

**Dr. med. Jürg Benedetti**  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73  
4051 Basel



Tel: 061 281 45 00  
Fax: 061 281 45 06

Basel, den 26.03.2019/js

BEGAZ  
Herrn Dr. med. Beat Zaslowski  
FMH Allgemeine Innere Medizin  
Hauptstrasse 1  
4102 Binningen

### Neurologisches Teilgutachten

(Untersuchung vom 19.03.2019)

**Betrifft:** Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Oberlandstrasse 68, 8610 Uster  
Versicherten-Nr.: 756.4369.6607.92

---

## **1. Ausgangslage und Formelles**

### **1.1 Abwicklung des Gutachtensauftrages / Formelles**

#### *a) Angaben zum Auftraggeber*

SVA Zürich, IV-Stelle, Röntgengasse 17, 8087 Zürich

#### *b) Angaben zur versicherten Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Versicherungsnummer, Angaben zur Überprüfung der Identität)*

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969

Oberlandstrasse 68, 8610 Uster

Versicherten-Nr.: 756.4369.6607.92



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

*c) Angaben zum Gutachter*

Dr. med. Jürg Benedetti, Facharzt für Neurologie FMH, SIM-zertifizierter  
medizinischer Gutachter, Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

*d) Auftragsdatum, Eingangsdatum, Explorationsdaten mit Uhrzeit (von-bis)  
und Datum der Gutachtensfertigstellung*

Die Exploration fand am 19.03.2019 von 13:55 bis 16:40 Uhr statt.

*e) Angaben bzgl. Beteiligung eines Dolmetschers, ggf. in welche Sprache*

-

## 1.2 Übersicht der verwendeten Quellen

*a) Vom Auftraggeber zur Verfügung gestellte Akten (IV-Dossier, ggf. Observationsmaterial, evtl. UV-Akten, ggf. Akten von Strafverfolgungsbehörden etc.)*

Siehe Hauptgutachten

*b) Summarische Auflistung der vom Gutachter zusätzlich beigebrachten (oder bei ihm eingegangenen) Aktenstücke (auch telefonische Nachfragen)*

-

*c) Eigene Untersuchungen und Befunde*

Neurologischer Status

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

d) *Zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, Zusatzgutachten, Berichterstattung*

-

e) *Angaben von Drittpersonen*

-

### **1.3 Anlass und Umstände der Begutachtung**

a) *Kontext des Auftrages*

Siehe Hauptgutachten

b) *Medizinischer Sachverhalt*

Siehe Hauptgutachten.

c) *Fragestellung*

Siehe Hauptgutachten

d) *Anforderungsprofil bisherige Tätigkeit*

Siehe Hauptgutachten





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

## 2. Aktenauszug

### Neurologisch relevante Aktenlage

Mit Schreiben vom 27.02.2003 berichtet die Universitätsklinik Balgrist, Zürich über ein MRI der LWS: Regelrechter postoperativer Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts. Leichte Degeneration der lumbalen Bandscheiben L3 – S1, aber keine Nervenwurzel-komprimierenden Raumforderungen.

Im Arztzeugnis vom 05.03.2003 berichtet der Orthopäde PD Dr. H. Leu, Zollikerberg, über einen Status nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts am 03.07.2000. Rezidiv-Ischialgie rechts temporär im Februar, jetzt Zervikobrachialgie rechts in Abklärung.

Im Arztzeugnis vom 05.03.2003 berichtet der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, über den Verdacht auf eine LWS-Distorsion nach Ausrutschen auf Eis am 06.02.2003, seither zunehmende Rückenschmerzen und Krämpfe in beiden Beinen.

Mit Schreiben vom 05.03.2003 berichtet die Uniklinik Balgrist, Zürich, über ein MRI der HWS: Keine pathologischen Veränderungen.

Mit Schreiben vom 06.03.2003 berichtet der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, über ein unklares Schmerz-/Reizsyndroms im Sinne eines zervikobrachialen wie auch lumbosakralen Schmerzsyndrom mit Krämpfen in beiden Beinen, DD im Rahmen einer Borreliose.

Mit Schreiben vom 15.04.2003 berichtet das Stadtspital Triemli, Zürich über ein MRI des Schädels, mit Beurteilung eines unauffälligen Befunds.





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Mit Schreiben vom 25.04.2003 berichtet die RehaClinic Zurzach über den Aufenthalt vom 18.03. bis 07.04.2003, bei Diagnose eines Parvertebralsyndroms mit/bei Fehlform/Fehlhaltung, St. n. Diskushernienoperation L5/S1 rechts im Juli 2000, Krämpfe in beiden Beinen, unauffälligen sensibel evozierten Potenzialen, negativer Borrelien-Serologie, aktuell Exazerbation einer zervikobrachialen Schmerzsymptomatik mit Schonhaltung. Hinweise für eine entzündliche oder neoplastische Grunderkrankung oder einen lokalen Prozess der HWS oder LWS fand man nicht.

Mit Schreiben vom 07.05.2003 berichtet das Paraplegikerzentrum der Uniklinik Balgrist, Zürich, über einen unauffälligen klinisch neurologischen Untersuchungsbefund. Verdacht auf zusätzliche erhebliche Aggravationstendenz.

Mit Schreiben vom 13.05.2003 berichtet die Neurologische Klinik und Poliklinik am Universitätsspital Zürich, dass klinisch und elektrodiagnostisch keine Hinweise auf ein Stiff-man-Syndrom oder eine Neuromyotonie bestünden. Diagnostisch wurde ein chronisches zervikozephalles Syndrom mit rezidivierenden Migräneattacken bei Status nach Sturz auf den Hinterkopf mit möglicher HWS-Distorsion 03/03 genannt. Anamnese und Elektrodiagnostik sprächen möglicherweise für ein CTS rechts bei blanden klinischen Befunden im sogenannten dynamischen Status. Zur Muskelrelaxation wurde unter EMG-Kontrolle Botox in den rechten und linken Musculus splenius capitis injiziert.

Mit Schreiben vom 17.05.2003 beurteilt Dr. H.R. Schmid, Zürich, beratender Arzt der Winterthur Versicherungen, dass die Beschwerden und objektiven Befunde mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 06.02.2003 zurückzuführen seien. Als Vorzustand wird der Status nach Diskushernienoperation

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

L5/S1 rechts vom 03.07.2000 genannt. Ferner die degenerativen Veränderungen der LWS und der HWS. Per Ende September 2003 sei ein Status quo sine erreicht.

Mit Schreiben vom 28.05.2003 berichtet der Radiologe Dr. W. Schaub, Wetzikon-Kempten, über eine Skelettszintigraphie, mit Befund eines kleinen Speicherherds im linken occipito-zervikalen Übergang sowie weniger deutlich in der zweiten Rippe rechts. Eine Art-Diagnose sei vorläufig nicht möglich.

Mit Schreiben vom 13.06.2003 berichtet das Stadtspital Triemli, Zürich, über eine CT des kraniozervikalen Übergangs und des oberen Thorax, mit Beurteilung einer angedeuteten osteophytären Ausziehung am Atlas, passend zu einer diskreten arthrotischen Veränderung.

Mit Schreiben vom 03.09.2003 berichtet der Wirbelsäulenorthopäde Prof. Dr. D. Grob, Schulthess Klinik, Zürich, dass es sich wahrscheinlich um eine komplexe weichteilbedingte Schmerzhemmung der Halswirbelsäule handle.

Im Arbeitgeberfragebogen vom 10.10.2003 berichtet Migros Genossenschaftsbund, Zürich, über die Beschäftigung als SAP-Basis-Administrator seit dem 01.11.2002, Pensum 41 Stunden pro Woche. Die Tätigkeit beinhaltete oft Bildschirmarbeit, manchmal Lesen. Belastungsprofil sitzend und gehend, selten mit leichten, mittelschweren und schweren Hebe- und Tragebelastungen.

Im IV-Arztbericht vom 30.10.2003 berichtet der Internist, Dr. P. Joos, Bonstetten, über ein schweres Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 06.02.2003.



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Im IV-Arztbericht vom 02.06.2004 berichtet der Chirurg Dr. H.J. Holdener, Zürich, über ein Panvertebralsyndrom. Bescheinigung eine 100% AUF ab 06.02.2003 bis auf Weiteres. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Patient zurzeit 30% arbeitsfähig.

Im IV-Verlaufsbericht vom 02.06.2004 berichtet der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, über ein weiterbestehendes schweres zervikozephalas Syndrom unter anderem mit Bewegungsunfähigkeit der HWS.

Mit Schreiben vom 16.11.2009 liegt ein tabellarischer Bericht „Electromiografia“ in sehr kleinem Schriftformat und schlechter Druckqualität vor, nicht entzifferbar.

Mit Schreiben vom 07.06.2011 erstellt das Ärztliche Begutachtungsinstitut ABI, Basel, ein polydisziplinäres Gutachten, mit allgemeininternistischer, psychiatrischer und orthopädischer Beteiligung. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden genannt: 1. Chronisches zervikovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik, bei breitbasiger Diskusprotrusion C6/7 sowie geringgradig C3/4 und C4/5, klinisch und MR-tomografisch ohne Kompromittierung neuraler Strukturen. 2. Chronisches lumbovertebrales Syndrom ohne radikuläre Symptomatik, Diskushernie L5/S1 mediolateral rechts, klinisch und MR-tomografisch ohne Kompromittierung neuraler Strukturen, Status nach Operation bei Diskushernie L5/S1 rechts 07/2000. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit werden diagnostiziert: Schmerzverarbeitungsstörung, Übergewicht, Dupuytrenkontraktur linke Hand sowie anamnestisch Polyallergien. Zusammenfassend liessen sich die angegebenen Beschwerden aus orthopädischer Sicht nur höchst unzureichend erklären. Es müsse angenommen werden, dass eine wesentliche nicht-organische Ursache vorliege. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätig-



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

keiten mit Hebe- und Tragelimit von 10 kg, ausnahmsweise 15 kg und ohne längerdauernde Zwangshaltung des Nackens und des Rumpfs und ohne repetitive Überkopfbewegungen der Arme, bestehe aus orthopädischer Sicht ein zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dies dürfte auch auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als SAP-Administrator zutreffen. In der gesamtmedizinischen Zusammenfassung wird die orthopädisch beurteilte Arbeitsfähigkeit übernommen.

Aus portugiesischer Sprache übersetztes Dokument vom 14.09.2012, Boghos Boyadjian, Fortaleza, Brasilien, über ein MRI der HWS: Leichte spondylodiskale Arthrose mit sekundärer Stenose des Wirbelsäulenkanals und der beidseitigen Nervenaustrittskanäle C6 – 7, degeneratives Spondylodiskopathie mit mässiger Protrusion C6 – C7.

Aus portugiesischer Sprache übersetztes Dokument vom 14.09.2012, Boghos Boyadjian, Fortaleza, Brasilien, über ein MRI der Wirbelsäule, mit Beurteilung einer leichten lumbalen Spondylose und Verteilung der Wirbelkörper, degenerativen Bandscheibenveränderungen L5 – S1 und diskreten Bandscheibenprotrusionen ohne relevante Kompression L2, L3 bis L4/L5.

Aus portugiesischer Sprache übersetztes Dokument vom 14.09.2012, Dr. Alencar Cunha, Fortaleza, Brasilien, über eine elektroneuromyografische Untersuchung: Chronische Radikulopathie C5 rechts und C5, C6 links, keine kürzlich eingesetzte aktive Denervierung der Muskeln mit gewöhnlicher Innervation in den entsprechenden Myotomen. Chronische Radikulopathie L5 links und L4, L5 rechts, keine kürzlich eingesetzte aktive Denervierung in den Muskeln mit gewöhnlicher Innervation in den entsprechenden Myotomen.

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Aus portugiesischer Sprache übersetztes Dokument vom 14.09.2012, Dr. F. H. Macedo Pinto, Fortaleza, Brasilien, mit Bescheinigung einer lumbalen und zervikalen Radikulopathie.

Mit Schreiben vom 20.09.2012 bezieht der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, Stellung zu den RAD-Berichten vom 23.03. und 07.06.2012 sowie zum ABI-Gutachten vom 07.06.2011. Er verweist auf die elektroneuromyografischen Berichte und MRI-Berichte aus Brasilien, das ihm vorliegende IV-Dossier sowie die ihm vorliegenden Angaben des Patienten. Zusammenfassend beurteilt er das ABI-Gutachten als nichtzutreffend und unvollständig. Es bestünden sowohl anamnestiche Angaben, beziehungsweise Symptome, klinische und bildgebende Befunde, sowie elektroneuromyografische objektivierbare Untersuchungsergebnisse, welche übereinstimmend die Diagnose mit radikulären Symptomen und Befunden sicherten. Er moniert insbesondere den fehlenden Beizug einer fachärztlichen neurologischen Beurteilung im ABI-Gutachten. Dr. Joos bescheinigte in der angestammten Tätigkeit als SAP-Administrator eine 100% AUF, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit eine maximal 25%-ige Arbeitsfähigkeit.

Mit Schreiben vom 10.01.2013 bezieht der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, Stellung zum RAD-Bericht vom 31.05.2013. Die Argumentation des RAD beruhe erneut auf dem ABI-Gutachten vom 07.06.2011, welches einer neurologischen Prüfung nicht standhalte.

Aus portugiesischer Sprache übersetztes Dokument vom 12.03.2013, Dr. F. Henrique, Fortaleza, Brasilien: Betreuung des Patienten seit dem 08.04.2011 bei zervikaler und lumbaler Radikulopathie. Operative Behandlung der LWS mit Dekompression L5/S1 im 08/2000 in der Schweiz und im 08/2011 erneut in diesem Segment, mit Arthrodesen, durchgeführt in Fortaleza. Heute bestehe eine zervika-



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

le und lumbale Radikulopathie mit bedeutender Bewegungseinschränkung dieser Segmente, verbunden mit Parästhesien und sensitivem und motorischem Defizit der oberen und unteren Gliedmassen. Der Versicherte sei weiterhin fähig, leichte Arbeiten regelmässig auszuüben. Zu berücksichtigen seien Einschränkungen bezüglich Exposition gegenüber Nässe, Kälte, Wärme, Lärm, Gasen, Dämpfen und Ausdünstungen sowie Nacharbeit und wiederholte Flexionen, Heben und Transport von Lasten, Steigen von Rampen, Treppen und Leitern. Des Weiteren wird die Erfordernis regelmässiger stündlicher Pausen sowie wechselbelastender Körperhaltung genannt. Der Patient sei nicht mehr in der Lage die Tätigkeit als SAP-Administrator in der Informatik auszuüben. Die Frage nach angepasster Arbeitsfähigkeit wird mit nein beantwortet.

Mit Schreiben vom 31.03.2013 bezieht Dr. B. Croisier, RAD Rhone, Stellung unter Bezugnahme auf vorliegende klinische, bildgebende und neurografische Befunde. Es bestehe keine signifikante Radikulopathie mit signifikanter funktioneller Einschränkung, Die Tätigkeit als SAP-Administrator, wie auch eine vergleichbare Aktivität, seien in normalem Pensum und ohne Leistungsminderung ausführbar.

Mit Schreiben vom 12.11.2013 empfiehlt Dr. P. Croisier, RAD Rhone, beziehend auf die Kritik von Dr. Joos eine neurologische Begutachtung in der Schweiz.

In einem nicht übersetzten Schreiben vom 06.02.2014 in portugiesischer Sprache berichtet Boghos Boyadjian, Fortaleza, Brasilien, über ein MRI der Lendenwirbelsäule mit Beurteilung einer postoperativ fixierten Arhrodese L5-S1, degenerativen Veränderungen lumbosacral und kleinen posterioren Bandscheibenprotrusionen von L2/3 bis L5/S1, leicht betont auf den beiden untersten Etagen, mit leichter Impression des Duralsacks.





Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

In einem nicht übersetzten Schreiben vom 06.02.2014 in portugiesischer Sprache berichtet Boghos Boyadjian, Fortaleza, Brasilien, über ein MRI der Halswirbelsäule mit Beurteilung einer leichten Spondylodiscounarthrose, einer degenerativen Spondylodiscopathie mit kleiner disco-osteophytären Protrusion postero-central C6-C7.

Nicht übersetztes Dokument in portugiesischer Sprache, vom 10.03.2014, Dr. F. Henrique, Fortaleza, Brasilien, über eine elektroneuromyografische Untersuchung. Dem Dokument kann unter anderem eine EMG-Untersuchung folgender Muskeln entnommen werden: Deltoideus links, Abductor pollicis brevis rechts, Deltoideus rechts, Brachioradialis links, Abductor pollicis brevis links. In der Tabelle werden keine Fibrillationspotenziale/akute Denervationspotenziale aufgeführt, in den Musculi Deltoideus links und Brachioradialis links wird ein erhöhter Anteil polyphasischer Potentiale sowie eine verlängerte Potentialdauer dokumentiert.

In einem nicht übersetzten Schreiben vom 10.10.2014 in portugiesischer Sprache berichtet Boghos Boyadjian, Fortaleza, Brasilien, über ein MRI der Brustwirbelsäule mit Beurteilung einer minimalen dorsalen Spondylose.

Mit Schreiben vom 23.03.2015 erstellt die MEDAS Bern ein interdisziplinäres Gutachten mit orthopädischer, psychiatrischer, internistischer und neurologischer Beteiligung. Als neurologische Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit werden genannt: Chronisches zervikales Schmerzsyndrom, ohne radikuläre oder spinale Symptomatik bei vorbeschriebenen degenerativen HWS-Veränderungen und breitbasigen Diskusprotrusionen C6/7 und geringgradig C3/4 und C4/5, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

relevante radikuläre Ausstrahlung, bei Zustand nach Diskushernienoperation L5/S1 rechts 7/00 und Spondylodese L5/S1 8/11, ferner Kombinationskopfschmerz (Kopfschmerz vom Spannungstyp/Migräne). Klinisch-neurologisch werden unter anderem eine symmetrisch proportionierte Muskeltrophik, eine in allen Ebenen eingeschränkt bewegliche HWS, eine vollumfänglich bewegliche BWS und LWS, Lasègueproben ohne radikuläre Symptomatik, symmetrisch auslösbare Reflexe an den oberen und unteren Extremitäten, seitengleich wahrgenommene Berührungs- und Schmerzreize an Rumpf und Extremitäten, allseits gute Kraftentwicklung ohne Hinweise auf Paresen aufgeführt. Aufgrund der festgestellten Beschwerdesymptomatik im Bereich von Hals- und Lendenwirbelsäule ergäben sich Einschränkungen im Hinblick auf mögliche Zwangshaltungen. An einem leidensadaptierten Arbeitsplatz, unter Berücksichtigung eingeschränkter Hebe-, Trage- und Haltefunktionen, ohne Tätigkeiten in Zwangshaltung, ohne häufiges Bücken und ohne besondere Anforderung an die Konzentration, bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als PC-Supporter/Systemadministrator bestehe aus neurologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 80% Leistung bei einem Zeitpensum von 8½ Stunden. Das Gutachten erhält ergänzend eine neurologisch-elektrophysiologische Abklärung: Motorische Neurographie Nervus peroneus rechts mit insgesamt Normalbefund, allenfalls grenzwertige Nervenleitgeschwindigkeit im Fibulaköpfchensegment. Motorische Neurographie Nervus tibialis rechts, mit insgesamt Normalbefund. H-Reflex beidseits sehr gut, kräftig und reproduzierbar auslösbar. Sensible Nervenleitgeschwindigkeit Nervus suralis rechts mit Normalbefund. Zusammenfassend wird unter anderem festgehalten, dass unabhängig von früheren Befunden, aktuell klinisch und elektrophysiologisch ein sehr gut restituerter Status, insbesondere auch im reoperierten Segment L5/S1 festgestellt werden könne, auch zervikal ergeben sich keine klinischen Zeichen einer radikulären oder myologischen Reiz- oder gar Defizitsymptomatik. Zur Bedeutung des EMG's äussert der neurologische Gutachter unter anderem, dass selbst im Falle gewisser residualer chronisch neurogener Veränderungen, diese angesichts der offensichtlich radiologi-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

schen klinisch neurologisch nicht bestehenden neurokompressiven oder neuroirritativen Situation keine Relevanz hätten, sie wären allenfalls als altes Residuum zu deuten, zumal auch im Bericht selbst keine Hinweise für pathologische Spontanaktivität dokumentiert worden sei.

In der zusammenfassenden interdisziplinären Beurteilung wird die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit 80% Leistung bei Präsenzzeit von 8,5 Stunden pro Tag beziffert. In einer leidensadaptierten, optimal angepassten Tätigkeit, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit bei Präsenzzeit von 8,5 Stunden.

Mit Schreiben vom 26.05.2015 bezieht der Internist Dr. P. Joos, Bonstetten, Stellung zum Gutachten der MEDAS Bern vom 23.03.2015. er moniert insbesondere die Unterlassung einer neurophysiologischen Untersuchung der zervikalen Segmente. Er verweist auf die in Brasilien erhobenen elektrophysiologischen Befunde einer chronischen Radikulopathie und im MRI dargestellten Stenosierungen in entsprechenden Nervenaustrittsstellen.

Mit Schreiben vom 16.07.2015 berichtet das Spital Wetzikon über ein MRI der HWS: Breitbasige Protrusion im unteren HWS-Abschnitt mit Schwerpunkt HWK6/HWK7 mit kurzstreckiger Kontaktzone zur Nervenwurzel C7 und möglicherweise geringgradiger neuroforaminal-össarer Komponente.

Mit Schreiben vom 16.07.2015 berichtet das Spital Wetzikon über ein MRI der LWS: Bei Status nach Spondylodese LWK5/SWK1 kein Hinweis auf aktiven Knochenprozess in diesem Bereich. Normale Weite des Spinalkanals. Im unteren LWS-Abschnitt sind keine protrudierenden Diskopathien erkennbar.





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Mit Schreiben vom 29.10.2015 berichtet die rheumatologische Abteilung der Schulthess Klinik, Zürich, über eine erneute starke Exazerbation des zervikalen und lumbalen Schmerzsyndroms, mit möglicher radikulärer Schmerzkomponente. Diagnostisch werden eine chronische Zervikobrachialgie beidseits, DD C6-Reiz- und Ausfallssyndrom rechts sowie eine chronische Lumboischialgie beidseits, mit Ausstrahlung bis zur Grosszehe rechts, sowie bis zur Ferse links und Angabe einer Hypästhesie am Fussrücken und Dig. I rechts genannt, in den oberen Extremitäten BSR rechts abgeschwächt, Angabe einer Hypästhesie Dig. I und II rechts.

Mit Schreiben vom 13.11.2015 berichtet die neurologische Abteilung der Schulthess Klinik, Zürich, über eine elektrophysiologische Abklärung mit Abteilung von Medianus SEPs und Tibialis SEPs mit Beurteilung eines Normalbefunds. Ferner wird ein MRI der HWS vom 16.07.2015, mit leichtgradiger zervikaler Spinalkanalstenose auf Höhe C6/7 ohne Myelonkompression, mit erhaltenem Liquorsaum, ohne Myelopathiesignal, mit foraminale Einengung der Wurzel C7 links genannt, ferner ein MRI der LWS vom 16.07.2015, ohne lumbale Spinalkanalstenose und ohne sichere foraminale Stenosen. Man finde weder anamnestisch, noch klinisch oder elektrophysiologisch Hinweise für eine Affektion des Nervensystems, welche die chronische Schmerzsymptomatik erklären würde.

Mit Schreiben vom 07.12.2015 berichtet die rheumatologische Abteilung der Schulthess Klinik, Zürich, über das langjährige chronifizierte Schmerzsyndrom mit eigentlichem fehlendem Ansprechen auf die bisherigen konservativen Massnahmen. Erwähnt wird unter anderem die Medikation mit Lyrica bis zur Dosierung von 600 mg pro Tag, welche, gemäss Angaben den Patienten, keinen positiven Effekt gehabt habe.

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Mit Schreiben vom 16.06.2016 berichtet der Anästhesiologe Dr. M.A. Schwab, Zürich, über die Implantation einer epiduralen Testelektrode mit externer Stimulationsbatterie.

Mit Schreiben vom 05.07.2016 erstellt Lifetime Health, Wetzikon, einen Abschlussbericht Potenzialabklärung vom 06.06.2016 – 01.07.2016. Aufgrund der Schmerzthematik sei derzeit eine Integration im ersten Arbeitsmarkt nicht möglich. Notwendige Voraussetzung für eine Integration im ersten Arbeitsmarkt sei eine Verbesserung im Umgang mit Schmerzen und damit einhergehend eine Steigerung der Belastbarkeit. Herr Schmid sei über die gesamte Potenzialabklärung durchschnittlich 2,3 Stunden pro Tag anwesend gewesen, gute Leistungsfähigkeit im feinmotorischen Bereich, selbstständige und präzise Ausführung der Arbeiten, intaktes Verständnis der Arbeitsabläufe und strukturiertes Vorgehen. Pascal Schmid habe motiviert an der Abklärung teilgenommen und sich gut in die Gruppe integriert. Er sehe es als realistische Möglichkeit bei langsamem Aufbau, eine Arbeitsfähigkeit von 50% bei einem flexiblen Arbeitgeber in einer angepassten Tätigkeit zu erreichen. Er habe im feinmotorischen Bereich ansprechende Leistungen gezeigt, wobei er jedoch an seine Grenzen gestossen sei, was zu Verstärkung der Schmerzen und erhöhter Dosierung der Analgetika geführt habe.

Mit Schreiben vom 06.07.2016 berichtet das Schmerzzentrum Polymedes, Zürich, über eine negativ verlaufende SCS-Teststimulation, weshalb die Elektrode wieder entfernt worden sein.

Mit Schreiben vom 12.09.2016 berichtet der Internist Dr. C. Hildenbrand, Wetzikon, mit Bezugnahme auf die Potenzialabklärung, dass eine geregelte berufliche



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Tätigkeit grundsätzlich nicht mehr infrage komme. Infrage käme einzig eine 20 – 25%-ige behinderungsangepasste Tätigkeit.

Mit Schreiben vom 10.04.2017 berichtet das Spital Uster über ein MRI der HWS: Verdacht auf Nervenwurzelkompression foraminal links durch dorsolateral links akzentuierte Diskusprotrusion HWK6/7, Unk- und bilaterale Facettengelenksarthrose links mehr als rechts, moderate Reduktion des noch erhalten perimyeloidischen Liquorraums.

Im IV-Arztbericht vom 14.06.2017 berichtet der Internist Dr. C. Hildenbrand, Wetzikon, über den Verlauf. Höchstdosen der Morphine mögen die Beschwerden nur ungenügend kontrollieren. Eine Opiatrochade zeigte keine grundlegende Verbesserung. Sowohl die Schmerzproblematik an sich, wie auch multiple Medikamentennebenwirkungen beeinträchtigten die Lebensqualität enorm. Ein Hinterstrang-Stimulations-Versuch habe wegen Wirkungslosigkeit beziehungsweise Schmerzverstärkung im 2016 vorzeitig abgebrochen werden müssen. Es bestehe eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres.

Mit Schreiben vom 21.12.2017 berichtet die Uniklinik Balgrist, Zürich, über ein MRI der LWS: Unauffällige Darstellung der Spondylodese L5/S1, lediglich geringe degenerative Veränderungen in den übrigen Segmenten mit geringer breitbasiger Bandscheibenprotrusion L3/4 und L4/5. Im Segment L3/4 geringer Bandscheibenkontakt zur deszendierenden Nervenwurzel L4 links und im Segment L4/5 geringer Bandscheibenkontakt zu beiden deszendierenden Nervenwurzeln L5 im Rezessuseingang. Keine Zeichen der Neurokompression. Geringe neuroforaminale Einengung L5/S1 beidseits bei darüber hinaus fehlenden abgrenzbaren Einengungen. Fortgeschrittene Facettendegeneration L4/5 beidseits.



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Mit Schreiben vom 06.02.2018 berichtet das Zentrum für Paraplegie, Uniklinik Balgrist, Zürich, über eine unklare Blasenfunktionsstörung ED 08/2017, Urodynamik und Beckenboden-EMG mit unauffälliger Beckenbodenaktivität im EMG, leichter hyposensitiver, hypoaktiver, hypotoner und leicht hyperkapazitiver Harnblase ohne obstruktives Miktionsprofil. Im Weiteren werden die bekannten Diagnosen des chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndroms, der chronischen Zervikobrachialgie und einer langjährigen Migräne erwähnt.

Im IV-Arztbericht vom 11.06.2018 berichtet das Zentrum für Schmerzmedizin, Nottwil, über folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in beide Schultern und in den Kopf holozephal, am ehesten aufgrund myofaszieller und facettogener Faktoren, DD radikuläre Affektion C6. Lumboischialgie beidseits bei ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung der segmental tief stabilisierenden Muskulatur, DD facettogen im Bereich der Anschlusssegmente. Motorische axonale und proximal demyelinisierende Polyneuropathie. Schmerzen im Bereich des Oberbauchs rechts unklarer Ursache. Blasenfunktionsstörung unklarer Ätiologie. Syndrom der unruhigen Beine (Restless legs Syndrom). Ärztlich induziertes Abhängigkeitssyndrom. Komplexe posttraumatische Belastungsstörung durch schwere Traumatisierungen in der Kindheit. Mittelgradige depressive Episode. Verdacht auf chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Nichtorganische Insomnie. Alpträume, generalisierte Angststörung. Keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

Mit Schreiben vom 04.12.2018 berichtet das Schweizer Paraplegikerzentrum, Nottwil, über die stationäre multimodal-interdisziplinäre Behandlung vom 13.11. bis 04.12.2018. Der Verlauf sei massgeblich durch die Demaskierung des Restless legs Syndroms im Rahmen des Opioidentzugs geprägt gewesen. Obwohl die durchgeführte lumbale Facettengelenksdiagnostik anfänglich zu einer mehr als 50%-igen Schmerzreduktion im Lumbalbereich geführt habe, sei der





Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Patient zur funktionellen Denervation der Rami mediales beidseits (L3, L4, L5) nicht mehr bereit gewesen. Die Diagnostik der zervikalen Wurzel C6 und C7 habe gemäss Patient zu keiner massgeblichen Schmerzreduktion geführt. Die funktionelle Denervation der Rami mediales zervikal (C3, C4, C5, C6) sei am 30.11. durchgeführt worden.

### 3. Befragung

#### 3.1 Spontane Angaben der versicherten Person

Er sei zweimal am Rücken operiert worden, im Bereich der Lendenwirbelsäule. Die zweite Operation sei im Jahr 2011 in Brasilien durchgeführt worden. Diese Operation sei nicht so gut verlaufen: Postoperativ habe er keine Blasenfunktion mehr gehabt. Im Verlauf habe sich dies dann wieder gebessert. Nun sei es, seit Herbst 2017, ohne ersichtliche Ursache, erneut zu einer Verschlechterung der Blasenfunktion gekommen. Er könne keinen Druck in seiner Harnblase aufbauen. Die Blasenentleerung sei kontrolliert, jedoch unvollständig und schmerzhaft. Zwei- bis dreimal am Tag müsse er aufs WC gehen. Ca. einmal täglich müsse er die Blase mit Hilfe eines Katheters entleeren. Im Gefolge erleide er auch rezidivierende Harnleiter- und Harnblasenentzündungen. Man habe einen möglichen Zusammenhang mit der Opiattherapie vermutet; er habe sich deswegen einer Entzugsbehandlung in Nottwil unterzogen (November/Dezember 2018). Dort seien auch Infiltrationen im Bereich der HWS und der LWS durchgeführt worden.

#### 3.2 Vertiefende Befragung

*Jetziges Leiden (freier Vortrag und strukturierte Nachfrage)*

Die erste LWS-Operation sei im Jahr 2000 durchgeführt worden. Präoperativ sei es damals, im Rahmen einer Drehbewegung des Rumpfs, zu akuten lumbalen Schmerzen, mit Ausstrahlung ins rechte Bein bis zur Grosszehe,



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

gekommen; begleitend sei es auch zu sensiblen und motorischen Ausfällen gekommen. Die Operation sei relativ gut verlaufen. Im weiteren postoperativen Verlauf habe er auch wieder mit dem Fussballspielen anfangen können. Nach einem Remppler beim Fussballspiel sei es zu einem Diskushernienrezidiv gekommen. Mit Physiotherapie und Krafttraining habe er die Beschwerden soweit wieder in den Griff bekommen.

Im Jahr 2002 oder 2003 sei er auf Eis ausgerutscht und habe sich dabei den Nacken verrenkt. Seither habe er Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule. Er habe starke Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Arme, distal bis in die Finger I bis II. Nachts habe er seither auch ein Einschlafen beider Hände, distal in allen Fingern. Er habe sich Rehabehandlungen in Zurzach und in Zihlschlacht unterzogen. Im MRI der HWS habe man Arthrosen festgestellt, damals noch keine Diskushernie. Nach diesem Unfall habe er nur noch 20 – 30% gearbeitet und nur noch von zuhause aus. Zuvor habe er 100% gearbeitet. Residuell verblieben die erwähnten Parästhesien der Hände, welche sich zeitweise auch tagsüber bemerkbar machen, ferner eine vor allem schmerzbedingte Kraftverminderung in den Armen. Bei Überkopfstellung der Arme komme es zu starken Schmerzen und zu einem Einschlafen der Hände. Die Unfallversicherung habe die Unfallkausalität der Beschwerden nur ein Jahr lang anerkannt, danach nicht mehr. Im weiteren Verlauf sei indessen keine wesentliche Zustandsbesserung eingetreten. Er habe sich bei der IV angemeldet im Hinblick auf berufliche Massnahmen, was aber von der IV abgelehnt worden sei. Stattdessen sei er ab 2004 zu 100% berentet worden. Da seine Beschwerden bei warmem Klima weniger stark seien, sei er mit seiner Frau im Jahr 2006 nach Brasilien ausgewandert, zumal seine Frau auch aus Brasilien stamme. Dort habe er sich mit seiner Frau und den Kindern neu eingerichtet.

Im Rahmen des ausgeübten Krafttrainings sei es im weiteren Verlauf zu einer Verschlechterung der LWS-Beschwerden gekommen, mit erneuter



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Lumboischialgie rechts, Schmerzausstrahlung bis zur Grosszehe und auch häufigem Einschlafen des rechten Fusses. Ob es auch zu einer motorischen Funktionseinbusse gekommen war, lässt sich schwierig rekonstruieren. Die Abklärungen ergaben die Diagnose einer grossen Diskushernie, welche dann in Brasilien operiert worden sei. Im Anschluss an die Operation seien die eingangs erwähnten Harnblasenprobleme aufgetreten. Die lumbalen Rückenschmerzen seien postoperativ eher noch ausgeprägter gewesen, wogegen die ischialgiforme Schmerzausstrahlung teilweise regredient gewesen sei. Persistierend sei eine Sensibilitätsstörung verblieben.

2011 sei er dann im Rahmen einer IV-Revision im ABI begutachtet worden. Danach habe man ihm die Rente auf 50% reduziert.

Die Beschwerden blieben unverändert. Im Verlauf habe er die Belastbarkeit seines Rückens nicht mehr steigern können. Bereits bei alltäglichen Belastungen bekomme er rasch Rückenschmerzen, z.B. wenn er zum Rüsten in der Küche eine Viertel- bis eine halbe Stunde stehe. Auch bei längerem Sitzen komme es, je nach Sitzfläche, nach einer halben bis Dreiviertelstunde zu vermehrten Rückenschmerzen. Hebebelastungen seien ihm schon lange nicht mehr möglich, das Maximum sei bei 10 kg. Weitere Tagesaktivitäten, die ihm damals in Brasilien noch möglich gewesen seien, waren beispielsweise das Spazierenführen des Hundes (aber ohne Leine), sowie mit dem Auto die Kinder zur Schule bringen und wieder abholen (ca. eine halbe Stunde Fahrt).

Im Verlauf seit der zweiten LWS-Operation habe er insgesamt unveränderte Rückenschmerzen. Sporadisch komme es zu einem Einschlafen der Füsse, rechts ausgeprägter als links, im Bereich der ganzen Fusssohle, vor allem bei längerem Sitzen. Sporadisch komme es auch zu einer Schmerzausstrahlung zur Grosszehe. Bezüglich motorischer Funktionseinbussen, äussert der Explorand, dass er stark eingeschränkt sei, weil er wenig Bewe-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

gung habe. Umschriebene Lähmungen sind nicht eruierbar. Eine permanente Sensibilitätsstörung wird ebenfalls verneint. Insgesamt seien auch die Beschwerden in den Beinen seit der zweiten Operation mehr oder weniger unverändert geblieben. Das Gleichgewicht beim Gehen sei normalerweise nicht beeinträchtigt, bei Parästhesien sei aber das Gehen erschwert. Die Gehstrecke sei vor allem durch Atemnot limitiert (nach ca. zwei Kilometern), nicht durch eine Lumboischialgie.

2015 sei er in die Schweiz zurückgekehrt. Er unterziehe sich hier regelmässigen Behandlungen mit Physiotherapie ein- bis zweimal pro Woche; ferner begeben er sich einmal wöchentlich zum Chiropraktor. Dieser führe auch Spritzenbehandlungen mit einem Anästhetikum durch. Anlässlich der Behandlungen in Nottwil, sei er, wie erwähnt, infiltriert worden, dies sei sehr schmerzhaft gewesen und habe keine Besserung gebracht.

Anlässlich des Opiatentzugs habe sich ferner ein Restless legs Syndrom bemerkbar gemacht. Er habe wegen Missempfindungen und Unruhe der Beine nicht mehr schlafen können. Aktuell seien diese Restless legs Beschwerden unter Medikation mit Palexia und Sifrol wieder im Griff.

Das letzte MRI der LWS sei ca. 2015 oder 2017 durchgeführt worden.

Die Intensität der LWS-Schmerzen wird auf der VAS mit durchschnittlich 4½ beziffert, manchmal (vor allem bei längerem Sitzen) komme es zu Schmerzspitzen bis VAS 8. Aktuell, anlässlich der neurologischen Abklärung, beträgt die Schmerzintensität VAS 5.

Zur Entwicklung der HWS-Beschwerden berichtet der Explorand, dass er stets verspannt sei, er bewege sich wie ein Roboter. Im Verlauf seien die HWS-Beschwerden seit Jahren unverändert geblieben. Er habe sich im Verlauf zahlreichen Therapien unterzogen (unter anderem auch Botox, Infiltrationen, etc.). ohne nachhaltige Besserung. Im Alltag lindere heisses Duschen die Beschwerden. Auch die Schmerzausstrahlung in die Arme sei im Verlauf unverändert geblieben, die Schmerzen breiten sich bis in die





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Oberarme aus, manchmal auch bis in die Vorderarme, intermittierend komme es täglich auch zu Schmerzausstrahlungen in die Finger I – II an beiden Händen. Nachts schlafen ihm beide Hände ein. Eine permanente Sensibilitätsstörung wird verneint. Die Kraft in den Armen sei allgemein vermindert, dies vor allem wegen der Schmerzen. Bezüglich der zervikobrachialen Beschwerden wirke sich längeres Sitzen ungünstig aus. Bezüglich der Handfunktion berichtet der Explorand, dass er früher oft manuell gearbeitet habe, er habe viel am Computer gebastelt; heute sei seine Feinmotorik eingeschränkt; feine Gegenstände, wie Schrauben, etc. fallen ihm oft aus den Händen.

Bei längerem Sitzen schlafen ihm auch die Füße ein; er könne deswegen maximal eine Dreiviertelstunde am Stück Auto fahren; er könne auch nur noch Autos mit Automatgetriebe fahren.

Zur Beschwerdeauswirkung im Alltag berichtet der Explorand im Weiteren, dass er bei starken Schmerzen generell nicht belastbar sei, er werde reizbar und unkonzentriert und bekomme Schweissausbrüche.

Seit Beginn der HWS-Probleme (2002/2003) leide er auch unter Kopfschmerzen. Diese seien zunächst nur sporadisch aufgetreten, ca. zwei bis dreimal pro Monat. Seit den in Nottwil durchgeführten Infiltrationen im Bereich der Facettengelenke hätten sich die Kopfschmerzen massiv verschlechtert. Er habe täglich Kopfschmerzen. Intermittierende freie Intervalle seien vorhanden, wenn er Maxalt einnehme. Der Explorand schildert einen seitenalternierenden halbseitigen Kopfschmerz von hoher Intensität; der Schmerzcharakter sei schwierig zu beschreiben; schmerzakzentuierende Faktoren sind nicht eruierbar. Begleitend komme es zu Übelkeit und Erbrechen sowie zu Photo- und Phonophobie. Derartige Migränezustände könne er vermeiden, wenn er Maxalt einnehme. Er nehme zwei- bis dreimal am Tag Maxalt ein (dies seit der Hospitalisation in Nottwil, im Dezember 2018). In zweiter Linie, bei ungenügender Wirkung von Maxalt, appliziere er



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

Imigran Spray, dies ca. vier- bis fünfmal pro Monat. In geringerer Dosierung nehme er Maxalt schon seit Jahren ein. Die Intensität der Kopfschmerzen wird auf der VAS mit 10 beziffert; aktuell, anlässlich der neurologischen Abklärung, habe er keine Kopfschmerzen (VAS 0), er habe zuletzt, vor ca. sechs Stunden Maxalt eingenommen. Bezüglich Migräne-Intervallbehandlungen lässt sich die Medikation mit Inderal seit 2015 eruieren, er nehme 40 mg pro Tag ein, es helfe ihm nicht wirklich. Zeitweise nehme er Magnesium ein, neu seit anderthalb Monaten auch Riboflavin. Andere Migräne-Intervallbehandlungen, wie zBsp. Topiramat, Valproat, Verapamil, lassen sich nicht eruieren.

### *Systematische somatische Anamnese*

#### *Persönliche Anamnese / frühere Krankheiten*

Als Kind habe er einen Leistenbruch und einen Nabelbruch erlitten. Ferner lassen sich diverse Bagateltraumen eruieren. Des Weiteren wird ein Status nach Operationen an der Nase, an beiden Füßen (Hammerzehen) sowie eine Varizenoperation 2017 eruieren, ferner die erwähnten zwei Rückenoperationen an der LWS. Anamnestisch wird des Weiteren ein allergisches Asthma genannt. In seiner Jugendzeit habe er nie unter Migräne gelitten. Ohnmachten/Bewusstseinsverluste werden anamnestisch verneint. Schwindel habe er gelegentlich bei raschem Aufstehen. Das Gleichgewicht sei gut. Je nach Nackenverspannung habe er manchmal einen beidseitigen Tinnitus.

2016 habe man im Rahmen der schmerzmedizinischen Behandlung in Zürich während drei Wochen einen Neurostimulator testweise appliziert. Dieser habe sich eher kontraproduktiv ausgewirkt und sei schliesslich wieder entfernt worden.



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

### *Familienanamnese / Heredität*

Seine jüngere Schwester und deren Tochter leiden unter starker Migräne, seine Schwester habe auch Fibromyalgie. Seine ältere Schwester leide unter Rücken- und Hüftproblemen. Seine Mutter habe stets Rückenprobleme gehabt.

### *Noxen*

Er rauche nicht. Alkohol konsumiere er kaum, höchstens ganz selten.

### *Schulischer und beruflicher Werdegang*

Er sei in Uster geboren und an verschiedenen Orten im Zürcher Oberland aufgewachsen. Während fünf Jahren sei er in einem Heim ausgewachsen bei schwierigen familiären Verhältnissen (der Freund der Mutter habe die Kinder geschlagen). Beruflich habe er eine Ausbildung zum Bäcker-Konditor absolviert, wegen Allergien habe er diese Tätigkeit aufgeben müssen. Er habe sich zum Informatiker umgeschult und sei im PC-Support tätig gewesen; er habe diverse Schulungen absolviert, unter anderem SAP-Schulung. In seiner letzten Tätigkeit habe er als SAP-Basis-Administrator bei Migros von 1996 bis 2006 gearbeitet. Das Pensum sei 100% gewesen, nach Beginn der Nackenbeschwerden (ca. 2003) habe er nur noch 20 – 30% gearbeitet. Nach Zusprache der Rente sei er nach Brasilien ausgewandert. Dort sei er keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen. 2011 und 2014 sei er in der Schweiz gutachterlich abgeklärt worden. 2015 sei er in die Schweiz zurückgekehrt. Er sei nie mehr erwerbstätig geworden. 2016 habe er während einem Monat ein Belastbarkeitstraining absolviert; mit niederschwelliger Belastung habe er diverse Aktivitäten ausgeübt; das Belastbarkeitstraining sei sehr anstrengend gewesen; bereits die An- und Abreise seien belastend gewesen.



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

### *Berufliche Tätigkeiten und Stellungen im Beruf*

Siehe die obigen Ausführungen. Langjährige Tätigkeit als Informatiker, zuletzt 1999 – 2006 als SAP Basisadministrator bei Migros.

### *Arbeitsbezogenes Beschwerdebild*

Einschränkend seien in erster Linie die Schmerzen (HWS- und LWS-Schmerzen sowie Kopfschmerzen)

### *Soziale Anamnese*

Seit 1996 sei er verheiratet. Der Ehe entstammen zwei Kinder, eine 1997 geborene Tochter und ein 1998 geborener Sohn. Beide Kinder leben noch zuhause; die vierköpfige Familie bewohnt eine 4½-Zimmerwohnung. Im Haushalt erledige er einmal wöchentlich die Wäsche. Die Wohnungsreinigung ~~werden wird~~ durch seine Frau und ab und zu durch die Tochter ausgeführt. Sporadisch beteilige er sich beim Kochen. Die Einkäufe werden gemeinsam erledigt.

### *Einschneidende Erlebnisse*

-

### *Tagesablauf (detailliert, repräsentativ)*

Er stehe früh morgens auf, manchmal wache er bereits zwischen 03:00 und 04:00 Uhr in der Früh auf. Strukturierte Alltagsaktivitäten sind nicht eruierbar. Seine einzige Tagesstruktur seien die diversen Arztbesuche. Ansonsten habe er keine Bewegung im Alltag. Er gehe keinen Beschäftigungen nach, auch am PC beschäftige er sich nicht mehr. Ab und zu schaue er TV.



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Meistens liege er zuhause auf dem Sofa. Gelegentlich unternehme er mit seiner Frau Spaziergänge. Er habe keine Freunde und auch sonst kaum soziale Kontakte; ausserhalb der Familie habe er lediglich Kontakt zu seiner älteren Schwester. Er sei antriebslos; er habe Mühe, sich für irgendwelche Aktivitäten zu motivieren; dies sei bereits in Brasilien, nach der Rückenoperation ein Problem gewesen.

#### *Bisherige Behandlung(en) inklusive Medikamente*

Gegenwärtige Medikation: Palexia 2 x 200 mg, Pregabalin 2 x 100 mg, Sirdalud 1 mg abends, Sifrol 0,5 mg.

#### *Zukunftsvorstellungen allgemein und in Bezug auf berufliche Tätigkeiten bzw. Eingliederung*

Er habe „null Perspektive“. Die Frage, ob er einer leichten Tätigkeit nachgehen könnte, sei schwierig einzuschätzen. Eventuell wäre dies zu 20 – 30% möglich, maximal 40%. Es müsste eine dynamische (nicht monotone) Tätigkeit sein, mit der Möglichkeit wechselnder Körperpositionen sowie der Möglichkeit einer Eigenstrukturierung / eigenem Pausenmanagement. Der Explorand erwähnt hier, dass er sich erfolglos für Teilzeitstellen im 30 – 40%-Pensum beworben habe.

#### *Besprechung von sich evtl. ergebenden Inkonsistenzen*

-

#### *Besprechung von allfälligem Observationsmaterial*

-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

#### 4. Befund

##### 4.1 Verhaltensbeobachtungen und äussere Erscheinung

Kooperativer Explorand mit intakter Vigilanz und Orientierung. Im Kontext des ausführlichen Explorationsgesprächs und der durchgeführten Untersuchung zeigt sich keine psychomotorische Verlangsamung. Das affektiv-emotionale Verhalten ist ausgeglichen. Das Verhalten des Exploranden in der Begutachtungssituation ist adäquat, in der durchgeführten Untersuchung ergaben sich keine Zeichen einer Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder gar Aggravation.

##### 4.2 Sprachliche Verständigung

Das Explorationsgespräch wird in schweizerdeutscher Sprache durchgeführt.

##### 4.3 Untersuchungsbefunde

###### *Klinische Untersuchung*

###### Klinisch-neurologischer Status

Blickmotorik unauffällig, ohne Blickparesen und ohne pathologische Nystagmen. Pupillen isokor und mit symmetrischer Lichtreaktion. Papillen beidseits scharf begrenzt. Sensibilität im Gesicht symmetrisch intakt. Mimische Muskulatur symmetrisch innerviert. Mimischer und sprachlicher Ausdruck unauffällig. Gehör symmetrisch, Weber mittelständig. Zungen- und Gaumensegelmotorik intakt.

Arteria carotis auskultatorisch beidseits unauffällig.

Wirbelsäule mit Druckdolenzen, insbesondere im unteren LWS-Bereich sowie der rechts paravertebralen Muskulatur. Schultergürtelmuskulatur indolent. Die Bewegungen des Kopfs werden en bloc ausgeführt. HWS-

Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Bewegungsumfang: Kinn-Sternum-Abstand 2/16 cm, Rotation rechts-links 40°-0-40°, Lateroflexion rechts-links 35°-0-35°. Bei vorsichtiger passiver Bewegungsführung kommt es zu einem zervikalen Bewegungsschmerz, soweit beurteilbar jedoch ohne Auslösung radikulärer und/oder spinaler Symptome in Provokationsstellungen. LWS-Mobilisation lumbal schmerzhaft. Finger-Boden-Abstand 40 cm. Trendelenburg beidseits negativ. Lasègue-Manöver beidseits ab 45° mit starker lumbaler Schmerzprovokation jedoch ohne Auslösung radikulärer Symptome.

Obere Extremitäten ohne Muskelatrophien und ohne motorische Paresen. Tonus der Extremitätenmuskulatur unauffällig. Sensibilitätsprüfung mit Hypalgesie am Vorderarm radial beidseits sowie an den Händen ulnar, jedoch ohne umschriebenes Ausfallsmuster entsprechend einer bestimmten Nervenwurzel oder einem bestimmten peripheren Nerven. Bicepssehnenreflex mit fraglicher marginaler Asymmetrie zu Ungunsten von rechts, Radiusperiostreflex und Tricepssehnenreflex symmetrisch mittellebhaft. Positionsversuch der Arme symmetrisch gehalten. Finger-Nasen-Versuch beidseits zielsicher. Diadochokinese beidseits mit flüssigem Bewegungsablauf. Tinel-Zeichen über dem Nervus medianus am Handgelenk sowie Phalantest beidseits negativ. Hyperabduktionstest anamnestisch positiv, im Rahmen der Untersuchung jedoch nicht provozierbare positive Reaktion.

Untere Extremitäten ohne umschriebene Muskelatrophien und ohne motorische Paresen. Tonus der Extremitätenmuskulatur unauffällig. Sensibilitätsprüfung mit Hypalgesie am linken und rechten Fuss mit lateraler Betonung, symmetrisch intakte Verhältnisse für Berührungs- und Schmerzreize am Ober- und Unterschenkel. Tiefensensibilität symmetrisch intakt (Vibrations-sinn malleolär beidseits 7/8). Positionsversuch der Beine bei lumbalen Schmerzen nur mit Mühe und nur kurzfristig ausführbar. Knie-Hacken-Versuch beidseits zielsicher. Patellarsehnenreflex symmetrisch mittelleb-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

haft, Tibialis-posterior-Reflex symmetrisch mittlebhaft, Achillessehnenreflex symmetrisch rechts schwächer als links. Babinski bds. negativ.

Unauffälliges Gangbild, ohne neurogene Funktionsstörung. Fersen- und Zehengang beidseits ausführbar, Strichgang ausführbar, Romberg negativ. Monopedales Hüpfen nur mit Mühe möglich.

Elektrophysiologie:

**Elektromyographie:**

<i>Muskel</i>	<i>Denervations- potentiale</i>	<i>Poly- phasie</i>	<i>Potential- Breite</i>	<i>Innervation</i>
Brachioradialis R	-	(+)	(+)	adäquat
Extensor digitorum comm. L	-	+	+	adäquat
Tibialis anterior R	-	(+)	normal	adäquat
Extensor digitorum brevis R	-	+	+	adäquat

Elektromyografisch zeigt sich im M. Brachioradialis rechts (Myotom C5/6) und im M. Tibialis anterior rechts (Myotom L4/5) keine pathologische Spontanaktivität, bei diskreten chronisch neurogenen Veränderungen und adäquater Innervation. Im M. Extensor digitorum brevis rechts (Myotom L5/S1) sowie im M. Extensor digitorum communis links (Myotom C7) zeigt sich keine pathologische Spontanaktivität, bei leichten chronisch neurogenen Veränderungen und adäquater Innervation.



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

- 30/46-

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

## Elektroneurographie:

### N. Medianus rechts:

Distale motorische Latenz z. M. Abductor pollicis brevis	ms 4,0*	Amp 3,3 mV
Motorische Leitgeschwindigkeit am Vorderarm	m/s 57,9	Amp 2,2 mV
Sensible Leitgeschwindigkeit (Dig III-Handgelenk)	m/s 54,4	Amp 17,5 $\mu$ V
Sensible Leitgeschwindigkeit (Vola-Handgelenk)	m/s 52,5	Amp 32,7 $\mu$ V

### N. Ulnaris rechts:

Sensible Nervenleitgeschwindigkeit (DigV-Handgelenk)	m/s 52,6	Amp 5,1 $\mu$ V
--	----------	-----------------

Elektroneurografisch zeigt der N. Medianus rechts normale motorische Leitgeschwindigkeiten distal und am Vorderarm, sowie normale sensible Leitgeschwindigkeiten im distalen Abschnitt, einschliesslich des karpalen Segments. Der N. Ulnaris rechts zeigt eine normale sensible Leitgeschwindigkeit im distalen Abschnitt.

### *Zusatzbefunde*

-

## 5. Allfällige Angaben von Dritten

-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

## 6. Diagnosen

*mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit*

### 1. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

- Chronische Lumboischialgie und Zervikobrachialgie
  - St. n. Diskushernienoperation L5/S1 07/2000
  - St. n. Spondylodese L5/S1 08/2011
  - St. n. Sturz vom 06.02.2003 mit Verdacht auf LWS-Distorsion und HWS-Distorsion
  - Degenerative HWS-Veränderungen, unter anderem mit Diskopathie C6/7 links mehr als rechts
  - Degenerative LWS-Veränderungen, unter anderem mit Diskopathien L3/4 und L4/5 sowie geringer neuroforaminaler Einengung L5/S1 bds.
  - Aktuell kein Nachweis eines zervikoradikulären und lumboradikulären Reizsyndroms
  - Residuell leichte Läsion C7 links, C6 rechts und S1 rechts, diskret auch L5 rechts
- Multifaktorielle Cephalaea
  - Zervikogene Komponente
  - Migräne-Komponente
  - Medikamentenübergebrauchskopfschmerz (MÜKS)

### 2. Restless legs Syndrom

### 3. Blasenfunktionsstörung unklarer Ursache

*ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit*



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

## 7. Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung

### 7.1. Diagnoseherleitung

Beim Exploranden besteht ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom, mit lumbospondylogenen und zervikospondylogenen Schmerzen, mit intermittierender zervikobrachialer Ausstrahlung beidseits und lumboschialgiformer Ausstrahlung rechts mehr als links, sowie chronischen multifaktoriell bedingten Kopfschmerzen. Ferner besteht eine Blasenfunktionsstörung unklarer Ursache.

Anamnestisch ist ein Status nach Operation einer Diskushernie L5/S1 am 03.07.2000 zu erwähnen; von diesem Eingriff hatte sich der Explorand gut erholt. Er konnte im postoperativen Verlauf sowohl beruflich als auch privat wieder eine volle Funktionsfähigkeit erreichen. Am 06.02.2003 zog er sich bei einem Sturz auf Glatteis gemäss Aktenlage eine LWS-Distorsion und eine HWS-Distorsion zu. Seither beklagt er eine chronische Zervikobrachialgie beidseits mit Projektion C6; gemäss Aktenlage traten dann auch wieder lumbosakrale Beschwerden auf. MRI-Untersuchungen der HWS vom 05.03.2003 und der LWS vom 27.02.2003 ergaben indessen keine pathologischen Befunde, beziehungsweise keine Hinweise für eine Neurokompression. Ein MRI des Neurokraniums vom 15.04.2003 ergab ebenfalls keinen pathologisch fassbaren Befund. Seit dem Sturzereignis vom 06.02.2003 beklagt der Explorand chronische zervikobrachiale Schmerzen und auch Parästhesien in den Fingern 1 und 2 beider Hände. Er beklagt seit diesem Ereignis eine namhafte Reduktion der Arbeitsfähigkeit: Nach der zuvor wieder erreichten 100%-igen Arbeitsfähigkeit sei er seit dem Unfall vom 06.02.2003 nur noch im Rahmen von 20 – 30% arbeitsfähig gewesen. Aus neurologischer Sicht zu erwähnen sind Untersuchungen im Paraplegikerzentrum der Uniklinik Balgrist in Zürich sowie in der Neurologischen Poliklinik am Universitätsspital Zürich vom



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

05/2003 mit jeweils Dokumentierung unauffälliger klinisch-neurologischer Untersuchungsbefunde.

Seitens der IV wurde dem Exploranden, bei Berechnung eines IV-Grads von 78%, eine ganze IV-Rente ab 01.02.2004 zugesprochen. Im Jahr 2006 wanderte der Explorand mit seiner Familie nach Brasilien aus. Bei erneuter Verschlechterung der Lumboischialgie rechts wurde in Brasilien im 08/2011 auf der operierten Etage L5/S1 ein zweiter wirbelsäulenchirurgischer Eingriff durchgeführt mit Spondylodese. Der Explorand beklagt einen komplizierten postoperativen Verlauf: Zwar seien die ischialgiformen Schmerzausstrahlungen teilweise regredient gewesen, die lumbalen Rückenschmerzen seien aber eher noch schlimmer geworden. Zudem seien bereits damals Probleme mit der Blasenentleerung aufgetreten.

Am 07.06.2011 wurde der Explorand im Rahmen einer Rentenrevision ein erstes Mal polydisziplinär begutachtet (ABI, Basel). Gestützt auf die orthopädische Beurteilung eines chronischen Zervikalsyndroms und Lumbovertebralsyndroms ohne radikuläre Symptomatik, beurteilte man sowohl in der angestammten Tätigkeit als SAP-Administrator, wie auch in einer anderweitig adaptierten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit.

Im weiteren Verlauf wurden in Brasilien erneute MRI-Untersuchungen der HWS und der LWS durchgeführt mit Dokumentierung leichter degenerativer Veränderungen sowie einer zervikalen Spinalkanaleinengung und Foramina stenosen C6/7 beidseits, sowie leichten multisegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS. Ferner ist eine im 09/2012 in Brasilien durchgeführte elektromyografische Untersuchung dokumentiert, mit Beurteilung chronisch neurogener Veränderungen C5 rechts, C5 und C6 links sowie L4 und L5 rechts und L5 links, wobei durchwegs keine akuten Denervationspotenziale beschrieben wurden.

Am 23.03.2015 erfolgte eine zweite polydisziplinäre Begutachtung, diesmal durch die MEDAS Bern und diesmal auch unter Einbezug einer neurologi-



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

schen Begutachtung. Man beurteilte ein chronisches Zervikovertebralsyndrom und Lumbovertebralsyndrom ohne relevante radikuläre Symptomatik, ferner einen kombinierten Kopfschmerz mit Anteilen eines ~~Spannungskopfschmerzes~~ Spannungskopfschmerzes und einer Migräne. Neurologisch konstatierte man klinisch und elektrophysiologisch einen sehr gut restituierten Status, insbesondere auch im reoperierten Segment L5/S1, auch zervikal fand man keine klinischen Zeichen einer radikulären oder myelogenen Reiz- oder Ausfallssymptomatik. Man beurteilte in der angestammten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit, mit Leistungsminderung von 20% (Arbeitsfähigkeit 80%), in angepasster Tätigkeit beurteilte man eine Arbeitsfähigkeit von 100%.

Im weiteren Verlauf kam es im 10/2015 zu einer Exazerbation der zervikogenen wie auch der lumbospondylogenen Schmerzen. Im Langzeitverlauf bis heute konstatiert der Explorand indessen einen insgesamt stationären Verlauf der zervikalen und lumbalen Schmerzen. Klinisch fand man im 10/2015 Hinweise für eine mögliche radikuläre Beschwerdekomponekte C6 rechts, überdies wurde an den unteren Extremitäten rechts eine Sensibilitätsstörung schwerpunktmässig im Dermatom L5 beschrieben. Somatosensorisch evozierte Potenziale der oberen und unteren Extremitäten ergaben Normalbefunde. Erneute MRI-Untersuchungen der HWS und der LWS zeigten zervikal wiederum eine leichte Spinalstenose, ohne begleitende Myelopathie, sowie eine foraminale Einengung links C7, im Bereich der LWS fand man keine Kompromittierung neuraler Strukturen. Weitere MRI-Verlaufsuntersuchungen wurden im Jahr 2017 durchgeführt: Im 04/2017 zeigte sich im Bereich der HWS eine Bandscheibenprotrusion C6/7, bildmorphologisch mit Verdacht auf C7-Kompression links; im 12/2017 zeigten sich im Bereich der LWS degenerative Veränderungen vor allem L3/4 und L4/5, im Bereich der Wurzeln L4 links und L5 beidseits wurde bildmorphologisch ein Kontakt beschrieben, jedoch keine Kompression. Eine bereits zuvor, im 06 - 07/2016 zur Schmerzbehandlung versuchsweise durchgeführte Schmerzbehandlung mittels Sti-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

mulationselektrode verläuft kontraproduktiv, weshalb die Elektrode wieder entfernt wurde. Als kontraproduktiv erfuhr der Explorand auch eine anlässlich eines stationären Opiatentzugs im Paraplegikerzentrum Nottwil durchgeführte Infiltrationsbehandlung im Bereich der HWS und der LWS Ende 2018; insbesondere beklagt der Explorand seither eine massive Verschlechterung der Kopfschmerzen.

Bereits zuvor, Mitte 2017, kam es zu erneuten Blasenfunktionsstörungen; die diesbezüglich im 02/2018 in der Uniklinik Balgrist durchgeführte Abklärung ergab die Diagnose einer unklaren Blasenfunktionsstörung.

Anlässlich der aktuell im gutachterlichen Rahmen durchgeführten neurologischen Abklärung, präsentiert sich ein kooperativer Explorand mit situationsadäquatem Verhalten, ohne Hinweise für eine Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder gar Aggravation. Klinisch-neurologisch zeigt sich ein Zervikal-syndrom mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule, jedoch ohne Nachweis eines radikulären Reizsyndroms und ohne sicheren Nachweis eines sensomotorischen radikulären Ausfallssyndroms der oberen Extremitäten; ein fraglich rechts eine Spur abgeschwächter Bicepssehnenreflex sowie elektromyographisch diskrete chronisch neurogene Veränderungen im Myotom C6 rechts verweisen auf eine diskrete residuelle radikuläre Läsion C6 rechts. Ferner zeigt sich neurologisch ein Lumbovertebralsyndrom mit schmerzhafter Bewegungseinschränkung der LWS, klinisch jedoch ohne Nachweis eines radikulären Reizsyndroms; ein motorisches Ausfallssyndrom kann ebenfalls nicht nachgewiesen werden; der rechts abgeschwächte Achillessehnenreflex sowie die Anordnung eines lateral betonten sensiblen Defizits, verweisen zusammen mit leichten chronisch neurogenen Veränderungen L5 – S1 rechts in der elektromyografischen Untersuchung auf eine leichte residuelle radikuläre Läsion L5 – S1 rechts. Die am linken Arm durchgeführte elektromyografische Untersuchung ergibt leichte chronisch neurogene



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Veränderungen im Myotom C7, gut vereinbar mit den beschriebenen MRI-Befunden der HWS (Diskopathie C6/7 mit Einengung der Nervenwurzel C7 links).

Unter Berücksichtigung der vom Exploranden beklagten intermittierenden, vor allem nachts auftretenden Parästhesien der Hände und des in den Akten zeitweise geäusserten Verdachts auf ein Carpaltunnelsyndrom, wurde ergänzend eine elektroneurografische CTS-Abklärung rechts durchgeführt, welche lediglich eine grenzwertig verlängerte motorische Latenz des Nervus Medianus ergab, bei jedoch gut normalen sensiblen Nervenleitgeschwindigkeiten. Ein relevantes Carpaltunnelsyndrom besteht zurzeit somit nicht.

Die Kopfschmerz-Exploration ergibt die Diagnose multifaktorieller Kopfschmerzen, mit Anteilen ~~eines zervikogenen Kopfschmerzes~~ eines zervikogenen Kopfschmerzes seit Beginn der HWS-Beschwerden. Die beschriebene Semiologie der Kopfschmerzen mit migräniformen Begleitsymptomen sowie das Ansprechen auf Triptane verweist dabei auf einen wesentlichen Migräne-Anteil. Zusätzlich muss beim bezifferten hohen Schmerzmittel-/Triptan-Gebrauch ein Medikamentenübergebrauchskopfschmerz als weitere Komponente angenommen werden.

Zusammenfassend liegt dem vorliegenden multilokulären Schmerzsyndrom eine gemischte Ursache mit somatischen und psychischen Faktoren zugrunde. Die in den wiederholten MRI-Untersuchungen der HWS und der LWS dargestellten degenerativen Veränderungen mit partieller Einengung zervikaler und lumbaler Nervenwurzeln sowie der Zustand nach zweimal operierter LWS im Segment L5/S1 verweisen auf einen organischen Beschwerdekern. Allerdings erklärt dieser nicht das erheblich invalidisierende Ausmass der Beschwerden. Eine anhaltende Nervenwurzelkompression kann weder klinisch noch elektromyografisch nachgewiesen werden. In diesem Zusammenhang muss erläutert werden, dass das Fehlen pathologischer Spontan-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

aktivität, beziehungsweise das Fehlen von akuten Denervationspotentialen im EMG gegen eine relevante Nervenwurzelkompression spricht; die beschriebenen leichten chronisch neurogenen Veränderungen sind Ausdruck von Reparationsvorgängen nach früher stattgehabter radikulärer Irritation; sie sind kompatibel mit dem erwähnten organischen Beschwerdekern, sie erlauben jedoch nicht den Rückschluss auf eine anhaltende relevante radikuläre Reizsymptomatik. Es ergibt sich aus neurologischer Sicht aktuell denn auch keine Indikation für weitere interventionelle Behandlungen.

Bezüglich des nichtorganischen Beschwerdeanteils muss von einer funktionellen Überlagerung ausgegangen werden, wahrscheinlich im Sinne einer erschwerten Schmerzverarbeitung und einer somatoformen Komponente. Bezüglich dieses Beschwerdeanteils wird im Übrigen auf das parallel durchgeführte psychiatrische Gutachten verwiesen. Aus neurologischer Sicht ist indessen zu vermerken, dass nicht der Eindruck einer unzureichenden Willensanstrengung des Exploranden besteht. Auch ergibt die ausführliche Exploration, dass neben der geltend gemachten weitgehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, auch in den nicht erwerbsbezogenen Lebensbereichen eine weitgehende Inaktivierung ersichtlich wird, mit Aktivitätseinbussen und sozialem Rückzug. Zu berücksichtigen ist ferner die im 06/2016 durchgeführte Potenzialabklärung unter praktischen Bedingungen, welche ergab, dass der Explorand aufgrund der Schmerzthematik nicht im ersten Arbeitsmarkt integrierbar sei. Für eine Integration im ersten Arbeitsmarkt sei eine Verbesserung im Umgang mit Schmerzen und damit einhergehend eine Steigerung der Belastbarkeit erforderlich; man attestierte dem Exploranden vorhandene Ressourcen (gute Leistungsfähigkeit im feinmotorischen Bereich, selbstständige und präzise Ausführung der Arbeiten, intaktes Verständnis der Arbeitsabläufe und strukturiertes Vorgehen), ferner bescheinigte man ihm die motivierte Teilnahme an der Abklärung und eine gute Integration in der Gruppe.

Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

## **7.2. Funktionelle Auswirkungen der Befunde / Diagnosen**

Aus somatisch-neurologischer Sicht besteht bei Zustand nach zweimal operierter Lendenwirbelsäule sowie unter Berücksichtigung der beschriebenen degenerativen HWS- und LWS-Veränderungen, eine reduzierte Belastbarkeit des Achsenskeletts. Körperlich mittelschwere und schwere Verrichtungen sind zu vermeiden, ebenso Verrichtungen in Körperzwangshaltungen, Verrichtungen mit wiederholtem Bücken/Aufrichten sowie Drehbewegungen des Rumpfs sowie Verrichtungen mit wiederkehrender Überkopfstellung der Arme. Die Kopfschmerzen führen, insbesondere seit der seit Ende 2018 eingetretenen Migräne-Exacerbation zu einer zusätzlichen generellen Leistungseinschränkung.

## **7.3. Diskussion eventuell relevanter Persönlichkeitsaspekte**

Vergleiche das parallel durchgeführte psychiatrische Gutachten.

## **7.4. Diskussion von Belastungsfaktoren und Ressourcen**

Vergleiche das parallel durchgeführte psychiatrische Gutachten.

## **7.5. Konsistenzprüfung**

Vergleiche auch die obigen Ausführungen. Das Verhalten des Exploranden in der Begutachtungssituation ist adäquat, es bestehen keine Hinweise für eine Selbstlimitierung, Verdeutlichung oder gar Aggravation. Das schwer invalidisierende Beschwerdeausmass kann indessen mit den körperlichen Befunden nicht zureichend erklärt werden.



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

## 8. Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und eventuelle fallspezifische Fragebeantwortung

### Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit

*Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?*

Der ursprünglich als Bäcker-Konditor ausgebildete Explorand absolvierte eine Umschulung zum Informatiker und arbeitete in der Folge während Jahren in dieser Tätigkeit, zuletzt von 1996 – 2006 als SAP-Basis-Administrator bei Migros. Das angestammte Pensum betrug 100%. Nach dem ersten chirurgischen Eingriff an der LWS im Jahr 2000 konnte der Explorand wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erreichen. Seit dem Sturzereignis vom 06.02.2003 beklagt er indessen eine weitreichende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; gemäss seinen Angaben habe er seither nur noch im 20 – 30%-Pensum gearbeitet. 2006 wanderte er nach Brasilien aus und hat seither keine weitere Erwerbstätigkeit mehr verrichtet. Ausgehend von einem IV-Grad von 78% wurde ihm seitens der IV ab 01.02.2004 eine ganze Rente ausgerichtet. Nach dem ABI-Gutachten vom 07.06.2011 wurde ihm bei Ermittlung eines gesamthaften IV-Grads von 57%, mit Verfügung vom 09.08.2013, eine halbe Rente auf 01.10.2013 ausgerichtet. Zwei Monate später, im 08/2011, erfolgte der zweite chirurgische Eingriff an der LWS. Nach dem Gutachten der MEDAS-Stelle Bern von 23.03.2015 wurde, mit Verfügung vom 28.07.2015, die Ausrichtung einer halben Rente bei IV-Grad von 57% bestätigt. Nach der Potenzialabklärung vom 06/2016 wurde ihm – gemäss Aktenlage – die Aufnahme eines Belastbarkeitstrainings vorgeschlagen, wozu sich der Explorand, aufgrund der ausgeprägten Schmerzproblematik damals nicht in der Lage sah.

Die angestammte Tätigkeit als SAP-Basisadministrator beinhaltete gemäss dem im Arbeitgeberfragebogen des Migros-Genossenschaftsbunds beschriebenen





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

- 40/46-

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

Belastungsprofils oft Bildschirmarbeit, manchmal Lesen, sitzende und gehende Tätigkeit, selten mit leichten, mittelschweren und schweren Hebe- und Tragebelastungen. Allein unter Berücksichtigung der somatisch-neurologischen Befunde, ist diese Tätigkeit als weitgehend angepasst zu bezeichnen. Unter Berücksichtigung der selten anfallenden mittelschweren und schweren Belastungen, ist bei vollschichtig zumutbarer Arbeitsfähigkeit, eine Leistungseinschränkung von 20% zu attestieren. Arbiträr kann diese Einschätzung seit dem in der Fragestellung genannten Referenz-Zeitpunkt 2010 bis Ende 2018 angenommen werden. Im Kontext der Ende 2018 exazerbierten migräniformen Kopfwirkkomponente resultiert eine zusätzliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Ab 12/2018 ist die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein neurologischer Sicht mit 40% zu beziffern.

In dieser Einschätzung nicht berücksichtigt sind allenfalls psychiatrisch und urologisch zu beurteilende Leistungseinschränkungen.

Es ist im gesamtmedizinischen Kontext, insbesondere auch unter Einbezug der psychiatrischen Beurteilung zu entscheiden, inwieweit unter Berücksichtigung des Bundesgerichtsurteils 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015, mit welchem das Bundesgericht Standardindikatoren aufgestellt hat, welche bei Vorliegen somatoformer Beschwerdeanteile in der Gutachtenserstellung zu berücksichtigen sind, eine darüberhinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren ist. Aus Sicht des neurologischen Gutachters sind diesbezüglich zu vermerken:

- die intakte Kooperation des Exploranden im Kontext der Begutachtung sowie der durchgeführten Massnahmen.
- die erheblichen Einschränkungen auch in den nicht erwerbsbezogenen Lebensbereichen, mit weitgehender Inaktivierung, mit Aktivitätseinbussen und sozialem Rückzug.
- das Ergebnis der im 06/2016 durchgeführten Potenzialabklärung unter praktischen Bedingungen, welche ergab, dass der Explorand aufgrund der Schmerzthematik nicht im ersten Arbeitsmarkt integrierbar sei, wobei man dem Exploran-



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

den vorhandene Ressourcen (gute Leistungsfähigkeit im feinmotorischen Bereich, selbstständige und präzise Ausführung der Arbeiten, intaktes Verständnis der Arbeitsabläufe und strukturiertes Vorgehen) und eine motivierte Teilnahme an der Abklärung attestierte.

### **Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit**

*Belastungsprofil? Leistungsfähigkeit? Wie ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit?*

Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte körperlich wechselbelastend ausgeführt werden (im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen), Körperzwangshaltungen sollten vermieden werden; zu vermeiden sind ferner Verrichtungen mit wiederkehrendem Bücken/Aufrichten, wiederkehrenden Drehbewegungen des Rumpfs sowie wiederkehrender Überkopfstellung der Arme. Körperlich mittelschwere und schwere Belastungen sind nicht zumutbar. Aus rein somatisch-neurologischer Sicht ist eine diesen Kriterien angepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar. Unter Berücksichtigung des oben beurteilten somatischen Beschwerdekerns ist dabei bis Ende 2018 eine leidensbedingte Leistungsminderung von 20% zu berücksichtigen. Arbiträr kann diese Einschätzung unter Berücksichtigung der Anamnese und der Aktenlage seit dem in der Fragestellung genannten Referenzzeitpunkt 2010 angenommen werden. Unter Berücksichtigung der exazerbierten Kopfschmerzproblematik ist aus rein neurologischer Sicht auch in einer anderweitig angepassten Tätigkeit ab 12/2018 eine Einschränkung der Arbeits-/Leistungsfähigkeit von 40% zu beziffern.

In dieser Einschätzung nicht berücksichtigt sind allenfalls psychiatrisch und urologisch zu beurteilende Leistungseinschränkungen, sowie die bereits oben erwähnten, im gesamtmedizinischen Kontext zu würdigenden Indikatoren gemäss Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015.



## **Medizinische Massnahmen und Therapien mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit**

*Kann die Arbeitsfähigkeit noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden?*

Weiter interventionelle Behandlungen (Infiltrationen, wirbelsäulenchirurgische Eingriffe) sind aus neurologischer Sicht nicht indiziert. Im Vordergrund steht die weitere schmerzmedizinische Behandlung. Bezüglich der Kopfschmerzen ist die weitere neurologische Behandlung angezeigt im Hinblick auf eine Optimierung der Migräne-Intervallbehandlung und einer Reduktion des Triptangebrauchs. Gegenwärtig erfolgt eine Migräne-Intervallbehandlung mit Magnesium und Riboflavin; als weitere Option bietet sich die Steigerung der Inderal-Dosis an (gegenwärtig 40 mg pro Tag). Je nach Verlauf stehen zusätzlich weitere Möglichkeiten einer geeigneten Intervallbehandlung zur Verfügung, z.B. Topiramate; im Falle eines fehlenden Ansprechens auf mindestens zwei konsequent durchgeführte Intervallbehandlungen, käme sodann auch die Medikation mit Erenumab (Erenumab®) infrage.

## **Fallspezifische Fragen**

### **1. Fragen als integraler Bestandteil des Begutachtungsauftrages**

- 1) Bitte beurteilen Sie den Gesundheitszustand im zeitlichen Verlauf seit 2010.**

Vergleiche auch die Ausführungen im Abschnitt 7.1. des neurologischen Teilgutachtens. Nach der erneuten Zunahme der Lumboischialgie rechts wurde in Brasilien 2011 der zweite LWS-Eingriff durchgeführt, mit Spondylodese L5/S1. Im wei-





Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

teren Verlauf sind die lumbospondylogenen Beschwerden (abgesehen von einer partiellen Regredienz der ischialgiformen Ausstrahlung) und die diesbezüglichen Befunde im Wesentlichen unverändert geblieben. Gleiches gilt für die cervico-spondylogenen Beschwerden und Befunde. Zu erwähnen ist eine Exacerbation der cervicalen und lumbalen Beschwerden im Herbst 2015 (Bericht Schulthess-Klinik vom 29.10.2015), wobei diagnostisch keine wesentlichen neuen Aspekte auftraten. Eine Verschlechterung ist im Verlauf im 08/2017 mit der Blasenfunktionsstörung und im 12/2018 mit der Exacerbation der migräniformen Kopfschmerzen eingetreten.

**2) Bitte machen Sie detaillierte Angaben zum chronologischen und prozentualen Verlauf der Arbeitsfähigkeit (Begründung bitte anhand objektiver Befunde)**

**a) in bisheriger Tätigkeit**

Vergleiche auch die Ausführungen im Abschnitt 8 des neurologischen Teilgutachtens. Die oben genannte Einschätzung (rein somatisch-neurologisch AUF 20%) kann arbiträr ab 2010 angenommen werden, wobei im Gefolge des 2. LWS-Eingriffs ab 08/2011 eine vorübergehende 100% AUF während 3 Monaten zu attestieren ist. Ab 12/2018 ist rein somatisch-neurologisch eine AUF von 40% zu attestieren.

**b) in angepasster Tätigkeit**

Vergleiche auch die Ausführungen im Abschnitt 8 des neurologischen Teilgutachtens. Die oben genannte Einschätzung (rein somatisch-neurologisch AUF 20%) kann arbiträr ab 2010 angenommen werden, wobei im Gefolge des 2.



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

- 44/46 -

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

LWS-Eingriffs ab 08/2011 eine vorübergehende 100% AUF während 3 Monaten zu attestieren ist. Ab 12/2018 ist rein somatisch-neurologisch eine AUF von 40% zu attestieren.

In dieser Einschätzung nicht berücksichtigt sind allenfalls psychiatrisch und urologisch zu beurteilende zusätzliche Leistungseinschränkungen, sowie die oben erwähnten, im gesamtmedizinischen Kontext zu würdigenden Indikatoren gemäss Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015.

**3) Welche Belastungen können zugemutet werden / funktionelles Leistungsvermögen? Bitte positives Leistungsbild und negatives Leistungsbild anhand der Funktionseinschränkungen im zeitlichen Verlauf formulieren.**

Vergleiche auch die Ausführungen im Abschnitt 8 des neurologischen Teilgutachtens. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte körperlich wechselbelastend ausgeführt werden (im Wechsel von Sitzen, Stehen und Gehen), Körperzwangshaltungen sollten vermieden werden; zu vermeiden sind ferner Verrichtungen mit wiederkehrendem Bücken/Aufrichten, wiederkehrenden Drehbewegungen des Rumpfs sowie wiederkehrender Überkopfstellung der Arme. Körperlich mittelschwere und schwere Belastungen sind nicht zumutbar.

**4) a) Hat sich der Gesundheitszustand seit 2010 verbessert, verschlechtert oder ist er gleich geblieben?**

Siehe Antwort zu Ihrer fallspezifischen Frage 1.



Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

**b) Hat sich die Arbeitsfähigkeit seit 2010 verbessert, verschlechtert oder ist sie gleich geblieben?**

Siehe Antwort zu Ihrer fallspezifischen Frage 2.

**5) a) kann der Gesundheitsschaden durch medizinische Massnahmen verbessert werden?**

Vergleiche auch die Ausführungen im Abschnitt 8 des neurologischen Teilgutachtens im Abschnitt „Medizinische Massnahmen“. Bezüglich der Kopfschmerzen ist die weitere neurologische Behandlung angezeigt im Hinblick auf eine Optimierung der Migräne-Intervallbehandlung und einer Reduktion des Triptangebrauchs. Gegenwärtig erfolgt eine Migräne-Intervallbehandlung mit Magnesium und Riboflavin; als weitere Option bietet sich die Steigerung der Inderal-Dosis an (gegenwärtig 40 mg pro Tag). Je nach Verlauf stehen zusätzlich weitere Möglichkeiten einer geeigneten Intervallbehandlung zur Verfügung, z.B. Topiramat; im Falle eines fehlenden Ansprechens auf mindestens zwei konsequent durchgeführte Intervallbehandlungen, käme sodann auch die Medikation mit Erenumab (Aimovig®) infrage. Zielsetzung ist eine Verbesserung der seit 12/2018 exacerbierten migräniformen Kopfschmerz-Anteile.

**b) ist die Auferlegung solcher medizinischer Massnahmen im Sinne einer Schadenminderungspflicht (hinsichtlich Verbesserung der Leistungsfähigkeit) zumutbar?**

Die Aufnahme einer fachärztlich-neurologischen Behandlung ist zumutbar und offenbar auch schon geplant. Inwieweit sich daraus eine Verbesserung des Ge-



Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
Steinenvorstadt 73, 4051 Basel

- 46/46 -

Herr SCHMID Pascal, geb. 01.04.1969  
Vers. Nr. 756.4369.6607.92

---

sundheitszustands und der Leistungsfähigkeit ergibt, bleibt offen. Angesichts des chronifizierten bisherigen Verlaufs ist die Prognose ungewiss.

## 9. Beilagen

-

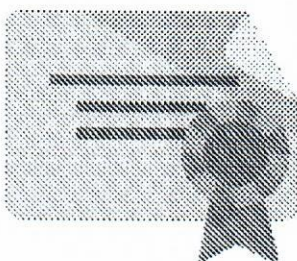
### Erklärung zur Unabhängigkeit, Unbefangenheit und Objektivität

Der Unterzeichnende bestätigt hiermit, den Auftrag der IV frei von Interessenbindungen, unparteiisch und in voller Unabhängigkeit ausgeführt und in der Argumentation und bei der Beantwortung der Fragen die allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnisse und die versicherungsmedizinischen Rahmenbedingungen berücksichtigt zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Jürg Benedetti  
Facharzt FMH für Neurologie  
*SIM zertifizierter medizinischer Gutachter*  
*Elektronisch visiert*





Dieses Dokument enthält eine oder mehrere fortgeschrittene elektronische Unterschriften, welche durch **secure2go** erzeugt wurden. Es wird daher nicht von Hand unterschrieben.