

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00605 vom 16. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00605](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00605)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00605 du 16 novembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00605 del 16 novembre 2009

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des ATSG sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 6. Mai 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

### E. 2.2

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG beziehungsweise ab der 5. IV-Revision Art. 7 Abs. 1 ATSG, in deren Rahmen Art. 7 ATSG durch einen zweiten Absatz ergänzt wurde, gemäss welchem für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind und eine Erwerbsunfähigkeit zudem nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.).

2.3. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art.



verminderter Arbeitsfähigkeit geprägt sein werde und der Beschwerdeführer seine Suche nach einer durchschlagenden Therapie erfolglos fortführen werde. Eine neue Therapierunde habe der Beschwerdeführer bei Dr. C. \_\_\_ begonnen. Ob sie die erhoffte dauerhafte Linderung bringe, bleibe abzuwarten. Seines Erachtens seien die Chancen hierfür gering. Zu hoffen bleibe, dass der Beschwerdeführer die Arbeitsfähigkeit wieder normalisieren könne, denn eine andauernde substanzielle Verminderung wäre als Unfallfolge schwer zu erklären (Urk. 9/7/23 ff.).

3.3 Dr. C. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 2./4. Dezember 2005 an die IV-Stelle als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen seit Unfall vor mehr als 17 Jahren, eine depressive Stimmung und zwanghaftes Verhalten fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt er eine seit mehr als fünf Jahren bestehende chronische Diarrhoe unbekannter Ursache fest. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Überlagert werde die ganze Symptomatik durch eine depressive Entwicklung bei zwanghafter neurotischer Persönlichkeitsstruktur. Der Beschwerdeführer werde psychotherapeutisch und medikamentös behandelt. Seit zwei Monaten sei der Beschwerdeführer arbeitslos, was wiederum zu einer Verschlechterung der gesamten Situation geführt habe. Er sei bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 9/11). Dr. C. \_\_\_ hielt am 7. September 2006 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei unverändert. Die Restarbeitsfähigkeit betrage weiterhin 50 % (Urk. 9/20).

3.4 Dr. D. \_\_\_ berichtete der IV-Stelle am 3. Januar 2006, der Beschwerdeführer leide unter posttraumatischen Spannungskopfschmerzen. Er sei vom 18. bis 19. Januar 2005, vom 25. Januar bis 2. Februar 2005 und vom 9. bis 20. Februar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Ab dem 21. Februar 2005 habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. Er habe den Beschwerdeführer letztmals am 15. März 2005 gesehen. Je nach Schmerzen sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 9/12/2). Dr. D. \_\_\_ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 11. August 2006 fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei bei gleich gebliebener Diagnose stationär. Er mache bei Dr. C. \_\_\_ eine Behandlung mit homöopathischer Therapie, biodynamischer Psychologie und Antidepressivum (Efexor), damit seien die Kopfschmerzen zumindest im Rahmen und eine Halbtags-Arbeit zumutbar (Urk. 9/19/1).

3.5 Der Beschwerdeführer war vom 7. Dezember 2005 bis am 11. Januar 2006 in der Klinik J. \_\_\_. Die Ärzte diagnostizierten eine Schädeldkontusion bei Fahrradunfall 1984 mit wahrscheinlich milder traumatischer Hirnverletzung. Momentan leide der Beschwerdeführer an therapieresistenten Dauerkopfschmerzen, subjektiv verminderter Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistung und einer chronischen Diarrhoe. Es zeige sich eine leichte neuropsychologische Stimmung. Die Aufnahmekapazität für Neues sei knapp, die visuell-räumliche Lernfähigkeit leicht vermindert, ebenso das Frischgedächtnis für sprachliche und visuell-räumliche Informationen. Das Arbeitsgedächtnis sei leicht reduziert. Der Zeitaufwand zum Lese-Sinn-Verständnis sei leicht erhöht. Unter monotoner Dauerbelastung zeigten sich leichte Schwächen bei der Konzentrationsleistung. Weiter liege ein stark depressiv gefärbtes Zustandsbild vor, diagnostisch am ehesten Dysthymien, differentialdiagnostisch atypische Depression mit entsprechender Tendenz zur Somatisierung. Der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 9/16/2-3).

3.6. Das E.\_\_\_\_ stellte im Gutachten vom 22. Dezember 2007 (Urk. 9/29) beim Beschwerdeführer keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt das E.\_\_\_\_ chronischer, posttraumatischer Kopfschmerz nach leichter Kopfverletzung (IHS-ICHD-II 5.2.2), eine Dysthymia (ICD-10 F 34.1) und eine Adipositas Grad I nach WHO bei BMI 30.9 kg/m<sup>2</sup> und einer gemischten Hyperlipidämie fest (S. 22). Der Beschwerdeführer sei aus internistischer, rheumatologischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht voll arbeitsfähig. In dem zu beurteilenden Zeitraum seit November 2004 sei der Beschwerdeführer soweit aktuell beurteilbar mit überwiegender Wahrscheinlichkeit stets voll arbeitsfähig gewesen. Es beständen Diskrepanzen zu den Berichten von Dr. C.\_\_\_\_, wo eine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werde. Aufgrund der aktuellen Untersuchung lasse sich aus globaler Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit rechtfertigen. Insbesondere konform seien sie mit den Berichten von Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_\_ von der SUVA Zürich respektive SUVA Luzern, welche dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten. Auf die in der Klinik J.\_\_\_\_ gestellte neuropsychologische Beurteilung könne nicht abgestützt werden, da damals keine Symptomvalidierungstests durchgeführt worden seien. Es sei zu diesem Zeitpunkt bereits eine Dysthymie diagnostiziert worden. Insofern sei davon auszugehen, dass auch damals aus versicherungsmedizinischer Sicht keine invalidenversicherungsrelevante psychiatrische Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei (S. 26 f.).

3.7. F.\_\_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 8. September 2008 fest, der Beschwerdeführer klage über Konzentrationsschwierigkeiten, grosse Müdigkeit während des Tages und starke Kopfschmerzen mit Migräneattacken. Er leide an einer posttraumatischen rezidivierenden Depression, was teilweise auch auf seinen körperlichen Zustand zurückzuführen sei. Er zeige eine starre Persönlichkeitsstruktur und leide unter einer phasenweise sehr belastenden Traumtätigkeit mit Verfolgungsträumen. Trotz des Versuches mit den verschiedensten Medikamenten und der regelmässigen gesprächs- und körperorientierten Psychotherapie habe sein körperlicher Zustand noch nicht wesentlich verbessert werden können. Aus rein psychologischer Sicht könnten mit Hilfe der regelmässigen Psychotherapiestunden sein psychischer und körperlicher Schockzustand allmählich verändert und eine längerfristige 50%ige Arbeitsfähigkeit aufrecht erhalten werden (Urk. 14).

3.8. Gemäss G.\_\_\_\_-Gutachten vom 10. März 2009 (Urk. 19/1) leidet der Beschwerdeführer an (1) chronischen, therapieresistenten Kopfschmerzen (ICD-10 R52.1/G98) im Sinne einer eigenständigen Schmerzerkrankung mit zentraler und peripherer Sensibilisierung nach Fahrradunfall am 6. November 1984, (2) einer anhaltenden affektiven Störung (ICD-10 F34.8) mit Status nach mittelschwerer depressiver Störung im Jahr 2004 (ICD-10 F32.1), mit langjähriger depressiver Verstimmung, die aber nicht die Kriterien der rezidivierenden depressiven Störung, Dysthymie oder Anpassungsstörung erfüllt, (3) einer leichtgradigen Zwangsstörung, vorwiegend Kontrollzwänge, (ICD-10 F42.1), welche kaum beeinträchtigend ist und keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hat, und (4) Schamhaftigkeit (im Sinne subsyndromaler sozialer Phobie [ICD-10 F40.1]; S. 25). Die Gutachter erachteten den Beschwerdeführer aufgrund der neurologischen und psychiatrischen Diagnosen zu 50 % arbeitsunfähig. Diese Arbeitsunfähigkeit liege seit Januar 2005 vor (S. 32). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer aus neurologischer Sicht zu 20 %

arbeitsunfähig (wegen chronischen Kopfschmerzen), aus neuropsychologischer Sicht bestehe keine sichere Arbeitsunfähigkeit und aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Somit bestehe aus interdisziplinärer Sicht in der bisherigen Tätigkeit (seit Januar 2005) eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. In einer angepassten Tätigkeit könnte die Arbeitsfähigkeit allenfalls auf 60 % (bis maximal 70 %) gesteigert werden, doch sei die bisherige Tätigkeit bereits als annähernd optimal anzusehen (S. 34). Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hält fest, die 50%ige Arbeitsunfähigkeit sei im Wesentlichen durch Antriebsarmut/Ermüdung, Nachlassen der Konzentration und insbesondere ansteigende Kopfschmerzen, die wiederum auf Antrieb und Konzentration einwirkten, begründet. Die leichte depressive Stimmungslage wiederum beeinträchtigt die körpereigene Schmerzhemmung (deszendierende Schmerzbahnen) und erschwere die willentliche Überwindung der Schmerzen (Urk. 19/2 S. 23).

#### E. 4

4.1 Die IV-Stelle hat für ihren abweisenden Entscheid im Wesentlichen auf das E.\_\_\_-Gutachten (Urk. 9/29) abgestellt (Feststellungsblatt vom 6. Mai 2008, Urk. 9/43). Dieses Gutachten ist umfassend, und sowohl die geklagten Beschwerden als auch die medizinische Aktenlage sind berücksichtigt. Die Gutachter untersuchten den Beschwerdeführer selber, lieferten eine eigene Einschätzung der Situation und beantworteten in nachvollziehbarer Weise die Fragen der IV-Stelle. Die Gutachter setzten sich auch differenziert mit den abweichenden Beurteilungen von Dr. C.\_\_\_ und der Klinik J.\_\_\_ auseinander und zeigen auf, inwiefern diese Berichte aus ihrer Sicht nicht schlüssig sind (S. 27). Damit erfüllt das Gutachten sämtliche Kriterien, denen ein beweistaugliches Gutachten zu genügen hat. Es ist daher eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage.

4.2 Das E.\_\_\_-Gutachten hält fest, die eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei mit den Einschätzungen von Dr. H.\_\_\_ und Dr. I.\_\_\_ von der SUVA Zürich respektive der SUVA Luzern konform (Urk. 9/29/27). Der Beschwerdeführer vertritt hingegen die Ansicht, Dr. I.\_\_\_ attestiere dem Beschwerdeführer lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 1 S. 6). Während Dr. H.\_\_\_ den Beschwerdeführer unbestrittenermassen in Übereinstimmung mit dem E.\_\_\_-Gutachten für voll arbeitsfähig hält (Urk. 9/7/118), äussert sich Dr. I.\_\_\_ in seinem Untersuchungsbericht vom 12. April 2005 nicht konkret zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Er führt lediglich aus, der Verlauf werde durch Perioden von vermehrter und verminderter Arbeitsfähigkeit geprägt sein (Urk. 9/7/27). Wie stark die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in diesen Perioden eingeschränkt sein wird und wie lange diese Perioden dauern werden hält er hingegen nicht fest. Die von Dr. I.\_\_\_ gemachten Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit stehen also nicht im Widerspruch zum E.\_\_\_-Gutachten. Ausserdem gilt es beim Untersuchungsbericht von Dr. I.\_\_\_ zu beachten, dass er diesen ohne formale neurologische Untersuchung erstellt hat. Insgesamt stellen somit sowohl der Bericht von Dr. I.\_\_\_ als auch derjenige von Dr. H.\_\_\_ das E.\_\_\_-Gutachten nicht in Frage.

4.3 Dr. C.\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/11 und Urk. 9/20), mit der Bemerkung, dass die von ihm aufgelisteten Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit 17 Jahren existieren (Urk. 9/11/1 lit. A), obwohl Dr. C.\_\_\_ den

Beschwerdeführer erst seit dem 25. Februar 2005 behandelte (Urk. 9/11/2 lit. D Ziff. 1). Diese weit rückwirkend bescheinigte Arbeitsunfähigkeit (siehe auch Urk. 9/11/4) begründet Dr. C. mit keinem Wort - in seinen Berichten findet sich nicht ein einziger medizinischer Befund - und widerspricht zudem auch der aktenkundigen Berufsbiographie und den eigenen Angaben des Beschwerdeführers (siehe IK-Auszug vom 2. Dezember 2005, Urk. 9/10, Anmeldung vom 23. November 2005, Urk. 9/3/5 Ziff. 6.6.2, und Arbeitgeberbericht vom 10. Januar 2006, Urk. 9/13/2 Ziff. 11), weshalb sie nicht zu überzeugen vermag. Zudem ist Dr. C. weder Facharzt der Inneren Medizin, der Rheumatologie, der Neurologie oder der Psychiatrie. Seine Einschätzung vermag daher die von Spezialärzten vorgenommene Begutachtung nicht in Frage zu stellen. Schliesslich ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

4.4 Dr. D. attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 3. Januar 2006 einerseits eine seit dem 21. Februar 2005 bestehende 50%ige Arbeitsunfähigkeit, andererseits hielt er im gleichen Bericht eine ganztägige Erwerbstätigkeit in der bisherigen Berufstätigkeit als zumutbar, je nach Schmerzzuständen (Urk. 9/12/2-3). In seinem Bericht vom 11. August 2006 hielt dann Dr. D. eine Erwerbstätigkeit in der bisherigen Berufstätigkeit lediglich noch halbtags als zumutbar (Urk. 9/19/3), obwohl er den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers wie schon in seinem Bericht vom 3. Januar 2006 als stationär erachtete (Urk. 9/12/4 lit. C Ziff. 1 und Urk. 9/19/1 Ziff. 1) und sich an der von ihm gestellten Diagnose von posttraumatischen Spannungskopfschmerzen (Urk. 9/12/3 lit. A) nichts geändert haben soll (Urk. 9/19/1 Ziff. 2). Zudem finden sich auch in den Berichten von Dr. D. - wie in jenen von Dr. C. - keine objektiven medizinischen Befunde. Auch die Berichte von Dr. D. vermögen deshalb nicht zu überzeugen. Ausserdem gilt es auch bei Dr. D. wie bei Dr. C. zu beachten, dass er kein Facharzt der Inneren Medizin, der Rheumatologie, der Neurologie oder der Psychiatrie ist und dass er als behandelnder Hausarzt im Hinblick die auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten seiner Patienten aussagen dürfte (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

4.5 Die Klinik J. attestierte dem Beschwerdeführer ebenfalls lediglich eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 9/16). Gemäss Austrittsbericht begründete sie dies vor allem mit einer leichten neuropsychologischen Störung und dem stark depressiv gefärbten Zustandsbild, diagnostisch am ehesten eine Dysthymie.

Inwieweit die leichte neuropsychologische Störung die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen soll, wird im Bericht der Klinik J. nicht dargetan (Urk. 9/16/2 f.). Hierbei fällt insbesondere auf, dass die Testergebnisse im Jahr 2006 im Wesentlichen gleich geblieben sind wie 1998 (Urk. 9/16/9). Weshalb nun im Gegensatz zu 1998 eine Arbeitsunfähigkeit vorliegen soll, ist nicht ersichtlich.

Nach der im gebräuchlichen Klassifikationssystem ICD-10 enthaltenen Umschreibung ist eine Dysthymie eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen (ICD-10 F34.1). Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht hatte denn auch verschiedentlich angenommen, eine Dysthymie sei nicht invalidisierend. Eine dysthyme Störung kann jedoch die Arbeitsfähigkeit im

Einzelfall erheblich beeinträchtigen, wenn sie zusammen mit anderen Befunden - wie etwa einer ernsthaften Persönlichkeitsstörung - auftritt. Findet sich im Psychostatus nur eine Dysthymie, so kann das wohl eine Einbusse an Leistungsfähigkeit mit sich bringen, kommt aber für sich allein nicht einem Gesundheitsschaden im Sinne des Gesetzes gleich (Urteil des Bundesgerichtes, II. sozialrechtliche Abteilung, in Sachen B. vom 13. März 2007, I 649/06, Erw. 3.3.1). Da lediglich eine Dysthymie diagnostiziert wurde, kann diese keine 50%ige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers begründen. Nach dem Gesagten, vermag der Bericht der Klinik J. \_\_\_ das E. \_\_\_-Gutachten nicht zu erschüttern. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 und Urk. 13) können (neuro-)psychologische Testergebnisse nicht unbesehen als Störungsnachweis oder "Objektivierung" von Störungen betrachtet werden. Testergebnisse sind insbesondere hochgradig von der Kooperationsbereitschaft des Untersuchten abhängig und können nicht unbesehen als valide angesehen werden. Beschwerdevalidierungstests sind die gegenwärtig am besten entwickelten und am besten untersuchten Verfahren zur Diagnostik negativer Antwortverzerrungen (Th. Merten, Neue Aspekte in der Beurteilung psychoreaktiver und neuropsychologischer Störungen als Leistungsgrund - Nicht-authentische Beschwerden: vorgetäuschte neuropsychologische Störungen, in MedSach 102 2/2006, S. 58 ff.).

4.6. Die diplomierte Psychologin F. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer lediglich eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 14) und diagnostizierte eine posttraumatische rezidivierende Depression. Dazu ist zu bemerken, dass es sich bei F. \_\_\_ nicht um eine im Bereiche der Psychiatrie spezialisierte Ärztin, sondern um die behandelnde Psychologin handelt. Ihr Bericht ist daher keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage und vermag das E. \_\_\_-Gutachten nicht in Frage zu stellen.

4.7. Das G. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer ebenfalls eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit gingen die Gutachter von einer 60- bis maximal 70%igen Arbeitsfähigkeit aus (Urk. 19/1 S. 32). Im Unterschied zum E. \_\_\_-Gutachten diagnostizierte das G. \_\_\_ neben den chronischen Kopfschmerzen nicht eine Dysthymie, sondern eine anhaltende affektive Störung (ICD-10 F34.8). Zusätzlich erhob das G. \_\_\_ noch eine Zwangsstörung, vorwiegend Kontrollzwänge, (ICD-10 F42.1), welche jedoch keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, und Schamhaftigkeit (im Sinne subsyndromaler sozialer Phobie [ICD-10 F40.1]). Dr. K. \_\_\_ führte aus, eine Dysthymie könne beim Beschwerdeführer nicht vorliegen, da 2004 für zwei bis vier Wochen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine mittelschwere Depression vorgelegen habe (Urk. 19/2 S. 17). Unabhängig davon, ob beim Beschwerdeführer eine Dysthymie, welche nach ICD-10 unter die anhaltenden affektiven Störungen nach F34 subsumiert wird, oder eine sonstige anhaltende affektive Störung gemäss ICD-10 F34.8 vorliegt (Urk. 19/2 S. 23), ist keine schwere psychiatrische Komorbidität gegeben. Wie bei der Begutachtung am E. \_\_\_ (Urk. 9/29/38-41) ergab auch die neurologische Untersuchung am G. \_\_\_ keine pathologischen Befunde (Urk. 19/1 S. 18), und anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung am G. \_\_\_ konnten auch keine Hinweise auf eine Hirnfunktionsstörung gefunden werden (Urk. 19/1 S. 21), was den Befunden am E. \_\_\_ entspricht (Urk. 9/29/38-41). Weshalb aber die Ärzte des G. \_\_\_ dem Beschwerdeführer trotz fehlender objektiver Befunde aus neurologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % attestieren (Urk. 19/1 S. 4), ist nicht einleuchtend und auch nicht nachvollziehbar.

Auffallend ist zudem, dass gewisse Angaben, welche der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit den von ihm gegenüber den Gutachtern des G.\_\_\_\_ geklagten Beschwerden (Kopfschmerzen, Nackenverspannung, Konzentrations-/Gedächtnisschwäche und Müdigkeit) gemacht hat, nicht den aktenkundigen Tatsachen entsprechen. So erwähnte der Beschwerdeführer, in Bezug auf die Kopfschmerzen habe er bisher keine Schmerzmittel eingenommen, bezüglich der anderen Beschwerden habe er sich bisher keinen Therapien unterzogen ("nihil": Urk. 19/1 S. 15 f.). Den Akten der SUVA (Urk. 9/7/1-100) kann aber entnommen werden, dass der Beschwerdeführer im Laufe der Zeit sehr viele Therapieformen, wenn auch nicht mit der notwendigen Konsequenz und Zielgerichtetheit, versucht hat (siehe u.a. Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 26. Juni 2005 an die SUVA [Urk. 9/7/19], Schreiben des Beschwerdeführers vom 15. Februar 2005 an die SUVA [Urk. 9/7/40-41], Bericht des SUVA-Kreisarztes Dr. H.\_\_\_\_ vom 20. Februar 2002, der von einem Abklärungs- und Therapie-Marathon spricht [Urk. 9/7/116 und Urk. 9/7/118], Bericht des Zentrums L.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2000 an Dr. D.\_\_\_\_ [Urk. 9/7/125-126]). Diese Tatsache hatte auch Dr. D.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer ab 1988 behandelte (Urk. 9/12/4 lit. D Ziff. 1), in seinem Bericht vom 3. Januar 2006 an die Beschwerdegegnerin erwähnt: "... Behandlungsvorschlag mit Magnesium, Physiotherapie, Entspannungsübungen. Es folgen weitere Behandlungsversuche mit Betablocker, Fluctin, wobei die Therapien jeweils nicht ordnungsgemäss durchgezogen werden, entweder wird die Dosierung nicht eingehalten, oder die Behandlung wird vorzeitig abgebrochen. Es folgt im Jahr 2000 eine erneute Abklärung im Zentrum L.\_\_\_\_, einen Behandlungsversuch mit Opiaten lehnt Herr X.\_\_\_\_ ab, hingegen erfolgt ein Versuch mit TENS und Lymphdrainage, welcher zumindest einen teilweisen Erfolg zeigt." (Urk. 9/12/4 lit. D Ziff. 3). Dr. H.\_\_\_\_ (Urk. 9/7/118), der eine medikamentöse Behandlung mit einem aufmunternden Antidepressivum als sinnvoll erachtete, zweifelte jedoch daran, dass eine medikamentöse, längerfristige Behandlung beim Beschwerdeführer Erfolg hätte, da ihm die Compliance und Einsicht des Beschwerdeführers als nicht gewährleistet erschienen (Urk. 9/7/118). Eine ähnliche Feststellung fand auch Eingang in den Bericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 18. Januar 2006, worin festgehalten wurde, mit schwachem Erfolg sei versucht worden, dem Beschwerdeführer ein besseres Coping seiner Schmerzproblematik zu vermitteln (Urk. 9/16/3; siehe dazu auch Bericht über das psychosomatische Konsilium vom 11. Januar 2006, Urk. 9/16/13). Die mangelnde Compliance des Beschwerdeführers erwähnte auch Dr. C.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 4. Dezember 2005 an die SUVA: "Wegen Übergewicht haben wir auch mit einer low carb Ernährung begonnen. Herr X.\_\_\_\_ kann sich aber nur teilweise an die Vorgaben halten. Auch hier ist der Erfolg bescheiden." (Urk. 9/16/17). Mit dieser offensichtlichen Problematik, das heisst der mangelnden Compliance und/oder Motivation des Beschwerdeführers, haben sich die Gutachter des G.\_\_\_\_ im Gegensatz zu jenen des E.\_\_\_\_ jedoch nicht auseinandergesetzt. Insofern stimmt auch die im psychiatrischen Gutachten des G.\_\_\_\_ gemachte Aussage, insgesamt ergebe sich ein konsistentes Bild bezüglich Akten und anamnestischen Angaben (Urk. 19/2 S. 15), nicht.

Nicht einsichtig ist ferner, weshalb die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychiatrischer Sicht zu 50 % eingeschränkt sein soll. Der begutachtende Psychiater des G.\_\_\_\_, Dr. K.\_\_\_\_, konnte beim Beschwerdeführer keine schwerwiegenden psychischen Krankheitssymptome erheben. So war der Beschwerdeführer bewusstseinsklar und voll orientiert, grobe Störungen von Konzentration und Gedächtnis konnten nicht objektiviert werden, formale Denkstörungen lagen nicht vor, Zwangsgedanken,

Zwangsimpulse oder sonstige Zwangshandlungen konnten nicht erhoben werden, Hinweise für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen ergaben sich nicht, in der Affektivität wirkte der Beschwerdeführer objektiv lediglich leicht herabgestimmt, ein sozialer Rückzug konnte nicht festgestellt und eine Depression nach ICD-10 F32 klar ausgeschlossen werden (Urk. 19/2 S. 7 ff.). Die identischen psychopathologischen Befunde ergaben sich auch anlässlich der Begutachtung am E.\_\_\_\_ (Urk. 9/29/32). Woraus sich dann aber, mangels schwerwiegender pathologischer Befunde, aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % ergeben soll, ist nicht nachvollziehbar. Den Akten kann unter anderem entnommen werden - auch dem psychiatrischen Gutachten des G.\_\_\_\_ -, dass der Beschwerdeführer seine Freizeit durchaus aktiv zu gestalten vermag: "In seiner Freizeit beschäftigt er sich leidenschaftlich mit Taffveteranen (Taffs Jahrgang 1975 und älter). Er sammle sie (2 Garagen voll) und sei auch in einem Verein aktiv. Bei den Gruppen-Taffreisen, an denen er in der Freizeit gerne teilnehme, sei er durch seine Beschwerden handicapiert. Längere Strecken als 200 km pro Tag seien zuviel. Er brauche dabei auch genügend Pausen. Zudem baue er auch Velos um (Chopper-Version). Er bastle gerne. Wechselnde Belastungen im handwerklichen Bereich seien für ihn geeigneter als langdauernd-monotone." (neuropsychologischer Bericht der Klinik J.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2005, Urk. 9/16/8); "Hobby: alte Motorräder umbauen, Fahrräder zurecht basteln, Modellbau (Dampfmaschinen). Zeichnen von Veloubauten, etc. Vom Frühjahr bis zum Herbst Ausfahrten mit der Harley-Davidson, meist im Rahmen eines Clubs." (psychiatrisches Gutachten von Dr. K.\_\_\_\_ vom 17. November 2008, Urk. 19/2 S. 5). Die im Gutachten des G.\_\_\_\_ gezogene Folgerung, der Beschwerdeführer müsse seine Freizeit fast vollumfänglich für die Regeneration verwenden (Urk. 19/1 S. 23), ist auf dem Hintergrund der soeben zitierten Aktenauszüge nicht plausibel. Es entsteht denn auch gesamthaft der Eindruck, dass die Gutachter des G.\_\_\_\_ sich primär von den Angaben des Beschwerdeführers leiten liessen, ohne diese mit der notwendigen Distanz kritisch zu hinterfragen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten vermag auch das G.\_\_\_\_-Gutachten, das E.\_\_\_\_-Gutachten nicht zu erschüttern.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das E.\_\_\_\_-Gutachten eine zuverlässige Beurteilungsgrundlage ist und in nachvollziehbarer und schlüssiger Weise dem Beschwerdeführer eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert. Die übrigen im Recht liegenden ärztlichen Berichte und Gutachten vermögen das E.\_\_\_\_-Gutachten nicht in Frage zu stellen. Demnach besteht beim Beschwerdeführer kein Gesundheitsschaden, der sich auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt, weshalb kein Leistungsanspruch gegenüber der Invalidenversicherung gegeben ist.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da das Gutachten des E.\_\_\_\_ sämtliche Kriterien eines beweiskräftigen Gutachtens erfüllt, bestand für die IV-Stelle kein Anlass, weitere Abklärungen vorzunehmen. Damit besteht kein Anspruch des Beschwerdeführers auf Vergütung der Kosten des durch das G.\_\_\_\_ erstellten Gutachtens, trug dieses doch in keiner Weise zur Klärung des medizinischen Sachverhalts bei.

7. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten erweist sich die Beschwerde in jeder Hinsicht als unbegründet, weshalb sie vollumfänglich abzuweisen ist

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend ist die Kostenpauschale auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Markus Bischoff
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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