objektivieren (vgl. E. 3.6). Die eingeschränkte Halsbeweglichkeit wurde als altersentsprechend beurteilt (vgl. Urk. 7/29/104)

und die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule, vorab der unteren HWS, sind weder unfallbedingt, noch vermögen sie die angegebenen Beschwerden zu erklären (vgl. E. 3.4 und 3.9). Dementsprechend gab der Beschwerdeführer auch an, vor dem Unfall – trotz bestehender degenerativer Veränderungen – beschwerdefrei gewesen zu sein (vgl. Urk. 7/29/208).

Im Bericht der Rheumatologie des B.\_\_\_\_ findet sich einzig der Hinweis, dass sich bei segmentalen Dysfunktionen der oberen HWS nicht selten Assoziationen von Schwindel, Kopfschmerzen und Tinnitus finden, und es wird diesbezüglich auf sekundäre myofasziale Befunde an den okzipitalen Insertionsstellen hingewiesen (vgl. E. 3.4).

Ebenso erwähnte Dr. D.\_\_\_\_ klinisch segmentale Irritationszonen vor allem der oberen HWS und eine Druckdolenz der Muskelansatzstellen (vgl. E. 3.6). Dabei handelt es sich um Erklärungsansätze für die geklagten Beschwerden, nicht aber um klinische Befunde, die auf konkrete Beschwerden in einem bestimmten Ausmass schliessen lassen würden. Es bleibt anzufügen, dass in der jüngsten Bildgebung die Artikulation zwischen C1 und C2 als unauffällig sowie die mässig gradige

Osteochondrose

erst beginnend auf Höhe C3/4 beschrieben wurden (vgl. E. 3.9). Beim zerviko-zephalen Syndrom spielen denn auch oftmals psychosomatische Faktoren eine Rolle (vgl. Alfred Debrunner, Orthopädie. Orthopädische Chirurgie, Studienausgabe der 4. Aufl. 2005, S. 800).

#### **E. 4.2**

Aus somatischer Sicht können daher einzig eine Handgelenks- und Kopfkontusion als mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt gelten (vgl. E. 3.1 und 3.9). Bei der ebenfalls diagnostizierten Contusio

labyrinthi handelt es sich bloss um eine Vermutung aufgrund des angegebenen, erst seit dem Unfall bestehenden Tinnitus (vgl. E. 3.2).

Gleiches gilt schon angesichts der Formulierung («wohl») für das kraniozervikale Beschleunigungstrauma und das trotz unauffälliger neurographischer Untersuchung im Zusammenhang mit den Handbeschwerden als dennoch möglich erachtete Irritationssyndrom (vgl. E. 3.6).

Wie der Kreisarzt darlegte, heilen nach einer Kopfkontusion auftretende Beschwerden gewöhnlich innerhalb von Tagen bis Wochen ab, weshalb ein über drei Monate andauernde

zervikozephaler Schmerz nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf den Sturz auf den Hinterkopf zurückgeführt werden kann (vgl. E. 3.9). Gleiches gilt im Übrigen für die nach einem kraniozervikalen Beschleunigungstrauma auftretenden Beschwerden (vgl. Alfred Debrunner, Orthopädie. Orthopädische Chirurgie, Studienausgabe der 4. Aufl. 2005, S. 805).

Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die ein Jahr nach dem Unfall noch geklagten Beschwerden wie Schwindel, Schlafprobleme, Tinnitus, Geräusch im Hinterkopf, Schmerzen im Kopf- und Nackenbereich sowie teilweise Konzentrations- und Wortfindungsschwierigkeiten

nicht auf objektive Befunde zurückgeführt werden können , auch wenn

der Beschwerdeführer unstrittig eine Kopfkontusion erlitten hat . Dies gilt insbesondere auch für das Ausmass der Beschwerden.

Dem Beschwerdeführer wurde schliesslich einzig von seiner Hausärztin eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. E. 3.8) . Alle übrigen Ärzte , die sich zur Arbeitsfähigkeit äusserten, befürworteten die sofortige Wiederaufnahme

der bisherigen Tätigkeit (vgl. E. 3.3, 3.5 und 3.9) . Eine Ausnahme bildet der Bericht der Klinik

für Rheumatologie des B.\_\_\_\_ . Darin

wurde ein Belastungsprofil für eine angepasste Tätigkeit ( ohne Tragen von schweren und mittelschweren Lasten ) definiert (vgl. E. 3.4) , was zumindest insoweit als fragwürdig erscheint, als der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Schwimmbadtechniker vor dem Unfall ohne Beschwerden ausübte und keine unfallbedingten Befunde erhoben wurden .

### **E. 4.3**

Mit Blick auf allfällige psychische Beschwerden ist hervorzuheben, dass der Beschwerdeführer soweit aktenkundig seit dem Unfall weder eine psychiatrische noch ( abgesehen von tief dosiertem Trittico und einem Versuch mit Trittico

retard , insbesondere E. 3.6 ) eine nennenswerte psychopharmakologische Behandlung wahrnahm . Der ihn behandelnde Psychologe erhob in seinem Bericht weder einen psychopathologischen Befund, noch stellte er eine psychiatrische Diagnose oder attestierte eine Arbeitsunfähigkeit .

Er beschrieb lediglich die bekannten, mehrfach abgeklärten körperlich imponierenden Beschwerden und konstatierte , dass dem Beschwerdeführer der Umgang mit denselben aufgrund seines Selbstbildnisses und seiner Ungeduld schwer falle . Gleichzeitig beschrieb er eine Besserung der kognitiven Einbussen bis zum Ablauf des Wartjahres (vgl. E. 3.7) .

### **E. 5**

Später liess die Suva den Beschwerdeführer im

C.\_\_\_\_ des B.\_\_\_\_ abklären . Gemäss Bericht zur Konsultation vom 29. November 2018 gab er an, auf einer mit Schnee bedeckten Schalttafel ausgerutscht und rückwärts mit hoher Geschwindigkeit mit dem Kopf auf einer Holzkannte aufgeschlagen zu sein , so dass sein Helm zerbrochen sei. Er sei nicht bewusstlos gewesen und habe weitergearbeitet. Erst am Abend habe er über eine ausgeprägte Müdigkeit und Nackenstarre geklagt. Er habe ca. vier Tage Durchfall gehabt, aber keine Übelkeit oder Erbrechen. Im Verlauf sei es zu täglich rezidivierenden, einschliessenden Schmerzen okzipital beidseits gekommen mit Ausstrahlen nach parietal sowie in die Ohren. Er habe ein brennendes Gefühl im Hinterkopf. Zudem bestehe seit dem Unfall ein konstantes Summen/Rauschen in beiden Ohren, welches sich ohne eindeutig abgrenzbaren Auslöser rezidivierend verstärke und dann wieder spontan abnehme, aber nie vollständig regredient sei (Urk. 7/29/122).

Aktuell berichtet der Beschwerdeführer über einen störenden Tinnitus auf beiden Ohren sowie über störende Verspannungen/Schmerzen im Nacken, wofür er bei einem Osteopathen in Behandlung sei. Er höre aufgrund der Überlagerung durch den Tinnitus

weniger gut, wobei er schon seit dem 18. Lebensjahr zum Teil Probleme mit dem Sprachverstehen habe. Einschliessende Kopfschmerzen würden aktuell noch ca. dreimal wöchentlich auftreten. Über einen eigentlichen Dreh- oder Schwindel berichtete er nicht, aber es sei ihm einige Male Schwarz vor Augen geworden, begleitet von vegetativen Beschwerden. Er befürchte eine Bewusstlosigkeit und verzichte deshalb auf das Lenken des Autos. Er habe eine vermehrte Lärm-, nicht aber Lichtempfindlichkeit bemerkt. An Medikamenten nehme er Solmag, Rezirkane und Eltroxin ein (Urk. 7/29/122 f.).

Die Ärzte kamen zum Schluss, in der neuro-otologischen Untersuchung und im otorhinolaryngologischen Status seien keine pathologischen Befunde erhoben worden. Im Reintonaudiogramm sei eine symmetrische, hochbetonte leicht- bis mittelgradige sensorineurale Schwerhörigkeit beidseits festgestellt worden. Der Hörverlust nach CPT-AMA betrage rechts 12 % und links 14 %. Bereits im audiometrischen Test vom 6. Januar 2000 habe sich ein Hörverlust nach CPT-AMA von rechts 10 % und links 12 % gezeigt. Als Unfallfolge angegeben werde ein Tinnitus, dessen Entwicklung nicht abgeschätzt werden könne. Anhaltspunkte für eine neuro-otologische Ursache der Schwindelbeschwerden lägen nicht vor. Eine kognitiv-neuropsychologische Beurteilung derselben habe soweit bekannt nicht stattgefunden (Urk. 7/29/123). Da keine pathologischen Befunde objektivierbar seien, spreche aus neuro-otologischer Sicht nichts gegen einen Wiederbeginn mit derselben Tätigkeit. Eine Wiedereingliederung sei ab sofort möglich. Empfohlen werde es müsse

ein konsequenter Lärmschutz (Urk. 7/29/124). 3.

### **E. 5.1**

Aufschlussreich ist der Indikator « gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen ». So ist die vom Beschwerdeführer und seiner Hausärztin postulierte höhergradige bis vollständige Arbeitsunfähigkeit

nicht mit der guten Funktionsfähigkeit des Beschwerdeführers im Alltag

zu vereinbaren. In der Besprechung mit dem Aussendienstmitarbeiter der Suva vom 20. März 2019 (vgl. im Detail Urk. 7/29/61 f.) beschrieb er einen selbstständig gestalteten, strukturierten Tagesablauf, der gut gefüllt mit Aktivitäten ist, die weder mit einem monatelangen massiven Schlafmangel (vgl. dazu auch Urk. 7/29/250 oben, wonach der Schlaf zu Beginn auch noch als deutlich besser eingestuft wurde) noch mit invalidisierenden Schmerzen oder nennenswerten Schwindelbeschwerden in Einklang zu bringen sind. Ergänzend kann auf sein Schreiben vom 29. November 2019 verwiesen werden (Urk. 7/41).

Der Vollständigkeit halber sei angefügt, dass der Beschwerdeführer auch die geplante zwei Wochen Ferien im Ausland wahrnehmen konnte (vgl. Urk. 7/29/208 unten).

Im Wesentlichen hat der Beschwerdeführer, der nach eigenen Angaben bereits früher täglich eine Stunde oder mehr Sport trieb und bei jedem Wetter in der Natur war (vgl. Urk. 7/41/1, Urk. 3/1 S. 2 oben), nach dem Unfall seine Hobbies ausgebaut und war – wie von Anfang an geplant – auf der eigenen Baustelle anwesend. Insbesondere spaziert er täglich 20 km und fährt seit dem Sommer 2018 wieder ein bis drei Stunden Velo pro Tag, wobei er auch grosse Steigungen überwindet und im Winter nur aufhörte, weil es ihm zu kalt war. Er hat die Muse, sich kreativ zu betätigen, sein Hirn zu trainieren und sich über das Tagesgeschehen zu informieren. Neben der Zubereitung von Mahlzeiten erledigt er auch leichte

Hausarbeiten und ist auf seiner Baustelle als Mädchen für Holen/Bringen tätig, sammelt Abfallholz, wischt die Strasse und kümmert sich um kleine Zwischenmahlzeiten für die Arbeiter. Inwieweit etwa die Tätigkeiten auf der Baustelle mit Bücken und Heben/Tragen von schwereren Lasten verbunden sind und ob er ohne den Unfall tatsächlich die Bäume selbst geschlagen und sämtliche Sanitärarbeiten als Eigenleistung erbracht hätte, braucht nicht im Detail geklärt zu werden. Zumindest im Rahmen körperlich leichter Tätigkeiten sind im Privatleben keinerlei Einschränkungen ersichtlich. Nicht nachvollziehbar sind schliesslich seine Angaben zum Autofahren. Einerseits räumte er ein, seit Mai/Juni 2018 wieder allein Auto zu fahren, andererseits gab er an, dies sei aufgrund seiner Beschwerden zu gefährlich. Hätte er effektiv Angst vor plötzlich einsetzenden Beschwerden, würde er auf das Autofahren verzichten, zumal solche auch auf kurzen Strecken auftreten können. 5.5.2

Zum

letzten Indikator « behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck » ist nochmals festzuhalten, dass bisher keine Eingliederung stattfand, so dass hier zu keine Aussagen möglich sind.

Die Behandlungsoptionen sind kaum ausgeschöpft. Bis heute beanspruchte der Beschwerdeführer weder eine psychiatrische noch eine stationäre Behandlung, was gegen einen dekompensierten Tinnitus und ein relevantes Schmerzgeschehen spricht. Insbesondere möglich sein dürfte auch eine intensivere medikamentöse Behandlung, die bis anhin wohl auch an der Bevorzugung phytotherapeutischer Präparate durch den Beschwerdeführer scheiterte. Bereits im Januar 2019 hatte er gegenüber Dr. D.\_\_\_\_ die Einnahme nur folgender Medikamente angegeben: Rezirkane, Trittico, Eltroxin, Solmag, alle vierzehn Tage ein namentlich nicht bekanntes Schlafpräparat und höchstens einmal monatlich ein namentlich nicht bekanntes Schmerzpräparat (Urk. 7/32/11). Dr. D.\_\_\_\_ schlug hierauf umgehend einen Ausbau der Medikation und später eine Umstellung derselben vor. Abgesehen von einem kurzen, durch einen grippalen Infekt beeinträchtigten Versuch mit Trittico

retard wurden keine Medikamentenumstellungen oder diesbezügliche Nebenwirkungen – sei es vor oder nach den Konsultationen bei Dr. D.\_\_\_\_

– näher ausgeführt. Dies spricht klar gegen massivste Schlafprobleme, unerträgliche Schmerzen und gravierende psychische Probleme. 5. 6

Nach BGE 141 V 281

kann der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit, wie dargelegt, nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeigt. Fehlt es daran, ist der Beweis nicht geleistet und nicht zu erbringen, was sich nach den Regeln über die (materielle) Beweislast zuungunsten der rentenansprechenden Person auswirkt (BGE 140 V 50 E. 4.3).

Vorliegend lässt sich anhand der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 – und damit aus der Optik des Rechtsanwenders, der die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen auf ihre sozialversicherungsrechtliche Relevanz und Tragweite hin zu prüfen hat – keine nennenswerte Arbeitsunfähigkeit bestätigen.

Die

## Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit

setzt keine Beschwerdefreiheit voraus

und ist auch nicht erst gegeben, wenn man den eigenen hohen Anforderungen an die Arbeitsqualität und das Arbeitstempo zu genügen vermag (vgl. Urk. 7/29/207). Nach Art. 7 Abs. 2 ATSG massgebend ist allein die objektive Zumutbarkeit. Dem Beschwerdeführer ist deshalb zuzumuten, mit demselben Elan, den er bei seiner Alltags- und Freizeitgestaltung zeigt, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Zwar nachvollziehbar, aber aus Sicht der Invalidenversicherung unbeachtlich ist, dass allenfalls invaliditätsfremde Faktoren wie die geplante Frühpensionierung, die geplante Arbeitspause im Winter bzw. im Zusammenhang mit dem Hausbau, die zunächst offene Fortsetzung des Arbeitsverhältnisses nach dem Umzug und die guten finanziellen Vermögensverhältnisse (vgl. Urk. 7/25/3 f., 7/20 und 7/29/208 oben) seine Motivation zur Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit, vorab beim bisherigen Arbeitgeber, schmälern. 6.

Zusammenfassend lässt sich ein medizinisch nicht fassbares Beschwerdebild, das die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nennenswert beeinträchtigt, weder anhand seiner

Angaben, die auf ein recht aktives Leben schliessen lassen, noch der Befundlage plausibilisieren. Damit soll nicht in Abrede gestellt werden, dass allenfalls noch Restbeschwerden bestehen. Indes konnten deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit trotz entsprechender Abklärungen nicht hinreichend erstellt werden. Die diesbezügliche Beweislosigkeit wirkt sich zulasten des Beschwerdeführers aus (Art. 8 des Schweizerischen Zivilgesetzbuches, ZGB).

Selbst wenn davon ausgegangen würde, der Beschwerdeführer sollte aufgrund der rheumatologischen Befunde künftig nur noch körperliche leichte Tätigkeiten ausüben, und seine bisherige Tätigkeit als Schwimmbadtechniker zählen nicht dazu, führt dies offenkundig

nicht zu einem Rentenanspruch. Das Valideneinkommen wäre anhand des effektiv erzielten Verdienstes festzusetzen, wobei der Beschwerdeführer im Jahr 2016 mit Fr. 85'800.-- den höchsten Verdienst in den letzten fünf Jahren vor dem Unfall erzielte (Urk. 7/4/5). Das standardisierte monatliche Einkommen für männliche Hilfskräfte im selben Jahr

betrug Fr. 5'340.-- (LSE 2016, TOTAL in der Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1). Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. BFS, Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen [NOGA 2008], in Stunden pro Woche, 2004-2018, A-S 01-96) ergäbe sich für das Jahr 2016 somit eine Invalideneinkommen von Fr. 66'803.40 (=

Fr. 5'340.-- x 12

: 40 x 41,7) und damit ein Invaliditätsgrad von 22%. Die Aufrechnung der Nominallohnentwicklung bis zum mutmasslichen Rentenbeginn bei beiden Vergleichseinkommen würde offensichtlich nichts daran ändern, dass der Mindestinvaliditätsgrad von 40%, der Anspruch auf eine Viertelsrente gäbe, nicht erreicht wird. 7.

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand

unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind im vorliegenden Fall auf Fr. 800.-- festzusetzen und vollumfänglich dem Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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

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

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

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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 Die Gerichtsschreiberin Vogel Bonetti

## **E. 5.2**

Bezüglich der Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens

im vorliegenden Fall ist

zunächst auf das Urteil 8C\_175/2018

vom 27.

September 2018 E.6 hinzuweisen, worin das Bundesgericht erörterte, dass in Konstellationen, in welchen – wie vorliegend (vgl. E. 3.2 und 3.5) – keine organisch objektiv ausgewiesene Schädigung als Ursache für den Tinnitus erstellt sei, praxisgemäss eine

Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 vorzunehmen sei.

Des Weiteren vermutete Dr. D.\_\_\_\_ ein kraniozervikales Beschleunigungstrauma (vgl. E. 3.6), wobei sich die invalidisierende Wirkung einer spezifischen und unfalladäquaten HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle sinngemäss nach der Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und damit ebenfalls nach BGE 141 V 281 richtet (vgl. BGE 136 V 279).

Soweit Dr. D.\_\_\_\_ Kopfschmerzen von teils migräneformem Charakter beschrieb (vgl. E. 3.6), ist anzumerken, dass es das Bundesgericht

in

BGE 140 V 290 E. 3 offen liess, ob eine Migräne zu den Krankheitsbildern zählt, die mit etablierten Methoden objektiviert werden können. Indessen hielt es im Wesentlichen fest, grundsätzlich könnten sowohl objektivierbare wie auch medizinisch nicht oder nicht klar fassbare Beschwerdebilder die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit beeinträchtigen und somit einen Rentenanspruch begründen. Entweder müssten die subjektiven Beschwerdeangaben durch damit korrelierende, fachärztlich schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sein oder es sei bei unklaren Beschwerdebildern in Anwendung der

sogenannten Foerster-Kriterien [ inzwischen abgelöst durch die Standardindikatoren ] zu prüfen, ob das Leiden grundsätzlich invalidisierend sein könne (vgl. BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Die subjektiven Angaben der versicherten Person vermöchten eine invalidenversicherungrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres rechts genügend nachzuweisen; es habe stets eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung der geltend gemachten Funktionseinschränkungen zu erfolgen. Dabei könnten Abklärungs- und Beweisschwierigkeiten die Berücksichtigung weiterer Lebens- und Aktivitätsbereiche wie etwa Freizeitverhalten oder familiäres Engagement erfordern, um das Ausmass der Einschränkungen zu plausibilisieren (vgl. BGE 139 V 547 E. 9.1.3), wobei auch fremdanamnestic Angaben zu berücksichtigen seien. Bei medizinisch unklaren Beschwerdebildern nehme die Plausibilitätsprüfung naturgemäss einen besonderen Stellenwert ein, was in der medizinischen Literatur speziell für Kopfschmerzen ausdrücklich hervorgehoben werde.

Als nicht erforderlich erachtete das Bundesgericht die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens etwa beim Cluster-Kopfschmerz mit der Begründung, es handle sich um ein objektivierbares Leiden. Dem Umstand, dass der Nachweis in erster Linie empirisch-klinisch sowie anamnestisch und nicht etwa bildgebend und/oder apparativ zu erbringen ist, trug es dennoch Rechnung. Es postulierte ein besonderes Augenmerk bei der Herleitung und Begründung der Diagnose, gegebenenfalls unter Einbezug eigener Beobachtungen und fremdanamnestischer Angaben, und verlangte bei der Folgenabschätzung, mithin der Beurteilung der Auswirkungen auf das Leistungsvermögen und die Arbeitsfähigkeit, einen konsistenten Nachweis mittels einer sorgfältigen Plausibilitätsprüfung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_350/2017 vom 30. November 2017 E. 5.4).

### **E. 5.3**

Zusammenfassend ist eine Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers im Rahmen eines medizinisch schwer fassbaren Beschwerdebildes nicht von vornherein auszuschliessen. Indessen darf eine solche trotz Beweisschwierigkeiten nicht allein aufgrund seiner subjektiven Beschwerdeklage bejaht werden.

Dies muss umso mehr gelten, als sich Hinweise auf Widersprüche und Ausschmückungen in seinen Ausführungen ergeben, etwa mit Bezug auf die Frage, ob er Auto (vgl. Urk. 7/29/207; Urk. 7/29/61; Urk. 1 S. 1 unten) und Velo fährt (vgl. Urk. 3/1 S. 2 oben; Urk. 7/29/61; ferner Urk. 7/32/7 unten), in welchem Umfang Gliedmassen einschlafen und ein Kraftverlust besteht (vgl. Urk. 7/29/103 f.; Urk. 1 S. 1; Urk. 7/29/206 unten; Urk. 7/29/80), wann Augenprobleme auftraten (vgl. Urk. 7/29/272; Urk. 7/29/256), ob er beim Bücken eingeschränkt ist (vgl. Urk. 7/41/2: keine Arbeiten als Sanitär, aber Holzsammeln) oder ob eine Lichtempfindlichkeit besteht (vgl. Urk. 3/2 S. 2 oben; Urk. 7/29/103 oben). Es ist vielmehr eine sorgfältige Plausibilitätsprüfung vorzunehmen, worauf letztlich auch der

RAD -Arzt hinwies , indem er Diskrepanzen in den Aussagen des Beschwerdeführers aufzeigte (vgl. E. 3.9) . Ob ein strukturiertes Beweisverfahren durchzuführen oder eine freihändige Plausibilitätsprüfung vorzunehmen ist, hat vorliegend keinen Einfluss auf das Ergebnis. Beweisrechtlich entscheidend ist letztlich auch im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens der verhaltensbezogene Gesichtspunkt der «Konsistenz» (BGE 141 V 281 E. 4.4) .

#### **E. 5.4.1**

Mit Blick auf den Indikator «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome» ist anzumerken , dass keine r der gestellten Diagnosen ein bestimm ter Schweregrad inhärent ist und weder bildgebend noch klinisch Befunde erhoben werden konnten, die Aufschluss über das Ausmass der geklagten Beschwerden geben könn t en (vgl. E. 4.1) . Bei Ausschluss einer Schädigung des Gehirns nicht weiter abgeklärt wurden die vom Beschwerdeführer geklagten

kognitiven Einbus sen

wie Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen und verminderte Konzentration. Offenbar bestand hierzu aufgrund des klinischen Eindrucks seitens der involvierten Ärzte kein Anlass.

Bezüglich der Augenprobleme konsultierte der Beschwerdeführer n ach eigenen Angaben einen befreundeten Augenarzt, der diese allein auf den Schlafmangel zurückführte (vgl. Urk. 7/29/60).

#### **E. 5.4.2**

Etwas aussagekräftiger ist der Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – resistenz ». Eine Eingliederung durch die Beschwerdegegnerin

fand nicht statt . A nderweitige Arbeitsbemühungen sind weder substantiiert dargetan noch belegt (etwa Urk. 7/41/1) . Positiv zu vermerken ist jedoch , dass der Beschwerde führer mit deutlich stärkeren Beschwerden als heute

in der Lage war, ab der zwei ten Woche nach dem Unfall mehrere Tage am Stück zu arbeiten (vgl. Urk. 7/41/1; Urk. 3/1 S. 1) .

Grund zur Annahme einer Behandlungsresistenz besteht nicht . So haben die Physiotherapie, osteopathische

Behandlung und die monatlichen Gespräche beim Psychologen nach Angaben des Beschwerdeführers zumindest etwas geholfen und wurden dementsprechend auch über mehrere Monate wahrgenommen (vgl. Urk. 7/29/133 , Urk. 7/29/206 oben ; 3/1 S. 1 unten ) . Des Weiteren gab Dr. Z. \_\_\_ i m Bericht vom 11.

September 2019 (Urk. 7/32/3)

eine Medikation lediglich mit

T rittico

(50 mg / Tag) und Tramadol/Paracetamol (75/650 mg / Tag) , beide

Medikamente niedrig dosiert (vgl. dazu <https://compendium.ch> ) , R ezirkane ( Gingkoblätter -Trockenextrakt), Solmag (Magnesium) und Eltroxin (Schilddrüsenhormon)

an .

Trotz der insgesamt

geringen Behandlungsintensität stellte sich bis im Frühjahr 2019 eine relevante gesundheitliche Besserung ein, auch wenn der Beschwerdeführer diese inzwischen unter dem Eindruck der angefochtenen Rentenverfügung in Abrede stellte (Urk. 1 S. 2) und Dr. Z.\_\_\_\_ die Wiedererlangung der Teilarbeitsfähigkeit nachträglich ohne Begründung auf Mitte Juli 2019

festsetzte (vgl. E. 3.8) .

So berichtete der behandelnde Psychologe im März 2019 über eine Besserung der Vergesslichkeit und Wortfindungsstörung (vgl. E. 3.7) . Ebenso bestätigte Dr. Z.\_\_\_\_ stets eine, wenn gleich langsame Besserung der Beschwerden und attestierte dem Beschwerdeführer ab 6. Mai 2019 wieder eine Arbeitsfähigkeit von 30 % . In ihren späteren Berichten setzte sie sich vorab für eine berufliche Integration und nur unterstützend für eine wenigstens teilweise Berentung

ein (vgl. E. 3.8) . Der Beschwerdeführer selbst äusserte sich gegenüber einem Aussen dienstmitarbeiter der Suva am 20. März 2019 dahingehend, dass insgesamt seit der letzten Besprechung vom 27. Juli 2018 eine Besserung der Beschwerden ein getreten sei. Er leide unter weniger Schwindel und seine Hirnleistungsfunktionen hätten sich verbessert, insbesondere die Konzentration und Wortfindungsstörungen. Auch gebessert hätten sich die einschliessenden Schmerzen in den Kopf, die von der Aufprallstelle bis vorne helmartig über den Kopf gegangen seien, äusserst stark, invalidisierend und ungefähr einmal wöchentlich aufgetreten seien. Seit Oktober 2018 sei dies nicht mehr der Fall. Er erachtete sich dennoch als arbeitsunfähig und beklagte einschliessende Schmerzen bis in die Ohren, die ungefähr halb so schlimm seien und zweimal pro Monat vorkämen, sowie Schmerzattacken, die fünfmal pro Woche vom Hinterkopf ausstrahlen und beim Aufwachen auftreten würden . Ebenso gab er einen Tinnitus der Stärke 7 auf einer Skala von 0 bis 10, Seh- und

Handbeschwerden

sowie eine eingeschränkte Kopfbeweglichkeit an

( vgl. Urk. 7/29/59 f.).

### **E. 5.4.3**

Objektivierbare Komorbiditäten oder strukturelle Defizite im Sinne einer eigentlichen Persönlichkeitsproblematik respektive einer erheblichen Störung komplexer Ich-Funktionen sind in den medizinischen Unterlagen kein Thema. Dass der Beschwerdeführer ungeduldig ist und sich früher über seine Leistungsdefizite, wie vom behandelnden Psychologen ausgeführt, indiziert für sich allein noch keine Persönlichkeitsstruktur, welche die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit in relevanter Weise erschweren würde .

Der Beschwerdeführer selbst beschrieb sich als «Kämpfer» (vgl. Urk. 7/41/2) und Dr. Z.\_\_\_\_ betonte , dass er sich in jeder Hinsicht motiviert zeige (etwa Urk. 7/42) .

Unterstützung erfährt der Beschwerdeführer

durch seine Ehefrau .

Hinweise auf einen sozialen Rückzug nach dem Unfall bestehen nicht . Ein solcher fand insbe sondere

auch keinen Eingang in den Bericht

des behandelnden Psychologen. Nach eigener Darstellung

beschäftigt sich der Beschwerdeführer auch als Mäd chen für alles auf der eigenen Baustelle und kümmert sich mitunter um den «Znüni» und den « Zvieri » für die Arbeiter

(vgl. Urk. 7/41/2 ). 5. 5

5.

### **E. 6**

Auf hausärztliche Zuweisung erfolgte am 25. Januar 2019 des Weiteren e ine neu rologische Beurteilung. Danach beklagte der Beschwerdeführer belastungs- und HWS-bewegungsbetonte Schmerzen hauptsächlich der oberen HWS bzw. sub o kzipital mit Ausstrahlen gegen den Hinterkopf , teils einschliessend stromartig wechsel- oder beidseitig ohne erkennbaren Trigger, allerdings eher bei Kopf bewegung , beim Joggen ein Vibrations- und Hitzegefühl und in Ruhe druckartige bis ziehende Schmerzen sub-/o kzipital. Zudem bestehe ein permanenter nicht - pulsa t i l e r , eher mittelfrequenter Tinn it us beidseits. Aufgrund dieser Beschwerden sei der Schlaf, vor allem das Durchschlafen, gestört. Er schlafe nur zwei bis drei Stunden und sei morgens nicht erholt. Es bestehe eine Tagesmüdigkeit, aber keine Tagesschläfrigkeit. Eine Hörminderung bestehe nicht , jedoch sei er durch den Tinnitus und die limitierte Reizverarbeitung in der Konzentration und Aufnah mefähigkeit beeinträchtigt. Zuweilen sehe er belastungsabhängig verschwom men, verbunden mit Trümmelsensationen . Oszilopsie , Übelkeit oder Erbrechen bestünden nicht. Visuelle unruhige Reize seien unangenehm. Die Licht-/Lärm empfindlichkeit bestehe unabhängig von der Schmerzintensität bzw. eher abhän gig von der Art des Lichts.

In Kenntnis der Vorakten (vgl. Urk. 7/29/103) und gestützt auf einen eigenen klinischen Untersuch (vgl. Urk. 7/2

### **E. 9**

/104) diagnostizierte der Neurologe Dr. med. D.\_\_\_\_ ein posttraumatisches zervikozephal es Schmerzsyndrom mit/bei einem Status nach Kopfkontusion okzipital und wohl auch kraniozervikalem Beschleu nigungstrauma durch Sturz auf Treppenabsatz und seither permanenten, fluktu ierenden, belastungsbetonten Nacken-/Kopfschmerzen, aber auch in Ruhe und nachts, teils von migräneformem Charakter sowie posttraumatisch nicht-pulsati lem , mittelfrequentem Tinnitus beidseits verbunden mit chronischer Schlafstö rung und tagsüber beeinträchtigter Aufmerksamkeit/Konzentration sowie redu zierter Belastbarkeit. Klinisch bestünden segmentale Irritationszonen vor allem der oberen HWS und eine Druckdolenz der Muskelansatzstellen am Hinterhaupt bein bei sonst unauffälligem Neurostatus. Nebenbefundlich ergebe sich der Verdacht auf ein dynamisches Karpaltunnelsyndrom links und ev. Rezidiv rechts nach einer Operation im Jahr 1990. Der Befund des CTs von Schädel und HWS vom 9. Februar 2018 sei unauffällig gewesen. Nebenbefundlich hätten sich diskrete Sklerosen der ICAe im Siphon bzw. Osteochondrosen und Spondylarthrosen mehrsegmental, vor allem auch HWK 2/3 und wahrscheinlich leicht auch atlan toaxial links, gezeigt. Unauffällig sei auch der Befund des Hirn- MRI vom 22. Mai 2018 ( dazu im Detail Urk. 7/29/222: k eine Hinweise für stattgehabte Blutungen,

unauffällige Felsenbeinstrukturen ,  
keine Liquorzirkulationsstörung ).

Als prioritär bezeichnete Dr. D.\_\_\_\_ den Aufbau einer Schmerzbasis-Medikation mit gleichzeitig schlafförderndem Effekt. Er schlug manuelle Längstraktionen der HWS und eine ausschliesslich isometrische Kräftigung der Nackenmuskulatur vor. Bezüglich des « Tinnitus in dubio » empfahl er neben der Einnahme von Rezirkane den Einsatz einer beruhigenden Hintergrundgeräuschquelle beim Schlafen sowie Entspannungstechniken , wie das bereits praktizierte Yoga, allerdings unter Meiden zervikaler Belastungen (vgl. Urk. 7/29/101 f.).

Dem Verlaufsbericht von Dr. D.\_\_\_\_ vom 21. März 2019 ist ein im wesentlichen stationärer Verlauf unter Trittico 50 mg und zusätzlich Trittico Retard aufdosierend 150 mg abends zu entnehmen. Zusätzlich sei der Beschwerdeführer kürzlich durch einen grippalen Infekt beeinträchtigt gewesen. Das vermutete Karpal tunnelsyndrom lasse sich neurographisch nicht untermauern, was aber ein Irritationssyndrom nicht ausschliesse. Dr. D.\_\_\_\_ empfahl eine Umstellung der Basismedikation, wobei der Beschwerdeführer phytotherapeutische Präparate bevorzuge, sowie die Fortführung der non-pharmakologischen Massnahmen. Es sei keine weitere Kontrolle geplant ( vgl. Urk. 7/29/57 f.). 3. 7

Zudem berichtete der Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, lic . phil. E.\_\_\_\_ , am 5. März 2019, der Beschwerdeführer stehe seit Ende Mai 2018 nach einem Schlag auf den Hinterkopf nach einem Sturz, der neben neurologischen auch erhebliche psychische Probleme verursache, in seiner Behandlung . Nach anfänglich wöchentlichen Intervallen fänden die Sitzungen aktuell monatlich statt – bisher

insgesamt

### **E. 13**

. August

2019 ,

verbesserte sich

die Symptomatik in den darauffolgenden fünf Konsultationen nur unwesentlich (Urk. 7/35/3 f.). 3. 8

Derweilen wurde die erstbehandelnde Dr. Z.\_\_\_\_ die neue Hausärztin des Beschwerdeführers. Sie berichtete erstmals am 4. Juni 2018 über ein deutliches Schwindelgefühl bei Belastung, persistierende Nackenschmerzen mit teils ausstrahlenden Kopfschmerzen sowie einen Tinnitus. Der Beschwerdeführer nehme motiviert und regelmässig an den Therapien teil (Medikamente, Osteopathie, Physio- und Gesprächstherapie), die Fortschritte seien klein und der Verlauf langsam. Der Verlauf der nächsten zwei bis vier Wochen sei abzuwarten und dann eine schrittweise Eingliederung zu versuchen (Urk. 7/29/187 f.). Ähnlich lautete der Bericht vom 10. August 2

### **E. 018**

(Urk. 7/29/179 f.). Am 14. Januar 2019 beschrieb sie erneut eine sehr langsame Besserung, vor allem bezüglich der Belastbarkeit. Es bestünden Schmerzen im Hinterkopf («Blitz», «Surren»), ein Tinnitus und Schwindel. Deswegen schlafe der Beschwerdeführer schlecht und sei erschöpft. Abhängig vom Verlauf könne gegebenenfalls graduell die

Arbeitsfähigkeit gesteigert bzw. gestartet werden (Urk. 7/29/109).

Am 6. Mai 2019 berichtete Dr. Z.\_\_\_\_, es sei nun erstmals ein Stadium erreicht, in dem eine Arbeitsaufnahme von 30 % in die Wege geleitet werden könne. Im Verlauf habe es insgesamt eine stetige Verbesserung, wenn auch sehr langsam und teils mit Rückfällen, gegeben. Es hätte sich Komplikationen ergeben, unter anderem psychische Belastungen, die eine r zusätzlich en Therapie bedurft hätten. Teils sei es schwierig gewesen, die M edikatio n gut einzustellen; g ewisse Medika mente hätten aufgrund von Nebenwirkungen gewechselt werden müssen (U rk. 7/29/34).

Im Verlaufsbericht vom 20. August 2019 erläuterte sie, es seien ver schiedene Medikamente betreffend Schmerz, Tinnitus und Schlaflosigkeit auspro biert worden mit moderatem Effekt. Aktuell sei die Situation einigermassen stabil, aber vor allem die Nachtruhe fehle weiterhin. Eine psychotherapeutische Behand lung werde regelmässig durchgeführt, die osteopathische Behandlung und Phy siotherapie seien aktuell pausiert. Der Beschwerdeführer bemühe sich aktiv zu bleiben, habe etwa wieder das Fahrradfahren trainiert, was wegen des Schwin delgefühls mehrere Monate praktisch unmöglich und für ihn sehr anstrengend gewesen sei. Es sei wünschenswert und sinnvoll, ihn bei der Wiedereingliederung zu unterstützen (Urk. 7/32/7 f.). Im letzten Bericht vom 11. September 2019 setzte sie den Beginn der Arbeitsfähigkeit von 30 % auf den 15. Juli 2019 fest und stellte eine grundsätzlich positive Prognose, wenn der Beschwerdeführer bei einer langsamen, stetigen Steigerung der Arbeitsleistung unterstützt werde

– wenn vielleicht auch nicht mehr das Niveau bzw. Stadium wie vor dem Unfall erreicht werde. Sie merkte an, er sei bereit, einen Arbeitsversuch mit 30 % anzufangen (Urk. 7/32/2 f.).

Schliesslich äusserte sich Dr. Z.\_\_\_\_ im Vorbescheidverfahren mit E-Mail vom 3. Dezember 2019 dahingehend, dass die Situation komplex und medizinisch lei der nicht einfach mittels Bildgebung, Laborwerten oder sonstigen objektiv ein deutig zu validierende n Werten zu beweisen sei. Nichtsdestotrotz seien mehrere fachspezifische Untersuchungen und diverse Therapie- und Behandlungsansätze durchgeführt worden, woran der Beschwerdeführer motiviert mitgewirkt habe. Befremden d sei das Verhalten der Institutionen, die ihn weder mit konkreten Behandlungsvorschlägen noch in Zusammenarbeit mit dem Arbeitgeber oder bei selbständigen Versuchen, gewisse Arbeiten durchzuführen, unterstützt hätten. Der Beschwerdeführer sei motiviert für einen Arbeitsversuch mit einer Belas tungssteigerung, der für einen potentiellen Arbeitgeber mit zumindest teilweiser Rentenunterstützung selbstredend eher interessant wäre (Urk. 7/42).

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