

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00010

vom 17. Mai 2019

ZH Sozialversicherungsgericht, 2019-05-17, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2018.00010

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00010 du 17 mai 2019

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2018.00010 del 17 maggio 2019

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) .

E. 1.2

Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente (zum massgeblichen Vergleichszeitpunkt vgl. BGE 133 V 108 E. 5.4), die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen). Liegt in diesem Sinne ein Revisionsgrund vor, ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht (BGE 141 V 9 E. 2.3 mit Hinweisen und E. 6.1). Entsprechend ist gegebenenfalls nicht nur der natürliche Kausalzusammenhang, sondern auch dessen Adäquanz für die Zukunft neu zu prüfen, wobei die im Zeitpunkt der erwogenen revisionsweisen Leistungsanpassung gegebenen tatsächlichen Verhältnisse massgebend sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_248/2017 vom 24. Mai 2018 E. 3.3 mit Hinweisen). Zeitlicher Ausgangspunkt für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades ist die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und – sofern Anhaltspunkte für eine Veränderung der erwerblichen Auswirkungen einer Gesundheitsschädigung bestehen – Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 134 V 131 E. 3, 133 V 108 E. 5.3.1 und E. 5.4).

E. 1.3

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 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.

E. 1.4

), in psychiatrischer als auch in neuropsychologischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers vor und damit ein Revisionsgrund, weshalb entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Beurteilungen zulässig ist (vgl. vorstehend E. 1.2). Der Einwand des Beschwerdeführers, das neuropsychologische Teilgutachten sei nicht schlüssig (vgl. vorstehend E. 2.2), erweist sich demnach als unbegründet. Demnach ist gestützt auf das psychiatrische Teilgutachten davon auszugehen, dass in der vom Beschwerdeführer aktuell ausgeübten Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit eine 90%ige Arbeitsfähigkeit besteht (vorstehend E. 4.4). 6.6.1

Es bleibt damit die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleiches vorzunehmen. 6.2

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweis).

Ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die versicherte Person die bisherige Tätigkeit unabhängig vom Eintritt der Invalidität nicht mehr ausgeübt hätte, kann das Valideneinkommen auf Grundlage der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) berechnet werden, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall gegebenenfalls relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren zu berücksichtigen sind (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 128 V 29 E. 4e; Urteil des Bundesgerichts 9C_887/2015 vom 12. April 2016 E. 4.2). 6.3

Die Beschwerdegegnerin zog zur Ermittlung des Valideneinkommens für das Jahr 2016 die Angaben der Arbeitgeberin des Beschwerdeführers, der Z. ___ AG, vom 17. August 2016 (Urk. 8/148; vgl. Urk. 8/149) heran, wonach der Beschwerdeführer ohne Unfall im Jahr 2016 hypothetisch ein Einkommen von Fr. 102'050.-- (Fr. 7'850.-- x 13) erzielt hätte. Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer auch nicht substantiiert bestritten (vgl. Urk. 1; Urk. 10), weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.4

Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist nach der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. 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 entweder Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) oder die DAP-Zahlen heran gezogen werden (BGE 139 V 592 E. 2.3 mit Hinweisen). 6.5

Der Beschwerdeführer arbeitet nach wie vor bei der Z.____ AG , aktuell in einem Pensum von 50 % (Urk. 8/146/1) , und erzielte gemäss Lohnabrechnungen im Januar und Februar 2016 ein monatliches Einkommen von Fr. 3'160.-- (Urk. 8/146/6-7), mithin ein jährliches Einkommen von Fr. 41'080.-- (Fr. 3'160.-- x 13). Die tatsächlich ausgeübte Tätigkeit entspricht einer angepassten Tätigkeit, jedoch wäre ihm diese zu 90 % zumutbar (vgl. vorstehend E. 4.4). Die Beschwerdeführerin zog deshalb zur Ermittlung des Invalideneinkommens für das Jahr 2016 das tatsächlich ermittelte Einkommen im 50%-Pensum heran und rechnete dieses auf ein 90%-Pensum um , was ein Einkommen von Fr. 73'944.-- (Fr. 41'080.-- : 50 x 90) ergab (Urk. 2 S. 8 Ziff. 3c) . Dies ist nicht zu beanstanden und wurde vom Beschwerdeführer ebenfalls nicht substantiiert bestritten (vgl. Urk. 1; Urk. 10), weshalb darauf abgestellt werden kann. 6.6

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 102'050.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 73'944.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 28'106.-- und damit einen Invaliditätsgrad von rund 28 %.

Dementsprechend erweist sich der angefochtene Einspracheentscheid als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - AXA-ARAG Rechtsschutz AG - Suva - Bundesamt für Gesundheit 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 1 5. Juli bis und mit 1 5. August sowie vom 1 8. 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 Peter-Schwarzenberger

E. 2

Der Versicherte erhob am 9. Januar 2018 Beschwerde gegen den Einspracheentscheid vom 30. November 2017 (Urk. 2) und beantragte, dieser sei aufzuheben und es sei ihm ab September 2016 weiterhin eine Invalidenrente nach dem Bundesgesetz über die

Unfallversicherung (UVG) von 50 % auszurichten (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2). Mit Beschwerdeantwort vom 5. Februar 2018 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin ging im angefochtenen Einspracheentscheid (Urk. 2) davon aus, dass sich der Beschwerdeführer beim Autounfall vom 17. April 2005 ein Schädelhirntrauma zugezogen habe, das in nachvollziehbarer Weise organisch bedingte neuropsychologische Defizite bewirken könne. Für diese Beeinträchtigungen sei ihm denn auch die ursprüngliche Rente von 50 % zugesprochen worden, weshalb vorliegend einzig auf das neuropsychologische Teilgutachten abzustellen sei. Die neuropsychologische Gutachterin habe festgestellt, dass der Beschwerdeführer unter Beobachtung einer stabilisierten beziehungsweise verbesserten Situation sowohl in seiner heute von ihm ausgeführten als auch in einer adaptierten beruflichen Tätigkeit mit einem Pensum von 90 % arbeitsfähig sei. Ärztliche Berichte, die dieser neuropsychologischen Telexpertise widersprächen, lägen keine bei den Akten. Auch der RAD der IV-Stelle sei zum Schluss gekommen, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich klar verbessert und der Zeitpunkt der Verbesserung sei spätestens auf das Begutachtungsdatum zu legen, wobei dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich leichten Hilfstätigkeiten zu 90 % zumutbar seien. Die vom RAD kritisierten Punkte des Medas-Gutachtens betrafen lediglich das orthopädische und das psychiatrische Teilgutachten, welche jedoch vorliegend ohne Bedeutung seien (S. 5 Ziff. 2c-d). Demnach habe sich der gesundheitliche Zustand des Beschwerdeführers im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache mittlerweile aus versicherungsmedizinischer Sicht verbessert (S. 7 Ziff. 2g). Nach Durchführung eines Einkommensvergleiches resultiere ein Invaliditätsgrad von 28 % (S. 7 f. Ziff. 3a-e). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers habe sich gestützt auf die RAD-Beurteilung spätestens seit der Begutachtung am 10. September 2014 verbessert, weshalb sich die verfügte Rentenreduzierung erst per September 2016 als zu grosszügig erweise (S. 9 Ziff. 3f).

E. 2.2

Der Beschwerdeführer machte demgegenüber beschwerdeweise (Urk. 1) geltend, die Beschwerdegegnerin habe das ATSG und das UVG verletzt, habe sie doch den Untersuchungsgrundsatz und den Grundsatz der freien Beweiswürdigung verletzt (S. 3 f. Rz 8). Das neuropsychologische Teilgutachten sei entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin nicht schlüssig. So sei zum einen nicht klar, auf welche Tätigkeit und ab wann sich die Arbeitsunfähigkeit beziehe. Sodann widerspreche die Schlussfolgerung der Stabilisierung und Verbesserung den Voruntersuchungen. Wie auch der RAD festhalte, sei eine Verbesserung des im Unfallversicherungsmassgebenden Gesundheitszustandes nicht erstellt, es liege nur eine unterschiedliche Beurteilung des unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes vor. Somit sei ihm weiterhin eine Invalidenrente von 50 % auszurichten (S. 5 Rz 16). Dies gelte umso eher, wenn die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente von 50 % einzig aufgrund des Bandscheibenvorfalles ausgerichtet habe. Ob sich diesbezüglich der Gesundheitszustand geändert habe, sei nicht überprüft worden. Folglich habe die Beschwerdegegnerin nicht belegen können, dass sich sein gesundheitlicher Zustand verbessert habe, weshalb eine Rentenrevision, die eine erhebliche Veränderung des Sachverhaltes bedinge, nicht zulässig sei (S. 5 f. Rz 17 f.).

E. 2.3

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 7) beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde und führte ergänzend aus, dass die Invalidenrente nicht aufgrund des in der Beschwerde vorgebrachten Bandscheibenvorfalles zugesprochen worden sei. Die Rente sei wegen Beeinträchtigung der Konzentrations-, Gedächtnisstörungen und Müdigkeit bzw. den psychiatrischen Diagnosen zugesprochen worden. Die hirnorganisch strukturellen Verletzungsfolgen seien zum Zeitpunkt der Zusprache der Rente bereits ausgeheilt gewesen (S. 3 Rz 4.6, S. 5 Rz 4.13). Im polydisziplinären Gutachten sei festgehalten worden, von psychiatrischer Seite her hätten keine depressiven Symptome mehr festgestellt werden können und auch die RAD-Ärztin der IV-Stelle habe bestätigt, der Gesundheitszustand habe sich psychiatrischerseits verbessert. Aufgrund der Verbesserung des unfallbedingten psychischen Gesundheitszustands sei ein Revisionsgrund gegeben. Die RAD-Ärztin der IV-Stelle habe zwar festgehalten, das Gutachten sei in seinen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar und plausibel, dies betreffe aber nur das orthopädische Teilgutachten. Im Fazit habe sie jedoch festgehalten, der Gesundheitszustand habe sich klar verbessert und sämtliche körperlich leichten Hilfstätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu 90 % zumutbar. Damit habe sie auch die entsprechenden Erkenntnisse im Medas-Gutachten bestätigt. Somit könne auf das Medas-Gutachten hinsichtlich der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes wie auch der Beurteilung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit abgestellt werden (S. 5 Rz 4.14).

E. 2.4

Der Beschwerdeführer hielt in seiner Replik (Urk. 10) an seinen Anträgen fest und führte ergänzend aus, dass vorliegend zu prüfen sei, ob sich sein Gesundheitszustand seit 2010 verändert habe. Die Beschwerdegegnerin behaupte eine Verbesserung, obwohl ihr aber nicht klar zu sein scheine, welche Beschwerden schlussendlich die Erwerbsunfähigkeit bzw. die Rentenzusprache bewirkt hätten. Wären es die somatischen Beschwerden, sei bis heute nicht rechtsgenügend abgeklärt worden, ob eine Verbesserung eingetreten sei. Wären es psychogene Ursachen - trotz Ablehnung in der Zusammenfassung der Entscheidungsgrundlagen - sei nicht klar, ob diese eine psychiatrische oder eine neuropsychologische Ursache hätten. Ob erstere unfallbedingt sei, sei bis heute medizinisch nie geklärt worden, dass sich letztere nicht verbessert hätten, sei aktenkundig. Es werde also bestritten, dass eine Verbesserung der somatischen und neuropsychologischen Gesundheitsbeschwerden eingetreten sei, einzig die psychiatrischen Beschwerden hätten sich verbessert, wobei diese nicht Grundlage der Rentenzusprache gewesen seien (S. 2 f. Rz 6).

E. 2.5

In ihrer Duplik (Urk. 14) hielt die Beschwerdegegnerin grundsätzlich an ihrem Einspracheentscheid und ihrer Beschwerdeantwort fest und führte ergänzend aus, dass unbestritten feststehe, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers psychiatrischerseits klar verbessert habe. Somit liege ein Revisionsgrund vor, weshalb entsprechend der bundesgerichtlichen Rechtsprechung eine umfassende Prüfung des Rentenanspruchs ohne Bindung an frühere Beurteilungen zulässig gewesen sei (S. 2 Rz 5).

E. 2.6

Strittig und zu prüfen sind, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache verbessert hat und die Reduktion der Invalidenrente rechtmäßig ist. 3. 3.1

Der rentenzusprechenden Verfügung vom 18. November 2010 (Urk. 8/83) lagen im Wesentlichen die nachfolgenden Berichte zugrunde. 3.2

Der Schadenmeldung vom 19. April 2005 (Urk. 8/3) ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer am 17.

April 2005 einen Autounfall erlitt. Dabei zog er sich ein Schädelhirntrauma mit einer nicht dislozierten Felsenbein-Längsfraktur, einer Kalottenfraktur und

einem Epiduralhämatom zu (vgl. Urk. 8/4/31) . 3.3

Dr. phil. B.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, berichtete am 13. Januar 2006 (Urk. 8/4/2-5) in der Anamnese über einen unauffälligen Befund im Verlauf-CT des Schädels vom 13. September 2005 und nach anfänglich kontinuierlicher Verbesserung von Stagnation und Andauern eines ständigen Druckes im Kopf, von einer schnellen Ermüdbarkeit, von Konzentrationsstörungen sowie von einer gewissen reaktiv-depressiven Entwicklung (S. 1 Mitte). Als Diagnose nannte er eine Belastbarkeitsminderung bei Status nach Schädelhirntrauma am 17. April 2005 (S. 3 unten). In Anbetracht des erlittenen Schädelhirntraumas habe sich der Beschwerdeführer auf ein erfreulich gutes kognitives Gesamtniveau erholen können, es falle noch eine leichte Belastbarkeitsminderung auf. Eine neuropsychologische Therapie sei nicht indiziert. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge nach Massgabe des behandelnden Arztes. Eine Steigerung sollte nur schrittweise geschehen, wenn die weitere berufliche Reintegration infolge neuropsychologisch relevanter Schwierigkeiten nicht gelinge, dann wäre eine neuropsychologische Kontrolluntersuchung sinnvoll (S. 4). 3.4

Dr. B.____ berichtete am 22. Februar 2007 (Urk. 8/20 = Urk. 8/62/153-157) über eine Verschlechterung der Situation im Sommer 2006. Der Beschwerdeführer klagte weiterhin über Druckgefühle im Kopf, Sausen im Kopf, vermehrte Kopfschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten und vermehrte Ermüdung. Die Arbeitsleistung betrage durchschnittlich 50% (S. 1 unten f.). Es liege wiederum ein durchschnittliches, in Relation zum Schul- und Ausbildungsniveau recht gutes kognitives Gesamtleistungsniveau vor. Im Vergleich zum Vorbefund ergäben sich heute etwas bessere Resultate in den Lern- und Gedächtnisfunktionen sowie eine etwas geringere verbale Fluenz bei etwas besserer figuraler Fluenz, ansonsten lägen unveränderte Befunde vor. Das Gesamtniveau sei infolge der guten Gedächtnisleistungen tendenziell eher leicht besser, jedoch bei gleichem Schwerpunkt mit partieller Auffälligkeit in einer monotonen Konzentrationsaufgabe. Eine Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit liege nicht vor. In allen Bereichen zeigten sich intakte Leistungsressourcen. Die vereinzelt auffälligen Auffälligkeiten seien wahrscheinlich einer noch bestehenden Belastbarkeitsminderung (oder leichten Stressintoleranz) zuzuordnen. In Anbetracht des guten kognitiven Gesamtniveaus sei das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (50

%) bzw. das Scheitern einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit nicht zu erklären. Rein neuropsychologisch sei eine schrittweise Steigerung zu erwarten (S. 4 unten f.). 3.5

Kreisarzt Dr. med. C.____, Facharzt für Chirurgie und für Arbeitsmedizin, führte in seiner ärztlichen Beurteilung vom 12. Februar 2008 (Urk. 8/31) aus, dass der Beschwerdeführer ein Schädelhirntrauma erlitten habe, Verletzungen an Rumpf und Extremitäten hätten nicht stattgefunden. Hier habe der Beschwerdeführer heute auch keinerlei unfallbedingte Beschwerden angegeben. Zum weiteren Vorgehen, auch zur Frage des Fallabschlusses,

schlage er eine fach neurologische Untersuchung vor (S. 2 Ziff. 5). 3.6

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, nannte in seinem Bericht vom 25. April 2008 (Urk. 8/38) kognitive Symptome nach Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri, Felsenbeinlängsfraktur und Kalottenfraktur links am 17. April 2005 als Diagnose (S. 1 Mitte). Die eingehende Befragung, die klinisch-neurologische Untersuchung und das Schädel-MRI (vgl. Urk. 8/37) lieferten keine Hinweise darauf, dass beim Unfall vom 17. April 2007 (richtig: 2005) das Gehirn bleibenden Schaden genommen hätte. Insbesondere könnten die geklagten Symptome wie Gedächtnis-, Konzentrationsstörungen, Adynamie und Müdigkeit hirnorganisch nicht erklärt werden. Im Widerspruch zu den subjektiv intensiv erlebten Symptomen habe die zweimalige neurologische Untersuchung lediglich eine leichte Belastbarkeitsminderung respektive leichte Stressintoleranz ergeben. Aufgrund des normalen MRI-Befundes sei eine persistierende traumatische Schädigung des Gehirns mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen. Die persistierenden kognitiven Symptome liessen sich am ehesten psychiatrisch mit einer somatoformen Schmerzstörung erklären. Allenfalls könnte dem Beschwerdeführer mit einer psychiatrischen Exploration und Behandlung geholfen werden (S. 2 Mitte). 3.7

Dr. med. E.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Suva Versicherungspsychiatrischer Dienst, berichtete am 21. Dezember 2009 über die am 15. September 2008 erfolgte psychiatrische Untersuchung (Urk.

8/52) und nannte folgende Diagnosen (S. 11 unten f.): - chronifizierte mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.1) bei Status nach Schädelhirntrauma mit Commotio cerebri, Felsenbeinlängsfraktur und Kalottenfraktur temporal links ohne Hinweise auf persistierende hirnorganische Schädigung - generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Aus psychiatrischer Sicht sei davon auszugehen, dass gemäss Untersuchung des Neurologen Dr. D.____ (vgl. vorstehend E. 3.6) das Schädelhirntrauma, das der Beschwerdeführer beim Unfall erlitten habe, abgeheilt sei (S. 12 oben). Trotz guter Betreuung durch den Hausarzt

empfehle sie eine psychiatrische und psychotherapeutische Therapie bei einem Facharzt. Der Beschwerdeführer habe den Verkehrtunfall noch nicht verarbeitet, eine geeignete Psychotherapie helfe diesbezüglich weiter (S. 13 unten f.). 3.8

Dem am 29. Oktober 2010 zwischen den Parteien geschlossenen Vergleich (Urk. 8/72) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdegegnerin in Anbetracht der wirtschaftlichen Auswirkungen des Unfalles vom 17. April 2005 dem Beschwerdeführer ab dem 1. November 2010 eine Invalidenrente ausrichtet, wobei der Rentensatz für die Invalidenrente auf 50 % und der versicherte Jahresverdienst auf Fr. 98'935.-- festgelegt wurde. Es wurde ausdrücklich vorbehalten, zu künftiger Revisionsverfügung gemäss Art. 17 ATSG zu erlassen.

In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin dem Beschwerdeführer mit Verfügung vom 18. November 2010 (Urk. 8/83) ab dem 1. November 2010 eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 50 % bei einem versicherten Jahresverdienst von Fr.

98'935.-- zu. Dabei führte die Beschwerdegegnerin aus, dass die psychogenen Störungen aufgrund der vorhandenen Unterlagen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit

dem erlittenen Ereignis stünden, weshalb diesbezügliche Leistungen entfielen (S. 2)

4. 4.1

Dr. med. F.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete das von der IV-Stelle - im Rahmen der erstmaligen Rentenanspruchsprüfung - in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten am 7. Juli 2011 (Urk.

8/90) und nannte eine chronifizierte depressive Episode, derzeit noch leicht- bis mittel gradig ausgeprägt (ICD-10 F32.0), bei Status nach Schädel h irn trauma mit C ommotio cerebri, Felsenbeinlängsfraktur und Kalotte nfraktur temporal links am 17. April 20 05 als Diagnose (S. 9 unten).

Die durch Dr. E.____ diagnostizierte generalisierte Angststörung und somato forme Schmerzstörung (vgl. vorstehend E. 3.

E. 7

) und Dr. F.____ (vgl. vorstehend E. 4.1) darin überein, dass eine natürliche Teilkausalität der psychischen Symptomatik zum Unfallereignis bestehe, dass sich der Beschwerdeführer sehr schwer tue, psychiatrisch-psychotherapeutische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, und dass es bei der begrenzten Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht um mangelnde Motivation gehe, sondern andere Hemmnisse vorlägen (S. 3 unten f.). Der von Dr. F.____ gestellten Diagnose und seinen Schlussfolgerungen könne weitgehend zugestimmt werden. Ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der letzten Untersuchung bei Dr. F.____ gebessert habe, könne aufgrund der vorliegenden Dokumentation nicht beurteilt werden. Hierfür sollte neuerlich eine Begutachtung veranlasst werden (S. 5 unten f.). 4.3

Ein Arzt des Universitätsspitals H.____, Klinik für Neurochirurgie, nannte in seinem Bericht vom 10. Juni 2014 (Urk. 8/122/3-4) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte): - unklare belastungsabhängige Schmerzen am ehesten vom Ellenbogen rechts ausgehend - leichte degenerative Veränderungen der mittleren und unteren Halswirbelsäule (HWS) - Status nach Schädelhirntrauma am 17. April 2005

Die Schmerzbeschwerden, welche im rechten Arm angegeben würden, hätten keinen radikulären Bezug. Keine der Befunde im MRI der HWS (vgl. Urk. 8/127) würde eine Radikulopathie ausreichend erklären, so dass die Ursache der Schmerzbeschwerden mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht von der HWS ausgehen würden. Der Untersuchungsbefund am Ellbogen lasse vielmehr ein lokales Problem im Bereich des Ellenbogens bzw. der Sehnenansätze vermuten (S. 2 Mitte). 4.4

Die Ärzte des Medas

A.____ erstatteten das von der IV-Stelle - im Rahmen des Revisionsverfahrens - in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten am 10. September 2014 (Urk. 8/125/1-23 = Urk. 8/126/2 -24) und nannten folgende Diagnosen mit Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit (S. 37 Ziff. 7.1.1): - chronische Ep i kondylopathia radial Ellbogen rechts - nicht näher bezeichnete organisch oder symptomatische psychische Störung, minimale neuropsychologische Defizite (ICD-10 F09) bei

- Status nach Schädelhirntrauma mit Comotio cerebri, Felsenbeinlängsfraktur und Kalottenfraktur links am 17. April 2005 (ICD-10 F33.1)

Zudem nannten sie folgende Nebendiagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 38 Ziff. 7.1.2): - mögliche Meniskusläsion medial rechts - ausgeprägte

Hypertriglyzeridämie

- rezidivierende mittlere Lumboschmerz rechts S1, einem leichten Wurzelsyndrom S1 entsprechend, bei im CT nachgewiesener

Diskusprotrusion L4/5 und lumbosacral, Zustand nach Laserdiskektomie am 15. April 1994 - Status nach Thyreoidektomie bei Struma nodosa, aktuell euthyreot

Die Gutachter legten dar, dass sich aus allgemein-internistischer Sicht keine Erkrankungen von Relevanz und mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit finden (S. 39 Ziff. 7.2.3, vgl. S. 21 ff. Ziff. 4). In psychiatrischer Hinsicht hätten keine depressiven Symptome festgestellt werden können und der psychopathologische Befund sei unauffällig gewesen. Auch die Konzentration und die Aufmerksamkeit seien normal gewesen und hätten im Laufe des Gespräches nicht abgenommen. Im Rahmen dieses Gutachtens sei am 5. August 2016 durch Dr. phil. I. ___ des Kantonsspitals J. ___ auch noch eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden, wobei die Symptomvalidierung unauffällig gewesen sei, jedoch habe eine minimale kognitive Funktionsstörung festgestellt werden können. Zudem sei es zu leichten und unspezifischen Auffälligkeiten im Antrieb mit

mehrfach gehemmt-bedächtig bis zwanghaften-überkontrolliert anmutendem Vorgehen mit ständigem Sichversichern und einer leichten Störung der Grundaktivität gekommen. Bei äusserst seltenen

Fehlern hätten auch emotionale Überreaktionen bestanden. Im Vergleich zu den neuropsychologischen Voruntersuchungen sei von einer Stabilisierung und

Verbesserung der

Aufmerksamkeitsleistungen auszugehen, was aber auf der Fähigkeitsebene nicht die zu erwartenden Verbesserungen mit sich gebracht habe wie eine Steigerung des Arbeitspensums (S. 39 Ziff. 7.2.3; vgl. S. 23 ff. Ziff. 5). Der psychiatrische Gutachter führte in seinem Teilgutachten aus, dass die Arbeitsfähigkeit als Monteur gemäss Dr. I. ___ aus neuropsychologischer Sicht zu 10 % eingeschränkt sei. Auch in der aktuellen Tätigkeit beim Aushelfen in der Elektroabteilung wie auch als Spindelmonteur sei die Arbeitsfähigkeit zu 10 % eingeschränkt (S. 29 Ziff. 5.6.1). Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte seit der psychiatrischen Untersuchung am 6. August 2014 (S. 29 Ziff. 5.6.2). Die Arbeitsfähigkeit sei auch für alle anderen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt zu zirka 10 % eingeschränkt. Bei der aktuellen Tätigkeit handle es sich um eine angepasste Tätigkeit. Auch diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gelte seit der psychiatrischen Untersuchung (S. 30 Ziff. 5.6.3).

Schliesslich führten die Gutachter aus, in orthopädischer Hinsicht sei eine chronische Epikondylopathia radial am Ellbogen rechts diagnostiziert worden. Die Kraft für den Faustschluss auf der rechten dominanten Seite sei schmerzhaft behindert, ebenso die Hand- und Fingerextension gegen Widerstand (S. 39 Ziff. 7.2.3). Der orthopädische Gutachter hielt in seinem Teilgutachten fest, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Monteur von Motorspindeln erfordere beim Handtieren mit Werkzeugen einen kräftigen Faustschluss, wofür aktuell keine Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 38 Ziff. 6.6.1). Die angestammte Tätigkeit könne seit April 2014 nicht mehr ausgeübt werden (S. 38 Ziff. 6.6.2). Vom Arbeitgeber

habe eine angepasste Tätigkeit angeboten werden können, welche seit Juni 2014 ausgeübt werde (S. 38 Ziff. 6.6.3).

Die Gutachter kamen zum Schluss, dass polydisziplinär von qualitativen Einschränkungen auszugehen sei, da die Tätigkeit als Monteur aus orthopädischer Sicht nicht mehr ausführbar sei. Die Arbeitsfähigkeit betrage seit April 2014 0 % bezogen auf ein 100%-Pensum. Die vorübergehend angebotene Tätigkeit wäre mit einer Einschränkung von 10 % bezogen auf ein 100%-Pensum ausübbar, da diese weitgehend adaptiert sei (S. 40 f. Ziff. 8.1.1-8.1.2). Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht auch für alle anderen Tätigkeiten im ersten Arbeitsmarkt seit dem 6. August 2014 zu zirka 10 % eingeschränkt. Auch aus orthopädischer Sicht habe vom Arbeitgeber eine angepasste Tätigkeit angeboten werden können, die seit zirka Juni 2014 ausgeübt werde (S. 41 Ziff. 8.2.1). In Bezug auf eine Veränderung des Gesundheitszustands seit der Rentenzusprache führten die Gutachter aus, dass es in der orthopädischen Untersuchung nicht um den allgemeinen Gesundheitszustand gehe, sondern um eine kürzlich eingetretene Pathologie. Der Gesundheitszustand habe sich psychiatrischerseits seit 2006 verbessert, bestehe doch die noch früher bestehende mittelgradige depressive Episode nicht mehr. Der Gesundheitszustand sei aber aus neuropsychologischer Sicht weitgehend unverändert (S. 42 Ziff. 9). 4.5

Kreisarzt Dr. med. K.____, Facharzt für Chirurgie, führte in seiner Stellungnahme vom 14. April 2015 (Urk. 8/128) aus, dass die Beschwerden im rechten Arm bzw. am Ellbogen möglicherweise im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. April 2005 stünden und verwies dabei auf die Stellungnahme von Kreisarzt Dr. C.____ vom Februar 2008, der klar vermerkt habe, dass keine Extremitätenverletzung stattgefunden habe (vgl. vorstehend E. 3.5). 4.6

Dr. med. L.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin und für Allgemeine Innere Medizin, RAD der IV-Stelle, führte in ihrer Stellungnahme vom 24. September 2014 (Urk. 11) aus, dass polydisziplinäre Medas -Gutachten (vgl. vorstehend E. 4.4) sei in seinen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar und unplausibel, denn eine Epikondylopathie entspreche keinem invalidisierenden Leiden. Die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Monteur bzw. Teamleiter Spindelmontage sei deshalb nicht nachvollziehbar. In einer angepassten Tätigkeit als Aushilfe in der Elektro-Abteilung liege dem Gutachten folgend eine 10%ige Arbeitsunfähigkeit vor. Dem Beschwerdeführer seien sämtliche körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten zumutbar. Dem Gutachten sei zu entnehmen, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers psychiatrischerseits seit 2006 verbessert habe, bestehe

doch die früher noch bestehende depressive Episode nicht mehr. Die neuropsychologischen Defizite seien seit diesem Zeitpunkt aber weitgehend unverändert. Bezeichnenderweise sei der Beschwerdeführer allerdings in der Lage gewesen, eine Teamleiterfunktion zu übernehmen. Dies wäre bei schweren kognitiven Defiziten nicht möglich. Somit habe sich der Gesundheitszustand klar verbessert. Der Zeitpunkt der Verbesserung sei spätestens auf das Begutachtungsdatum zu legen. Sämtliche körperlich leichten Hilfstätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zu 90 % zumutbar (S. 1 f.). 5. 5.1

Die Rentenzusprache ab dem 1. November 2010 erfolgte gestützt auf den am 29. Oktober 2010 zwischen den Parteien geschlossenen Vergleich, wonach der Rentensatz für die Invalidenrente 50 % und der versicherte Jahresverdienst Fr. 98'935.-- betrage (vorstehend

E. 3.8). Zwischen den Parteien ist streitig, auf Grund welcher Beeinträchtigungen dem Beschwerdeführer die Invalidenrente von 50 % ausgerichtet wurde (vgl. vorstehend E. 2.1-2.4).

Dem Vergleich vom 29. Oktober 2010 (Urk. 8/72) sind diesbezüglich keine Angaben zu entnehmen. In der Verfügung vom 18. November 2010 (Urk. 8/83), mit welcher dem Beschwerdeführer eine Invalidenrente entsprechend einem Invaliditätsgrad von 50 % zugesprochen wurde, führte die Beschwerdegegnerin aus, dass die psychogenen Störungen aufgrund der vorhandenen Unterlagen nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang mit dem erlittenen Ereignis stünden, weshalb diesbezügliche Leistungen entfielen (vorstehend E. 3.8).

Demnach wurde die Adäquanz von psychischen Leiden ausgeschlossen. Der Zusammenfassung der Entscheidungsgründe für die Rentenfestsetzung vom 10. Juni 2010 (Urk. 8/57) bzw. vom 18. November 2010 (Urk. 8/82) ist sodann zu entnehmen, dass unter «relevante Unfallfolgen (unfallfremde Faktoren, etc.)» neben der Ablehnung der psychischen Adäquanz ein Bandscheibenvorfall aufgeführt wurde. Es ist - entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 5 Rz 14 und 17; Urk. 10 S. 2 Rz 4; vgl. auch vorstehend E. 2.2) - lediglich gestützt auf die Zusammenfassung der Entscheidungsgründe für die Rentenfestsetzung nicht klar, ob der Bandscheibenvorfall nun eine relevante Unfallfolge oder ein unfallfremder Faktor darstellen soll. Gestützt auf die Akten - und insbesondere auf die Verfügung vom 18. November 2010 -, die der Rentenzusprache zugrunde lagen, erfolgte die Rentenzusprache weder gestützt auf den Bandscheibenvorfall noch auf psychische Einschränkungen, sondern wegen Beeinträchtigung der Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Müdigkeit (vgl. vorstehend E. 3.2- 3.8).

An dieser Stelle sei vermerkt, dass die Beschwerdegegnerin in der Beschwerde Antwort als auch in der Duplik nun der Ansicht war, die Rente sei ursprünglich neben der Beeinträchtigung der Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Müdigkeit auch aufgrund einer psychiatrischen Diagnose zugesprochen worden (Urk. 7 S. 3 f. Rz 4.7-4.13; Urk. 14 S. 1 f. Rz 2 und Rz 5).

Zudem ist darauf hinzuweisen, dass sich der Beschwerdeführer im Juli 1994 erstmals unter Hinweis auf eine Diskushernie, Schmerzen im Rücken und im rechten Bein bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug anmeldete (Urk. 8/62/2-7). In der Folge bildete sich der Beschwerdeführer mit Hilfe der Invalidenversicherung erfolgreich zum Kleingerätewart um (vgl. Urk. 8/62/85-86; Urk. 8/106-114). 5.2

Nachfolgend ist zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache wesentlich verändert hat. Zur Beantwortung dieser Frage stützte sich die Beschwerdegegnerin auf das von der IV-Stelle im Rahmen eines eingeleiteten Revisionsverfahrens eingeholte polydisziplinäre Medizinalgutachten (vorstehend E. 4.4). 5.3

Dem Medizinalgutachten folgend hat sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Rentenzusprache verbessert, besteht doch keine mittelgradige depressive Episode mehr (vorstehend E. 4.4). Auch die RAD-Ärztin Dr. L. ___ war der Ansicht, dass sich der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers verbessert habe (vorstehend E. 4.6). Dies ist denn auch unbestritten (vgl. vorstehend E. 2.3-2.4).

Zudem wurde im Medas -Gutachten festgehalten, dass in neuropsychologischer Hinsicht im Vergleich zu den neuropsychologischen Voruntersuchungen von einer Stabilisierung und Verbesserung der Aufmerksamkeitsleistungen auszugehen sei (vorstehend E. 4.4). Demnach ist auch in neuropsychologischer Hinsicht von einer Verbesserung des Gesundheitszustands auszugehen, auch wenn die Medas -Gutachter festhielten, der neuropsychologische Gesundheitszustand sei weitgehend unverändert (vorstehend E. 4.4).

Die von den Medas -Gutachtern in orthopädischer Hinsicht diagnostizierte chronische Epikondylopathia radial am Ellbogen rechts (vorstehend E. 4.4) ist eine seit der Rentenzusprache neu hinzugekommene Diagnose, berichtete doch der Beschwerdeführer anlässlich der orthopädischen Untersuchung, er habe vor eineinhalb Jahren erstmals Schmerzen auf der Aussenseite des rechten Ellbogens verspürt (Urk. 8/125/1-23 = Urk. 8/126/2 -24 S. 34 Ziff. 6.4.1). Auch Kreisarzt Dr. K.____

war in seiner Stellungnahme vom April 2015 der Ansicht, die Beschwerden im rechten Arm bzw. am Ellbogen stünden nur möglicherweise im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 17. April 2005 und verwies dabei auf die Stellungnahme von Kreisarzt Dr. C.____ vom Februar 2008, der klar vermerkt habe, dass keine Extremitätenverletzung stattgefunden habe (vorstehend E. 4.5; vgl. vorstehend E. 3. 5). Die chronische Epikondylopathia radial am Ellbogen rechts ist demnach nicht überwiegend wahrscheinlich unfallkausal. Schliesslich ist darauf hinzuweisen, dass die Kritik der RAD-Ärztin Dr. L.____ nur das orthopädische Teilgutachten betrifft, was sie doch der Ansicht, die Epikondylopathie entspreche keinem invalidisierenden Leiden (vorstehend E. 4.6).

Nach dem Gesagten liegt dem psychiatrischen Teilgutachten folgend, das im Übrigen den praxisgemässen Kriterien an ein beweiskräftiges Gutachten genügt (vgl. vorstehend E.

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