

E 27. APR. 2011 IVB

Eidg. Invalidenversicherung
IV-Stelle Bern
z. H. Herrn M. Weber
Chutzenstrasse 10
Postfach
3001 Bern

756.2815.4801.54
196.60.224.117 PRE/yko

Basel, 26.04.2011

BA/nm

Herr BOSS Kurt, 24.04.1960, Alterswil 145, 3531 Oberthal
Vers.-Nr.: 756.2815.4801.54

Sehr geehrte Damen und Herren

Besten Dank für Ihren Auftrag zur medizinischen Abklärung betreffend Herrn Boss.

1. Grundlage der Begutachtung

Auftrag

Auftrag für eine interdisziplinäre Abklärung der eidgenössischen Invalidenversicherung vom 21.04.2010.

Bis zum 7.7.2008 voll arbeitsfähig, dann wegen eines Unfalles mit einem Marderschutzgerät 100% Arbeitsunfähigkeit attestiert. Ab Dezember 2008 dann wieder AF zu 20%.
Zuletzt unentgeltliche Arbeit in einem Behindertenheim.

Grundlagen für das Gutachten

- Ihr Dossier und die zusätzlich angeforderten Akten
- Unsere asim-Untersuchungen
- Die Beschlüsse der interdisziplinären Konsens-Besprechung

asim | BEGUTACHTUNG

Auftragsabwicklung

Auftragsdatum	Eingangsdatum	Versanddatum
21.04.2010	23.04.2010	26.04.2011

Untersuchungen:

Internistische Untersuchung durch Dr. med. B. Ankli/med. pract. Th. Schneider	08.09.2010
Psychosomatische Untersuchung durch Dr. med. A.-C. Bombois	07.09.2010
Neurologische Untersuchung durch med. pract. Rolf Sturzenegger	28.10.2010
Neuropsychologische Untersuchung durch Gregor Steiger-Bächler lic. phil. I	29.10.2010
HNO Untersuchung durch Prof. Dr. med. A. Welge-Lüssen	28.01.2011

Interdisziplinäre Konsensbesprechung	21.03.2011
--------------------------------------	------------

2. Akten

2.1. Auflistung der vorhandenen Akten in chronologischer Reihenfolge

30.05.08 Arztbericht Dr. B. Blaser, Facharzt HNO, 3011 Bern
 06.06.08 Arztbericht Dr. med. B. Blaser, Facharzt HNO, 3011 Bern
 24.11.08 Arztbericht Dr. med. S. Schaad, 3043 Uetzingen
 05.03.09 Arztbericht Dr. med. W. Oswald, 3018 Bern
 20.03.09 Arztbericht betreffend berufliche Massnahmen und Rente vom Inselspital Bern
 23.03.09 Arztbericht Dr. med. S. Schaad, 3043 Uetzingen
 24.03.09 Arztbericht des Inselspitals Bern, Med. pract. Daniel Horat, Oberarzt
 03.04.09 Arztbericht für Erwachsene betreffend berufliche Massnahmen und Rente, Dr. med. P. Haudenschild, 3600 Thun
 26.05.09 Spitalbericht Inselspital Bern, Dr. med. Gander/Dr. med. Gerber
 10.02.10 Spitalbericht Psychiatrische Dienste Graubünden, Dr. T. Miuskaya/Dr. Rolak
 17.02.10 Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen der IV
 21.04.10 Auftrag medizinische Abklärung
 15.07.10 Brief Dr. Schaad an asim

2.2. Von uns zusätzlich angeforderte Akten

3. Vorgeschichte zum Gutachten mit Eckdaten gemäss Aktenlage

- 30.05.08 **Arztbericht Dr. B. Blaser, Facharzt HNO, 3011 Bern**
 Untersuchung der akustisch evozierten Hirnstammpotentiale vom 30.05.2008:
 Beurteilung:
 Hirnstammlaufzeit t5 ist bds. unter 60 dB verlängert, im Übrigen finden sich keine Kriterien für eine retrokochleäre Hörstörung.
- 06.06.08 **Arztbericht Dr. med. B. Blaser, Facharzt HNO, 3011 Bern**
 Untersuchung der otoakustischen Emissionen vom 30.05.2008:
 Beurteilung:
 Nachweisbare normale kochleäre Verstärkerfunktion ohne Hinweise auf eine kochleäre Pathologie.
- 24.11.08 **Arztbericht Dr. med. S. Schaad, 3043 Uetzingen**
 Diagnosen:
 1. F 32.11
 2. F 45.8
 Die therapeutischen und diagnostischen Massnahmen seien ausgeschöpft.
- 05.03.09 **Arztbericht Dr. med. W. Oswald, 3018 Bern**
 Stationäre Zuweisung Inselspital Bern, Psychosomatische Abteilung mit der Fragestellung der Klärung, was die Bewältigung des Tinnitus verhindert, Ausschluss einer körperlichen Ursache (z. B. Meningeom) und Rückführung des Patienten in ein normales Alltags- und Arbeitsleben.
- 20.03.09 **Arztbericht betreffend berufliche Massnahmen und Rente vom Inselspital Bern**
 Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:
 1. Tinnitus aurium bds.
 2. Mittelschwere ängstlich-depressive Störung
 Bisher bescheinigte Arbeitsunfähigkeiten:
 100% vom 14.04.-26.05.2009 wegen Krankheit.
 Therapie:
 Behandlungsversuch mit Effexor, Therapieabbruch aufgrund von Tremor.
 Leichte Besserung des psychischen Zustandes unter multimodaler Therapie.
 Gegenwärtige therapeutische Massnahmen:
 Thuja Q3.
 Weitere geplante therapeutische Massnahmen:
 Ambulante Psycho- und Physiotherapie.
 Prognose:

Günstig, falls eine Möglichkeit für einen beruflichen Wechsel bestünde.

23.03.09 **Arztbericht Dr. med. S. Schaad, 3043 Uetzingen**

Diagnosen:

1. F 32.11
2. F45.8

Beurteilung:

Langsamer Heilungsverlauf.

24.03.09 **Arztbericht des Inseospitals Bern, Med. pract. Daniel Horat, Oberarzt**

Diagnosen:

1. Tinnitus aurium Grad II bis III mit dysfunktionaler Bewältigung
- subjektiv nach Manipulation an einem Marderschutzgerät 2007
2. Hyperakusis
3. Mittelschwere agitiert depressive Episode mit somatischem Syndrom
4. Psychosoziale Belastung durch Stress am Arbeitsplatz

Empfehlung und Prozedere:

Die ambulanten Bewältigungsstrategien scheinen nicht mehr ausreichend. Der Patient wird für einen stationären Aufenthalt aufgebeten.

03.04.09 **Arztbericht für Erwachsene betreffend berufliche Massnahmen und Rente, Dr. med. P. Haudenschild, 3600 Thun**

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Tinnitus bds. (Jastreboff Grad IV), bestehend seit 05.04.2007

Gegenwärtige therapeutische Massnahmen:

Tinnitus Retraining Therapie.

Weitere therapeutische Massnahmen:

Psychosomatische Station im Inseospital Bern.

Prognose:

Mässig bis schlecht.

26.05.09 **Spitalbericht Inseospital Bern, Dr. med. Gander/Dr. med. Gerber stationär vom 14.04. – 12.05.2009**

Diagnosen:

1. Tinnitus aurium Grad II bis III mit dysfunktionaler Bewältigung
2. Hyperakusis
3. Mittelschwere, agitiert ängstlich depressive Episode mit somatischem Syndrom
- MADRS 24 bei Eintritt
- Konzentrationsstörung
4. Psychosoziale Belastung durch Stress am Arbeitsplatz, DD Burnout
5. Anamnestisch Anstrengungsasthma seit der Kindheit

Anamnestisch bestehe der Verdacht auf ein Over Commitment am Arbeitsplatz, womit differentialdiagnostisch ein Burnout-Syndrom möglich sei. Herr Boss habe am Therapiekonzept teilgenommen und es sei eine antidepressive Therapie mit Efexor 75 mg / die begonnen worden. Darunter sei es zu einer Verstärkung der Agitation und zu einem Zittern des ganzen Körpers gekommen, vor allem der Beine. Herr Boss sei von einer Unverträglichkeit von Efexor ausgegangen, wie ihm dies bereits bei anderen schulmedizinischen Medikamenten passiert sei. Die Ärztin sei eher von einer Verstärkung der Angstsymptomatik und dadurch bedingtem Tremor, verstärkt durch die Antriebssteigerung unter Efexor, ausgegangen. Nach Ausschleichen des Medikamentes sei der Tremor sistiert. In der Folge sei Herr Boss homöopathisch behandelt worden. Insgesamt habe der Tinnitus, welcher sich während der Hospitalisation verstärkt habe, nicht beeinflusst werden können. Jedoch habe sich im Verlauf eine deutliche Stimmungsaufhellung gezeigt. Aus ärztlicher Sicht wäre eine Wiederaufnahme der Arbeit mit dem Pensum von 20% möglich mit anschliessender Steigerung, allerdings bleibe fraglich, ob eine Weiterführung der aktuellen Stelle sinnvoll wäre, oder aber eine Umschulung zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit beitragen würde.

Der Anamnese ist zu entnehmen, dass Herr Boss am 05.04.2007 kurz vor den Ferien das Marderschreckgerät neu eingestellt habe, da es nicht mehr gewirkt habe. Er habe die Frequenz tiefer eingestellt, bis er plötzlich ohne etwas zu hören einen wesenstichartigen Schmerz im rechten Ohr verspürt habe. Er sei erschrocken, habe keine Veränderung des Gehörs feststellen können. Am nächsten Tag habe er eine stärkste Migräne bekommen, über Nacht sei er mit der Familie nach Frankreich in die Ferien gefahren. Am Abend des nächsten Tages sei plötzlich ein starker Pfeifton in beiden Ohren von 16 000 Hz aufgetreten. Mit Hilfe von Akupunktur und Joggen habe er diesen Tinnitus wieder weggebracht. Ende 01/2008 sei der Tinnitus in einer Gondel plötzlich stärker als vorher erneut aufgetreten, als er einen Ohropax verloren habe. Er sei zum HNO-Arzt gegangen, der habe vom Ohropax-Tragen dringend abgeraten. Dies habe jedoch dazu geführt, dass er im Ryfflihof in Bern wegen des starken Lärms eine massive Verstärkung des Tinnitus erlitten habe und schliesslich ohnmächtig geworden sei. Damals habe er einen Lebensüberdruß gehabt und sich überlegt, sich vor den Zug zu werfen. Er habe sich am Bahnhof nicht mehr gewagt, zu nahe an den Gleisen zu stehen. Im 06/2008 habe er sich bei Frau Dr. med. Schaad in Behandlung gegeben. Sie habe ihn im 07/2008 arbeitsunfähig geschrieben.

Herr Boss arbeite als Elektro- und Softwareingenieur bei der Swisscom. Anfang 2007 habe er auf eine neue Abteilung gewechselt, was zusätzlich zum Tinnitus viel Neues bedeutet habe und ihn zusammen mit der Ohrproblematik an seine Grenzen gebracht habe. Er mache ständig Flüchtigkeitsfehler. Anfänglich sei er derart durch den Tinnitus gestört gewesen, dass er sich gegenüber anderen Menschen sehr gereizt verhalten habe. Seit 12/2008 arbeite er wieder zu 20% an seiner alten Stelle, das Wissen sei noch da, jedoch arbeite er „schludrig“. Seit Anfang 2008 habe er 12 kg an Gewicht verloren, er verspüre bei der Arbeit eine ständige Übelkeit. Von ihm aus könnte er zwei/drei Tage ohne Nahrung arbeiten, er könne dies verantworten, die Arbeitgeber seien jedoch stur und liessen dies nicht zu. Seit dem Unfall mit dem

Mardergesetz dürfe er nicht mehr Autofahren und nur noch Testmaschinen bedienen. Er habe Angst, seinen Job zu verlieren, sein Chef habe diesbezüglich bereits Andeutungen gemacht. Er sei verzweifelt, denn früher seien viele zu ihm gekommen um Rat zu holen. Es sei schon so, dass er von allen am meisten Überstunden gemacht habe. Die SUVA sage, dass das Gerät harmlos sei und beziehe den Tinnitus nicht auf den Unfall. Er habe beim Versicherungsgericht Einsprache eingelegt. Der Tinnitus werde stärker bei hohem Luftdruck, Lärm, Bergabgehen und Wetterumschlag sowie WLAN Strahlungen, was vor allem am Arbeitsplatz ein Problem sei. Herr Boss habe bereits in der Lehre besser gehört als seine Kollegen, zum Beispiel ein Ultraschallbedienungsgerät mit Tönen über 20 kHz. Dies habe dazu geführt, dass das Marderschutzgerät bei ihm einen Schaden ausgelöst habe.

Arbeitsfähigkeit:

Eine Wiederaufnahme der Arbeit von 20% mit anschliessender Steigerung von uns aus möglich. Besser wäre allerdings eine Umschulung.

MRI Schädel vom 30.4.2009: Normalbefund, insbesondere kein Akustikusneurinom

10.02.10 **Spitalbericht Psychiatrische Dienste Graubünden, Dr. T. Miuskaya/Dr. Rolak**

Diagnosen:

1. Somatisierungsstörung F45.0

Arbeitsunfähigkeit:

100% vom 04.01.-27.01.2010.

Herr Boss habe Schmerzen in den Ohren beschrieben, welche schwankend und abhängig von der Umgebung seien, sowie Konzentrationsschwäche, Schwindelgefühle und Zittern in den Beinen. Am schlimmsten sei es, wenn es viel Elektrosmog um ihn gebe (WLAN-Apparaturen). Seit dem Unfall im 04/2007 habe er einen Tinnitus. Das Zittern in den Beinen sei auf das Medikament Efexor zurückzuführen. Im Psychostatus sind Hinweise auf eine leichte Ich-Störung in Bezug auf Gedankeneinbebung und in dem Sinne, dass seine Gedanken von den Menschen im Behindertenheim gelesen werden können. Im Verlauf steht, dass das beidseitige Beinzittern mit unterschiedlicher Ausprägung auffallend gewesen sei, welches bis zum Schluss vorhanden war. Nach der ersten Medikamenteneinnahme sei dieses Zittern in den Bauch gewandert. Herr Boss habe jegliche Medikation abgelehnt. Die Untersuchung durch einen Facharzt für HNO habe ergeben, dass er unter einer Phonophobie leide. Herr Boss habe diese Diagnose akzeptieren können, sei aber in seinem Konzept zu seiner Krankheit stur geblieben. Die verordneten Medikamente seien gestoppt wor-

den (Relaxan, Redormin und Rebalance) und Remeron auf die Nacht empfohlen. Herr Boss habe gesagt, er habe Remeron anfänglich genommen, dies aber selbstständig abgesetzt, weil er Aggressionen verspürt habe. Das Verhalten von Herrn Boss sei bis zum Schluss therapieschädigend geblieben. Er habe bis ans Ende jegliche Hilfe verweigert, sei es medikamentös oder vom Personal aus. Herr Boss habe sich missverstanden gefühlt. Er habe keinen Sinn in einer weiteren Behandlung auf der Psychotherapie-Station gesehen.

Für ihn sei die einzige Lösung eine Umschulung als Behindertenbetreuer. Keine der Therapieziele (Krankheitsmodell entwickeln, neuer Umgang mit Symptom und Stress erlernen, Zusammenhänge zwischen Stress, Spannung und Symptomen erfahren) seien erreicht worden, sodass im ganzen Verlauf keine grosse Besserung festgestellt worden sei.

Austrittsmedikation:

- Ceres Viscum Album
- Mistel Urtinktur
- Swanson-Calcium und Magnesium

Prozedere:

Weitere ambulante psychiatrische Behandlung bei Frau Dr. Schaad.

17.02.10 **Arztbericht für die Beurteilung des Anspruches auf Leistungen der IV**

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. März 2009 F32.11/F45.8
2. Mai 2009 F54/H93.1 und 93.2/F32.11/Z56
3. Januar 2010 Phonophobie

Beurteilung der Arbeitsfähigkeit:

Beruf des Elektroingenieurs Zumutbarkeit realitätsfremd.

15.7.10 **Brief Dr. Schaad, Psychiatrie FMH, Uetligen an asim**

Dr. Schaad bittet um diagnostische Einordnung des Beschwerdenkomplexes mit wirklichkeitsfremden Überzeugungen des Patienten.

„Sie werden in den nächsten Monaten Herrn Boss neu beurteilen.

Bis jetzt wurde er vor allem im Hinblick auf seinen Tinnitus beurteilt und zu 80% arbeitsfähig angesehen. Auch ich habe seine andern Symptome bis jetzt zu wenig in Betracht gezogen:

- Psychogener Tremor, der es ihm fast verunmöglicht, eine zeitlang ruhig zu sitzen.
- seine fanatisierte Ueberzeugung, dass es seine Aufgabe sei, die Kinder und Tiere von den schädigenden Einflüssen der Marderschreckgeräten zu schützen, d.h. die Gerichte dazu zu bringen, diese zu verbieten. Er machte diesbezüglich zahlreiche Eingaben. Er ist in dieser Sache unkorrigierbar. Sie hat den Charakter einer überwertigen Idee bis zu einer wahnhaften Störung mit Sendungsbewusstsein.

- auch deshalb ist er dauernd angespannt und gestresst, so dass die Konzentration nur kurz aufrecht erhalten werden kann.
- Die Tatsache, dass er sich nicht mehr auf seine intellektuellen Fähigkeiten verlassen kann, ist für ihn bedrohlich und Angst auslösend. Dies führt in einem circulus vitiosus zu noch mehr Anspannung und erst recht zur Meinung, dass die Welt durch böartige Apparaturen entscheidend geschädigt würde.

Ich bin Ihnen dankbar, wenn Sie dieses Syndrom diagnostisch einordnen. Jedenfalls erscheint mir der Krankheitsprozess derart fortgeschritten, dass eine Rehabilitation in seinem angestammten beruflichen Umfeld völlig illusorisch wäre.

4. Exploration

4.1. Anamnese

Jetziges Leiden (inkl. spezifischer Arbeitsanamnese)

Der Explorand gab an, ständig unter „zirpenden“ Nebengeräuschen in den Ohren beidseits zu leiden, diese seien von hoher und gleicher Frequenz. Sie würden bei Umgebungslärm oder Musik lauter werden, würden ihn jedoch in der nächtlichen Ruhe nicht beeinträchtigen. Diese Beschwerden bestünden seit 2007, als er einen Unfall mit einem Marderschutzgerät erlitten habe. Am Morgen nach dem Erwachen würde er jeweils unter starken Kopfschmerzen bitemporal von stechendem Charakter leiden. Diese würden nach dem Aufstehen und mit Bewegung bessern. Seit seinem Aufenthalt im Inselspital (14.04. – 12.05.2009) leide er unter einem Zittern der Beine beidseits. Dieses würde vor allem in Ruhe, am meisten störend beim Sitzen, auftreten und bei Bewegung jeweils bessern. Es würde immer zuerst im linken Bein beginnen. Ein Zittern der Arme und Hände würde nur sehr selten vorkommen, intermittierend würde auch ein Kribbeln an den Händen beidseits auftauchen, dieses konnte der Explorand jedoch nicht einer Situation oder einer Tageszeit zuordnen. Der Explorand gab auch an, unter Konzentrationsstörungen zu leiden, er mache viele Flüchtigkeitsfehler. Ferner liege eine schnelle geistige Ermüdbarkeit vor. Dieses Problem habe ebenfalls nach dem Unfall im Jahre 2007 begonnen. Zum Beispiel könne er nach dem Lesen einer Zeitung sich nur an einige wenige Details erinnern. Er gab ausserdem Gleichgewichtsstörungen an, so habe er schon mehrmals Stürze vom Velo erlitten, diese würden vor allem auftreten, wenn er den Kopf drehen würde. Er verneinte jedoch Seh- oder Hörstörungen. Diese Störungen haben ebenfalls mit dem Unfall im Jahre 2007 begonnen.

Während seiner Tätigkeit als Ingenieur seien nach dem Unfall im 2007 mehrfach Fehler aufgetreten, die zu Problemen im Arbeitsalltag geführt hätten. Es sei zu einer Überlastungssituation gekommen, diese habe wiederum Gedächtnislücken provoziert. Es sei vor allem das Kurzzeitgedächtnis gemindert gewesen, aktuell würde diesbezüglich eine Besserung bestehen, jedoch hat sich seine Lernfähigkeit stark verschlechtert. Das Langzeitgedächtnis sei nicht tangiert gewesen.

Der Explorand führt seine Beschwerden grösstenteils auf den Unfall mit dem Marderschutzgerät im Jahre 2007 zurück. Er würde die Medikamente jeweils sehr schlecht ertragen, aktuell nehme er gar keine regelmässigen Medikamente ein.

Bisherige Behandlungsmassnahmen

Inselspital Bern, Psychosomatik stationäre Abklärung 14.04.2009 – 12.05.2009.

01/2010 Psychiatrische Klinik in Chur, medikamentöser Therapieversuch ohne Erfolg.

Der Explorand gab an, dass es nun auch zu einem Zittern in der Abdominalregion gekommen sei sowie zu gesteigerter Aggressivität.

Systemanamnese

Stabiler Gewichtsverlauf, öfters postprandiale Refluxsymptomatik, alle 2 Tage hellroter Blutabgang ab ano, oft Übelkeit ohne Erbrechen, Dyspnoe anlässlich psychischer Belastungen, Husten ohne Auswurf, der oft während den Tremoranfällen auftrete.

Bewegungsapparat: Intermittierend Knie- und Schulterbeschwerden während der sportlichen Betätigung. Stimmung variiert je nach Situation.

Sozialanamnese

Zurzeit nicht erwerbstätig, drei Tage pro Woche in einem Pflegeheim für schwer geistig Behinderte (St. Martin, Oberthal) tätig.

Zivilstand: Verheiratet seit 1987, zwei Kinder

Bis 1980 für 10 Jahre als Bläser beim Musikverein gewesen.

Psychosoziale Stressfaktoren

Einschneidende Lebensereignisse

Als schlimmstes Erlebnis gibt der Explorand den Tod der Grossmutter an, die im Jahre 1972 verstorben sei. Er habe dort jeden Ferienaufenthalt verbracht (Bauernhof).

Finanzielle Situation

Diese sei aktuell zufriedenstellend, er verfügt über eine Überbrückungsrente, und seine Ehefrau arbeitet zu 80%.

Zukunftsvorstellung des Exploranden

Der Explorand befürchtet eine Zunahme des Tremors und fühlt sich selber als „Dubel“. Während seiner Tätigkeit mit den geistig Behinderten fühle er sich jedoch gut.

Umstände und Gründe für die Arbeitsaufgabe

Konzentrationsstörungen, die zu vielen Fehlern geführt hätten.

Persönliche Anamnese

St. n. Trümmerfraktur der rechten Hand (ca. 1980)

Keine Voroperationen an den Ohren oder im Kopfbereich

Mehrere Commotio cerebri als Kind (keine längeren Bewusstlosigkeiten aufgetreten)

Noxen

Alkohol: Anlässlich gesellschaftlicher Gelegenheiten, kein Nikotin, keine Drogen.

Medikamente

Aktuell keine fixen Medikamente, in Reserve:

- Otriven Tropfen zur Nacht
- Kytta Salbe lokal
- Ventolin bei Bedarf
- Algifor forte 400 mg Tabl.

Familienanamnese (Heredität)

Keine familiär gehäuft auftretenden Krankheiten eruierbar.

4.2. Internistische Untersuchung vom 08.09.2010

Dr. med. B. Ankli, Assistenzärztin / med. pract. Th. Schneider, Stv. Oberärztin Medizinische Poliklinik Universitätsspital Basel, Innere Medizin FMH

Der 50-jährige Explorand war in gutem Allgemein- und Ernährungszustand (Grösse 170 cm, Gewicht 71 kg). Von der Psyche her war er eher alteriert, die Muskulatur war gut entwickelt. Wir fanden eine normale Spontansprache, es zeigte sich ein Blickrichtungsnystagmus horizontal nach links bei ansonsten ungestörter Bulbusmotorik, die Pupillen waren mittelweit, isokor und von normaler Lichtreagibilität, die Konjunktiven und Skleren normal, der enorale Befund war unauffällig. Die Schilddrüse war nicht palpabel. An der Haut zeigten sich diverse Rötungen: ein flächiges Erythem rechts paravertebral ca. 5 x 7 cm ohne Schuppung. An den Streckseiten (Ellbogen, Knie) jeweils kleinere Rötungen, zum Teil schuppige Auflagerungen.

Bewegungsapparat: Wirbelsäule nicht klopfdolent, Gelenke unauffällig, keine Ödeme.

Neurologischer Status: Hirnnerven: Trigemini Versorgungsgebiet V1 symmetrische Dyssensibilität, V2 und V3 ungestört, restliche Hirnnerven grobkursorisch unauffällig.

Reflexe: BSR beidseits mittlebhaft symmetrisch, PSR links diskret abgeschwächt, ASR mittlebhaft symmetrisch beidseits, Babinski rechts negativ, links stumme Sohle. Oberflächensensibilität normal. Vibrationssinn 6/8 an den Grosszehen beidseits. Tonus: erhöhter Tonus im rechten Arm. Normales Gangbild. Mittelschlägiger Tremor in Ruhe der unteren Extremitäten symmetrisch. Obere Extremitäten kein Tremor.

Herz/Gefässe: Blutdruck 174/100 mmHg, Herzfrequenz 86/min, Temperatur 36,9°C. Vena jugularis normaler Druck, Auskultation reine, rhythmische Herztöne, Pulspalpation A. dorsalis pedis beidseits kräftig.

Thorax/Lungen: symmetrischer Bau, eupnoisch, vesikuläre Atemgeräusche über allen Lungenfeldern.

Abdomen: weich, indolent, ohne Resistenzen, Leber und Milz nicht palpabel.

4.3. Zusatzuntersuchungen

s. Beilage

Blutbild, Vitamin B12, Folsäure und TSH Normalbefunde (s. Beilage)

CK diskret erhöht (312 U/l)

5. Untersuchung im Fachgebiet

5.1. Psychosomatisches Fachgutachten vom 07.09.2010

s. Beilage

Dr. med. A.-C. Bombois, Spezialassistentärztin Psychosomatik Bereich Medizin, Universitätsspital Basel

Diagnosen

1. Hochgradiger V. a. anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10: F22.0),
2. Psychogenen Tremor (ICD-10: F44.4)
3. V. a. Narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)

Aus den Akten:

1. Tinnitus aurium Grad II/III mit dysfunktionaler Bewältigung
2. Anamnestisch Anstrengungsasthma seit der Kindheit

Beurteilung

Der 50-jährige Explorand, Vater von 2 Kindern und zuletzt bis im Jahr 2009 als Elektroingenieur bei der Swisscom tätig, stellt sich im Rahmen einer polydisziplinären Begutachtung zur psychosomatischen Untersuchung vor.

Im Vordergrund seiner Beschwerden standen Kopfschmerzen, ein Kribbeln in Kopf und Händen sowie das Zittern der Beine in bestimmten Situationen. Das Zittern habe anlässlich eines Therapieversuches mit Efexor begonnen und sich so verschlechtert, dass er zusätzlich angefangen habe, mit der Bauchdecke zu zittern. Es trete aktuell auf, wenn Menschen singen oder Instrumente gespielt würden sowie in der Stadt. Herr Boss sah als Erklärung den Einfluss der sich in der Stadt befindenden WLAN-Geräte.

Ferner leide Herr Boss an einem Tinnitus, welcher etwa 24 Stunden nach einem Knalltrauma entstanden sei. Damals habe er ein Marderschreckgerät neu einstellen wollen und es sei dabei zu einem wespenstichartigen Schmerz im rechten Ohr gekommen. Das Geräusch damals vom Ultraschallgerät sei sehr hoch gewesen. Er schätze, dass es sich um eine Frequenz um die 20 kHz gehandelt habe. Seitdem sei Herr Boss im Ultraschallbereich schwerhörig, das bedeute, er habe früher Ultraschalltöne z.B. bei Fernbedienungen wahrgenommen, die andere Menschen um ihn nicht wahrgenommen hätten. Da die Untersuchungsgeräte der Ärzte nur bis 16 kHz gingen, könne man seine Schwerhörigkeit gar nicht feststellen. Aufgrund des Tinnitus und des Knalltrauma sowie des Zitterns leide Herr Boss an kognitiven Störungen. Er könne sich nicht konzentrieren, mache Flüchtigkeitsfehler, habe eine Gleichgewichtsstörung, mache beim Sudoku Fehler, frage mehrmals die gleichen Sachen nach. Es bestehe eine Merkfähigkeitsstörung.

Im Rahmen der jetzigen Untersuchung fiel auf, dass das Gespräch im Sitzen nicht möglich war, da Herr Boss mit den Beinen so stark zitterte, dass man sich aufgrund des dadurch entstehenden Lärms nicht unterhalten konnte. So wurde das Gespräch im Stehen durchgeführt. Herr Boss war psychomotorisch leicht angespannt, logorrhoeisch und theatralisch. Das formale Denken war auf den Tinnitus und das Zittern sowie auf deren Entstehung eingeengt. Er hatte bizarre, bzw. wahnhaft anmutende Vorstellungen und Gedanken über die Entstehung des Tinnitus sowie des Zitterns. Er berichtete über Ich-Störungen im Sinne von Gedankenausbreitung, allerdings waren diese im Rahmen einer spezifischen Beziehung zu einer Heimbewohnerin begrenzt. Diese Ich-Störung ist bereits im Austrittsbericht vom 10.02.2010 der Psychiatrischen Dienste Graubünden vermerkt.

Herr Boss wurde über psychosoziale Belastungsfaktoren gefragt, er verneinte mehrmals, jemals bei der Arbeit überfordert gewesen zu sein (zumindest vor dem Unfall) oder Probleme mit den Kollegen gehabt zu haben. Allerdings ist dem Bericht vom 26.05.2009 von Dr. med. Gander vom Inselspital Bern zu entnehmen, dass Herr Boss Anfang 2007 auf eine neue Abteilung gewechselt habe, was viel Neues bedeute habe. Auch dem Bericht von Dr. med. S. Schaad vom 24.11.2008 ist zu entnehmen, dass Herr Boss Anfangs 2007 seine Arbeitsstelle innerhalb der Swisscom gewechselt habe. In der bisherigen Position habe er sehr viel Erfahrung gehabt und sei sehr kompetent gewesen. Im Bericht von Dr. med. Oswald vom 05.03.2009 steht ebenfalls, dass Herr Boss neu in der Internettelephonie tätig sei, wo er aber nicht zurecht komme. Zuvor habe er in der normalen Telephonie gearbeitet. Obwohl dies von Herrn Boss verneint wird, entsteht der Eindruck, dass Herr Boss vor dem Unfall seine Arbeitsstelle innerhalb der Swisscom gewechselt hat und mit den neuen Anforderungen (Internettelephonie) möglicherweise überfordert war. Dies ist aber eine Vermutung.

Im Gespräch fiel auf, dass Herr Boss sehr hohe Meinung über seine eigenen Kompetenzen hatte. So gab er zum Beispiel an, er habe eines der grössten Wissen im Bereich der Telephonie

ner habe lösen können. Auch in der Schule habe er problemlos schwer lösbare Aufgaben in Mathematik in der Klasse, die ein Jahr weiter gewesen sei, lösen können. Diese Angaben stehen in Diskrepanz zu den aktuellen angegebenen kognitiven Einbussen. Es kann davon ausgegangen werden, dass bei ihm narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge bestehen. Ob diese das Ausmass einer Persönlichkeitsstörung erreichen, kann nach einem Gespräch und aufgrund der Aktenlage, in welcher auch nach zwei psychosomatischen bzw. psychiatrischen stationären Behandlungen die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung nicht zu finden ist, nicht bestimmt werden.

Eine organische, bzw. zerebrale Ursache für das aktuelle Beschwerdebild erscheint nicht wahrscheinlich. Das im Inselspital Bern angefertigte MRI vom Schädel nativ und mit KM vom 30.04.2009 war unauffällig. Hier verweisen wir auf das neurologische Gutachten.

Um die von Herrn Boss beklagten kognitiven Einbussen zu objektivieren, haben wir eine neuropsychologische Testung empfohlen.

Aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht leidet Herr Boss am ehesten an eine anhaltende wahnhafte Störung, da die Erklärungen für das Entstehen des Tinnitus (Knalltrauma durch Ultraschallwellen, die praktisch nur er früher wahrnehmen konnte) und des Beinzitterns (Eflexor) sowie dessen Aufrechterhaltung (WLAN-Geräte, Singen und Musizieren von Menschen u. a.) sehr wenig nachvollziehbar erscheinen. Differenzialdiagnostisch käme eine somatoforme autonome Funktionsstörung sonstiger Organsysteme in Frage, allerdings würde mit dieser Diagnose

dem Erklärungs-konstrukt des Exploranden nicht angemessen Rechnung getragen werden. Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Störung aus dem schizophrenen Formenkreis im Sinne von fehlenden Halluzinationen, schweren formalen Denkstörungen oder Störung des Affekts. Aktuell ist dieser postulierte Wahn begrenzt und hat für Herrn Boss eine Handlungsrelevanz leichten bis mittleren Grades.

Eine depressive Episode konnte zum Zeitpunkt des Gespräches nicht diagnostiziert werden.

Arbeitsfähigkeit

Aus unserer Sicht ist Herr Boss aktuell zu 50% arbeitsfähig, allerdings nicht in seinem ursprünglichen Beruf als Ingenieur. Eine Hilfstätigkeit als Behinderten-Betreuer erscheint durchaus angemessen. Ob eine Umschulung zum Behinderten-Betreuer sinnvoll ist, muss aus neuropsychologischer Sicht bestimmt werden.

Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

Herr Boss benötigt eine regelmässige psychiatrische Behandlung. Ein medikamentöser Therapieversuch mit einem Neuroleptikum wäre sicherlich sinnvoll. Die neuropsychologische Testung zeigt auffällige Ergebnisse, die mit den oben genannten Diagnosen nicht erklärbar sind und deshalb weiter abgeklärt werden sollen.

5.2. HNO Fachgutachten vom 28.01.2011

s. Beilage

Prof. Dr. med. A. Welge-Lüssen, Leitende Ärztin Neurootologie Universitätsspital Basel, Leiterin Poliklinik, FMH Otorhinolaryngologie, speziell Hals- und Gesichtschirurgie

Hals-Nasen-Ohrenärztliche Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Mittelgradiger kompensierter Tinnitus an der Grenze zum schweren, dekompenzierten Tinnitus beidseits

Hals-Nasen-Ohrenärztliche Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Normakusis beidseits

Hals-Nasen-Ohrenärztliche Beurteilung

Herr Boss leidet an einem mittelgradigen, kompensierten Tinnitus an der Grenze zum dekompenzierten schweren Tinnitus. Per Definition handelt es sich dabei um die Wahrnehmung von einem Geräusch respektive von einem Ton, welcher nicht durch eine simultane akustische externe Stimulation zustande kommt und lediglich von betroffenen Personen wahrgenommen wird. Gemäss dem heutigen Verständnis der Pathophysiologie liegt einem Tinnitus möglicherweise eine Hörminderung respektive eine Hörschädigung im Hochfrequenzbereich zugrunde, wobei typischerweise während einer Audiometrie lediglich Frequenzen bis etwa 12 kHz getestet werden, zumal viele etwas ältere Menschen höhere Töne in ihrem Alltag nicht mehr hören. Insofern bleibt auch unklar, ob eine Hörminderung im Hochtonbereich, der nicht gemessen wird, wirklich von Relevanz für die Entstehung eines Tinnitus ist, zumal auch Exploranden mit audiometrisch „unauffälligem“ respektive altersentsprechendem Audiogramm an einem Tinnitus leiden können. Das bei Herrn Boss durchgeführte Audiogramm zeigte in den gemessenen Frequenzen keinerlei Auffälligkeiten in Relation zum Alter.

Sind die allfälligen Störungen aus HNO-Sicht unfallkausal (Manipulation am Marderschutzgerät) oder nicht?

Die von Herrn Boss geschilderten Beschwerden sind etwa 48h nach der Manipulation am Marderschutzgerät aufgetreten. Ein Zusammenhang mit der Manipulation an diesem Gerät ist möglich, jedoch nicht mit letzter Sicherheit gegeben, da der Tinnitus mit einer gewissen Latenz aufgetreten ist. Herr Boss gibt an, am Abend nach der Manipulation keinerlei Tinnitus verspürt zu haben, am Morgen jedoch mit einer aussergewöhnlich starken Migräne aufgewacht zu sein und führt diese auf das Ereignis am Vorabend zurück. Ein Zusammenhang diesbezüglich ist grundsätzlich möglich, wobei der Beweis dafür sehr schwierig zu erbringen ist, zumal auch bekannt ist, dass insbesondere Migräne durch Belastung und gewisse externe Stressoren getriggert werden kann; um ein solches, Herrn Boss sehr stressendes und beeinträchtigendes Ereignis hat sich die Episode am Vorabend sicherlich gehandelt. Der Tinnitus ist dann von Herrn Boss erst im Laufe des übernächsten Morgens, als er an seinem Ferienort das Fernsehgerät anstellte, deutlich bemerkt worden. Denkbar ist natürlich, dass durch den hohen Frequenzbereich eine leichtgradige, in der Routineuntersuchung nicht sichtbare, Hochtonschädigung stattgefunden hat, auf die sich der wahrgenommene Pfeifton des dortigen Fernsehgerätes noch zusätzlich hinzugesellte, sodass dies zur Perzeption des Tinnitus führte. Aus meiner Sicht ist somit ein Zusammenhang mit der Manipulation am Mardergerät möglich und wahrscheinlich, jedoch nicht mit letzter Sicherheit gegeben.

Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit rein aus Sicht Ihres Fachgebietes.

Gemäss dem Tinnitusfragebogen nach Goebel und Hiller liegt bei Herrn Boss ein mittelgradiger, kompensierter Tinnitus an der Grenze zum schweren, dekompenzierten Tinnitus vor. Es ist bekannt, dass Exploranden je nach Konstitution sehr unterschiedlich mit dem Tinnitus umgehen. Rein aufgrund des Tinnitus ist es durchaus möglich, dass Konzentrationsprobleme auftreten, wobei diese in der Regel nur sehr selten der alleinige Grund für eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit sind. Rein aus Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Sicht halte ich Herrn Boss im angestammten Beruf als Elektroingenieur für 90% arbeitsfähig, wobei davon auszugehen ist, dass er im Vergleich zu einer 100% Tätigkeit etwas verlängerte Erholungspausen benötigt.

Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aus Sicht Ihre Fachgebietes wird zusammen mit Frage 6 beantwortet.

Weitere Vorschläge

Aus Hals-Nasen-Ohren-ärztlicher Sicht sind kaum weitere Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit/Situation möglich. Gegebenenfalls könnte durch das Erlernen durch Coping-Mechanismen ein besserer Umgang mit dem Tinnitus erreicht werden, wobei ich davon ausgehe, dass dies bereits im Rahmen der Hospitalisation in der psychosomatischen Abteilung, Universitätsspital Bern versucht worden ist. Auch dabei gilt es zu bedenken, dass leider nicht jeder betroffene Patient in der Lage ist, die Coping-Mechanismen entsprechend zu erwerben und umzusetzen. Grundsätzlich könnte auch die Anpassung eines Noisers versucht werden, wobei es nur selten Patienten gibt, die wirklich langfristig und nachhaltig davon profitieren.

Bitte um Stellungnahme zu Arztberichten aus Ihrem Fachgebiet in den Akten zu allfälligen Diskrepanzen bzw. zur aktuellen Einschätzung.

Diskrepanzen zu Vorbefunden aus dem Hals-Nasen-Ohren-ärztlichen Fachgebiet liegen nicht vor. Auch bei uns zeigte das Reintonaudiogramm eine weitgehende Normakusis mit lediglich

ganz diskreter Senke bei 6 kHz auf der rechten Seite, wobei gesamthaft eine Normakusis beidseits vorliegt. In Anbetracht der zusätzlich vorhandenen Beschwerden (u.a. das ausgeprägte Beinzittern) schätze ich auch die Gesamtprognose als eher ungünstig ein, ebenso wie bereits die Situation auch durch den voruntersuchenden HNO-Kollegen eingeschätzt wurde. Diskrepanzen diesbezüglich sind soweit nicht vorhanden.

5.3 Neurologisches Fachgutachten vom 28.10.2010

s. Beilage

med. pract. Rolf Sturzenegger / Dr. med. et phil. David Winkler

Neurologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Tremor, wahrscheinlich im Rahmen einer psychogenen Bewegungsstörung (ICD-10: F45.38)

Neurologische Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

1. Spannungskopfschmerz (ICD-10: G44.2)

Neurologische Beurteilung

Aufgrund der Anamnese, Aktenlage sowie der neurologischen Untersuchung liegt an neurologischen Diagnosen ein chronischer Spannungskopfschmerz vor.

Der Explorand beklagt seit dem Ereignis 2007 rezidivierend auftretende holocephal, im Charakter als drückend zum Teil stechende Kopfschmerzen. Phänomenologisch sind diese nach den Kriterien der International Headache Society als ein chronischer Spannungskopfschmerz zu werten. Die Kopfschmerzen werden vom Explorand als nicht vordergründig führend in seinen Beschwerden beschrieben. Ein ursächlicher Zusammenhang mit dem 2007 erlittenen Knalltrauma kann aus neurologischer Sicht nicht erklärt werden; dies ist jedoch auch nicht Gegenstand der aktuellen Untersuchung.

Im Sitzen imponierte ein linksbetonter Beintremor, welcher sich als frequenz- und amplitudenlabil präsentierte. Unter Ablenkung zeigte sich eine deutliche Besserung der Tremorbeschwerden. Bei dem in der aktuellen Untersuchung blanden neurologischen Status und der sich präsentierenden Phänomenologie ist mit hoher Wahrscheinlichkeit von einem psychogenen Tremor auszugehen. Als Hinweise auf die psychogene Ätiologie sollen hier der plötzliche Beginn, die unübliche klinische Manifestation, das Sistieren bei Ablenkung und die Abnahme der Tremoramplitude und Veränderung der Frequenz bei Ablenkung genannt werden.

Der Explorand bringt die Tremorbeschwerden in Zusammenhang mit der Einnahme von Efexor. Unter Einnahme von Venlafaxin (Efexor®) sind Tremorbeschwerden zwar als häufige Nebenwirkung beschrieben, wobei anhaltende Beschwerden auch nach Absetzen des Medikamentes nicht bekannt sind. Abschliessend ergibt sich somit der hochgradige Verdacht auf eine somatoforme Bewegungsstörung, so dass an dieser Stelle auf das psychosomatische Gutachten verwiesen wird.

Zusammenfassend bestehen somit klinisch wie auch bildgebend bei blander MRI-Untersuchung des Neurokraniums vom 30.4.2009 keine Hinweise auf eine zentrale Genese des Beschwerdebildes.

Bezüglich der subjektiv angegebenen eingeschränkten Konzentrations- sowie Merkfähigkeit verweisen wir an dieser Stelle auf das neuropsychologische Fachgutachten.

Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit

Aus neurologischer Sicht liegt ein rezidivierender Spannungskopfschmerz vor, welcher jedoch als nicht vordergründig anzusehen ist, und in seiner Form auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bedingt. Die berichteten neurokognitiven Störungen sind im Rahmen der Konsenskonferenz unter Einbezug der neuropsychologischen Quantifizierung und der psychosomatischen Beurteilung des Exploranden zu werten.

Arbeitsfähigkeit in allfälligen Verweistätigkeiten

Siehe auch Punkt 4.2.

Bezüglich der Tremorbeschwerden, welche wir als psychogen beurteilen, verweisen wir auch auf das psychosomatische Gutachten. Aus neurologischer Sicht sind dabei Tätigkeiten mit Absturzgefahr ebenso Tätigkeiten mit primären Repräsentationsaufgaben nicht geeignet.

Medizinische Massnahmen

Aus neurologischer Sicht keine.

Berufliche Massnahmen

Aus neurologischer Sicht keine.

5.4 Neuropsychologisches Fachgutachten vom 1.2.2011

s. Beilage

Gregor Steiger-Bächler, lic. phil. I, Fachpsychologe für Neuropsychologie FSP

Diagnosen

1. Leichte bis mittelschwere neuropsychische Störung, whs. im Rahmen der Diagnosen 2-4
2. V. a. anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22.0)/DD somatoforme autonome Funktionsstörung sonstiger Organsysteme (Zittern) (ICD-10: F45.38)
3. Narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)
4. Tremor, wahrscheinlich im Rahmen einer psychogenen Bewegungsstörung (ICD-10: F45.38)

Beurteilung

Gemäss Akten besteht ein Tinnitus aurium Grad II bis III mit dysfunktionaler Bewältigung, subjektiv nach Manipulation an einem Marderschutzgerät 2007, eine Hyperakusis, eine mittelschwere agitiert depressive Episode mit somatischem Syndrom und psychosoziale Belastung durch Stress am Arbeitsplatz. Ebenfalls erwähnt ist eine Somatisierungsstörung.

Nach Angaben des Exploranden hat er sich am 07.04.2007 beim Einstellen eines akustischen Marderschreckgerätes einen Hörschaden mit Tinnitus zugezogen. Im Vordergrund seiner aktuellen Beschwerden steht das reduzierte Erinnerungsvermögen für neue Inhalte. Ebenfalls vermindert ist das Konzentrationsvermögen und im logischen Denken kommt es zu Leistungsschwankungen. Des Weiteren nimmt der Explorand ein dauerndes Rauschen und Pfeiftöne wahr. Nach Eigenangaben besteht eine motorische Unruhe, stärker in den Beinen als in den Armen. Des Weiteren gibt er Gleichgewichtsstörungen an. Die kognitiven Leistungen sind gemäss Eigenangaben seit dem Klinikaufenthalt im Inselspital Bern (April 2008) unverändert konstant. Eine auffällige Progredienz verneint der Explorand.

Im Vordergrund der aktuellen neuropsychologischen Testung stehen die deutlichen Minderleistungen im verbal-episodischen Gedächtnis. Mittelschwer betroffen sind die Enkodierung und

Speicherung sowie der unmittelbare freie Abruf. Im verzögerten Abruf kommt es zu einem deutlichen Verlust vormals korrekt memorierter Items, was sich in schweren Defiziten sowohl im freien Abruf, als auch im Wiedererkennen äussert. Die Minderleistungen sind vereinbar mit einem Speicherdefizit. Des Weiteren ist die verbale Erfassungsspanne mittelschwer vermindert. Beeinträchtigt sind zudem die selektive Aufmerksamkeit (erhöhte Fehlerzahl und Auslassungen) und die geteilte Aufmerksamkeit. Die Minderleistungen bei Letzteren sind nicht auf die Hörproblematik zurück zu führen, zumal in der Fehlerkontrolle die visuelle Modalität stärker betroffen ist als die auditive. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche sind alle im durchschnittlichen bis oberen, teils gar im überdurchschnittlichen Normbereich (Alertness, Flexibilität, Arbeitstempo / visuelle Erfassungsspanne, visuelles Gedächtnis / Altgedächtnis / Exekutivfunktionen / Gnosis / Praxis / Sprache / Orientierung / Allgemeinwissen). Das Ergebnis im durchgeführten Beschwerdevalidierungstest ist als unauffällig zu werten und auch auf Grund der Verhaltensbeobachtungen ergeben sich bei einer guten Leistungsmotivation keinerlei Hinweise auf eine bewusstseinsnahe Symptomverdeutlichung oder Aggravation. Die Befunde sind vereinbar mit den eigenanamnestischen Angaben. Bezogen auf eine nicht nach Alter korrigierte Normstichprobe sind die objektivierte Aufmerksamkeitsleistungen für das Autofahren ausreichend. Das selbstständige Regeln der administrativen und finanziellen Belange ist wahrscheinlich Ausdruck einer Routinetätigkeit und weniger bedingt durch die Gedächtnisfunktionen. Im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung ergeben sich keine Hinweise auf psychopathologische Auffälligkeiten, die mit den Testresultaten interferieren könnten. Die Validität der neuropsychologischen Ergebnisse ist anzunehmen.

Auf Grund der objektivierten Defizite, insbesondere aber auch der vorhanden Leistungsstärken in verschiedenen kognitiven Funktionsbereichen, entsprechen die Befunde insgesamt einer leichten bis mittelschweren neuropsychischen Störung. Auf Grund der vorliegenden Akten und der neurologischen Befunde sind die primär linkshemisphärisch kortikalen sprachlichen Defizite hirnorganisch nicht zu erklären. Als Ursachen können die Diagnosen des psychosomatischen Fachgutachtens in Betracht gezogen werden (V. a. anhaltende wahnhafte Störung (ICD-10: F22.0), DD Somatoforme autonome Funktionsstörung sonstiger Organsysteme (Zittern) (ICD-10: F45.38); Narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1).

Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf als Elektroingenieur HTL ist auf Grund der objektivierten kognitiven Defizite nicht mehr gegeben. In einer den Beschwerden angepassten Verweistätigkeit, beispielsweise als Behinderten-Betreuer, besteht eine Arbeitsfähigkeit von 65%. In einem Arbeitspensum von 65% (27 Stunden pro Woche) kann bei einer klar strukturierten, kognitiv einfachen Tätigkeit, vergleichbar der aktuellen Arbeit, eine Arbeitsleistung von 100% erbracht werden.

Empfehlungen und Prognose

Durch ein neuropsychologisch-kognitives Training kann wahrscheinlich keine namhafte Verbesserung der Alltags- und/oder Berufsfunktionalität erreicht werden. Eine Verbesserung kann allenfalls bei einer erfolgreichen psychotherapeutischen Behandlung erwartet werden.

Zu einer beruflichen Umschulung müssen aus neuropsychologischer Sicht klare Vorbehalte angebracht werden. Als stark erschwerend dürften sich die verbalen Gedächtnisdefizite erweisen. Teilleistungen sind zu erwarten, wenn der Ausbildungsfokus primär auf praktischen, nicht

aber auf neu zu erlernenden theoretischen Tätigkeiten liegt. Das Ausmass dieser Ressourcen gilt es durch praktische Arbeitsversuche zu evaluieren.

6. Diagnosen

6.1. Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

1. Hochgradiger V. a. anhaltende wahnhaftige Störung (ICD-10: F22.0),
2. Psychogenen Tremor (ICD-10: F44.4)
3. V. a. Narzisstische und histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10: Z73.1)
4. Tinnitus aurium Grad II bis III mit dysfunktionaler Bewältigung

6.2. Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

1. Spannungskopfschmerz (ICD-10: G 44.2)
2. Anamnestisch Anstrengungsasthma seit der Kindheit
3. V.a. gastrooesophageale Refluxkrankheit
4. Blutabgang ab ano unklarer Aetiologie, DD Hämorrhoidalblutungen

7. Gesamtbeurteilung

Die Konklusion dieses Gutachtens wurde im Rahmen einer interdisziplinären Konsens-Konferenz am 21.03.2011 mit folgenden Teilnehmern erarbeitet:

- Dr. med. B. Ankli / Dr. med. T. Oetli
- Prof. Dr. med. A. Kiss, Psychosomatik
- Gregor Steiger-Bächler, lic. phil. I
- Prof. Dr. med. A. Welge-Lüssen
- med. pract. Rolf Sturzenegger
- Dr. med. G. Risi, Innere Medizin FMH, Ärztlicher Leiter asim | Begutachtung

7.1. Medizinische Beurteilung

Berufliche Laufbahn/aktuelle Situation

Der Explorand ist in Bern geboren. Von 1967 – 1972 besuchte Herr Boss die Primarschule in Biel und Zofingen. Von 1972 – 1976 dann die Bezirksschule in Zofingen. Von 1976 – 1980 absolvierte der Explorand eine Lehre als Fernseh- und Radioelektriker.

Anschliessend bildete sich Herr Boss von 1981 – 1984 zum Elektroingenieur HTL an der Ingenieurschule Burgdorf weiter. Von 1985 bis 1987 bei Siemens tätig. Von 1987 – 2008 war er als Elektroingenieur bei der PTT und Swisscom tätig. Von 2002 – 2004 absolvierte er zusätzlich ein Nachdiplomstudium Software-Engineering.

Er war letztmals 2008 im angestammten Beruf tätig.

Aktuell ist er ohne finanzielles Entgelt in einem Heim für schwer geistig Behinderte drei Tage in der Woche tätig.

Entwicklung des medizinischen Problems

Der Explorand gab an, ständig unter zirpenden Nebengeräuschen in den Ohren beidseits zu leiden, diese seien von hoher und gleichbleibender Frequenz. Sie würden bei Umgebungslärm oder Musik lauter werden, würden ihn jedoch in der nächtlichen Ruhe nicht beeinträchtigen. Diese Beschwerden bestünden seit 2007, als er einen Unfall mit einem Marderschutzgerät erlitten habe.

Gemäss HNO-ärztlicher Beurteilung leidet Herr Boss an einem mittelgradigen, kompensierten Tinnitus an der Grenze zum dekompenzierten schweren Tinnitus. Wie in den Vorbefunden beschrieben besteht eine Normakusis. Ob eine unfallkausale Ursache des Tinnitus vorliegt, kann weder bewiesen noch widerlegt werden. Möglicherweise ist der Tinnitus eine Ursache für die ebenfalls beklagten Konzentrationsstörungen.

Am Morgen nach dem Erwachen leidet der Explorand jeweils unter starken Kopfschmerzen bitemporal von stechendem Charakter. Diese würden nach dem Aufstehen und mit Bewegung bessern. Die Diagnosekriterien für chronische Spannungskopfschmerzen sind erfüllt.

Seit seinem Aufenthalt im Inselspital (14.04. – 12.05.2009) leidet der Explorand gem. seinen Angaben unter einem Zittern der Beine beidseits. Dieses würde vor allem in Ruhe, am meisten störend beim Sitzen, auftreten und bei Bewegung jeweils bessern. Es würde immer zuerst im linken Bein beginnen. Ein Zittern der Arme und Hände würde nur sehr selten vorkommen, intermittierend würde auch ein Kribbeln an den Händen beidseits auftauchen, dieses konnte der Explorand jedoch nicht einer Situation oder einer Tageszeit zuordnen. Bei Ablenkbarkeit sowie fehlendem anderweitigen neuropathologischen Befund ist von einer psychogenen Ursache auszugehen.

Der Explorand gab auch an, unter Konzentrationsstörungen zu leiden, er mache viele Flüchtigkeitsfehler. Ferner liege eine schnelle geistige Ermüdbarkeit vor. Dieses Problem habe ebenfalls nach dem Unfall im Jahre 2007 begonnen. Zum Beispiel könne er nach dem Lesen einer Zeitung sich nur an einige wenige Details erinnern. Diese Störungen haben ebenfalls mit dem Unfall im Jahre 2007 begonnen. Kurz vor dem Unfall mit dem Marderschutzgerät hat der Explorand seinen Tätigkeitsbereich auf die Internettelefonie wechseln müssen. Allenfalls ist es dadurch zu einer psychosozialen Belastungssituation mit folgender Verminderung der Konzentrationsfähigkeit gekommen.

Während seiner Tätigkeit als Ingenieur seien nach dem Unfall im 2007 mehrfach Fehler aufgetreten, die zu Problemen im Arbeitsalltag geführt hätten. Es sei vor allem das Kurzzeitgedächtnis gemindert gewesen, aktuell würde diesbezüglich eine Besserung bestehen, jedoch hat sich seine Lernfähigkeit stark verschlechtert. Das Langzeitgedächtnis sei nicht tangiert gewesen. Die

kognitiven Leistungen sind gemäss Eigenangaben seit dem Klinikaufenthalt im Inselspital Bern (April 2008) unverändert konstant. Eine auffällige Progredienz verneint der Explorand.

In den neuropsychologischen Testverfahren wurden deutliche Minderleistungen im verbal-episodischen Gedächtnis eruiert. Mittelschwer betroffen sind die Enkodierung und Speicherung sowie der unmittelbare freie Abruf. Im verzögerten Abruf kommt es zu einem deutlichen Verlust vormals korrekt memorierter Items, was sich in schweren Defiziten sowohl im freien Abruf, als auch im Wiedererkennen äussert. Die Minderleistungen sind vereinbar mit einem Speicherdefizit. Des Weiteren ist die verbale Erfassungsspanne mittelschwer vermindert. Beeinträchtigt sind zudem die selektive Aufmerksamkeit (erhöhte Fehlerzahl und Auslassungen) und die geteilte Aufmerksamkeit. Die übrigen geprüften kognitiven Funktionsbereiche sind alle im durchschnittlichen bis oberen, teils gar im überdurchschnittlichen Normbereich. Es bestehen keine Hinweise auf Aggravation.

Auf Grund der objektivierten Defizite, insbesondere aber auch der vorhandenen Leistungsstärken in verschiedenen kognitiven Funktionsbereichen, entsprechen die Befunde insgesamt einer leichten bis mittelschweren neuropsychischen Störung. Auf Grund der vorliegenden Akten und der neurologischen Befunde sind die primär linkshemisphärisch kortikalen sprachlichen Defizite hirnganisch nicht zu erklären. Als Ursachen können die Diagnosen des psychosomatischen Fachgutachtens in Betracht gezogen werden.

Der Explorand wurde von seinem Hausarzt ins Inselspital Bern, Psychosomatik zur stationären Abklärung bei im Vordergrund stehendem Tinnitus zugewiesen. Herr Boss war dort vom 14.04.2009 – 12.05.2009 hospitalisiert. Eine Besserung der Bewältigungsstrategien konnte praktisch nicht erreicht werden.

Im Januar 2010 war Herr Boss in der Psychiatrischen Klinik in Chur (Klinik Waldhaus) für einen multimodalen Therapieversuch ohne Erfolg hospitalisiert gewesen. Die anvisierten Ziele wie Copingstrategien wurden nicht erreicht.

Dr. Schaad, behandelnde Psychiaterin berichtet in einem Brief an asim vom 15.7.2010 über fantasiierte Überzeugungen des Exploranden, er habe eine Aufgabe, die Kinder und Tiere von schädigenden Einflüssen der Marderschreckgeräte zu schützen und bittet um diagnostische Einordnung des Beschwerdenkomplexes mit zusätzlich psychogenem Tremor und vom vom Patienten verspürter Einschränkung der intellektuellen Fähigkeit.

Aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht leidet Herr Boss am ehesten an einer anhaltenden wahnhaften Störung, da die Erklärungen für das Entstehen des Tinnitus (Knalltrauma durch Ultraschallwellen, die praktisch nur er früher wahrnehmen konnte) und des Beinzitterns (Efexor) sowie dessen Aufrechterhaltung (WLAN-Geräte, Singen und Musizieren von Menschen u. a.) sehr wenig nachvollziehbar erscheinen. Differenzialdiagnostisch käme eine somatoforme autonome Funktionsstörung sonstiger Organsysteme in Frage, allerdings würde mit dieser Diagnose dem Erklärungskonstrukt des Exploranden nicht angemessen Rechnung getragen werden. Es ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Störung aus dem schizophrener Formenkreis im Sinne von fehlenden Halluzinationen, schweren formalen Denkstörungen oder Störung des Af-

fekts. Aktuell ist dieser postulierte Wahn begrenzt und hat für Herrn Boss eine Handlungsrelevanz leichten bis mittleren Grades.

Aktuelle medizinische Beurteilung

Aktuell steht die psychiatrische Symptomatik mit Verdacht auf eine wahnhaftige Störung, die eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten sowie der Tinnitus und Tremor im Vordergrund. Eigentliche somatische Störungen mit einem strukturellen Korrelat bestehen hingegen nicht.

Daneben bestehen noch chronische Spannungskopfschmerzen und eine Refluxproblematik, die keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit sich führen.

Diskussion divergierender Ansichten

Von neuropsychologischer Seite her ist eine 65 %-ige Verweistätigkeit möglich, von psychosomatischer Seite wurde her würde eine Arbeitsfähigkeit für eine Verweistätigkeit von 50 % angegeben. Von HNO-ärztlicher Seite besteht eine Arbeitsfähigkeit von 90 %. Bei psychiatrischen Ursachen für die kognitiven Defizite liegt der Schwerpunkt auf der psychiatrischen/psychosomatischen Beurteilung.

Diskussion allfällig abweichender Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit des Exploranden

Der Explorand schätzt seine Arbeitsfähigkeit zu 50 % ein. Diesbezüglich ergeben sich nur bezüglich des Tätigkeitsfeldes Abweichungen. Herr Boss sieht für sich nur noch ein sehr eingeschränktes Tätigkeitsfeld, wie ein Behindertenheim.

7.2. Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf

Bei eingeschränkten kognitiven Leistungen keine Arbeitsfähigkeit mehr im angestammten Beruf.

7.3. Arbeitsfähigkeit in anderen Berufen

Arbeitsfähigkeit 50 % aufgrund psychiatrischer Diagnosen.

Aufgrund der Tremorbeschwerden, welche von neurologischer Seite als psychogen beurteilt werden, sind Tätigkeiten mit Absturzgefahr, ebenso Tätigkeiten mit im Vordergrund stehenden Repräsentationsaufgaben nicht geeignet.

7.4. Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Ab 14.4.2009.

7.5. Medizinische Massnahmen

Bei nun doch bestehender Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit ist zum Ausschluss einer somatischen Ursache (v.a. intrazerebrale Raumforderung) eine Magnetresonanztomographie des Neurokraniums indiziert (s. auch neurologisches Gutachten).

Im Vordergrund steht bei wahnhafter Störung und am ehesten psychogenem Tremor der Beginn einer Psychotherapie. Begleitend sollte eine medikamentöse Therapie mit einem Neuroleptikum erwogen werden.

Von neuropsychologischer Seite her wird ein kognitives Training als nicht sinnvoll erachtet (psychiatrische Ursachen der Kognitionsstörungen).

Bezüglich des Tinnitus würde allenfalls das Erlernen von Coping-Fähigkeiten eine Besserung des Leidendruckes bringen. Der Einsatz eines Noisers ist nicht sinnvoll, da meist keine signifikante Besserung des Tinnitus erzielt wird.

Relevanz für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit

Die Durchführung einer Psychotherapie und medikamentösen neuroleptischen Therapie könnten eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit erbringen. Ob dadurch eine Rückkehr in den angestammten Beruf möglich sein wird, ist anzuzweifeln. Jedoch könnte zumindest eine Stabilisierung der Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeitsfeldern erzielt werden.

Ein MRI des Neurokraniums ist aus medizinischen Gründen angebracht. Falls sich ein relevanter Befund ergeben würde, wäre eine Neubeurteilung erforderlich.

7.6. Berufliche Massnahmen

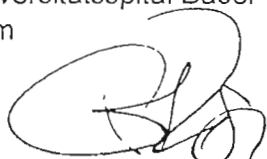
Eine Umschulung in einen praktischen oder sozialen Beruf (der Patient arbeitet bereits ohne Praktikumsvertrag in einem Behindertenheim) sollte bei diesem erst 50-jährigen Patienten erwogen werden. Das Schwergewicht sollte auf dem Erlernen von praktischen Fähigkeiten bestehen. Bei bestehenden verbalen Gedächtnisdefiziten ist die Erlernung von theoretischen Kenntnissen stark erschwert. Z. B. könnte eine Anlehre in einem Behindertenheim als Hilfsbetreuer angestrebt werden. Die Erreichung einer 100 % Arbeitsfähigkeit ist unwahrscheinlich. Jedoch kann zumindest eine Tätigkeit zu 50 % ermöglicht werden.

7.7. Spezielle Fragen des Auftraggebers

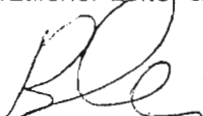
Keine.

Mit freundlichen Grüßen

Universitätsspital Basel
asim



Dr. med. G. Risi
Innere Medizin FMH
Ärztlicher Leiter asim | Begutachtung



Dr. med. B. Ankli
Fallverantwortliche Ärztin, Medizinische Poliklinik USB

Dr. med. T. Oettl
Oberarzt, Medizinische Poliklinik USB

Beilagen:

- Zusatzuntersuchungen
- Psychosomatisches Fachgutachten
- HNO Fachgutachten
- Neurologisches Fachgutachten