

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00032

vom 15. April 2016

ZH Sozialversicherungsgericht, 2016-04-15, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2015.00032

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00032 du 15 avril 2016

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2015.00032 del 15 aprile 2016

Erwägungen

E. 1.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9C_438/2009 vom 26. März 2010 E. 1 mit Hinweisen).

E. 1.2

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

2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Entscheid (Urk. 2) davon aus, den Gesundheitszustand betreffend sei auf das Gutachten der Rehaklinik Z. ___ von Dezember (richtig: Oktober) 2012

sowie die Ergänzung von Prof. Dr. med. univ. A.____ und Dr. med. B.____

von Dezember 2014 abzustellen . Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich im Jahr 2012 gegenüber 2009 verbessert (S. 9) . Es sei von einem Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 77'142.-- sowie von einem Invalideneinkommen von Fr. 47'819.--

auszugehen , womit ein Invaliditätsgrad von 38 % resultiere

(S. 10 f.) . 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, dass sich aus der Gegenüberstellung der Diagnosen aus den beiden Gutachten 2009 und 2012 keine Verbesserung ergebe (S. 6). Der Bericht von Prof. A.____ und die zugrunde liegenden Berichte der Orthopäden, Psychiater und Neuropsychologen würden sich auf frei erfundene Anamnesen stützen. Klare Befunde würden völlig ausgeblendet. Die neuropsychologischen Tests würden nichts beweisen und seien teilweise sehr zweifelhaft. Auch der Handkrafttest sei völlig falsch interpretiert. Insgesamt reiche dies für einen Beweis einer Verbesserung nicht aus (S. 23 f.). Tatsache sei, dass die belegte Hirnschädigung und die Schulterproblematik die Beschwerden alle erklären und auch eine vollständige Arbeitsunfähigkeit belegen würden (S. 24). Für das Jahr 2013 sei von einem Valideneinkommen von Fr. 80'384.-- auszugehen , insbesondere da er im Gesundheitsfall mit einer Beförderung hätte rechnen können (S. 25 f.) .

Unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse sei mit der Neigung zu gärtnerischen Tätigkeiten auf TA 1 Ziff. 81, Garten- und Landschaftsbau, Qualifikationsniveau 4, abzustellen und von einem Invalideneinkommen von Fr. 37'457.-- auszugehen (S. 27).

2.3

Strittig und zu prüfen sind somit die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die Invaliditätsbemessung. 3. 3.1

Die Rentenzusprache im März 2011 basierte im Wesentlichen auf den folgenden medizinischen Berichten: 3.2

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ erstatteten ihre interdisziplinäre Beurteilung am 4. September 2009 (Urk. 12/360) und führten aus, dass es infolge eines Unfalles im April 2005 zu einer traumatischen Hirnverletzung gekommen sei. Daraus hätten leicht- bis mittelgradige neuropsychologische Defizite

resultiert , wobei der Endzustand vier Jahre nach dem Unfall erreicht sei. Es sei mit keiner wesentlichen Verbesserung mehr zu rechnen . Aufgrund der neuropsychologischen Defizite sei die angestammte Arbeit als Triebwerkmechaniker nicht mehr zumutbar. Eine Teilarbeitsfähigkeit in beruflichen Tätigkeiten mit geringerer Verantwortung und eher repetitivem Charakter seien im zeitlichen Rahmen von mindestens 50 % zumutbar .

Daneben leide der Beschwerdeführer an unfallfremden chronifizierten Kopfschmerzen vom Spannungstyp mit migräniformen Exazerbationen, deren Ätiologie unklar sei. Differentialdiagnostisch könnte ein Medikamentenübergangskopfschmerz vorliegen. Weitere Störungen aus dem neurologischen Formenkreis liessen sich nicht finden (S. 1 oben) .

Aus psychiatrischer Sicht könne eine aktuell nicht massgebende beziehungsweise die Arbeitsfähigkeit nicht kompromittierende rezidivierende depressive Störung und ein

Verdacht auf eine organische Persönlichkeitsveränderung mit Stressintoleranz, Affektlabilität und aggressive n Impulsausbrüche n genannt werden (S. 1 unten) .

Aus orthopädischer Sicht bestehe eine durch das Trauma und die Operationen bedingte Bewegungseinschränkung der linken Schulter mit vor allem bei Belastung auftretenden Schmerzen. In der körperlichen Untersuchung habe sich eine Einschränkung der Schulterbeweglichkeit sowohl bei aktiver wie passiver Prüfung gezeigt. Im Schulter-MRI von März 2006 hätten sich tendinostische Veränderungen im Bereich des Ansatzes der Supraspinatussehne gezeigt und es hätten sich Hinweise für eine retractile Capsulitis gefunden. Damit würden sich die klinischen Defizite erklären lassen. Aus orthopädischer Sicht seien leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ganztags zumutbar. Dabei seien Überkopfarbeiten auszuschliessen (S. 1 f.) .

Unter Berücksichtigung sowohl der neuropsychologischen wie auch der orthopädischen Einschränkungen könnten dem Beschwerdeführer einfachere kognitive Tätigkeiten mit teils repetitivem Charakter und ohne Führungsfunktion und leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Ausschluss von Überkopfarbeiten zumindest im Rahmen einer 50%igen Tätigkeit zugemutet werden (S. 2) .

3.3

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ ergänzten ihr Gutachten am 18. November 2009 (Urk. 12/197) und führten aus, dass aufgrund der neuropsychologischen Einschränkung (Aufmerksamkeit, Interferenzunterdrückung) einerseits und aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten andererseits (verminderte Stresstoleranz, erhöhte emotionale Reagibilität, Tendenz zur Impulsivität) beim Beschwerdeführer in einer angepassten Tätigkeit eine zeitliche Einschränkung bestehe. Ein Halten des Konzentrationsniveaus beziehungsweise der Aufmerksamkeit über den gesamten Arbeitstag sei für den Beschwerdeführer mit traumatischer Hirnverletzung schwierig, eine vorzeitige Ermüdung auch bei eingeschränkten Leistungsanforderungen sei oft der Fall ,

dies mit negativem Effekt auf die Verhaltensauffälligkeiten. Der Beschwerdeführer könnte in einer angepassten Tätigkeit in etwa 70 % arbeiten (S. 2). 3.4

Dr. med. C.____ , Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, SUVA Versicherungsmedizin, erstattete seine neurologische Beurteilung am 15. März 2011 (Urk. 12/223) und führte aus, dass im interdisziplinären Gutachten der Rehaklinik Z.____ von September 2009 sowohl in der Anamneseerhebung, als auch in den neurologischen Beurteilungen eine ausführliche Würdigung und Diskussion der vom Beschwerdeführer geklagten Kopfschmerzen vorgenommen worden sei (S. 1) . Somit sei in der umfassenden interdisziplinären Begutachtung der Rehaklinik Z.____ im Jahre 2009 eine klare Einschätzung bezüglich Unfallfremdheit des Kopfschmerzleidens des Beschwerdeführers abgegeben und schlüssig begründet worden. Die Ausführungen würden aus neurologischer Sicht auf einer umfassenden Würdigung aller relevanten Fakten basieren. Für eine wahrscheinlich unfallfremd eingeschätzte Gesundheitsstörung seien keine weiteren Abklärungen und Behandlungen zu Lasten der Unfallversicherung indiziert (S. 2) . 4.

E. 4

). Mit Verfügung vom 30. März 2011 sprach ihm die SUVA ab 1. Dezember 2008 eine Invalidenrente entsprechend einer Erwerbseinbusse von 54 %

sowie eine Integritätsentschädigung basierend auf einer Integritätseinbusse von 44.75 % zu (Urk. 12/228).

E. 4.1

Dr. C.____ erstattete am 11. August 2011 erneut eine neurologische Beurteilung (Urk. 12/241) und führte aus, dass

die verkehrsmedizinische Begutachtung durch die zuständige Rechtsmedizin vom Juli 2011 (vgl. Urk. 12/372) unter anderem einen Bericht über die verkehrspsychologische Abklärung der kognitiven Fahreignung enthalte. In der zusammenfassenden Beurteilung habe der Beschwerdeführer unauffällige Leistungen in den untersuchten Parametern „allgemeine Leistungsfähigkeit bei geringer Reizdichte, allgemeine Leistungsfähigkeit bei erhöhter Reizdichte, Kontrolle und Steuerung von Handlungsimpulsen“ erzielt. In einem non-verbalen Intelligenztest habe der Beschwerdeführer ein im mittleren Normbereich liegendes Resultat erreicht. Im Test zur Erfassung der optischen Merkfähigkeit sei ein genügendes, im oberen Normbereich liegendes Resultat erreicht worden. Die Resultate würden dafür sprechen, dass bezüglich Intelligenz und Merk- und Konzentrationsfähigkeit keine verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen vorliegen. Die erreichten Resultate sprächen insgesamt gegen eine verkehrsrelevante Verlangsamung der Wahrnehmungs-, Informationsverarbeitungs- und Reaktionsfähigkeit. Ebenso sei die Fähigkeit zur Kontrolle und Steuerung von Handlungsimpulsen auch unter hohem Zeitdruck in genügendem Ausmass gegeben. Überdies sei auch keine verkehrsrelevante Beeinträchtigung in den Bereichen Aufmerksamkeitsleistung, reaktive Belastbarkeit und Frustrationstoleranz feststellbar. Hinweise auf eine erhöhte Ermüdbarkeit hätten sich nicht ergeben.

In der neurologischen Beurteilung der Ergebnisse der verkehrsmedizinischen Begutachtung liessen sich, in Bezug auf die kognitive beziehungsweise neuropsychologische Leistungsfähigkeit, deutliche Hinweise für eine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers im April und Juli 2011 gegenüber dem Zeitpunkt der interdisziplinären Begutachtung in der Rehaklinik Z.____ im Mai und Juni 2009 erkennen. Aus neurologischer Sicht sei es wahrscheinlich, dass aufgrund der aktuell verbesserten kognitiven beziehungsweise neuropsychologischen Leistungsfähigkeit eine relevante Besserung der Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers resultiere (S. 2). Aus neurologischer Perspektive beurteilt veranlasse das vorliegende verkehrsmedizinische Gutachten zu einer erneuten Beurteilung der neurologischen und neuropsychologischen Unfallfolgen (S. 3). 4. 2

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ erstatteten ihre erneute interdisziplinäre Beurteilung am 2. Oktober 2012 (Urk. 12/275) und nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- Motorradunfall vom 6. April 2005 mit/bei - traumatischer Hirnverletzung mit Kontusionsblutung Gyrus frontalis medialis links, capsula interna am Übergang zur capsula externa links. Kaudo-frontale Hypodensität im Bereich des Gyrus frontalis superior links - Schädel-MRI vom 7. Juni 2012 : kleine posttraumatische Hämosiderindepots bifrontal respektive auch insulär rechts. Vereinzelt kleine hyperintense Foci in der weissen Substanz respektive subkortikal frontoparietal links mehr als rechts sowie Läsionen im Balken, entsprechend in erster Linie nicht-hämorrhagischen DAI's. - etwa leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Einschränkungen von überwiegend sprachassoziierten mnestischen und exekutiven Teilfunktionen im Rahmen eines organischen Psychosyndroms (ICD-10 F07.2) und bei Vorliegen einer möglichen

Aggravation der Beschwerden (ICD-10 F68.0) - chronische Spannungskopfschmerzen mit migräniformen Exazerbationen/Differentialdiagnose (DD) zusätzlichen Migräneattacken unklarer Ätiologie, DD: bei Schmerzmittelüberkonsum - organische Persönlichkeitsveränderung nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10 F07.2) - Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) - Bewegungseinschränkung linkes Schultergelenk bei Status nach mehr fragmentärer Glenoid-Fraktur links, anteriorem superiorem Limbusabrisse links vom 6. April 2005

Sie führten aus, dass sich in der neurologischen Untersuchung keine fokalneurologischen Defizite gefunden hätten. Die Willkürinnervation an linker Schulter und Ellbogen seien orthopädisch bedingt reduziert, die Muskelatrophie sei regelrecht. Psychopathologisch habe der Beschwerdeführer keinerlei Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, sei affektiv angesichts der Rekapitulation seines Schicksals etwas niedergestimmt, leicht affektlabil, jedoch in keiner Weise dysphorisch oder reizbar, im Gegenteil sei ein guter Rapport aufbaubar, die Kooperationsfähigkeit während der Untersuchung gross und das Verhalten in jeder Hinsicht unauffällig (S. 2 oben).

In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich im Vergleich zu den Befunden der letzten, umfassenden neuropsychologischen Abklärung vom 4. September 2009 ein insgesamt besseres kognitives Testprofil gefunden. Es hätten keine Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen oder der Umstellfähigkeit mehr festgestellt werden können. Im Bereich der Exekutivfunktionen seien die verbale Ideenproduktion und die Interferenzunterdrückung unterdurchschnittlich gewesen. Allerdings habe der Beschwerdeführer in zwei von drei Symptomvalidierungstests ein auffälliges Profil gezeigt, so dass insbesondere auch die Untersuchungsergebnisse der verbalen Gedächtnisfunktionen im Zusammenhang mit den Symptomvalidierungstests hätten relativiert werden müssen. Unter Berücksichtigung der möglichen Aggravation der Beschwerden dürfte nach vorwiegend klinischer und vorsichtiger Einschätzung etwa eine leichte neuropsychologische Störung vorliegen.

Die psychiatrische Gesamtsituation scheine sich seit der letzten Beurteilung im Sommer 2009 sowohl subjektiv als auch objektiv insgesamt doch etwas gebessert zu haben. Es sei von einer geregelten Tagesstruktur und einem recht aktiven Sozialleben berichtet worden, so dass aktuell in Verbindung mit dem momentanen psychopathologischen Befund keine Störung aus dem Formenkreis der affektiven Störungen habe diagnostiziert werden können. Die vom Beschwerdeführer geschilderten Symptome wie schnelle Ermüdbarkeit, Störungen von Aufmerksamkeit und Konzentration seien im Rahmen der Exploration nicht beobachtbar gewesen. Zwar habe das spezifische Trauma in Verbindung mit dem Verlauf und gewissen, vom Beschwerdeführer glaubhaft geschilderten Einschränkungen durch „Lärmempfindlichkeit, leicht erhöhter Reizbarkeit, verminderter Belastbarkeit“ die Diagnose eines organischen Psychosyndroms nach traumatischer Hirnverletzung (ICD-10 F07.2) erlaubt, gleichzeitig hätten sich aus dem geregelten Tagesablauf mit frühem Aufstehen am Morgen, mit gutem Funktionieren bis 24 Uhr nachts und nur seltenem Mittagsschlaf doch gewisse Diskrepanzen zu der vom Beschwerdeführer geschilderten Erschöpfbarkeit und geringen Belastbarkeit ergeben, die aufgrund des Beschriebenen nur bedingt nachvollziehbar gewesen sei (S. 2 f.). Auch bezüglich der gemäss Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Kopf- und Schulterschmerzen habe es zum Teil diskrepante und wenig nachvollziehbare Aussagen gegeben. Unter anderem sei es bei der vom Beschwerdeführer geschilderten Ausprägung wirklich nicht nachvollziehbar,

wieso er in der Möglichkeit Auto zu fahren überhaupt nicht eingeschränkt sein sollte. Auch die massive Limitierung durch die Kopfschmerzen habe aus psychiatrischer Sicht nicht nachvollzogen werden können. Aus psychiatrischer Sicht habe somit der Verdacht bestanden, dass möglicherweise körperliche Symptome, die ursprünglich tatsächlich durch eine gesicherte körperliche Störung oder Krankheit verursacht worden seien, heute aggraviert oder länger anhalten würden (im Sinne von ICD-10 F68.0).

Im Rahmen der orthopädischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer betreffend Anteversion der linken Schulter vergleichsweise gute Werte erreicht. Diese Werte seien im Vergleich zur Untersuchung des Beschwerdeführers im Mai 2009 sogar verbessert gewesen. Die Kraft der rechten Hand sei deutlich reduziert. Dies sei nicht plausibel, denn für dieses Untersuchungsmanöver werde die Schulter nicht eingesetzt. Dies sei auch mit der beidseitigen symmetrischen, gut entwickelten Schultermuskulatur nicht vereinbar. Aufgrund des Zeitverlaufs seit der zurückliegenden Untersuchung beziehungsweise wenn man den Zeitraum des Unfalls 2005 zugrunde lege, sei es eigentlich eine deutlichere Muskelatrophie beziehungsweise ausgeprägtere Differenzen der Umfangsmesswerte zu erwarten.

In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich gegenüber der letzten Untersuchung eine Besserung abgezeichnet. Während jedoch 2009 lediglich einzelne Inkonsistenzen auf eine bewusstseinsferne Verdeutlichung hingewiesen hätten, hätten sich diesmal in standardisierten Symptomvalidierungstests Hinweise für eine Aggravation ergeben, welche die Aussagekraft des ermittelten Testprofils stark eingeschränkt hätten. Unter Berücksichtigung der möglichen Aggravation der Beschwerden habe es jetzt nur noch von einer leichten neuropsychologischen Beeinträchtigung ausgegangen werden können. Bei leichten Minderleistungen einzelner kognitiver Funktionen sei man davon ausgegangen, dass die Funktionsfähigkeit bei Tätigkeiten oder Arbeitsabläufen mit hohen kognitiven Anforderungen leicht eingeschränkt sein dürfte. Aus rein neuropsychologischer Sicht habe man jedoch angenommen, dass die Ausübung des früheren Berufs als Flugzeugmechaniker grundsätzlich möglich sein sollte und dass in erster Linie die bestehende Schmerzproblematik limitierend sein dürfte. In Übereinstimmung damit hätten die guten Leistungen im Berufsorientierungstraining nach Berücksichtigung des unfallbedingt eingeschränkten Einsatzes der linken Schulter eine darüber hinausgehende kognitiv oder körperlich bedingte Leistungsminderung nicht erkennen lassen (S. 3 f.).

In der neurologischen und psychiatrischen Anamneseerhebung sei als Inkonsistenz in Bezug auf den Alltagsablauf des Beschwerdeführers aufgefallen, dass er trotz der kurzen Schlafperioden offenbar keine starke Tagesmüdigkeit aufweise. Dies lasse bei den relativ langen Tagen des Beschwerdeführers, welche durch Fahrten, Hausarbeit, verschiedene Erledigungen und familiäre/soziale Aktivitäten weitgehend ausgefüllt seien, die während der letzten beiden beruflichen Wiedereingliederungsversuche angegebene leistungslimitierende Erschöpfbarkeit nicht nachvollziehen. Ein Widerspruch bestehe auch in der gegenüber der psychiatrischen Untersucherin gemachten Angabe, dass bereits das Armpendeln des linken Armes ihm Schmerzen verursache, während das Halten des Lenkrades beim Autofahren keine Schmerzen an der linken Schulter auslöse. Das selbstlimitierende Verhalten, welches der Beschwerdeführer in der physiotherapeutischen Untersuchung gezeigt habe, sei auch im Rahmen der orthopädischen Untersuchung aufgefallen, in der er bei der dynamometrischen Prüfung der Handkraft links medizinisch nicht nachvollziehbar eine nur minimale Willkürinnervation von 8 kg aufgebracht habe,

obwohl diese Untersuchung nicht mit einer Schulterbelastung verbunden gewesen sei. Des Weiteren sei den ärztlichen Untersuchern aufgefallen, dass die Atrophie von Schulter- und Armmuskulatur links nicht der berichteten ausgeprägten und langandauernden Schöpfung des linken Armes entsprochen habe, und dass die Hände seitengleich so stark beschwiele gewesen seien, wie es normalerweise nicht einmal durch intensive Haushaltarbeit in einem Standardhaushalt zu erwarten wäre (S. 4 f.) .

Verglichen mit den Verläufen der beruflichen Integrationsmassnahmen würden sowohl die Ergebnisse der verkehrspsychologischen Untersuchung aus dem Jahre 2011 als auch die aktuellen anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde auf eine in den letzten Jahren erfolgte Besserung des Gesundheitszustandes hinweisen.

Die Einschränkungen der Zumutbarkeit seien orthopädischer Natur. Aufgrund der klinischen und radiologischen Untersuchungen könne weiterhin davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer sogar mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar seien, wobei ständige Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar seien. Das Heben von Lasten über 20

kg sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar, wobei hier zu berücksichtigen sei, dass der Beschwerdeführer rechtsdominant sei und der rechte Arm uneingeschränkt einsetzbar sei. Die erlernte Berufstätigkeit als Flugzeugmechaniker sei wegen damit verbundenen Zwangshaltungen und der notwendigen Überkopfarbeiten nicht mehr zumutbar (S. 5 f.) . Nachdem für das orthopädische Belastbarkeitsprofil keine zeitliche Einschränkung vorgegeben worden ist, die neuropsychologische Störung sich im Vergleich zur Voruntersuchung von 2009 leicht gebessert zeige, und sich in keiner der aktuellen Untersuchungen ein Hinweis auf eine relevante organische Verhaltensstörung gefunden habe, könne dem Beschwerdeführer eine Tätigkeit mit Ganztagespräsenz von leichter bis mittelschwerer körperlicher Belastung zugemutet werden. Dies insbesondere, als er, alle Alltagstätigkeiten zusammen genommen, bereits jetzt einen Alltag absolviere, wie er im Rahmen einer Ganztagesarbeit vorstellbar wäre. Auch bei erschwelter Beurteilbarkeit solle aus neurologischer Sicht allerdings der Möglichkeit Rechnung getragen werden, dass die unfallbedingten zerebralen Strukturveränderungen zu einer vermehrten Erschöpfbarkeit und Ermüdbarkeit führen könnten, und dass man aus diesem Grunde ausreichend Erholungspausen in den Ablauf einer Arbeitstätigkeit einplanen müsste. Vorstellbar sei deshalb, dass der Beschwerdeführer bei ganztägiger Präsenzzeit ein nur 80%iges Leistungspensum erbringen müsste, so dass er im Tagesverlauf 20 % der Präsenzzeit für Erholungspausen nützen könnte (S. 6) .

Aufgrund der Inkonsistenzen könne nicht beurteilt werden, inwiefern die Kopfwehattacken das Alltagsleben tatsächlich beeinträchtigen würden. Auch wenn er jedoch an den Kopfschmerzattacken leide, sei es aus neurologischer Sicht nicht nachvollziehbar, dass er sich als leistungsorientierter, gut strukturierter und gut vernetzter Mensch bei der vorliegenden, unauffälligen Primärpersönlichkeit und dem Fehlen einer affektiven Störung trotz dieser Symptome nicht um Arbeit bemüht habe. Aus den angegebenen unbehandelten Kopfschmerzen auf eine bleibende Einschränkung der Zumutbarkeit zu schliessen, widerspreche den Prinzipien der Behandelbarkeit von Kopfschmerzen nach den neurologischen Leitlinien. Durch eine konsequente Behandlung in einer neurologischen Kopfwehsprechstunde sei aus neurologischer Sicht eine Verbesserung der Beschwerden zu absehbar (S. 6 unten) .

E. 4.3

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, erstattete sein neurologisches Gutachten zuhanden des Beschwerdeführers am 6. September 2013 (Urk. 12/309) und nannte folgende Diagnosen (S. 8): - Status nach Polytrauma bei Motorradunfall am 4. April 2006 (richtig: 6. April 2005) mit - traumatischer Hirnverletzung bifrontal und in der Capsula interna - leichte bis mittelschwere neuropsychologische Funktionsstörungen mit erheblicher Wesensveränderung

- chronische posttraumatische Kopfschmerzen (in den ersten Wochen durch die starke Schmerzmedikation kaschiert)

- Schulterverletzung links: mehrfragmentäre Glenoidfraktur mit Limbus-Abriss - Thoraxkontusion - HWS-Hyperextensionstrauma mit anteriorer Anulusriss des Discus intervertebralis auf Höhe C7/Th1 mit zervikokranieller Schmerzsymptomatik. Er führte aus, dass heute die von Anfang an bestehenden posttraumatischen Kopfschmerzen im Zentrum der Beschwerden stünden. Diese seien auch heute noch invalidisierend und auch hauptsächlich verantwortlich, dass die verschiedensten bis vor 2 Jahren durchgeführten Arbeitsversuche gescheitert seien. Die Kopfschmerzen seien überwiegend wahrscheinlich zum Teil auch durch die beim Unfall erlittene Läsion im HWS-Bereich im Sinne eines zervikokraniellen Schmerzsyndroms

mitbedingt (S. 8). Der Beschwerdeführer habe medizinisch überhaupt keine Vorbelastung. Nach der Akutbehandlung im USZ seien während der Neurorehabilitation in Z.____ die bekannten Defizite klar dokumentiert worden. Einzig die posttraumatischen Kopfschmerzen seien noch nicht vermerkt. Diese chronischen Kopfschmerzen seien jedoch auf jeden Fall unfallkausal und als posttraumatisch zu betrachten (S. 8).

Beim Beschwerdeführer hätten sämtliche Arbeitsversuche seit 2006 bis heute ergeben, dass wegen der Summe der unfallbedingten Beschwerden und Funktionseinschränkungen keine verwertbare Arbeitsfähigkeit mehr realisiert werden können (S. 9).

E. 4.4

Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ nahmen am 23. Dezember 2014 Stellung (Urk. 12/395) und führten aus, dass das MRI der Halswirbelsäule (HWS) vom 25. Oktober 2012 eine geringgradige Streckhaltung der HWS zeige. Der Befund sei aufgrund der grossen Variabilität der Ligamenta alaria bei gesunden Probanden für ein Schleudertrauma nicht spezifisch. Es bestehe keine pathologische Flüssigkeitsansammlung in den Facettengelenken und auch keine Frakturlinie im Bereich der HWS. Die kurzstreckige Dehiszenz des Ligamentum longitudinale anterius und der anteriore Anulusriss des Discus intervertebralis auf Höhe C7/Th1 seien überwiegend wahrscheinlich auf das Schleudertrauma zurückzuführen. Die Irregularität/Narbenbildung im Bereich des Ligamentum alare rechts und die Segmentdegeneration mit anteriorem Anulusriss auf Höhe C5/6 und C6/7 dürften theoretisch traumabedingt sein, jedoch könne ein direkter Zusammenhang nicht gestellt werden. Bei foraminaler Kompression der Radix C6 rechts wäre eine Affektion dieser Nervenwurzel möglich (S. 5).

Der MRI Befund von HWS und kraniozervikalem Übergang liefere Informationen, die zum Zeitpunkt der interdisziplinären Untersuchung nicht vorgelegen hätten. An der interdisziplinären Zusammenfassung beziehungsweise am Zumutbarkeitsprofil würden dadurch aber keine Änderungen entstehen, vor allem weil weder die Anamnese noch die

klinischen Untersuchungsbefunde auf relevante leistungslimitierende zervikale Beschwerden hingewiesen hätten. Die Kopfschmerzen, welche semiologisch gut mit dem klinischen Bild von Arznei mittelübergebrauchskopfschmerzen übereinstimmen und die aktuellen Klassifikationskriterien erfüllen würden, seien aus ihrer Sicht nicht den pathologischen HWS-Befunden geschuldet. Einerseits gebe der Beschwerdeführer keine typische Symptomatik für zervikogene Kopfschmerzen an, andererseits sei bekannt, dass tiefer als auf Höhe C3/4 gelegene Diskopathien keine zervikogenen Kopfschmerzen verursachen würden, so dass bei normaler Darstellung von atlantookzipitalen Übergang, atlantoaxialen Gelenken und atlantodentalen Gelenken auch von der Lokalisation her nicht davon auszugehen sei, dass die pathologischen Veränderungen auf Höhe C7/Th1, C6/7 sowie C5/6 die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers auslösen würden (S. 6 oben).

In der interdisziplinären Beurteilung sei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht primär aus der neuropsychologischen Untersuchung hergeleitet worden, sondern aus einer intensiven Zusammenschau aller klinischen Untersuchungen und anamnestischen Informationen. Dies sei in der interdisziplinären Zusammenfassung ausführlich belegt worden. Wenn sich in der neuropsychologischen Untersuchung aufgrund von negativer Antwortverzerrung oder in Tests zur Symptomvalidierung allerdings Hinweise auf Verdeutlichung oder Aggravation ergeben würden, würden diese Informationen in die Beurteilung des Gesamtbildes mit einfließen und könnten sich auf die anamnestischen Angaben eines Exploranden und die Gewichtung der Symptom-Präsentation sozusagen relativierend auswirken (S. 6 f.).

Dr. D. ___ erläutere mit Hinweisen auf die IHS-Klassifikation die Diagnosekriterien der posttraumatischen Kopfschmerzen. Leider seien von ihm die Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen, welche in der IHS-Klassifikation eben falls mit exakten Diagnosekriterien aufgeführt seien, differentialdiagnostisch nicht diskutiert worden.

Dr. D. ___ habe zwar die Frequenz der Kopfschmerzattacken aufgeführt und dokumentiert, dass der Beschwerdeführer bei Kopfschmerzen vier Mefenacid 500 pro Tag und alternativ Dafalgan nehme. Allerdings fehle in seinem Gutachten eine Auflistung der aktuellen Medikation mit Angabe der Behandlungstage pro Monat. Wenn in Ermangelung genauerer Angaben angenommen werde, dass der Beschwerdeführer an allen Kopfschmerztagen die von Dr. D. ___ aufgeführten Analgetika nehme, dann komme er sicher auf 15 Einnahmetage pro Monat. Übertrage man diese von Dr. D. ___ nicht diskutierten IHS-Kriterien auf die Kopfschmerzen des Beschwerdeführers, welche von Dr. D. ___ als zentrale Beschwerde von invaliderendem Charakter aufgeführt würden, lasse sich die Differentialdiagnose der Medikamentenübergebrauchskopfschmerzen nicht mehr negieren (S. 7 f.).

Betont werden müsse, dass nicht erklärbar sei, wie der Beschwerdeführer in der Lage sein solle, seinen durchaus anstrengenden Alltagsablauf trotz seiner intensiven Kopfschmerzen zu bewältigen und warum er aus Angst vor einer Kopfschmerzattacke seine Tochter an keinem Tag zuhause selber betreue, während ihn diese Angst nicht daran hindere, an allen Arbeitstagen seiner Ehefrau diese sowie die gemeinsame Tochter morgens nach Zürich zu fahren und abends wieder abzuholen. Widersprüchlich seien auch die Angaben zur Wesensänderung, welche Dr. D. ___ gemacht habe. Einerseits habe er eine erhebliche Wesensänderung diagnostiziert, andererseits habe er dem Beschwerdeführer gute Kooperation und guten affektiven Rapport in der neurologischen Exploration/Untersuchung attestiert und betont, dass der Beschwerdeführer bei allen

Reintegrationsbemühungen eine sehr gute Motivation und Kooperationsfähigkeit gezeigt habe. Wenn auf die eigenen Erfahrungen mit dem Beschwerdeführer im Jahre 2012 zurückgegriffen werde, wo er sich in allen Untersuchungen freundlich und sehr kooperativ gezeigt und ausser einer leichten durchaus adäquaten Affektlabilität in Zusammenhang mit seiner schwierigen wirtschaftlichen Situation und Lebenslage keinerlei psychopathologische Auffälligkeiten aufgewiesen habe, dann würden schlichtweg die Diagnosegrundlagen für eine organische Wesensveränderung nach traumatischer Hirnverletzung fehlen. Auch Dr. D.____ habe in der telefonischen Befragung des langjährigen Psychiaters Dr. F.____ sowie von Frau G.____ aus der Gärtnerei H.____ keinerlei Hinweise für die Verhaltensauffälligkeiten des Beschwerdeführers erhalten. Dass sich eine organisch bedingte Wesensänderung im Rahmen eines drei Monate dauernden Arbeitsversuches nicht gezeigt hätte, sei äusserst unwahrscheinlich. Erwähnenswert sei an dieser Stelle auch die Verkehrsmedizinische Untersuchung, in der man dem Beschwerdeführer 2011 die Fähigkeit zur Kontrolle und Steuerung von Handlungsimpulsen auch unter hohem Zeitdruck bestätigt habe, was aus neuropsychiatrischer Sicht der von Dr. D.____ gestellten Diagnosen einer erheblichen Wesensänderung ebenfalls widerspreche (S. 8 f.).

Die mögliche Aggravation sei sodann aufgrund der Ergebnisse in den Symptomvalidierungstests sowie der Diskrepanz zwischen selbstberichteten Symptomen und beobachtetem Verhalten diagnostiziert worden. Dass der Beschwerdeführer die Inkonsistenzen zwischen selbstberichtetem und beobachtetem Verhalten in allen Untersuchungsdisziplinen und in der orthopädischen Untersuchung zudem ein sehr auffälliges Abschneiden bei Kraftanwendung einer nicht betroffenen Körperregion gezeigt habe, könne durch eine organisch bedingte Wesensänderung ebenfalls nicht erklärt werden und bestätige die festgestellten Aggravationstendenzen der neuropsychologischen Untersuchung (S. 9 Mitte). Die Verbesserung der kognitiven Leistung bestehe darin, dass im Gegensatz zur Voruntersuchung keine Einschränkungen von Aufmerksamkeits- und Umstellfunktionen mehr hätten festgestellt werden können. Dass der Beschwerdeführer in einigen Tests schlechtere Leistungen erbracht habe, sei wohl im Rahmen von Leistungsschwankungen interpretierbar, habe in Bezug auf den Heilverlauf nach traumatischer Hirnverletzung keine direkte Relevanz, so habe bei ihm doch eine abgeschlossene erworbene strukturelle Hirnverletzung vorgelegen und keine progrediente neurodegenerative Erkrankung (S. 9 f.).

Auch in Würdigung des Gutachtens von Dr. D.____ gebe es gemäss den oben aufgeführten Ausführungen keinen Grund, von der damaligen interdisziplinären Beurteilung abzuweichen (S. 10). Wenn eingeschränkte Kooperationsfähigkeit und Inkonsistenzen in Anamnese und klinischer Untersuchung die Zumutbarkeitsbeurteilung erschweren würden, müssten umso stärker alle über die subjektiven Angaben hinaus vorliegenden objektivierbaren Informationen einbezogen werden.

Nach intensiver interdisziplinärer Beurteilung der Gesamtsituation habe aufgrund der Besserung des Gesundheitszustandes wie dokumentiert von einer gegenüber 2009 erhöhten Leistungsfähigkeit ausgegangen werden

können. Diese sei in der Zumutbarkeitsempfehlung von Oktober 2012 auf 80 % Leistung bei 100 % Präsenzzeit einzuschätzen gewesen (S. 13).

5. 5.1

Die ausführlichen Expertisen der Ärzte der Rehaklinik Z. ___ setzen sich mit allen Aspekten der gesundheitlichen Beeinträchtigung auseinander und berücksichtigen insbesondere auch sämtliche bis dahin angefallenen ärztlichen Untersuchungsberichte. Insgesamt erscheinen das Gutachten der Rehaklinik Z. ___ von Oktober 2012 sowie die ergänzende Stellungnahme von Dezember 2014 nachvollziehbar und vermögen zu überzeugen.

Da das Gutachten sowie die Stellungnahme folglich sämtliche praxisgemässen Anforderungen vollumfänglich erfüllen (vgl. vorstehend E. 1.2), kann - insbesondere was die Beurteilung

des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit betrifft - darauf abgestellt werden. Sie setzen sich zudem ausdrücklich mit dem Thema der Verbesserung des Gesundheitszustandes auseinander und begründen die bestehende Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar. Die Gutachter der Rehaklinik Z. ___ fanden in der neurologischen Untersuchung keine fokale-neurologischen Defizite und keine psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten. In der neuropsychologischen Untersuchung fand sich ein insgesamt besseres Testprofil als im Jahre 2009 und es konnten keine Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen oder der Umstellfähigkeit mehr festgestellt werden. Unter Berücksichtigung der möglichen Aggravation des Beschwerdeführers diagnostizierten die Gutachter der Rehaklinik Z. ___ eine etwa leichte neuropsychologische Störung. Auch die psychische Gesamtsituation wurde sowohl als subjektiv als auch objektiv insgesamt gebessert beschrieben, zumal der Beschwerdeführer über eine geregelte Tagesstruktur und ein recht aktives Sozialleben verfügt. Diesbezüglich machten die Gutachter auf gewisse Diskrepanzen zu der vom Beschwerdeführer geschilderten Erschöpfbarkeit und geringen Belastbarkeit sowie der Kopfschmerzen aufmerksam, welche aufgrund des beschriebenen aktiven Lebens nicht nachvollziehbar erscheinen. Diese Diagnosen und Ausführungen sind mit der neurologischen Beurteilung durch Dr. C. ___ (vgl. vorstehend E. 4.1) sowie der Resultate der verkehrspsychologischen Abklärung, welche ebenfalls von einer namhaften Besserung der kognitiven beziehungsweise neuropsychologischen Leistungsfähigkeit ausgingen, vereinbar. 5.2

Wie sich aus den früheren Berichten ergibt, erfolgte die ursprüngliche Rentenentscheidung im März 2011 im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der Ärzte der Rehaklinik Z. ___ von September 2009 sowie deren Ergänzung von November 2009 (vgl. vorstehend E. 3.2 und E. 3.3), wonach der Beschwerdeführer an den Folgen einer traumatischen Hirnverletzung, bestehend aus neuropsychologischen Defiziten leichter- bis mittelgradiger Ausprägung (Aufmerksamkeit, Interferenzunterdrückung, verminderte Stresstoleranz, erhöhte emotionale Reagibilität, Tendenz zur Impulsivität, vorzeitige Ermüdung) sowie Bewegungseinschränkungen der linken Schulter leidet. Sie attestierten dem Beschwerdeführer damals eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss beschriebenen Profil.

Aktuell diagnostizierten die Ärzte der Rehaklinik Z. ___ nur noch eine leichte neuropsychologische Störung mit kognitiven Einschränkungen von überwiegend sprachassoziierten mnestischen und exekutiven Teilfunktionen bei Vorliegen einer möglichen Aggravation (vgl. vorstehend E. 4.2) und führten nachvollziehbar Inkonsistenzen bei der Begutachtung,

in Bezug auf den normalen und anspruchsvollen Tagesablauf, der problemlosen Fahrfähigkeit und des Umstandes, dass der Beschwerdeführer trotz der geltend gemachten massiven Kopf schmerzattacken keine Schmerzbehandlung wahrnehme, auf. Sodann stellten die Gutachter der Rehaklinik Z.____ eine Diskrepanz zwischen der Muskulatur und der demonstrierten Schonung fest und hielten lediglich noch Einschränkungen orthopädischer Natur fest, womit sie ein deutlich gebessertes Zustandsbild aufzeigten. Die Gutachter hielten fest, dass sowohl die Ergebnisse der verkehrspsychologischen Untersuchung als auch die aktuellen anamnestischen Angaben und Untersuchungsbefunde auf eine in den letzten Jahren erfolgte Besserung des Gesundheitszustandes hinweisen würden, und attestierten dem Beschwerdeführer ein 80%iges Leistungspensum bei ganztägiger Präsenzzeit, so dass er im Tagesverlauf 20 % der Präsenzzeit für Erholungspausen nutzen könne. 5.3

Die Beurteilung der Gutachter der Rehaklinik Z.____ ist angesichts der genannten Befunde nachvollziehbar. Sie begründeten einlässlich und sorgfältig, dass es seit dem für die Rentenzusprache relevanten Gutachten aus dem Jahre 2009 zu einer Verbesserung gekommen ist. So zeigte sich ein insgesamt besseres kognitives Testprofil und es konnten keine Einschränkungen im Bereich der Aufmerksamkeitsfunktionen und der Umstellfähigkeit mehr festgestellt werden. Die von den Gutachtern beschriebene Verbesserung wird ausserdem auch durch den Umstand bestätigt, dass die Durchführung einer standardisierten Symptomvalidierung Hinweise auf eine mögliche Aggravation der Beschwerden ergab. So wurden im Rahmen von zwei Symptomvalidierungstests die empfohlenen Cut-Off Werte unterschritten und es lagen Verletzungen allgemeiner Lernprinzipien vor. Die Gutachter machten sodann auf die Diskrepanz zwischen den berichteten Beschwerden wie Konzentrationsproblemen und Kopfschmerzen und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer im Alltag imstande ist, ein Auto zu lenken, aufmerksam (Urk. 12/272 S. 7). Weiter setzten sich die Gutachter ausdrücklich mit der Inkonsistenz in Bezug auf den Alltagsablauf des Beschwerdeführers auseinander, wonach er trotz kurzen Schlafperioden offenbar keine starke Tagesmüdigkeit aufweist. Dies lässt bei den relativ langen Tagen des Beschwerdeführers, welche durch Fahrten (auch im Stadtverkehr), Hausarbeit, verschiedene Erledigungen und familiäre/soziale Aktivitäten weitgehend ausgefüllt seien, die während der letzten beiden beruflichen Wiedereingliederungsversuchen angegebene leistungslimitierende Erschöpfbarkeit nicht nachvollziehen (Urk. 12/274 S. 21). Einen weiteren Widerspruch sahen die Gutachter auch im Umstand, dass es der Beschwerdeführer aus Angst vor jederzeit unvorhersehbar einsetzenden, starken Kopfschmerzen nicht wagt, trotz nachbarschaftlicher Einbettung seine Tochter tagsüber zu Hause zu betreuen, während ihn dieselbe Angst nicht daran hindert, an vier Tagen pro Woche mit den öffentlichen Verkehrsmitteln oder dem Auto seine Familie morgens und abends zu bringen beziehungsweise abzuholen (Urk. 12/274 S. 21, Urk. 12/395 S. 8). Den ärztlichen Untersuchern fiel sodann auf, dass die Atrophie von Schulter- und Armmuskulatur links nicht der berichteten ausgeprägten und langandauernden Schonung des linken Armes entsprach, und dass die Hände seitengleich so stark beschwilt waren, wie es normalerweise nicht einmal durch intensive Haushaltarbeit in einem Standardhaushalt zu erwarten wäre (Urk. 12/274 S. 21). Schliesslich führten die Gutachter in nachvollziehbarer Weise aus, dass bei Erschwerung der Zumutbarkeitsbeurteilung durch eingeschränkte Kooperationsfähigkeit und Inkonsistenzen in Anamnese und klinischer Untersuchung, alle über die subjektiven Angaben hinaus vorliegenden objektivierbaren Informationen umso stärker einbezogen werden müssten

und nach intensiver inter disziplinärer Beurteilung der Gesamtsituation aufgrund einer Besserung des Gesundheitszustandes von einer gegenüber 2009 erhöhten Leistungsfähigkeit auszugehen sei (Urk. 12/395 S. 13) .

5.4

Die vom Beschwerdeführer vorgebrachten Argumente (Urk. 1 S. 3 f.) vermögen den Beweiswert des Gutachtens sowie der ergänzenden Stellungnahme der Ärzte der Rehaklinik Z.____ nicht zu schmälern. Insbesondere haben sich die Gutachter mit den vorbestehenden Arztberichten und Gutachten auseinandergesetzt und nachvollziehbar ihre abweichenden Beurteilungen begründet.

Somit haben die Gutachter ausserhalb der abweichenden Beurteilung durch Dr. D.____ Stellung und führten aus, dass dem Beschwerdeführer anlässlich der verkehrsmedizinischen Untersuchung die Fähigkeit zur Kontrolle und Steuerung von Handlungsimpulsen auch unter hohem Zeitdruck bestätigt wurde, was aus neuropsychologischer Sicht der von Dr. D.____ gestellten Diagnose widerspreche (vgl. Urk. 12/395 S. 8 f.). Zur Kritik von Dr. D.____ bezüglich der Aggravation begründeten die Gutachter einlässlich, dass es bei der derart differenzierten Einordnung unter positiver Berücksichtigung auch der übrigen Testergebnisse nicht statthaft sei, erworbene organische Strukturveränderungen als Erklärung für das Abschneiden in den Symptomvalidierungstests heranzuziehen (Urk. 12/395 S. 9). Dass ein Teil der in der neuropsychologischen Untersuchung gezeigten Inkonsistenzen durch die traumatischen Hirnverletzungen bedingt sein könnten, wurde von den Gutachtern nicht in Abrede gestellt, sondern explizit erwähnt. Auch dass ein Teil der vom Beschwerdeführer beklagten Beschwerden mit den Folgen einer traumatischen Hirnverletzung vereinbar sind, wurde nicht negiert (Urk. 12/274 S. 21 f.). Der offensichtliche Widerspruch zwischen den selbstberichteten Symptomen und dem beobachteten Verhalten sowie den intensiven Alltagsaktivitäten wurde jedoch von den Gutachtern der Rehaklinik Z.____ zusammen mit den auffälligen Symptomvalidierungstests kritisch in die Gesamtbeurteilung miteinbezogen. Die Verbesserung der kognitiven Leistung wurde von den Gutachtern schliesslich damit begründet, dass im Gegensatz zur Voruntersuchung im Jahre 2009 keine Einschränkungen von Aufmerksamkeits- und Umstellfunktionen mehr festgestellt werden konnten. 5.5

Gestützt auf das überzeugende Gutachten vom 2. Oktober 2012 sowie die ergänzende Stellungnahme vom 23. Dezember 2014 der Ärzte der Rehaklinik Z.____ ist deshalb der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass

für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, ohne Überkopfarbeiten und ohne Heben von Lasten über 20 kg bei ganztägiger Präsenzzeit ein 80%iges Leistungsspensum bestehe.

Damit ist eine anspruchrelevante Verbesserung eingetreten.

6. 6.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art.

E. 9

. Januar 2015 ab (Urk. 12 / 396 = Urk. 2). 2.

Der Versicherte erhob am

E. 11

. Februar 20

E. 15

Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 9. Januar 2015 und beantragte, dieser sei aufzuheben und die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihm weiterhin die bisherige Rente von 54 % auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1 und 2), eventuell seien weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen und ihm eine höhere Rente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 3).

Die SUVA beantragte mit Beschwerdeantwort vom 20. März 2015 (Urk. 11) die Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 5. Mai 2015 wurde das Gesuch um unentgeltliche Rechtsvertretung (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 4) bewilligt und dem Beschwerdeführer die Beschwerdeantwort zugestellt (Urk. 14). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 16

ATSG 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre. 6.2

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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 104 V 135 E. 2a und b, vgl. auch BGE 114 V 310 E. 3a). 6.3

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 169 S. 100 f. E. 3b).

Auszugehen ist stets vom Bruttogehalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_100/2012 vom 29. März 2012 E. 3.2). Dieses ist grundsätzlich an die zwischen Unfall und Rentenbeginn eingetretene Lohnentwicklung anzupassen (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325).

Gemäss Art. 15 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden Taggelder und Renten nach dem versicherten Verdienst bemessen (Abs. 1). Als versicherter Verdienst gilt für die Bemessung der Taggelder der letzte vor dem Unfall bezogene Lohn, für die Bemessung der Renten der innerhalb eines Jahres vor dem Unfall bezogene Lohn (Abs. 2). 6.4

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Ermittlung des hypothetischen Valideneinkommens auf die Angaben der

Firma Y. ____

vom 27. März 2013 (Urk. 12/291) sowie die Angaben der E. ____ AG vom

3. Juli 2013 (Urk. 12/292-294) und errechnete für das Jahr 2013 einen Betrag von Fr. 77'142.-- (Verdienst Haupterwerb Fr. 70'082.-- + Verdienst Nebenerwerb Fr. 7'060.-- ; vgl. auch Urk. 12/297 S. 3).

Dieses Vorgehen wurde vom Beschwerdeführer insofern gerügt, als er geltend machte, er würde heute mehr verdienen, und es sei ein unzulässiger Methodenwechsel vorgenommen worden (Urk. 1 S. 25 f.).

Den Einwendungen des Beschwerdeführers kann nicht gefolgt werden:

Steht das Vorliegen eines Revisionsgrundes für ein Sachverhaltselement wie vorliegend fest, so können im Revisionsverfahren auch die anderen Elemente der Anspruchsberechtigung frei überprüft werden. So kann auch die Höhe des Vali deneinkommens ohne Bindung an die ursprüngliche Verfügung neu festgesetzt werden (Rumo-Jungo / Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, S. 154 mit Hinweisen). Dies hat die Beschwerdegegnerin mittels Anfrage an die früheren Arbeitgeber in nicht zu beanstandender Weise getan.

Ausserdem vermochte der Beschwerdeführer nicht weiter darzutun, welche konkrete Beförderung und mit welchen finanziellen Auswirkungen durch den Unfall vereitelt worden seien. Die diesbezüglich erhaltene Bestätigung der Firma F. ____ vom 3. November 2006 (Urk. 3/5) ist zu allgemein formuliert, als dass der Beschwerdeführer daraus etwas zu seinen Gunsten ableiten könnte. Seine Ausführungen, wonach die Beschwerdegegnerin telefonisch und schriftlich Leute beeinflusst habe, können ebenfalls nicht gehört werden. Den Akten ist hinsichtlich dieser Rügen nichts zu entnehmen, was gegen das von den verantwortlichen Personen der Firma Y. ____ und der E. ____ AG angegebene Einkommen sprechen würde. Der Beschwerdeführer vermochte sodann nicht darzutun, inwiefern das Vali deneinkommen von Fr. 77'142.-- nicht korrekt sein sollte. Vielmehr wurde es aufgrund der Dokumente in den Akten korrekt und nachvollziehbar errechnet (vgl. Urk. 12/291-294).
6.5

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E.

3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 6 . 6

Zur Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens für eine gemäss beschriebenen Belastungsprofil zumutbare Tätigkeit stützte sich die Beschwerdeführerin auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE 2010, Tabelle TA1, Rubrik „Männer“, Niveau 4 ; vgl. Urk. 12/297 S. 3) und errechnete unter Anpassung an die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit im Jahr 2013 von 41.7 Stunden, unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für die Jahre 2011 (1 %), 2012 und 2013 (je 0.8 %) sowie unter Berücksichtigung eines leistungsbedingten Abzugs von 5 % einen Betrag von Fr. 47'819.-- für das Pensum von 80 %

(Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41.7 x 1.01 x 1.008 x 1.008 x 0.95 x 0.8).

Angesichts der Zumutbarkeit einer 80 %igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer auch bei Beachtung der im beschriebenen Belastungsprofil genannten Einschränkungen eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es reicht fertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2010, Tabellengruppe TA1, Rubrik „Männer“, Niveau 4).

Diese Berechnung ist nicht zu beanstanden; insbesondere hat die Beschwerdeführerin hinreichend begründet, warum nicht mehr von den statistischen Werten des Dienstleistungssektors auszugehen ist (vgl. Urk. 2 S. 11). 6.7

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leistungsabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leistungsabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2). 6.8

Die Beschwerdeführerin gewährte einen behinderungsbedingten Abzug von 5 % (vgl. Urk. 12 / 297 S. 3), womit für das Jahr 2013 ein hypothetisches Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 47'819.-- resultierte.

Der Beschwerdeführer rügte dieses Vorgehen in dem Sinne, dass bei der Berechnung des Invalideneinkommens wie bisher ein behinderungsbedingter Abzug in der Höhe von 10 %

gerechtfertigt sei (Urk. 1 S. 27).

Angesichts der Zumutbarkeit einer 80%igen behinderungsangepassten

Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Die einzigen medizinisch ausgewiesenen Behinderungen des Beschwerdeführers bestehen in körperlich schweren Arbeiten mit

Hebe- und Tragebelastungen über

E. 20

kg sowie in Überkopfarbeiten. Hingegen sind dem Beschwerdeführer sämtliche leichten bis mittelschweren körperlichen Tätigkeiten ohne Überkopfarbeit und ohne das Heben von Gewichten über 20 kg möglich. Die genannten Einschränkungen dürften bei den üblichen einfachen und repetitiven Tätigkeiten nicht in ausgeprägter Weise ins Gewicht fallen. Mithin schränken diese Behinderungen den Beschwerdeführer nicht wesentlich in der Wahl der Tätigkeit ein. Es ist daher nicht zu erwarten, dass der

Beschwerdeführer seine verbleibende Arbeitsfähigkeit nur zu einem unter durchschnittlichen Lohn

der tiefer sein müsste als der verwendete Tabellenlohn - verwerten kann. Lohnmindernd wirkt sich einzig der Umstand aus, dass der Beschwerdeführer mit dem genannten Zumutbarkeitsprofil keine Schwerarbeit mehr leisten kann und bei ganztägiger Präsenzzeit lediglich noch im Umfang von 80% leistungsfähig ist, womit er je nach Anstellung auf Teilzeitarbeit angewiesen ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass teilzeitbeschäftigte Männer im Vergleich zu Vollzeitangestellten erfahrungsgemäss überproportional tiefer entlohnt werden (BGE 126 V 472 E. 4.2.3). Dabei handelt es sich um einen einkommensmindernden Umstand, welcher zu berücksichtigen ist.

Dieser Umstand wird mit dem gewährten Abzug von 5% genügend Rechnung getragen; die weiteren persönlichen und beruflichen Umstände sind nicht geeignet, einen - vom Beschwerdeführer beantragten - höheren Abzug zu rechtfertigen. 6.9

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 77'142.-- (vgl. vorstehend E. 6.4) mit dem Invalideneinkommen von Fr. 47'819.-- (vgl. vorstehend E. 6.8) ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 29'323.-- und damit einen Invaliditätsgrad von gerundet 38%.

Dies führt zur abschliessenden Feststellung, dass die Invaliditätsbemessung der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden und der resultierende Invaliditätsgrad von rund 38% zu bestätigen ist.

Die Einwände des Beschwerdeführers gegen den angefochtenen Entscheid erweisen sich als unbegründet, womit dieser zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist. 7.

7.1

Bei diesem Ausgang des Verfahrens ist der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fürsprecher Herbert Schober, Zürich aus der Gerichtskasse zu entschädigen. 7.2

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der

Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der seit 1. Juli 2011 in Kraft stehenden Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt. 7.3

Der von Fürsprecher Herbert Schober mit Eingabe vom 11. April 2016 geltend gemachte Aufwand von 24 Stunden (Urk. 17) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass er den Beschwerdeführer schon im Einspracheverfahren vertrat und ihm Akten somit bekannt waren. Sodann entspricht die Beschwerdeschrift in weiten Teilen der Einsprache vom 10. September 2013 (Urk. 12/303). Namentlich erscheint ein Aufwand von 18.5 Stunden für die Beschwerdeschrift als überhöht, zumal dieser pauschal mit „Beschwerderedaktion“ bezeichnet wird (vgl. Urk. 17), was die Nachvollziehbarkeit des geltend gemachten Aufwandes verunmöglicht. Es ist nicht ersichtlich, wie viele Stunden auf das Studium der Akten und auf die eigentliche Beschwerderedaktion entfielen. Zudem macht Fürsprecher Schober einen Honoraransatz von Fr. 250.-- geltend, was nicht dem gerichtsblichen Ansatz von Fr. 220.-- entspricht.

Angesichts der zu studierenden gut 400

Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der fast 30 seitigen Rechtsschrift und den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverbeiständung erscheint ein Gesamtaufwand von 11 Stunden als angemessen. Unter Berücksichtigung der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung von Fürsprecher

Herbert Schober bei Anwendung des gerichtsblichen Stundenansatzes von Fr.

E. 22

0.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. 7.4

Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Fürsprecher Herbert Schober, Zürich, wird mit Fr. 3'300.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Herbert Schober

- Rechtsanwalt

Dr. Beat Frischkopf

- Bundesamt für Gesundheit sowie an: - Gerichtskasse 5.

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, 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
Mosimann Schüpbach

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