

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00904 vom 6. August 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-08-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00904

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00904 du 6 août 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00904 del 6 agosto 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Gegen die Verfügung vom 16. Juli 2009 liess X. am 14. September 2009 durch Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher Beschwerde erheben und beantragen, es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung zuzusprechen. Eventualiter sei die Sache für weitere Abklärungen nach Abschluss des im Rahmen einer interinstitutionellen Zusammenarbeit laufenden Eingliederungsverfahrens zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2).

2.2. Mit Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2009 (Urk. 7 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 8/1-7, 9/1-94) ersuchte die Beschwerdegegnerin um Abweisung der Beschwerde.

3. Die gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 30. Januar 2009 erhobene Beschwerde, welche Gegenstand des Verfahrens UV.2009.00079 bildet, wurde mit Urteil heutigen Datums abgewiesen.

4. Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Die Beschwerdegegnerin hielt im angefochtenen Entscheid insbesondere dafür, gestützt auf das Gutachten des Z. wäre dem Beschwerdeführer bereits ab dem Unfallzeitpunkt eine Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar gewesen. Wiedereingliederungsbemühungen im Rahmen dieser Resterwerbsfähigkeit müssten nicht abgewartet werden (Urk. 2). Demgegenüber erklärte der Beschwerdeführer im Wesentlichen, für die Zeit vom 1. Juli 2006 (Ablauf Karenzjahr) bis zum August 2008 (Zeitpunkt der Begutachtung durch das Z.) habe er Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung. Für den Zeitraum ab September 2008 seien vorab die Ergebnisse der Wiedereingliederung abzuwarten und erst hernach zu entscheiden, was er aufgrund seines Gesundheitszustandes zu leisten im Stande sei (Urk. 1 S. 14).

2.

2.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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).

2.2.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.3.2 Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob

der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.4. Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungssträger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheidungen zu treffen sind, oder wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

E. 3

3.1. Nachdem der Beschwerdeführer am 14. Juli 2005 bei einem Heckauffahrunfall eine Distorsion der Halswirbel(HWS)- und Lendenwirbelsäule(LWS) erlitten hatte (Urk. 9/20/214), Hinweise für ossäre Läsionen jedoch fehlten (Urk. 9/20/212, 9/20/191), berichtete Dr. Y. am 11. August 2005 (Urk. 9/20/188-189), es bestehe eine ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Schulter/Nackebereich mit Bewegungseinschränkungen und diversen psychovegetativen Reaktionen. Als kompromittierende Faktoren nannte der Hausarzt des Beschwerdeführers Sprachprobleme, eine ungewollte Schwangerschaft der Ehefrau sowie eine nicht genau objektivierbare Schmerzintensität (Urk. 9/20/189).

3.2. Auch die im Rahmen der am Spital A. vom 16. bis zum 30. August 2005 (Urk. 9/20/179 und Urk. 9/20/149) durchgeführten Frührehabilitation angeordneten MRI-Untersuchungen des Schädels und der HWS lieferten keine pathologischen Befunde. Ein Zusammenhang der einseitigen Hörstörung und des Tinnitus rechts mit dem Unfallereignis erachteten die Ärzte als unwahrscheinlich (Urk. 9/20/181). Sie hielten fest, im Verlaufe der Therapie seien eine Überreaktion bezüglich der Schmerzen sowie die Angabe von Kreuzschmerzen bei Scheinmanöver aufgefallen. In Bezug auf die Leistungsfähigkeit attestierten die Ärzte vom 30. August bis zum 11. September 2005 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % und vom 12. September bis zum 9. Oktober 2005 eine solche von 50 %. Danach bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % bzw. eine solche nach Massgabe des Hausarztes (Urk. 9/20/179).

3.3. Auf Anraten der Ärzte des Spitals A. (Angstbewältigung und Entspannung, Urk. 9/20/181) nahm der Beschwerdeführer am 23. September 2005 eine ambulante psychologische Behandlung bei lic. phil. B., Fachpsychologin für Klinische Psychologie/Psychotherapie FSP, auf (Urk. 9/20/149-150).

3.3. Gemäss Telefongespräch der SUVA vom 12. Oktober 2005 (Urk. 9/20/177) mit dem Arbeitgeber des Beschwerdeführers nahm dieser die Arbeit nicht wieder auf. Auch ein Arbeitsversuch fand nicht statt. Der Arbeitgeber erklärte, der Hausarzt attestiere noch immer eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es sei ihm nicht

bekannt, dass die Ärzte des Spitals A.____ eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert hätten. Ein Einsatz mit reduzierter Leistung sei als Hilfsarbeiter jedoch ohnehin nicht möglich.

3.4 Mit Zeugnis vom 20. April 2006 (Urk. 9/20/128) besttigte Dr. Y.____ eine vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers vom 14. Juli bis zum 31. Dezember 2005. Aufgrund eines Vorschlages der SUVA sei am bisherigen Arbeitsplatz ab dem 3. Januar 2006 ein Arbeitsversuch mit 25 % (dreimal ein halber Arbeitstag) angeordnet worden.

3.5 Gegenüber Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Neurologie, beklagte der Beschwerdeführer noch am 25. April 2006 (Bericht vom 28. April 2006, Urk. 9/20/124-126) plötzlich auftretende Nacken- und Kopfschmerzen, welche bei körperlicher Belastung sofort zunehmen. Begleitend komme es zu Schwindel und Augenflimmern. Der Tinnitus sei unverändert. Trotz Physiotherapie habe sich das Beschwerdebild nur wenig zurückgebildet. Der Neurologe hielt fest, der Beschwerdeführer besuche einmal wöchentlich eine Kraniosacraltherapie, daneben zweimal wöchentlich ein Fitnessstraining sowie einmal Psychotherapie. Vor dem Unfall sei der Beschwerdeführer gesund und leistungsfähig gewesen. Dr. C.____ erhob eine schmerzbedingte Bewegungseinschränkung der HWS sowie eine palpatorisch deutlich verdickte und druckdolente Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle fehlten ebenso wie Hinweise für traumatische Gefässschäden. Der EEG-Befund erwies sich als normal (Urk.

9/20/125). Der Neurologe hielt dafür, bei fehlenden abnormen Befunden dürfte das Beschwerdebild weitgehend weichteilbedingt sein. Ein organisches Substrat habe sich für den Tinnitus nicht finden lassen und die Augenprobleme liessen sich neurologisch nicht erklären. Dr. C.____ empfahl, unverändert mit den bisherigen Therapien (kraniosacral, Fitness, Psychotherapie) weiterzufahren. Die Arbeitsfähigkeit sei vorläufig bei 25 % zu belassen. Eine Steigerung sei erst bei einem Rückgang der Beschwerden möglich (Urk. 9/20/126).

3.6 Dr. Y.____ berichtete am 14. August 2006 (Urk. 9/20/67-68), trotz intensiver Bemühungen habe keine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden können, weshalb er und SUVA-Kreisarzt Dr. med. D.____, Facharzt für Chirurgie FMH, zum Schluss gekommen seien, es müsse ein stationärer Rehabilitationsversuch aufgenommen werden. Der Hausarzt hielt zu Händen der Ärzte der Klinik E.____ fest, er habe den Eindruck, dass eine psychosomatische Überlagerungstendenz im Sinne einer latenten Depression doch eine wesentliche Rolle zu spielen scheine, wobei auch die kulturelle Herkunft und die Adaptation mit Sprachschwierigkeiten eine Rolle spielen dürften. Die Ehefrau des Beschwerdeführers werde zunehmend durch die Situation belastet, dass (ihr) dieser keine Arbeit abnehme. Diesen Gesichtspunkten und den psychovegetativen Begleiterscheinungen gelte es wahrscheinlich vermehrt Beachtung zu schenken.

3.7 Vom 11. September bis zum 20. Oktober 2006 (Bericht vom 1. Dezember 2006, Urk. 9/20/38-40) hielt sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Interdisziplinären Schmerzprogrammes (DISP) in der Klinik E.____ auf. Dessen Ärzte diagnostizierten (1) ein HWS-Distorsionstrauma mit Zervikocephalsyndrom, Bewegungseinschränkung und rechtsseitigen Kopfschmerzen, Begleittinnitus und

psychovegetativen Begleitreaktionen (Ermüdbarkeit, Schwitzen, verminderte Belastbarkeit), (2) ein lumbovertebrales Schmerzsyndrom rechts sowie (3) den Verdacht auf eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2). Die Ärzte notierten, die Therapieziele (Erlernen und Anwendung von Schmerz Copingstrategien, aktive Stabilisierung der Wirbelsäule im Alltag) hätten nicht erreicht werden können. Der Beschwerdeführer habe zwar Schmerz Copingstrategien kennen gelernt, diese aber nicht anwenden können. Obwohl der Beschwerdeführer nach ihrem Dafürhalten über ein gutes Sprach- und Gesamtverständnis verfüge und die Therapien auch motiviert besucht habe, habe er aufgrund der eigenen Wahrnehmung und Überzeugung in Schmerzmomenten nur wenig vom erlernten Konzept für sich transferieren können. Neben Hinweisen auf eine Angst- und Depressionskomponente bestehe ein deutliches angstbedingtes Vermeidungsverhalten, welches die somatischen Befunde (schmerzhafter Muskelhartspann, fehlende Stabilisierungsfähigkeit) noch verstärke. Die Experten hielten abschliessend dafür, die Schmerzen seien durch die Organbefunde in ihrer Intensität und ihrem Ausmass nicht hinreichend geklärt (Urk. 9/20/39). Einzig die Schmerzen im Lumbalbereich zeigten eine Regredienz. Mit Blick auf die genannten Befunde sei die Therapie weiterhin interdisziplinär, einschliesslich psychologischer Betreuung, und die bestehende 25 % Arbeitsfähigkeit aus therapeutischer Sicht, zur Tägstrukturierung sowie Aktivierung weiter zu führen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei allenfalls sukzessive im Rahmen eines zu erhoffenden Rückgangs der Beschwerden vorzunehmen (Urk. 9/20/40).

3.8 Zu Händen von SUVA-Kreisarzt Dr. D. schrieb Dr. Y. am 11. Dezember 2006 (Urk. 9/20/37), der Aufenthalt in der Klinik E. habe nichts bewirkt - im Gegenteil beklage der Beschwerdeführer noch mehr Schmerzen als zuvor. Er sei zunehmend verschlossen und aggressiv gegenüber der Ehefrau. Auch die Psychologin habe berichtet, praktisch keinen Zugang mehr zum Beschwerdeführer zu haben. Dessen Ehefrau, welche mit einem 100%-Pensum tätig sei und zu Hause das Kind und den Ehemann zu betreuen habe, sei vollständig überlastet und derzeit an der Grenze zur Anorexie. Medizinisch sei beim Beschwerdeführer im Vergleich zum Bericht vom 14. August 2006 keine Veränderung zu finden. Hingegen glaube er, Dr. Y., dass der Beschwerdeführer neben dem kulturellen auch ein familiäres Problem habe und schwer depressiv sei. Insgesamt seien alle Beteiligten momentan von der Situation überfordert; er selber sei ratlos. Er denke, dass ein gravierendes kulturelles Problem bestehe, welches momentan nicht gelöst werden könne. Sollte der Kreisarzt Kenntnis von interkulturellen psychologischen Betreuungsdiensten haben, so wäre dies das Einzige, wovon er sich derzeit Hilfe vorstellen könnte.

3.9 Im Auftrag des Haftpflichtversicherers untersuchte Dr. med. F., Psychiatrie/Psychotherapie FMH, am 30. Mai 2007 den Beschwerdeführer in Anwesenheit der Übersetzerin N. (Urk. 9/31). Der Psychiater diagnostizierte eine Schmerzstörung in Verbindung mit psychischen Faktoren nach DSM IV 307.80. Schmerzen ständen im Vordergrund des klinischen Bildes und verursachten ein bedeutsames Leiden subjektiv ebenso wie eine soziale und berufliche Beeinträchtigung. Seit Beginn und auch für das Weiterbestehen und die Therapieresistenz der Schmerzen spielten psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Dr. F. erklärte, die Schmerzen würden nicht vorgetruscht. Seit dem Auftreten der Schmerzen bestehe eine rezidivierende, depressive, zur Zeit mittelgradige Störung (ICD-10: F33.1), welche die Schmerzstörung negativ beeinflusse (Urk. 9/31/3). Der Arzt führte aus, es bestehe eine

Heilstärkung, wobei die Stellung als Mann in der Familie wahrscheinlich eine erschwerende Rolle beim Erlernen konstruktiver, nicht kämpferischer Strategien zur Schmerzbewältigung spiele. Zudem fehle es im familiären Umfeld vermutlich an einer grundsätzlich verständnisvollen und unterstützenden Haltung (Urk. 9/31/4). In Bezug auf die Prognose hielt Dr. F. eine Verbesserung innerhalb der nächsten 12 Monate im Sinne einer verbesserten Schmerzbewältigung und Aufhellung der Depression von maximal 25 % für möglich (Urk. 9/31/5-6).

E. 3.10.1

Am 14. August 2008 legte das Z. das interdisziplinäre Gutachten auf (Urk. 9/46/1-48), wozu sich dessen Experten auf die zur Verfügung gestellten Unterlagen (Urk. 9/46/13-21) sowie auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 25. bzw. 26. Juni 2008 erhobenen Befunde und gemachten Angaben und auf die Teilgutachten (internistisch, rheumatologisch, neurologisch, psychiatrisch) stützten (Urk. 9/46/12).

E. 3.10.2

Dr. med. G., Assistenzarzt, und Dr. med. H., Oberarzt, beide Rheumatologische Klinik I., berichteten, trotz diverser Bildgebung habe - bis auf eine Osteochondrose L5/S1 mit minimaler Diskusprotrusion und Neurokompression, welche sicherlich bereits vor dem Unfallereignis vom 14. Juli 2005 bestanden habe - keine strukturelle Pathologie festgestellt werden können. Da der Beschwerdeführer vor dem Heckauffahrunfall Beschwerden sowohl lumbal als auch zervikal verneint habe, scheine die Osteochondrose von geringer Signifikanz gewesen zu sein (Urk. 9/46/24). Die Ärzte erhoben zervikal als auch lumbal vereinzelte Segmentblockaden sowie eine eher hypotone Muskulatur mit diversen Triggerpunkten, welche ihren Aussagen zufolge die Bewegungseinschränkung der HWS nicht erklärten. Zudem sei eine gewisse Diskrepanz zwischen den Untersuchungsbefunden und Spontanbefunden aufgefallen, was zusammen mit der Traurigkeit und Niedergeschlagenheit des Beschwerdeführers an eine funktionelle Überlagerung denken lasse. Hinweise für eine radikuläre Symptomatik fehlten vollständig, die Schmerzen im temporo-frontalen Kopfbereich erinnerten an Spannungskopfschmerzen. Endlich falle eine sichtlich ungenügende Therapieform (MTT) auf, wo der Beschwerdeführer mit wenigen Wiederholungen und deutlich zu viel Gewicht versuche, die Schulter-/Nackmuskulatur zu trainieren. Entsprechend resultierten Schmerzen und fehle ein Benefit. Insgesamt seien die geschilderten Beschwerden als myofaszial bei insgesamt eher hypotoner Muskulatur und Fehlhaltung zu interpretieren. Anhaltspunkte für strukturelle Schädigungen hätten sich nicht finden lassen. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer in bisheriger Tätigkeit (Hilfsmechaniker) zu 50 % arbeitsfähig, wobei sich die Reduktion zum einen aus einer Leistungsverminderung von 30 % bei Schmerzauslösung im Rahmen des Hebens von Gewichten über 10 kg und zum anderen aus 20%iger zeitlicher Verminderung wegen benötigter Kurzpausen zwecks Durchführung von Lockerungs- und Dehnübungen ergebe (Urk. 9/46/24). Eine geeignete Verweistätigkeit sollte das repetitive Heben von Lasten über 25 kg über Hüfthe und über 10 kg über Schulterhöhe sowie eine asymmetrische Lasteinwirkung im LWS-Bereich vermeiden. Zudem sollten Wechselpositionen und wiederholte Kurzpausen möglich sein. Zwangshaltungen von länger als 30 Minuten seien ebenfalls zu vermeiden. Die Rheumatologen erklärten, die myofasziale Komponente bei Dekonditionierung und muskulärer Dysbalance stehe im Vordergrund, die degenerativen Veränderungen an der

LWS eher im Hintergrund. Eine physiotherapeutisch angeleitete Reaktivierung und Rekonditionierung der Haltemuskulatur sei empfohlen und sollte zusammen mit einer geeigneten medikamentösen Therapie innert sechs bis acht Monaten zu einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit führen (Urk. 9/46/25).

E. 3.10.3

Die neurologischen Gutachter diagnostizierten einen chronischen Spannungskopfschmerz, ein chronisches Zervikalsyndrom sowie ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom (Urk. 9/46/25). Dafür habe sich weder aktenkundig, anamnestisch noch in Zusatzuntersuchungen ein organisches Korrelat finden lassen. Namentlich sei das MRI des Schädels vom 19. August 2005 unauffällig. Das MRI der HWS vom 18. August 2005 und der LWS vom 28. Februar 2008 hätten keine Hinweise auf eine Radikulopathie oder Myelopathie ergeben. Als klinisches Korrelat für die geklagten Beschwerden hätten sich einzig eine mässige Myogelose und Druckdolenzen im Bereich der Nackenmuskulatur beidseits sowie eine deutlich schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit ergeben (Urk. 9/46/26). Die Gutachter notierten im Weiteren, die bei der klinisch-neurologischen Untersuchung objektivierbaren sensomotorischen Defizite seien organisch nicht zu erklären. Die verminderte Kraft am rechten Arm und Bein sei als funktionell zu bewerten, da sich insbesondere am Bein eine deutliche Diskrepanz zwischen der Untersuchung im Liegen und im Stehen ergeben habe. Ebenso fehle für den rechtsseitigen Tinnitus ein organisches Korrelat. Aus rein neurologischer Sicht attestierten die Neurologen - aufgrund der chronischen Spannungskopfschmerzen und zervikalen Schmerzen seien dem Beschwerdeführer vermehrt Pausen einzuräumen - eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 % (Urk. 9/46/26).

E. 3.10.4

Dr. med. J.____, Assistenzarzt, Dr. med. K.____, Oberarzt, und Prof. Dr. med. L.____, Chefärztin, alle Psychiatrische Klinik M.____, erhoben eine reduzierte Konzentration und Merkfähigkeit bei unbeeinträchtigtem Gedächtnis sowie geordnetem Gedankengang, wobei der Beschwerdeführer nächtliches Gedankenkreisen und Sorgen um seine Gesundheit angab. Spezifische Phobien waren nicht auszumachen. Der Beschwerdeführer habe affektlabil gewirkt, mit einer Störung der Vital- und Insuffizienzgefühlen und eingeschränkter Schwingungsfähigkeit. Die Ärzte diagnostizierten als mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F32.1). Als ohne Einfluss nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) (Urk. 9/46/8-9). Die Experten führten aus, nachdem der Beschwerdeführer bereits zweimalig an einem Lehrabschluss gescheitert sei, habe nun das Unfallereignis den dritten Anlauf zunichte gemacht, und es sei zu einer dysfunktionalen Verarbeitung der Situation im Sinne eines unbewussten Aufrechterhaltens der Beschwerden als Rechtfertigung des wiederholten Scheiterns gekommen. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer in einer den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig, wobei sich die Einschränkung durch die depressive Störung mit verminderter psychophysischer Belastbarkeit, eingeschränkter Schmerz- und Stresstoleranz sowie den kognitiven Defiziten ergebe (Urk. 9/46/9-10).

3.10.5 Abschliessend erklärten die Gutachter, die erhobenen Befunde seien organisch nicht zu erklären (Urk. 9/46/29), die im Bereich der LWS festgestellte Osteochondrose verursache keine wesentlichen Beschwerden. Aufgrund der vorliegenden

Akten sei davon auszugehen, dass es nach dem Unfall zu einer relevanten Dekonditionierung und muskulären Dysbalance gekommen sei, welche heute hauptsächlich für das Beschwerdebild verantwortlich seien. Zusammenfassend erachteten sie den Beschwerdeführer in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit als zu 50 % arbeitsfähig, wobei sich die Reduktion der Arbeitsfähigkeit aus einer gewissen körperlichen Leistungsverminderung mit notwendigen Pausen wegen der Kopfschmerzen und der Schmerzen im Bereich der HWS ergebe. Darin enthalten sei eine Reduktion der Arbeitsfähigkeit aufgrund der affektiven Erkrankung (Urk. 9/46/30).

E. 4

4.1 Das vom Z. ___ aufgelegte Gutachten vermag entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin, welche sich für ihren Rentenentscheid auf die Expertise stützte (Urk. 9/60/5), nicht zu überzeugen. Bereits aus den Akten der SUVA ergibt sich mit hinreichender Klarheit, dass sich für die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden keinerlei organisch objektivierbares Substrat finden liess (vgl. Erw. 3.2, 3.5, 3.7). Bis auf eine Osteochondrose L5/S1, welche gemäss Gutachtern von geringer Signifikanz sein dürfte (Erw. 3.10.2), liessen sich auch durch die Ärzte des Z. ___ keine Anhaltspunkte für strukturelle Schädigungen erheben (Erw. 3.10.2-3). Dass aber bei im Vordergrund stehender Dekonditionierung und muskulärer Dysbalance selbst in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von bloss 50 % zumutbar sein sollte (Erw. 3.10.2), ist vor diesem Hintergrund aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht nicht nachvollziehbar. Weshalb sich zudem eine derartige Abweichung von der Einschätzung des SUVA-Kreisarztes Dr. D. ___, welcher eine somatische Einschränkung unfallbedingt für nicht gegeben erachtete (vgl. heutiges Urteil i.S. Beschwerdeführer, UV.2009.00079, Erw. 3.23), ergab, wenngleich die Gutachter des Z. ___ die degenerativen Veränderungen an der LWS als eher im Hintergrund stehend bezeichneten (Erw. 3.10.2) und dafürhielten, die Osteochondrose verursache keine wesentlichen Beschwerden (Erw. 3.10.5), bleibt - insbesondere mit Blick auf eine leidensangepasste Tätigkeit - völlig unklar. Dazu lässt sich der Expertise nichts entnehmen, obwohl die Gutachter über den entsprechenden Bericht verfügten (vgl. Urk. 9/46/20). Ferner hatte der Hausarzt Dr. Y. ___ den Befund an der LWS als völlig unbedeutend bezeichnet, wie sich ebenfalls aus dem oben erwähnten Urteil ergibt (UV.2009.00079, Erw. 3.24). Konnten sich die Rheumatologen überdies die Bewegungseinschränkung der HWS nicht erklären, stellten sie demgegenüber aber eine gewisse Diskrepanz und eine ungenügende Therapie (MTT) fest (Erw. 3.10.2), so kann ihrer Einschätzung nicht gefolgt werden.

Angesichts der von den Neurologen festgestellten Befunde erscheint im Weiteren fraglich, ob diesbezüglich eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit gerechtfertigt ist. Auch hier liess sich kein organisches Korrelat finden, sondern waren die objektivierbaren Defizite als funktionell zu bewerten und ergab sich darüber hinaus eine Diskrepanz in der Untersuchung (Erw. 3.10.3). Auffallend ist auch, dass der Beschwerdeführer offensichtlich trotz der von ihm geklagten massiven Einschränkungen immer noch in der Lage ist, ein Auto zu lenken (Urk. 9/46/45), d.h. im Sinne des Bundesgesetzes über den Strassenverkehr (SVG) fahrtauglich ist.

Endlich vermag auch die Einschätzung der psychiatrischen Gutachter die an eine beweiskräftige Expertise gestellten Anforderungen (Erw. 2.3) nicht zu erfüllen. Einerseits mangelt es an einer Auseinandersetzung mit den offensichtlich vorliegenden psychosozialen und soziokulturellen Faktoren (familäre, kulturelle

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung vom 16. Juli 2009 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgten Abklärungen im Sinne der Erwägungen, über den Anspruch des Beschwerdeführers neu entscheide.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Andrea Müller-Ranacher

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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

Die Beschwerde ist zu richten an:

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, F. Hofquai 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.