

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00086 vom 19. November 2021

ZH Sozialversicherungsgericht, 2021-11-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2021.00086

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00086 du 19 novembre 2021

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2021.00086 del 19 novembre 2021

Erwägungen

E. 1

Ziff.

5.3), war seit dem 21. Februar 2011 bei der Y.____ GmbH als Teamleiter tätig (Urk. 7/14 Ziff. 2.1-2) und meldete sich am 20. März 2018 unter Hinweis auf durch einen Unfall verursachte, seit Oktober 2017 bestehende Beschwerden, namentlich Schwindel, eine Magenschleimhautentzündung, eine stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit und eine Migräne, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 7/1 Ziff. 6.1-2).

Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, klärte die beruflich-erwerbliche und die medizinische Situation ab, zog die Akten der Krankentaggeldversicherung und der Suva bei und veranlasste bei der MEDAS Z.____ ein polydisziplinäres Gutachten, welches am 27. September 2020 (Urk. 7/84) erstattet wurde.

Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren

(Urk. 7/88; Urk. 7/94) verneinte die IV-Stelle mit Verfügung vom

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 ausglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideinkommen). 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. 1.4

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete ihre Verfügung (Urk. 2) damit, dass dem Beschwerdeführer sowohl seine angestammte als auch eine angepasste Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei. Da aus medizinischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 40 % vorgelegen habe, sei bereits das Wartejahr nicht erfüllt und somit per Ende April 2020 kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstanden. Auf das interdisziplinäre Gutachten vom 27. September 2020 könne abgestellt werden (S. 1 f.). 2.2

Dagegen machte der Beschwerdeführer in seiner Beschwerde (Urk. 1) geltend, am 29. August 2017 einen Unfall erlitten zu haben, als an seinem Arbeitsort eine Metallplatte auf seinen Hinterkopf aufgeschlagen sei, so dass er unter der Wucht des Aufpralls bewusstlos zusammengebrochen sei (S. 2 f. Ziff. 2). Die Neurologen Prof. Dr. med. A.____, Leitender Arzt, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, Universitätsspital B.____, Prof. Dr. med. C.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurologie, B.____, und PD Dr. med. D.____, Fachärztin für Neurologie, Zentrum E.____, Klinik F.____, hätten über ein stimmend ein protrahiertes postkommotionelles Syndrom nach dem im August 2017 erfolgten Schädelhirntrauma diagnostiziert (S. 4 Mitte). Auch im Gutachten der MEDAS Z.____ sei ein unfallbedingtes protrahiertes postkommotionelles Syndrom diagnostiziert worden (S. 4 unten). Seit September 2017 sei er ununterbrochen im Ausmass von mindestens 50 % bis 100 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (S. 6 lit. a).

Auch sei ab September 2018

ein rentenbegründender Invaliditätsgrad ausgewiesen. Die im Gutachten der MEDAS Z.____ vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von 70 % für die Zeit nach Mitte 2019 erweise sich als unhaltbar (S. 6 f. lit . b , S. 9 unten f.). Die Gutachter hätten sich nicht mit der fachärztlichen Beurteilung von Prof. C.____

auseinandergesetzt (S. 8 Mitte). Auch sei unbeachtet geblieben, dass er - der Beschwerdeführer - anlässlich der neuropsychologische Untersuchung bei der MEDAS Z.____ aufgrund der Anstrengung von zunehmenden Kopf schmerzen geplagt worden sei (S. 8 unten). Der neurologische Teilgutachter habe seine ebenfalls bestehende Fatigue nicht berücksichtigt (S. 9 oben). Selbst wenn die Restarbeitsfähigkeit 70 % betragen würde, resultierte aufgrund eines zu gewährenden leidensbedingten Abzuges von 10 % ein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 10 f. lit . c). 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 6) führte die Beschwerdegegnerin aus, dass das Wartejahr im Oktober 2017 beginne, was lite pendente zu korrigieren sei. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS Z.____

könne

eine volle Arbeitsunfähigkeit über lange Zeit seit Mitte 2019 – wie echtzeitlich attestiert - nicht bestätigt werden . Die gutachterlich fixierte Arbeitsunfähigkeit von 30 % sei sehr wohlwollend. Auch sei unzutreffend, dass die Fatigue unberücksichtigt geblieben sei (S. 1 f. Ziff. 2).

Eine 40%ige Invalidität nach Ablauf des Wartejahres sei mangels namhafter Veränderung des Gesundheitszustandes in diesem Zeitraum nicht rechtsgenügend ausgewiesen. Die Folge der Beweislosigkeit habe die materiell beweisbelastete Person, vorliegend der Beschwerdeführer, zu tragen (S.

2

f. Ziff. 3). 2.4

In seiner Replik (Urk. 12) machte der Beschwerdeführer geltend, dass sich die Gutachter der MEDAS Z.____

nicht mit den Ergebnissen der Mitte 2019 durchgeführten neurologischen und neuropsychologischen Abklärungen

auseinandergesetzt hätten, welche noch erhebliche Leistungsdefizite belegt hätten . Seine Angaben zu den Aktivitäten erlaubten weder Rückschlüsse auf das Aktivitätsniveau im Vorjahr noch auf die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit in seiner anspruchsvollen angestammten Tätigkeit (S. 2 f. Ziff. 3) .

Die seit Anbeginn in den Akten dokumentierte Fatigue habe sich auch anlässlich der neuropsychologischen MEDAS-Untersuchung manifestiert (S. 3 Ziff. 4). Deren massgebliche Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei jedoch ausser Acht gelassen worden (S. 4 oben). Die bis Mitte 2019 echtzeitlich attestierte Arbeitsunfähigkeit sei durch die Gutachter nicht in Frage gestellt worden. Zudem sei die Kündigung der Arbeitsstelle gerade damit begründet worden, dass er die Leistung der bis dahin attestierten Teil arbeitsfähigkeit nicht zu erbringen vermochte (S. 4 f. Ziff. 5). 2.5

Strittig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente. 3.
3.1

Die medizinische Aktenlage präsentiert sich wie folgt:

3.2

Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, nannte in seinem Bericht vom 11. August 2018 (Urk. 7/16) als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine unklare Marklagerveränderung juxtacortical

insulär rechts mit diffusen neurovegetativen Beschwerden (Ziff. 2.5). Dr. G.____ führte aus, dass in der Administration eines Gastrounternehmens a b dem 28. September 2017 eine 100%ige, ab dem 1. Dezember 2017 eine 75%ige und ab dem 1. Januar 2018 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Ziff. 1.3 ; Ziff. 3.1). Der Beschwerdeführer habe sich im September 2017 wegen einer ausgeprägten Müdigkeit, einer generalisierten verminderten Belastbarkeit und wegen Übelkeit in seiner Sprechstunde gemeldet. Die somatischen Abklärungen hätten keine Erklärung für diesen Zustand erbracht. Es stelle sich die Frage, ob der im Schädel-MRI entdeckte Befund für die diffuse Symptomatik verantwortlich sei (Ziff. 2.1). Aktuell müsse man mit einer 50%igen Arbeitsfähigkeit zufrieden sein (Ziff. 4.3). 3.3

Prof. A.____ und Dr. med. H.____, Assistenzärztin, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Sehstörungen, B.____, stellten in ihrem Bericht vom 25. Februar 2019 (Urk. 7/44/2-

E. 5

Dr. phil. I.____, Neuropsychologin, und Prof. C.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurologie, B.____, erstellten ihren Bericht vom 20. Mai 2019 (Urk. 7/48/7-9) nach neuropsychologischer Untersuchung des Beschwerdeführers vom 14. Mai 2019 .

Die Fachpersonen führten aus, dass der Beschwerdeführer über eine im Vordergrund stehende starke Schwindel- und Ermüdungssymptomatik bei deutlich verminderter Belastbarkeit berichte mit somatischen Begleiterscheinungen (Übelkeit, Aggravation vorbestehender Migräne) und über einen hohen Leidensdruck bei auch im Alltag gravierenden Einschränkungen .

Formal lasse sich ein unauffälliges kognitives Leistungsprofil objektivieren. Diesem im Alters- und Bildungsvergleich normgerecht ausfallenden Befund stehe eine stark erhöhte Fatigue bei auch klinisch deutlich reduzierter Belastbarkeit gegenüber. So hätte die klinische Untersuchung verkürzt durchgeführt werden müssen. Die Fachpersonen führten aus, dass momentan trotz testdiagnostisch normgerechten Leistungen von einer substantiell eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne . Aktuell müsse bei hoher Konzentration alle paar Minuten eine Pause eingelegt werden, was in einer Tätigkeit, wie der zuletzt ausgeübten anspruchsvollen Anstellung nicht umsetzbar sei (S. 3 oben). Ein leistungsmindernder Einfluss der subinsulären Läsion (DD low -grade-Gliom) sei unwahrscheinlich (S. 3 Mitte). 3.

E. 6

Prof. A.____ und med. pract . J.____ , Assistenzärztin, Interdisziplinäres Zentrum für Schwindel und neurologische Störungen, B.____ , nannten in ihrem Bericht vom 2. August 2019 (Urk. 7/48/5-6) nach Untersuchung des Beschwerdeführers am 1. August 2019 als zusätzliche Diagnose eine seit Februar 2019 aggravierte Migräne ohne Aura, EM unbekannt (S. 1). Die Ärzte führten aus ,

dass sich in der heutigen Verlaufskontrolle eine leichte Verbesserung der Beschwerden , insbesondere in Bezug auf die Fatigue -Symptomatik gezeigt habe . Hinsichtlich der Migränesymptomatik sei es in den letzten Monaten zu einem Medikamentenübergebrauchskopfschmerz gekommen (S. 2 unten). 3.

E. 7

Dr. G.____

stellte in seinem Bericht vom 16. August 2019 (Urk. 7/47/1-3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.2): - Verdacht auf protraumatisches postkommotionelles Syndrom mit verstärkter Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Schwindel - unklare, grössenkonstante Hyperintensität angrenzend an den Sulcus semicircularis im Schädel-MRI, DD Gliom

Dr. G.____ führte aus, dass keine Aussage möglich sei , in welchem Umfang der Beschwerdeführer seine bisherige oder eine angepasste Tätigkeit ausüben könne (Ziff. 2. 1). Es bestünden massive Einschränkungen der Leistungsfähigkeit (Ziff. 2.2). 3.

E. 8

Med. pract . J.____ verwies in ihrem Bericht vom 4. September 2019 (Urk. 7/48/1-4) auf die Diagnostik im Bericht vom 2. August 2019 (Ziff. 1.2, vorstehend E. 3. 6). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten oder in einer angepassten Tätigkeit sowie zur Belastbarkeit für eine Wiedereingliederung

könne

sie keine Angaben machen . Hierzu sei ein Gutachten nötig (Ziff. 2.1-2, Ziff. 4.2-3). 3.

E. 9

Dr. med. K.____ , Leiterin, und PD Dr. D.____ , Zentrum E.____ , Klinik F.____ , nannten in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2019 (Urk. 7/60) in der Hauptsache als Diagnose persistierende posttraumatische Beschwerden nach Commotio cerebri durch Sturz von Deckenanteilen auf den Hinterkopf am 27.

August 2017 (S. 1) . Die Ärztinnen führten aus, dass sich der Verlauf positiv zeige. Der Beschwerdeführer habe vom vestibulo-okulomotorischen Training profitiert, der «Dauer-Schwindel» sowie das Benommenheitsgefühl hätten abgenommen und er fühle sich auch in der Balance sicherer. Auch die Kopfschmerzen seien deutlich rückläufig. Hingegen habe die erste visuelle Trainings-Sitzung einen sehr starken Migräne-Anfall ausgelöst, so dass die se Therapie sistiert worden sei (S. 2 unten). 3.1 0

Am 27. September 2020 erstatteten Prof. Dr. med. L.____ , Facharzt für Neurologie, Dr. med. M.____ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin , M . Sc .

N.____ , Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP/SVNP, Dr. med. Dipl.-Psych.

O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, MEDAS Z.____, das von der Beschwerdegegnerin veranlasste polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/84). Die Gutachter nannten konsensual

folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 10 Ziff. 4.2.1): - Verdacht auf ein protraumatisches postkommotionelles Syndrom, EM August 2017 - anamnestisch: Sturz von Deckenteilen auf Kopf im August 2017, kurze Bewusstlosigkeit, seither konstantes Benommenheitsgefühl, Konzentrationsstörungen, Fatigue, Schwindel - klinisch: Diskreter Downbeatnystagmus, ansonsten kein fokales neurologisches Defizit - diagnostisch: Vestibuläre Batterie März 2019 ohne Hinweise auf ein relevantes peripher-vestibuläres Defizit/EEG März 2019: Normale Grundaktivität. Zeichen von Schläfrigkeit. Kein sicherer Herdbefund. Keine epileptischen Potentiale - chronische Kopfschmerzen mit Migräne ohne Aura, EM unbekannt - aggraviert seit Februar 2019 - Aggravation durch einen drug-induced

headache (Medikamenten über Konsum-Kopfschmerz) - therapeutisch: Riboflavin, Magnesium, Cipralex ohne Besserung - aktuell: Täglich Bedarf an Sumatriptan

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter eine Hypothyreose, eine NERD bei axialer Hiatushernie, ED Oktober 2017, eine Pollinosis, eine Ibobrufenallergie und eine unklare T2 und FLAIR-Hyperintensität juxta-kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts, ED November 2017 (S. 10 Ziff. 4.2.2). Die Gutachter führten zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen aus, im Vordergrund der subjektiven Beeinträchtigungen stünden der Schwindel und die chronischen Kopfschmerzen

(S. 11 Ziff. 4.3). Aus neurologischer Sicht werde eine Arbeitsunfähigkeit von 30% sowohl in der bisherigen als auch in einer Verweistätigkeit attestiert. Aus den anderen Fachgebieten ergebe sich keine Arbeitsunfähigkeit. Zum Verlauf führten die Gutachter aus, dass ihnen auf Grundlage der von ihnen im heutigen Zeitpunkt erhobenen Befunde und daraus abgeleiteten Diagnosen die rechtzeitig vorgenommenen Beurteilungen als nicht nachvollziehbar erschienen, weshalb

sie eine volle Arbeitsunfähigkeit, wie sie über lange Zeit seit Mitte 2019 attestiert worden sei, nicht stützen könnten. Dabei müsse bei dieser Beurteilung berücksichtigt werden, dass in der neurologischen Untersuchung keine pathologischen Befunde bei für die Schwindelabklärung typischen Untersuchungsschritten (Unterberg-Tretversuch, Blindstrichgang etc.) hätten gefunden werden können. Somit hätten die Schwindelbeschwerden nur bedingt objektiviert werden können, weshalb es nicht nachvollziehbar wäre, hier eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Selbstverständlich sei ihnen bekannt, dass Schwindelbeschwerden auch vorliegen könnten, ohne dass klare klinisch objektivierbare pathologische Befunde vorlägen. Vor dem Hintergrund dieses Sachverhaltes sei auch die 30%ige Arbeitsunfähigkeit bemessen worden. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit gelte sowohl für die bisherige, als auch für eine Verweistätigkeit (S. 12 f. Ziff. 4.7). 4. 4.1

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das Gutachten der MEDAS Z.____ vom 27. September 2020 (vorstehend E. 3.

E. 10

) berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise (vorstehend E. 1.4), weshalb grundsätzlich darauf abgestellt werden kann. 4. 3

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E.

2.2 und E.

2.4) , wurde

die von ihm geklagte Erschöpfung im Gutachten der MEDAS Z.____

durchaus gewürdigt, jedoch wurde aus ihr keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit abgeleitet. Gegenüber dem neurologischen Gutachter Prof. L.____

klagte der Beschwerdeführer über keine

Müdigkeit (Urk. 7/84/37-57 S. 10 Ziff. 3.2.1). Zur anlässlich der internistischen Begutachtung vorgetragenen

Fatigue hielt die Teilgutachterin Dr. M.____ fest, dass sich im Rahmen der Begutachtung als Zu fallsbefund eine TSH-Erhöpfung gefunden habe , welche Ausdruck einer latenten oder manifesten Hypothyreose sein könnte , die

geeignet sei, eine gewisse Tagesmüdigkeit sowie einen erhöhten Schlafbedarf zu begründen. Eine Tagesmüdigkeit sei vom Versicherten allerdings anlässlich der Begutachtung nicht geltend gemacht worden. Er habe lediglich geschildert, er lege sich immer wieder ab. Er leide auch nicht unter Schlafstörungen, sondern schlafe zwölf Stunden täglich. Dies sei in der Regel nicht Ausdruck einer Schilddrüsenerkrankung, sondern einer fehlenden Tagesstruktur. Wäre hierfür die Stoffwechselerkrankung verantwortlich, wäre dies durch eine medikamentöse Substitution schnell und einfach behandelbar (Urk. 7/84/58-79 S. 22 oben). Nach neuropsychologischer Testung konnte M. Sc .

N.____

sodann auf Testebene keine Hinweise auf Leistungseinbrüche/-einbrüche in Zusammenhang mit der vom Beschwerdeführer geklagten Erschöpfung verifizieren (Urk. 7/84/80-104 S. 24 Ziff. 8.4 Frage 2). Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung konnte sodann das dort geklagte Erschöpfungssyndrom keiner Diagnose zugeführt werden und die Aufmerksamkeit und Konzentration erwiesen sich im klinischen Befund als unauffällig (Urk. 7/94/105-130 S. 14 Ziff. 4.3.1 und S. 18 f. Ziff. 6.3). 4. 4

Was die von den Gutachtern der MEDAS Z.____

aufgeführte Verdachtsdiagnose eines protraumierten postkommotionellen Syndroms anbelangt, welche erstmals von Prof. A.____ und Dr. H.____ in ihrem Bericht vom 25.

Februar 2019 (vorstehend E. 3.3) genannt und in der Folge auch von Dr. phil. I.____ und Prof .

C.____ in ihrem Bericht vom 20. Mai 2019 (vorstehend E.

3.5) übernommen wurde ,

wurde dieselbe zu Recht als blosse Verdachtsdiagnose gestellt . So findet der vom Beschwerdeführer in seiner Beschwerde postulierte Unfallhergang, wonach er im August 2017 an seinem Arbeitsort nach Aufprall einer Metallplatte auf seinen Hinterkopf bewusstlos zusammengebrochen sei (vor stehend E. 2.2) ,

wie dies bereits im Parallelverfahren UV. 2020.00253 mit Urteil vom 15. November 2021 festgehalten wurde, im Lichte der zum Unfall zeit nächs te n Akten (vgl. Urk. 7/51/39-41, Urk. 7/51/70) hinsichtlich einer tatsächlich ein getretenen Bewusstlosigkeit keine Stütze. Vielmehr wurde eine solche erstmals eineinhalb Jahre nach dem Unfallereignis und nach in Aussicht gestellter Leis tungsverweigerung durch die Suva vom Beschwerdeführer erwähnt. Zudem lief der Fall zunächst über die Krankenversicherung und ein Unfall wurde der Suva erst gut sieben Monate nach dem Ereignis im April 2018 gemeldet (Urk. 7/51/78; vgl. Urteil vom

E. 15

Oktober 2020 festhielten, keine Psychopathologie feststellen (Urk. 7/93 S. 2 unten).

Hieraus folgt , dass die im Rahmen der Begutachtung an der MEDAS Z.____ festgestellte 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht

im Ergebnis allein auf der subjektive n Beschwerdeschilderung des Be schwerdeführers und auf eine r

nicht verifizierbare n

Verdachtsdiagnose (vorste hend E. 4. 4) beruht . Dementsprechend muss die Schlussfolgerung eine r 30%ige Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter der MEDAS Z.____ , wie die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort zu Recht bemerkte (vorstehend E. 2.3) ,

jedenfalls als wohlwollend bewertet werden. 4. 6

Auch wenn sich die Gutachter der MEDAS Z.____

zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit lediglich ab Mitte 2019 äusserten , indem sie in Anbetracht der von ihnen festgestellten Befundlage die von Dr. G.____ attestierte Arbeits un fähig keit (vorstehend E. 3.2, E. 3.7) für nicht nachvollziehbar erachteten (vorstehend E.

3.10), ergibt sich auch mit Blick auf die vor der Begutachtung datierenden medizinischen Akten ein im Vergleich zur Begutachtungssituation unverändertes Bild .

Der Beschwerdeführer klagte über Schwindel, Übelkeit, Kopfschmerzen und einen Erschöpfungszustand, ohne dass in irgendeinem Zeitpunkt die Beschwerden erklärende Befund e hätten objektiviert werden können.

Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) ergab auch die Untersuchung durch Dr. phil. I.____ und Prof. C.____ im Mai 2019 ein formal unauffällige s normgerechte s kognitive s Leistungsprofil

(vorstehend E. 3.5) . Ledig lich anlässlich der Untersuchung bei Prof. A.____ und Dr. H.____ anfangs 2019 liess sich ein diskreter Downbeatnystagmus objektivieren . Gleichzeitig wurde jedoch festgehalten, dass sich in den erfolgten Zusatzabklärungen keine Hinwe ise auf ein relevantes peripher -vestibuläres Defizit gezeigt hätten (vorstehend E . 3.3) . Zu r

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers wollten sich die Ärzte des Interdisziplinären Zentrums für Schwindel und neurologische Störungen, B.____, wie aus ihren Berichten vom 7. März 2019 (vorstehend E. 3.4) und vom 4. September 2019 (vorstehend E. 3.8) hervorgeht, sodann nicht äussern und verwiesen auf die Notwendigkeit einer Begutachtung. Auch Dr. K.____

und PD Dr. med. D.____ vom Zentrum E.____,

Klinik F.____,

äusserten sich in ihrem Bericht

vom 23. Dezember 2019 (vorstehend E. 3.9) nicht zu allfälligen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit. 4.7

Hinsichtlich der einzig durch Dr. G.____ ab Herbst 2017 attestierten Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 3.2 und E. 3.7) ist zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen hat, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Dies umso mehr, als der Beschwerdeführer

anlässlich der Eingliederungsberatung am 10. Dezember 2018 ausführte, dass der Hausarzt ein Freund der Familie sei (Urk. 7/40/4).

Zudem gewichtete Dr. G.____ die im November 2017 erstmals bildgebend dargestellte unklare T2 und FLAIR-Hyperintensität juxta-kortikal angrenzend an den Sulcus

semicircularis

insularis

anterior rechts (vgl. Urk. 7/2/8, Urk. 7/12/1), wie aus seinen Berichten vom 11. August 2018, 16. August und seinem Schreiben vom 22. Dezember 2019

(vorstehend E. 3.2 und E. 3.7 und Urk. 7/58/1-2) hervor geht, als gravierender, als dies die damit befassten Fachärzte taten.

Insbesondere führte PD Dr. med. R.____, Leitender Arzt, Klinik für Neurochirurgie, B.____, bereits in seinem Bericht vom 19. Februar 2018 aus, dass die vorliegende Läsion die allgemeine Symptomatik des Patienten nur schwerlich erklären könne (Urk.

7/16/10-11 S. 1 unten). Auch Prof. A.____ und Dr. H.____ massen diesem Befund für das Beschwerdebild in ihrem Bericht vom 25. Februar 2019 keine Bedeutung zu (vorstehend E. 3.3). Dies bestätigten auch Prof. C.____ und Dr. phil. I.____ in ihrem Bericht vom 20. Mai 2019 (vorstehend E. 3.5) und zuletzt die Gutachter der MEDAS Z.____ in ihrem Gutachten vom 27. September 2020 (vorstehend E. 3.10).

Damit ergibt sich, dass allein gestützt auf die Angaben des Hausarztes bei einem durch fachärztliche Abklärungen nicht objektivierbaren Beschwerdebild eine über 30%ige Arbeitsunfähigkeit seit Beginn des rentenrelevanten Zeitraums ab Oktober 2018 (vgl. Urk. 7/1 Ziff. 4.3, Urk. 7/2 Ziff. 8, Urk. 7/3 Ziff. 4) nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen ist.

Daran ändert auch die missglückte Wiedereingliederung nichts (Urk. 1 S. 7 unten, vorstehend E. 2.4), zumal auch aus den Akten hervorgeht, dass nicht die Leistung des

Beschwerdeführers an sich, sondern die aufgrund der Homeoffice-Tätigkeit nicht erfolgte Wahrnehmung der Teamführungsaufgaben wesentlicher Punkt für das Scheitern waren (vgl. Urk. 7/23 S. 5 unten). 4. 8

Aufgrund des Gesagten ist gestützt auf das beweiskräftige Gutachten der MEDAS Z. ____ vom 27. September 2020 (vorstehend E. 3.10) sowie in Würdigung der medizinischen Aktenlage mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass ab Oktober 2018 keine 30

% überschreitende Arbeitsunfähigkeit beim Beschwerdeführer vorgelegen hat. 5.

Bei einer generellen Einschränkung des Beschwerdeführers in der Arbeitsfähigkeit von 30 % sowohl in der angestammten als auch in einer sonstigen angepassten Tätigkeit entspricht der Invaliditätsgrad der Einschränkung und liegt damit bei 30 % (rechnerischer Prozentvergleich). Entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vorstehend E. 2.2) bestehen vorliegend keine Anhaltspunkte für einen zu gewährenden leidensbedingten Abzug.

Die von ihm geltend gemachten unberechenbaren gesundheitsbedingten Leistungsschwankungen (Urk. 1 S. 10) beruhen allein auf seinem subjektiven Empfinden und sind nicht medizinisch fundiert. Zudem wurde seinen geltend gemachten Beschwerden mit einem um 30

% reduzierten Pensum bereits hinreichend Rechnung getragen.

Damit liegt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad vor. Die angefochtene Verfügung (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. 6.

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

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

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: - Rechtsanwalt Reto Zanotelli - 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, zuzustellen.

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

Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin
Gräub Schucan

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