

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00466 vom 8. Dezember 2022

ZH Sozialversicherungsgericht, 2022-12-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2022.00466](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2022.00466)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00466 du 8 décembre 2022

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2022.00466 del 8 dicembre 2022

## Erwägungen

### E. 1.1

Am 1. Januar 2022 sind die geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV), des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) sowie der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) in Kraft getreten.

In zeitlicher Hinsicht sind vorbehältlich besonderer Übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 146 V 364 E. 7.1, 144 V 210 E. 4.3.1, je mit Hinweisen). Da der Zeitpunkt des Invaliditätseintritts (Art. 28 Abs. 1 und 1 bis IVG) und jener des Rentenanspruchs nicht unbedingt identisch sind, fällt eine Invalidenrente unter das neue Recht, wenn der Anspruchsbeginn ab dem 1. Januar 2022 liegt, auch wenn die Invalidität vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist. Neurechtliche Invalidenrenten sind somit Renten, auf die gemäss Art. 29 Abs. 1 und 2 IVG der Anspruch ab dem 1. Januar 2022 entsteht (vgl. Rz. 1008 des Kreisschreibens zu den Übergangsbestimmungen zur Einführung des linearen Rentensystems, K S ÜB WE IV, gültig ab 1. Januar 2022).

Die angefochtene Verfügung erging nach dem 1. Januar 2022. Da die Entstehung eines Rentenanspruchs vorliegend bereits vor dem 1. Januar 2022 in Betracht fällt, sind die bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen Rechtsvorschriften anwendbar, die nachfolgend auch in dieser Fassung zitiert werden.

### E. 1.2

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

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

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

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

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

### **E. 1.3**

War eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert worden und ist die Verwaltung auf eine Neuanmeldung eingetreten (Art. 87 Abs. 3 IVV), so ist im Beschwerdeverfahren zu prüfen, ob im Sinne von Art. 17 ATSG eine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist (BGE 117 V 198 E. 3a mit Hinweis).

### **E. 1.4**

.2). So tätigte

er sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und begründete

seine Einschätzung in nachvollziehbarer Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Er legte die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründete

seine Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Dr. B.\_\_\_\_

vermochte die Diskrepanzen zwischen seiner Beurteilung und derjenigen der A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum Z.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 6/114, Urk. 6/125), schlüssig zu erklären. Zum einen hielt er in neurologischer Hinsicht fest, dass keine Anhaltspunkte dafür vorlägen, dass im Frühjahr 2020 eine gravierende Verschlechterung aufgetreten sei. Es seien auch keine äusseren Ereignisse bekannt, die dies erklären könnten, insbesondere auch kein erneutes Schädel-Hirn-Trauma. Zum anderen schätzte er in Übereinstimmung mit dem von ihm erhobenen Befund die rezidivierende depressive Störung als aktuell remittiert ein, was höchstens auf eine vorübergehende Verschlechterung des Gesundheitszustands hindeuten würde, welche im Übrigen gemäss den eigenen Angaben des Beschwerdeführers durch finanzielle Schwierigkeiten und damit durch invaliden versicherungsrechtlich nicht zu berücksichtigende psychosoziale Faktoren ausgelöst worden wäre. Dr. B.\_\_\_\_

gelangte sodann

zum Schluss, dass die vom Beschwerdeführer reklamierte Gesundheitsverschlechterung ab Frühjahr/Sommer

2020 nicht schlüssig sei, bestünden anhand der vorliegenden Akten doch keine Hinweise oder gar fachärztliche Befunde, welche die vom Beschwerdeführer berichtete Gesundheitsverschlechterung plausibel machten, dies zumal auch, da sich die erhobenen Befunde nicht relevant von den früheren Vorbefunden unterscheiden würden. 4.3

Der Gutachter

begründete sodann in Berücksichtigung von Konsistenz und Plausibilität (Urk. 6/136/54 f.) und in Würdigung der Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen des Beschwerdeführers (Urk. 6/136/55), weshalb der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit unverändert zu 20% in seinem funktionellen Leistungsvermögen eingeschränkt sei. Damit trug er auch den Anforderungen in Bezug auf das strukturierte Beweisverfahren (BGE 141 V 281) hinreichend Rechnung, weshalb kein Anlass dafür besteht, von seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abzuweichen. 4.4

Beim – dem Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ beigelegten – «BDI II»-Fragebogen handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen, der den Schweregrad einer depressiven Symptomatik anhand von 21 Symptombereichen erfasst. Die erreichte Punktezahl von 22 spricht zwar für eine mittelgradige depressive Symptomatik. Allerdings basiert der Fragebogen einzig auf den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Ein von Dr. C.\_\_\_\_

erhobener objektiver Befund fehlt gänzlich, weshalb seine Einschätzung die gutachterliche Beurteilung nicht in Frage zu stellen vermag. 4.5

Lic. phil. D.\_\_\_\_

betrachtete die im Jahr 2014 gutachterlich beschriebene Arbeitsfähigkeit von 80 % aufgrund der Testergebnisse als korrekt. Sie ging jedoch davon aus, dass bereits damals eine höhere Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers bestanden habe, dass die Gutachter dies jedoch nicht erkannt hätten. Ihre Annahme stützte sie primär auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers zu seiner Leistungsfähigkeit. Für eine seither eingetretene Veränderung der gesundheitlichen Situation finden sich keine Hinweise. Damit wird deutlich, dass es sich bei der Beurteilung von Lic. phil. D.\_\_\_\_

lediglich um eine andere Beurteilung eines unveränderten Sachverhalts handelte, was sich denn auch direkt aus ihrer Schlussfolgerung, wonach anzunehmen sei, dass seit Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit nach dem Unfall eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden habe (E. 3.2.3 zweiter Abschnitt), zwanglos ergibt. Da dem Gutachten der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ aus dem Jahre 2014 mit Urteil vom 7. Dezember 2016 volle Beweiskraft beigegeben wurde, vermag Lic. phil. D.\_\_\_\_ mit ihrer abweichenden Einschätzung keine für den Rentenanspruch relevante Änderung des Invaliditätsgrades darzutun, zumal Dr. B.\_\_\_\_ keine Befunde erheben konnte, die sich relevant von den früheren Vorbefunden unterscheiden würden (Urk. 6/136/52). Schliesslich ist hervorzuheben, dass eine neuropsychologische Abklärung lediglich eine Zusatzuntersuchung darstellt, und es grundsätzlich Aufgabe des psychiatrischen – oder allenfalls des neurologischen – Facharztes bleibt, die Arbeitsfähigkeit unter Berücksichtigung allfälliger neuropsychologischer Defizite einzuschätzen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9 C\_299/2019 vom 27. Juni 2019 E. 4).

Dr. B.\_\_\_\_ nahm eine nachvollziehbare Einschätzung vor, während auf die Einschätzung von Dr. C.\_\_\_\_ gemäss den vorstehenden Erwägungen nicht abgestellt werden kann. Auch äusserte sich Dr. C.\_\_\_\_

nicht zum Ergebnis der neuropsychologischen Abklärung von Lic. phil. D.\_\_\_\_. 4.6

Die vom Beschwerdeführer im Vorbescheidverfahren eingereichten Stellungnahmen der A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum Z.\_\_\_\_, eignen sich ebenfalls nicht, die Beweiskraft der gutachterlichen Einschätzung zu erschüttern. Die Stellungnahme vom 15. Oktober 2021 (Urk. 6/145) wurde von einer Sozialarbeiterin verfasst, welche selbstredend über keinen Facharztstitel der Psychiatrie verfügt und somit der gutachterlichen Beurteilung keine fachärztliche Einschätzung entgegenzusetzen vermag. In der ärztlichen Stellungnahme vom 29. Oktober 2021 (Urk. 6/150) wurde im Wesentlichen die bereits bekannte leichte kognitive Störung bestätigt (vgl. die Diagnosen im neurologischen Gutachten der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ vom 21. Mai 2014 [Urk. 7/62/49]), womit keine Veränderung der gesundheitlichen Situation nachgewiesen werden kann. Vor allem aber belegen die Stellungnahmen, dass in der A.\_\_\_\_ AG, Psychiatriezentrum Z.\_\_\_\_, keine

psychotherapeutische Behandlung stattgefunden hatte beziehungsweise stattfand, so wie dies der Beschwerdeführer dem Gutachter gegenüber auch angegeben hatte (Urk. 6/136/35).  
4.7

Mit Eingabe vom 31. August 2022 ersuchte der Beschwerdeführer die Beschwerdegegnerin, die Verfügung vom 12. Juli 2022 zurückzuziehen beziehungsweise in Wiedererwägung zu ziehen, da bei ihm eine neue Diagnose (ADHS) gestellt worden sei (Urk. 6/169). Er legte in der Folge einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. September 2022 auf (Urk. 6/171). Die Beschwerdegegnerin wies in ihrer Beschwerdeantwort vom 13. Oktober 2022 darauf hin, dass dieser Arztbericht als Zusatzgesuch zu den Akten genommen worden sei, und eine allfällige Verschlechterung geprüft werde (Urk. 5).

Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1, 121 V 362 E. 1b). Weder die Eingabe des Beschwerdeführers vom 31. August 2022 noch der nach gereichte Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. September 2022 vermögen eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bis zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses vom 12. Juli 2022 nachzuweisen. Die durch Dr. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer ADHS wurde bereits vom begutachtenden Psychiater der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ diskutiert und als Verdachtsdiagnose genannt (Urk. 6/93 E. 3.2.2). Die unfallbedingten Defizite der Ausdauer und Fehlerkontrolle (durch Interferenzanfälligkeit) und der Kommunikationsfähigkeit im Rahmen einer verstärkten Ermüdbarkeit, welche als Auswirkung der diagnostizierten leichten Persönlichkeitsveränderung und Verhaltensauffälligkeit nach Hirnverletzung im Zusammenwirken mit vorbestehender Persönlichkeitsstruktur (subsyndromale Störung aus dem Spektrum ADHS) gewertet wurden (Urk. 6/93 E. 3.2.2), wurden bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von den Gutachtern der Rehaklinik Y.\_\_\_\_

bereits berücksichtigt. Kommt hinzu, dass gemäss den Angaben von Dr. C.\_\_\_\_ unter der Medikation von Methylphenidat 36 mg (1-1-0-0 Tabletten täglich) sowie Brintellix 5 mg täglich eine deutliche Zunahme der Konzentration, Aufmerksamkeit, eine Abnahme der Desorganisation und eine Stabilisierung der Stimmung hätten festgestellt werden können (Urk. 6/171), was die gutachterliche Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_, wonach die medikamentöse Behandlung zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht ausgeschöpft gewesen sei, stützt. Dr. B.\_\_\_\_ wies sodann zu Recht auf die Lücke in der Aktensammlung von 2016 bis 2020 hin, was nicht unmittelbar dafür

spreche, dass beim Beschwerdeführer gravierende psychiatrische und neuropsychologische Auffälligkeiten vorhanden gewesen seien (E. 3.2.1). 4.8

Soweit der Beschwerdeführer in seinem Eventualantrag eine Unterstützung bei der Wiedereingliederung beantragt (Urk. 1 S. 1), ist auf die Beschwerde nicht einzutreten. Die Beschwerdegegnerin hatte ihm mit Mitteilung vom 4. Dezember 2020 (Urk. 6/128) mitgeteilt, Eingliederungsmassnahmen seien zur Zeit nicht möglich, war ihm von den behandelnden Ärzten doch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 6/125/4). Der Beschwerdeführer teilte der Beschwerdegegnerin in der Folge nicht mit, er sei mit dieser Entscheidung nicht einverstanden und verlangte keine anfechtbare Verfügung (Urk. 6/128). Demzufolge waren berufliche Massnahmen auch nicht mehr

Gegenstand der angefochtenen Verfügung. Im Übrigen besteht die bisherige Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit unverändert fort, was einem Eingliederungsbedarf entgegensteht. 5.

Zusammengefasst ist festzuhalten, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes seit der Verfügung vom 18. Mai 2015 nicht ausgewiesen ist, sondern unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 80 % beziehungsweise eine leistungsmässige Einschränkung von 20 % sowohl in der angestammten Tätigkeit als Maler als auch in denkbaren Verweistätigkeiten besteht.

Angesichts der Aktenlage sind von weiteren Abklärungen auch keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb da von ohne Verletzung der Untersuchungspflicht abgesehen werden kann (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 90 E. 4b). Da sich im massgeblichen Zeitraum im Gesundheitszustand, beim Grad der Arbeitsunfähigkeit und bezüglich der zumutbaren Leistungsfähigkeit keine wesentliche Änderung ergeben hat, erübrigt es sich, eine Invaliditätsbemessung mit Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. das Urteil des Bundesgerichts 8C\_665/2015 vom 21. Januar 2016 E. 6 oder 8C\_487/2013 vom 21. Oktober 2013 E. 3.4). In diesem Sinne ist auf die Ausführungen des Beschwerdeführers zu einem hypothetisch erzielbaren Einkommen nicht weiter einzugehen (Urk. 1 S. 3). Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen, soweit auf sie einzutreten ist. 6.

Da die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen zu beurteilen war, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Sie sind ermessensweise auf Fr. 700.-- anzusetzen und ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Die Voraussetzungen zur Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung gemäss § 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) sind erfüllt (vgl. Urk. 3/3 f.). Infolgedessen sind die Gerichtskosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (§ 16 Abs. 4 GSVGer). Das Gericht beschliesst: In Bewilligung des Gesuchs vom 7. September 2022 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt, und erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 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, 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 Vogel Muraro

#### **E. 1.4.1**

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

#### **E. 1.4.2**

Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (sogenannte Administrativgutachten) ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 8C\_77/2021 vom 20. April 2021 E. 3 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Zudem muss der Arzt über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a; Urteil des Bundesgerichts 8C\_225/2021 vom 10. Juni 2021 E. 3.2, je mit Hinweisen). 2.

#### **2.1**

Die Beschwerdegegnerin erwog in der angefochtenen Verfügung, es bestehe im Wesentlichen eine unveränderte gesundheitliche Situation und ein rentenbegründender Invaliditätsgrad werde nicht erreicht. Auch die im Einwandverfahren auf gelegten bzw. eingeholten medizinischen Unterlagen würden keine Veränderung aufzeigen (Urk. 2). 2.2

Demgegenüber brachte der Beschwerdeführer im Wesentlichen vor, die Beschwerdegegnerin gehe davon aus, dass er in angepasster Tätigkeit ein Jahreseinkommen von Fr. 69'475.-- verdienen könnte. Leider kenne er keinen Arbeitgeber, welcher ihm für die Arbeit ohne Leistungsdruck monatlich Fr. 5'789.58 bezahle, geschweige denn, ihn überhaupt einstellen würde. Der Arztbericht seines Behandlers datiere vom November 2021; in der Zwischenzeit seien neue Diagnosen gestellt und die Medikation sei angepasst worden. Er habe Mühe mit der Konzentration und der Umsetzung von an ihn gestellten Aufgaben. Er nehme regelmässig Termine bei den Fachleuten wahr und unternehme alles, damit sich seine Situation verbessern könne. Er habe auch Mühe gehabt, die Korrespondenz mit der Beschwerdegegnerin zu erfassen. Die Sozialarbeiterin habe ihm erklärt, was er

unternehmen müsse (Urk. 1). 3. 3.1

Die von der Beschwerdegegnerin am 18. Mai 2015 verfügte und

vom hiesigen Gericht bestätigte Abweisung des Leistungsbegehrens im Erstanmeldungsverfahren beruhte im Wesentlichen auf dem polydisziplinären Gutachten der Rehaklinik Y.\_\_\_\_ vom Mai 2014 (mit neuropsychologischem Bericht vom 21. Mai 2014 [Urk. 6/62/11-20], Bericht Stellungnahme Therapien vom 28. Mai 2014 [Urk. 6/62/21-23], neurologischem Gutachten vom 21. Mai 2014 [Urk. 6/62/24-50] sowie psychiatrischem Gutachten vom 26. Mai 2014 [Urk. 6/62/51-76]). Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, auf körperlich-neurologischem Gebiet sei beim Beschwerdeführer keine verminderte zeitliche oder leistungsmässige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler mit Unfallfolgen begründbar. Die Hinweise auf eine leichtgradige Persönlichkeits- und Verhaltensveränderung als Folge des Schädelhirntraumas würden, unter anderem wegen der auch in der angestammten Tätigkeit erforderlichen Kommunikation und Kooperation mit Vorgesetzten und Mitarbeitenden, eine leistungsmässige Einschränkung

von 20 % in der angestammten Tätigkeit als Maler begründen. Auch in denkbaren Verweistätigkeiten käme ein gleichartiges Rendement zum Tragen. In intellektuell anspruchsvolleren Tätigkeiten sei eine höhere Einbusse der Leistungsfähigkeit anzunehmen. Dieses neurologische Gutachten, welches die neuropsychologischen, ergotherapeutischen und physiotherapeutischen Befunderhebungen vom Januar 2014 einbeziehe, werde durch das psychiatrische Gutachten ergänzt. Es sei darauf hinzuweisen, dass sich die im psychiatrischen Gutachten formulierte unfallbedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus den neurologischen Unfallfolgen herleite und daher keine – gegenüber den im neurologischen Gutachten beschriebenen Auswirkungen – zusätzliche Beeinträchtigung beschreibe (Urk. 6/62/49 f.). Das hiesige Gericht gelangte im Urteil vom 7. Dezember 2016 zur Überzeugung, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei auf die medizinisch-theoretische Einschätzung der Gutachter abzustellen, welche dem Beschwerdeführer eine 80%ige Arbeitsfähigkeit attestierten (Urk. 6/93 E. 4.4). 3.2

3.2.1

Dr. B.\_\_\_\_ führte in seinem Gutachten vom 29. Juni 2021 betreffend die Untersuchung vom 5. Mai 2021 (Urk. 6/136/2) folgende Diagnosen auf (Urk. 6/136/40): - Beginnende, geringgradige sensible Polyneuropathie unklarer Ätiologie (ICD-10: G62.9) - Rezidivierende depressive Störung, aktuell remittiert (ICD-10: F33.4) - Zustand nach Schädel-Hirn-Trauma 2009 mit aktenkundigen, geringen neuropsychologischen Defiziten - Leichtgradige Persönlichkeits- und Verhaltensänderung (ICD-10: F07.8) mit minimalen

bis leichten neuropsychologischen Störungen Dr. B.\_\_\_\_ hielt fest, im neurologischen Untersuchungsbefund seien der Fersenstand und das Einbeinhüpfen diskret vermindert, das Vibrationsempfinden mit 4/8 beidseits vermindert. Der übrige Untersuchungsbefund sei unauffällig. In der psychiatrischen Untersuchung würden sich keine Auffälligkeiten zeigen. Eigenanamnestisch berichtete der Beschwerdeführer über eine reduzierte Dauerbelastbarkeit und vorzeitige psychophysische Erschöpfung und eine Antriebs- und Freudminderung (Urk. 6/136/40 f.). Aus gutachterlicher Sicht sei zu bemerken, dass die medikamentöse Behandlung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht ausgeschöpft sei. Der Beschwerdeführer sei in der A.\_\_\_\_ mit der eher niedrigen Dosis des Antidepressivums Escitalopram 10 mg behandelt worden, dies obwohl er in der Vergangenheit höhere Dosen von Antidepressiva

erhalten habe und hierunter auch eine gute Remission aktenkundig gewesen sei. So sei eine Besserung unter Erhöhung des damaligen Citalopram auf 40 mg beschrieben worden. In den Akten finde sich auch der Hinweis auf eine Besserung unter Behandlung mit Venlafaxin 300 mg (Urk. 6/136/46). Von der A.\_\_\_\_

sei dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Er habe ihm (dem Gutachter) gegenüber aber selbst angegeben, er sei gar nicht ärztlich untersucht worden, sondern das Arbeitsunfähigkeitsattest sei ohne Untersuchung ausgestellt worden. Die im Befund der Klinik berichteten Konzentrationsstörungen würden sich in der aktuellen gutachterlichen Untersuchung nicht abbilden. Der Beschwerdeführer habe ihm (dem Gutachter) gegenüber sodann ein Grübeln und das Vorliegen von Ängsten explizit verneint. Somit bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen dem von der Klinik und dem vom Gutachter erhobenen Befund, wobei einschränkend zu bemerken sei, dass der Befund der Klinik wohl auf eine Untersuchung im Sommer 2020 fusse und mittlerweile ein Jahr vergangen sei (Urk. 6/136/47 f.). Auch die beschriebenen Störungen der Feinmotorik und der Hand-Finger-Koordination würden sich im neurologischen Befund in keiner Weise zeigen. Diskrepanz zu den Angaben der Klinik habe der Beschwerdeführer berichtet, dass er Akkordeon spiele, und dies auch in einer Kirche, das heisse in der Öffentlichkeit. Dies setze jedoch eine gute Feinmotorik voraus. Zusammenfassend lägen in neurologischer Hinsicht keine gravierenden Symptome oder Funktionseinschränkungen vor (Urk. 6/136/48). In psychiatrischer Hinsicht sei eine rezidivierende depressive Störung plausibel. Zum jetzigen Zeitpunkt liege jedoch kein depressives Syndrom vor, die Symptomatik sei remittiert (Urk. 6/136/49). Weiter führte Dr. B.\_\_\_\_ aus, in der gutachterlichen Untersuchung seien keine gravierenden Persönlichkeits- oder Verhaltensauffälligkeiten festzustellen gewesen. In jedem Fall gebe es keine Hinweise auf eine gravierende Impulsivität, Impulskontrollstörung, Aggressivität oder ähnliches. Dies werde auch vom Beschwerdeführer selbst nicht berichtet. Es sei überwiegend wahrscheinlich, dass beim Beschwerdeführer

eine Kombination von prämorbid psychischen Auffälligkeiten vorhanden sei, plus als Folgen eines Schädel-Hirn-Traumas leichtgradige Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten vorhanden seien.

Diese führt er jedoch nach gutachterlicher Einschätzung nicht zu gravierenden Funktionseinschränkungen im Beruf. Hierfür spreche auch, dass der Beschwerdeführer seinen Beruf bis im Frühjahr 2020 noch ausgeübt habe. Die Lücke in der Akteneinlage von 2016 bis 2020 spreche nicht unmittelbar dafür, dass beim Beschwerdeführer gravierende psychiatrische und neuropsychologische Auffälligkeiten vorhanden gewesen seien, insbesondere keine, die behandlungsbedürftig gewesen seien (Urk. 6/136/50 f.). Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass im Frühjahr 2020 eine gravierende Verschlechterung aufgetreten sei. Es seien auch keine äusseren Ereignisse bekannt, die dies erklären könnten, insbesondere auch kein erneutes Schädel-Hirn-Trauma.

Auch der Beschwerdeführer selbst könne nicht genau erklären, warum er seit Frühjahr/Sommer 2020 weniger belastbar sei. Auf explizite Nachfragen habe er wiederholt betont, dass er wenig Geld verdient habe, dass sein Gehalt niedrig sei, dass er zu wenig Einkommen gehabt habe und zu wenige Aufträge, seine Rechnungen nicht bezahlen können. Auch auf wiederholte Nachfragen habe der Beschwerdeführer vor allen Dingen finanzielle Gründe für seine jetzt erfolgte Krankschreibung vorgebracht. Erst auf hartnäckiges, wiederholtes Nachfragen habe er im weiteren

Sinne körperliche oder medizinische Symptome angegeben, die jedoch seine Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel erklären könnten. So habe der Beschwerdeführer angegeben, seine Feinmotorik sei nicht mehr gut. Dem stehe jedoch entgegen, dass die Feinmotorik in der neurologischen Untersuchung unauffällig gewesen sei und der Beschwerdeführer in einem Kirchen-Band Akkordeon spiele

(Urk. 6/136/51 f.).

Dr. B.\_\_\_\_ gelangte zum Schluss, die vom Beschwerdeführer reklamierte Gesundheitsverschlechterung ab Frühjahr/Sommer

2020 sei nicht schlüssig. Anhand der vorliegenden Akten gebe es keine Hinweise oder gar fachärztliche Befunde, welche die vom Beschwerdeführer berichtete Gesundheitsverschlechterung plausibel machen, dies zumal auch, da sich die erhobenen Befunde nicht relevant von den früheren Vorbefunden unterscheiden würden

(Urk. 6/136/52). 3.2.2

Dr. C.\_\_\_\_ stellte im von der Beschwerdegegnerin im Einwandverfahren eingeholten Bericht vom 9. November 2021 (Urk. 6/148) die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.1) sowie eines Zustands nach SHT (Schädel-Hirn-Trauma) mit kognitiven Störungen. Er führte sodann aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 17. Mai 2021 in seiner Behandlung, welche in einem Rhythmus von 14 Tagen stattfindet. Seit dem 17. Mai 2021 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten. Am 5. Januar 2022 erfolge eine neurokognitive Untersuchung bei Dr. med. E.\_\_\_\_. Betreffend den Befund verwies Dr. C.\_\_\_\_ auf das Beiblatt «BDI II» vom 9. November 2021. Im Fragebogen «BDI II» wurden die darin gestellten Fragen gemäss einer Skala von 0-3 beantwortet beziehungsweise angekreuzt, was zu einer totalen Punktezahl von 22 führte (Urk. 6/148/6 f.). 3.2.3

Lic. phil. D.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, Leiterin Neuropsychologie F.\_\_\_\_ AG (Dr. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie), hielt in ihrem Bericht über die neuropsychologische Untersuchung des Beschwerdeführers vom 4. Januar 2022 die folgenden Diagnosen fest (Urk. 6/158/21): Leichte bis mittelgradige neuropsychologische Störung mit attentionalen, mnestischen und exekutiven Defiziten sowie einer verminderten psychomentalen Dauerbelastbarkeit und organisch bedingte Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (ICD-10: F07.8), ätiologisch dem Status nach Schädel-Hirn-Trauma mit bifrontaler Hirnschädigung und überlappend der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10: F33.1) zuzuordnen. Un erwünschte Nebenwirkungen therapeutisch eingenommener Medikamente (ICD-10: Y57.9) könnten als zusätzlicher Faktor nicht ausgeschlossen werden. Lic. phil. D.\_\_\_\_

führte sodann aus, im Zusammenhang mit einer leichten bis mittelschweren kognitiven Störung sollte die Funktionsfähigkeit im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nur leicht eingeschränkt sein. In Berufen mit hohen Anforderungen könne die Funktionsfähigkeit aber mittelgradig eingeschränkt sein. Als orientierender Richtwert sei bei Vorliegen einer leichten bis mittelschweren kognitiven Störung von einer Arbeitsunfähigkeit von 30-50 % auszugehen (Frei et al., 2016). Beim Beschwerdeführer sei aus neuropsychologischer Sicht aufgrund der aktuellen Befunde und unter der Berücksichtigung der bisherigen beruflichen Integrationsversuche (Akten, Fremdbeurteilungen, Eigen- und Fremdanamnese) eine Tätigkeit als selbständig erwerbender Mitarbeiter nicht realistisch

und es werde davon abgeraten. Eher wäre eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen vorstellbar. Unter Berücksichtigung des aktuellen Ausprägungsgrades der kognitiven Störung, der verminderten psychomentalen Dauerbelastbarkeit und den Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen des Beschwerdeführers

werde aus neuropsychologischer Sicht von einer 50%igen

Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Der Beschwerdeführer müsste in einem beruflichen Umfeld tätig sein, in welchem kein Zeit- und Leistungsdruck bestehe und er bei Bedarf Pausen machen könnte. Eine strukturierte Vorgabe der Aufgaben und Arbeitsabläufe wäre vorteilhaft. Aufgrund der Gedächtnisprobleme sollten ihm die Arbeitsanleitungen/-aufträge schriftlich präsentiert werden, und er müsste als Unterstützung Notizen und Erinnerungsfunktionen einsetzen können. Da der Beschwerdeführer gemäss fremdanamnestischen Angaben durchaus gut auf sein berufliches Altwissen zurückgreifen könne, stehe dem Ausüben des Malerberufes grundsätzlich nichts entgegen (Urk. 6/15

#### **E. 6**

/86). Die dagegen beim hiesigen Gericht erhobene Beschwerde vom 17. Juni 2015 (Urk. 6/87/3 ff.) wurde mit Urteil vom 7. Dezember 2016 abgewiesen (Urk. 6/93). Das Urteil blieb

unangefochten.

#### **E. 8**

/22 f.). Lic. phil. D. \_\_\_ hielt zudem fest (Urk. 6/158/20), gerade bei der beruflichen Reintegration von Schädel-Hirn-Trauma-Patienten hätten neuropsychologische Defizite einen wesentlichen Einflussfaktor auf den Wiedereingliederungserfolg. Dabei reichten leichte kognitive Defizite aus, die grundsätzlich testdiagnostisch schwer zu erfassen seien, um im Alltag und insbesondere in der beruflichen Wiedereingliederung zu Überforderungen zu führen und die Prognose ungünstig zu beeinflussen. Betrachte man den bisherigen Krankheitsverlauf des Beschwerdeführers, werde deutlich, dass seit dem Unfall stets eine Diskrepanz zwischen den neuropsychologischen Einschätzungen und der tatsächlichen alltäglichen und beruflichen Funktionalität des Beschwerdeführers bestanden habe. Diese Diskrepanz erweise sich einerseits zwischen den eigenanamnestischen Angaben, jedoch auch zwischen den Fremdbeurteilungen (siehe Akten Arbeitsintegrationsmassnahmen und Fremdanamnese), welche durch eine Beobachtung im beruflichen Alltag zu Stande gekommen seien und objektive Schwierigkeiten festgehalten hätten. Im Rahmen der vergangenen neuropsychologischen Untersuchungen sei dem Beschwerdeführer im Jahr 2014 mit 80

% eine hohe Arbeitsfähigkeit zugeschrieben worden, was gemäss den neuropsychologischen Kriterien für die Bestimmung des Schweregrades einer neuropsychologischen Störung und Zuordnung für Funktionalität und Arbeitsfähigkeit (der SVNP) auch korrekt wäre, würde man nur die ermittelten kognitiven Defizite auf Testebene beachten. Für eine saubere Einschätzung fehle dabei jedoch offensichtlich die klinische Einschätzung im Alltag. In der Realität habe der Beschwerdeführer maximal 60 % arbeiten können und sei dabei deutlich an seine Grenzen gestossen. Ausgehend davon, dass wie oberhalb beschrieben bereits leichte Defizite (in hochstrukturierten Untersuchungssituationen) zu beachtlichen Schwierigkeiten im Alltag führen könnten,

wäre anzunehmen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich in seiner Leistungsfähigkeit überschätzt worden sei. Wie der Beschwerdeführer eigenanmessen berichtet habe, habe er infolge des Unfalles über längere Zeit an seiner Belastungsgrenze gearbeitet, was bei bereits bestehender Vulnerabilität für depressive Episoden ein erneutes Auftreten von depressiven Symptomen durchaus verstärkt habe dürfte, auch im Sinne einer Erschöpfungsdepression (Burnout). 4. 4.1

Das Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 6/136) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen vollumfänglich zu erfüllen (E).

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