

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00905 vom 22. Juni 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00905](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00905)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00905 du 22 juin 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00905 del 22 giugno 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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 Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (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 bergangsrechtliche 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 14. Juli 2009 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). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 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 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen

Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 **1.3** Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden konnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

1.4 **1.4** Zur Annahme der Invalidität nach Art. 8 ATSG ist - auch bei psychischen Erkrankungen - in jedem Fall ein medizinisches Substrat unabdingbar, das (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie beispielsweise Sorge um die Familie oder Zukunftsängste (etwa ein drohender finanzieller Notstand) im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung von Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von der soziokulturellen Belastungssituation zu unterscheidende und in diesem Sinne selbstständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 23. März 2009, 8C\_730/2008, Erw. 2).

1.5 **1.5** 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 präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, 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. Strittig und zu präferieren ist, ob der Beschwerdeführer ab April 2003 Anspruch auf eine (ganze) Invalidenrente hat.

2.1 Da der Beschwerdeführer wiederum die Schwere der seitlichen Streifkollision vom 18. April 2002, welche ein "ausgesprochen schädigendes Potential" gehabt habe, zu Diskussion stellt (vgl. Urk. 1 S. 4 und 14), ist vorab festzuhalten, dass das hiesige Gericht im Urteil vom 6. Juli 2009 in Bezug auf den Unfall und dessen Folgen zu folgenden Schlüssen gelangte (Urk. 28 Erw. 4.2):

"Eine Würdigung der Aktenlage ergibt nach dem Gesagten, dass beim Unfall vom 18. April 2002 keine ausserordentlichen Kräfte auf die Kopf- und Halsregion des Beschwerdeführers einwirkten. Es sind auch sonst keine äusseren Umstände ersichtlich, die geeignet wären, erhebliche und langwierige Gesundheitsstörungen mit entsprechender Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu verursachen.

Angesichts der tiefen kollisionsbedingten Geschwindigkeitsänderung des Fahrzeugs des Beschwerdeführers (unter 5 km/h), dem unterlassenen Beizug der Polizei, der Rückkehr des Beschwerdeführers nach Hause, der ärztlichen Vorstellung erst nach sechs Tagen und den bloss unspezifischen objektivierbaren Befunden kann nicht ernsthaft vorgebracht werden, dieser Unfall sei geeignet gewesen, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge zu relevanten Beschwerden zu führen, welche auch nach knapp fünf Jahren noch anhalten. Im Gegenteil erscheint das Ereignis als derart bagatellär, dass ein adäquater Kausalzusammenhang nicht zu ersehen ist. Hieran vermögen sämtliche weiteren Vorbringen des Beschwerdeführers nichts zu ändern."

Zur Frage, ob eine "HWS-Distorsion" stattgefunden habe, äusserte sich das Gericht wie folgt: "Damit ergibt sich aus den echtzeitlichen medizinischen Akten ohne Weiteres, dass sich der Beschwerdeführer keine nachweisbaren Verletzungen zuzog und innert der massgeblichen Zeitspanne von 72 Stunden nicht unter Nackenschmerzen litt und auch die übrigen einschlägigen Beschwerden nicht vorlagen. Demgemäss kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer am 18. April 2002 eine HWS-Distorsion erlitten hat, aufgrund welcher er auch nach dem 31. März 2007 noch unter kausalen Beschwerden litt. Dass ärztlicherseits gleichwohl eine HWS-Distorsion diagnostiziert und teilweise auch die natürliche Kausalität bejaht wurde, ändert hieran nichts."

Mit diesen Erwägungen ist einerseits dem (Eventual-)Antrag auf weitere technische Abklärungen des Unfallherganges (unfallanalytisches und biomechanisches Gutachten) wie auch dem Einwand gegen das Gutachten der E.\_\_\_\_, sie gehe fälschlicherweise von einem Bagatellunfall aus (Urk. 1 S. 14), zum Vornherein der Boden entzogen.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheidung auf das Gutachten der E.\_\_\_\_, wogegen sich auch die Hauptkritik des Beschwerdeführers richtet mit der Behauptung, es werde den rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an ein Gutachten nicht gerecht, weshalb auf diese Einschätzung ohnehin nicht abgestellt werden könne (Urk. 1 S. 14). Ein Teil der gegen das Gutachten vorgebrachten Einwendungen wurde bereits entkräftet (vgl. vorstehende Erw. 2.1). Zu beurteilen bleibt die Kritik in medizinischer Hinsicht (vgl. Urk. 1 S. 15).

Das Gutachten der E.\_\_\_\_ (Urk. 12/39) umfasst nebst der Aktenzusammenfassung, eingehenden anamnestischen Erhebungen und einer internistischen Untersuchung (Ziffern 2-4), auch Zusammenfassungen der durch die jeweiligen Fachgutachter erstellten rheumatologischen, neurologischen, neuropsychologischen und psychiatrischen Teilgutachten (Ziffern 5.1-5.4) sowie die Diagnosestellung und die in der interdisziplinären Konsenskonferenz erarbeitete Gesamtbeurteilung (Ziffern 6-7). Unterzeichnet ist das Gutachten vom Fallverantwortlichen Stv. Chefarzt E.\_\_\_\_, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH.

Die Gutachter berichteten von geklagten Nackenschmerzen, ausstrahlend in den Hinterkopf, bei jeder Anstrengung zunehmend, verstärkt durch Sonnenlicht, Schmerzen in der linken Schulter und Verspannungen, Schmerzen in der linken Gesichtshälfte, Gefühllosigkeit der Wange, Ohrensausen beidseits, Lärmempfindlichkeit für hohe Töne, ein unbestimmtes Schwindelgefühl und Schmerzen im Bereich der Schulterblätter linksbetont sowie Ameisenlaufen in der linken Hand unterschiedlicher Lokalisation. Als Diskrepanz schilderten sie die Beweglichkeit von Armen, Kopf und Schultern mit der völlig freien spontanen Beweglichkeit zum Zeigen von schmerzhaften Stellen an Nacken und Rücken, was beidhändig und ohne offensichtliche Behinderung geschehe (S. 21).

Aus somatischer Sicht stellten die Gutachter ein zervikozephalales Schmerzsyndrom fest, welches vor allem im Zusammenhang mit einer deutlichen myofaszialen Verspannungssituation stehe. Eine strukturelle Schädigung habe schon bei der früheren Bildgebung klar ausgeschlossen werden können. In der aktuellen Funktionsaufnahme der HWS zeigten sich lediglich eine leichte Hyperlordose im Sinne einer funktionellen Fehlhaltung sowie eine beginnende Chondrose C6/7, wobei dieser Befund in der Allgemeinbevölkerung so häufig und unspezifisch sei, dass er aufgrund des banalen Unfallereignisses nicht dem Unfall zugeordnet werden könne und auch ohne Bedeutung für die Beschwerdepersistenz und den weiteren Verlauf sei. Die aktuelle zervikozephalale Schmerzsymptomatik sei vor allem aufgrund der Schon- und Fehlhaltung unterhalten und könne als funktionelles Problem durch entsprechende bewegungstherapeutische Massnahmen bei Fehlen von strukturellen Einschränkungen ohne Weiteres innert kurzer Zeit verbessert werden, genügende Motivation vorausgesetzt. Die im Bereich der linken oberen Extremität und im Schulter-/Oberarmbereich angegebene Hemisymptomatik, welche auf die linke Kopfseite ausgedehnt sei, lasse sich keiner peripheren oder zentralen Nervenstruktur zuordnen und sei

im Rahmen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung respektive der sie begleitenden dissoziativen Komponente zu interpretieren (S. 21 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rein somatischer Sicht schlossen die Ärzte auf eine bestenfalls 20%ige Einschränkung der Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzsymptomatik, wobei diese Einschränkung mit geeigneten medizinischen Massnahmen innert weniger Monate grundsätzlich behebbar sei (S. 22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Experten hielten fest, dass bei der Untersuchung die psychiatrischen Auffälligkeiten klar im Vordergrund gestanden hätten, welche Symptomatik als anhaltende somatoforme Schmerzstörung und Dysthymie zu fassen sei. Dabei fielen sich zusätzlich gewisse Hinweise für dissoziative Anteile, wie zum Beispiel die inkonsistent und mit keiner neurologischen Störung wirklich übereinstimmende Sprechstörung, die der Beschwerdeführer zum Teil zeige, wobei sich dies mit Phasen von flüssigem Sprechen und guter Konzentrationsfähigkeit abwechsle. Die gleichen Inkonsistenzen zeigten sich in der neuropsychologischen Testung. Die hier gezeigten Einschränkungen seien mit der anamnestisch zu erhebenden Alltagstauglichkeit (selbständiges Reisen nach München zu seiner Ehefrau, sich Zurechtfinden im Alltag, sehr gute Teilleistungen im Allgemeinwissen) nicht vereinbar. Auch die gegenüber dem Aufenthalt in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ eingetretene Verschlechterung des Funktionsniveaus sei nicht plausibel und auch medizinisch nicht begründbar. Insgesamt sei die neuropsychologische Testung nicht valide und könne für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht verwertet werden (S. 22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusätzlich äusserten die Gutachter generelle Zweifel an den Angaben des Beschwerdeführers. So bestanden deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen zur früheren Aktenlage, ebenso berichtete der Beschwerdeführer, aktuell hohe Dosen von Oxycontin und Oxynorm regelmässig und wegen der Schmerzen zwingend einzunehmen, allerdings finde sich im Serum kein Hinweis auf eine Opiateinnahme, so dass diese Angabe nicht zutreffen könne. Auch die angeblich regelmässig und in der angegebenen Dosierung eingenommenen Psychopharmaka zeigten einzig für Risperidon und Mirtazapin Serumspiegel weit unterhalb der unteren Referenzwerte. Einzig für Citalopram seien die Spiegel genügend. Somit müsse einerseits von unrichtigen anamnestischen Angaben und andererseits von einer ungenügenden Medikamenten-Compliance ausgegangen werden (S. 22).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte erachteten (im Gegensatz zu Dr. B.\_\_\_\_ im Rahmen der Untersuchungen in der Rehaklinik A.\_\_\_\_, vgl. Bericht vom 7. Januar 2003, Urk. 12/7/12-22) eine Willensanstrengung auf Seiten des Beschwerdeführers zur Überwindung der aktuellen Störung für absolut zumutbar, zumal der Beschwerdeführer über erhebliche Ressourcen verfüge, die teilweise sogar in der aktuellen, deutlich aggravierten neuropsychologischen Testung sichtbar würden. Auch ergäben sich gewisse Fragezeichen in Bezug auf den Schweregrad des Krankheitsverlaufs. Immerhin sei es dem Beschwerdeführer möglich gewesen, sich vor rund zwei Jahren zu verheiraten mit einer beruflich hoch qualifizierten Partnerin, was bei der Angabe einer ausgeprägten psychischen Störung und bei dem vom Beschwerdeführer teilweise vermittelten klinischen Bild eher schwer vorstellbar sei. Es sei ein erheblicher primärer und sekundärer Krankheitsgewinn anzunehmen (S. 22 f.)

Die Gutachter diagnostizierten zusammenfassend ein zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach Seitenkollision am 18. April 2002, klinischer Angabe einer linksseitigen Hemihypästhesie im Schulter- und Oberarmbereich links sowie im Bereich V1-V3 inklusive behaarter Kopfhaut (keinen peripheren Nerven oder einem Dermatome zuordenbar), bei Verdacht auf eine dissoziative Symptomatik (Sensibilitätsstörungen und Depersonalisationsphänomene), bei radiologischem Normalbefund der HWS, bei myofascialer Komponente sowie bei vegetativer Dysregulation. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine Dysthymia, eine mittelschwere bis schwere neuropsychische Störung (ohne valide Testergebnisse) sowie einen Status nach Tonsillektomie (S. 18 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Experten fest, aus gesamtmedizinischer Sicht sei der Beschwerdeführer aktuell für maximal 30 % in seiner Leistungsfähigkeit für jede körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit eingeschränkt. Es sei ihm indes die nötige Willensanstrengung zumutbar, um seine derzeitigen gesundheitlichen Beschwerden und Leistungshindernisse zu überwinden. Die 30%ige Einschränkung aus somatischer Sicht sei durch geeignete bewegungstherapeutische Massnahmen bei entsprechender Motivation in einem Zeitraum von maximal sechs Monaten behebbar, da sie vor allem durch Fehlhaltung und Inaktivität sowie Dekonditionierung und muskuläre Verspannungen begründet sei (S. 23).

2.2.3 Zur Kritik des Beschwerdeführers am Gutachten (Urk. 1 S. 15) nahm Dr. G. am 26. Mai 2009 Stellung (Urk. 12/76). Dem Einwand, die neurologische Untersuchung sei unvollständig, weil kein MRI des Kraniums durchgeführt wurde, entgegnete Dr. G., im vorliegenden Fall sei weder klinisch noch aufgrund der Anamnese davon auszugehen, dass eine fassbare strukturelle Pathologie vorhanden sei, weshalb eine MRI-Untersuchung des Schädels nicht indiziert sei. Weiter verwahrte er sich gegen den als unqualifizierte Diskreditierung empfundenen Vorwurf, das neurologische Gutachten sei "nur" von einem Assistenzarzt erstellt worden, mit dem Hinweis, besagter Arzt besitze mehrjährige Klinikerfahrung mit entsprechenden Weiterbildungen; zudem erfolge eine Supervision durch den Oberarzt in Form einer Überwachung von Anamnese und Klinik. Dieses Verfahren führe sogar zu einer besseren Qualität, als wenn nur ein Gutachter allein die Untersuchung durchführe. Das Fehlen der neuropsychologischen Resultate in der Gesamtbeurteilung, was der Beschwerdeführer weiter moniert (vgl. Urk. 1 S. 17), erklärte Dr. G. damit, dass die neuropsychologischen Befunde derart inkonsistent und die Validierungstests so auffällig seien, inklusive der Nichtvereinbarkeit der neuropsychologischen (schlechten) Testergebnisse mit der Alltagstauglichkeit des Beschwerdeführers, dass von einer schwergradigen Symptomausweitung/Aggravation ausgegangen werden müsse. Dr. G. bekräftigte, ihres Erachtens sei es dem Beschwerdeführer zumutbar, die nötigen Willensanstrengungen aufzubringen, um einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

2.3 Die Hauptkritik des Beschwerdeführers richtet sich indessen gegen das psychiatrische Gutachten von Dr. med. H., Stv. Oberarzt an der Psychiatrischen Poliklinik, mitunterzeichnet von Prof. Dr. med. I., Chefärztin (vgl. auch Urk. 24 Ziff. 3). Hierzu legte der Beschwerdeführer ein neues Privatgutachten von Dr. med. J. auf, welche aus psychiatrischer Sicht eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit von 80 % für jegliche Tätigkeit attestierte (Urk. 19/1 S. 40). Dieses sei das umfassendste aller

psychiatrischen Gutachten und vermÄ¶ge die anderen psychiatrischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_ und des F.\_\_\_\_ zu entkrÄ¶ften (Urk. 18 S. 2).

2.3.1Ä ¶ Vorab macht der BeschwerdefÄ¶hrer geltend, auf das psychiatrische Teilgutachten H.\_\_\_\_/I.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ kÄ¶nne nicht abgestellt werden, da der als "Dr. med." unterzeichnende Arzt H.\_\_\_\_ keinen Dokortitel besitze und sich den Titel anmasse (Urk. 24). Nach den im Internet frei zugÄ¶nglichen Informationen der Uni I.\_\_\_\_ (Adressen nachstehend) promovierte Dr. med. H.\_\_\_\_ am \_\_\_\_ 2006. Er war also im Zeitpunkt der Begutachtung (7. November 2007) bereits Ä¶ber ein Jahr im Besitz des Dokortitels. Weitere ErwÄ¶rgungen hierzu erÄ¶brigen sich.

Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Dissertationen-Datenbank: \_\_\_\_

Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Medieninformation vom \_\_\_\_ 2006: \_\_\_\_

2.3.2Ä ¶ Das Gutachten H.\_\_\_\_/I.\_\_\_\_ der E.\_\_\_\_ (Urk. 12/39/55-67) enthÄ¶lt nach Darstellung der psychiatrisch relevanten Vorgeschichte eine ausÄ¶hrliche Exploration und die erhobenen psychopathologischen Befunde. Danach zeigte sich der BeschwerdefÄ¶hrer zusammenfassend wach und zu allen QualitÄ¶ten orientiert, im Gesamtverhalten theatralisch, demonstrativ, selbstdarstellend. Es bestÄ¶nden keine groben kognitive Defizite bei intaktem AuffassungsvermÄ¶gen. Das formale Denken sei umstÄ¶ndlich, zÄ¶hflÄ¶ssig, kohÄ¶rent, geordnet, thematisch auf die aktuelle Situation eingengt. Weder Wahn noch SinnestÄ¶uschungen seien vorhanden. Der BeschwerdefÄ¶hrer beschreibe indessen eine Ich-StÄ¶rung im Sinne eines DepersonalisierungsphÄ¶nomens, rasche ErmÄ¶dbarkeit und sozialen RÄ¶ckzug. Auf der Montgomery Asberg Depression Scale (MADRS), einer Fremdbeurteilungsskala zur quantitativen EinschÄ¶tzung depressiver Patienten, erreichte der BeschwerdefÄ¶hrer 12 von max. 60 Punkten, was einer leichten Depression entspricht. Zur Diagnose fÄ¶hrten die Gutachter aus, im Jahr 2003 sei die affektive Symptomatik im Rahmen einer AnpassungsstÄ¶rung erfasst worden, ohne dass damals die Kriterien fÄ¶r eine depressive Episode erfÄ¶llt gewesen seien. Da diese Symptomatik soweit ersichtlich seither in unverÄ¶ndertem Ausmass fortbestehe, das zeitliche Kriterium (zwei Jahre) im Begutachtungszeitpunkt indessen nicht mehr erfÄ¶llt sei, mÄ¶sse das aktuelle Bild unter Dysthymia (ICD-10 F34.1) diagnostisch erfasst werden. Weiter stellten sie fest, zum aktuellen Krankheitsbild gehÄ¶re auch eine verminderte AktivitÄ¶t, subjektiv als gravierend empfundene Konzentrationsschwierigkeiten, sozialer RÄ¶ckzug sowie ein vermindertes VermÄ¶gen, mit den Routineanforderungen des Alltags fertig zu werden. In der Gesamtschau seien diese Symptome jedoch nicht so stark, dass sie den Kriterien einer depressiven Episode entsprechen wÄ¶rden; eine Verminderung der ArbeitsfÄ¶higkeit resultiere daraus nicht.

Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Hinsichtlich der Schmerzproblematik hielten die Experten fest, diese sei im Rahmen einer somatoformen SchmerzstÄ¶rung (ICD-10 F45.4) zu erfassen. Die Schmerzen, welche vom BeschwerdefÄ¶hrer als dauerhaft und schwerwiegend erlebt wÄ¶rden, hÄ¶tten keine organische Grundlage.

Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Ä ¶ Zur Psychogenese der Beschwerden Ä¶usserten sich die Gutachter dahingehend, dass der BeschwerdefÄ¶hrer mit der beruflichen Weiterbildung vermutlich Ä¶berfordert war und den Bagatellunfall zum legitimen Ausstieg aus der belastenden Situation nutzte. Dieser Vorgang wie auch das Aggravationsverhalten mit Ä¶bertriebener, dramatisierend-theatralischer Darstellung von Beschwerden, Vagheit der Schilderung und

zum Teil erheblicher Diskrepanz zwischen der Schilderung der Defizite und deren objektivierbarem Ausmass erschienen bewusstseinsfern und nicht intendiert. Auffallend sei beim Beschwerdeführer weiter die ausgesprochen geringe affektive Beteiligung bei der Schilderung der Beschwerden, was im Sinne einer "belle indifférence" zu verstehen sei. Auch liessen die zum Teil bizarr anmutenden Sensibilitäts- und Bewegungsstörungen, die durch keine strukturelle Läsion erklärt werden könnten, eine dissoziative Komponente vermuten, ohne dass es zu einem vollständigen Bild einer konversiven Störung komme.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Schliesslich hielten die beiden Gutachter zusammenfassend fest, der Beschwerdeführer weise weder Defizite noch psychiatrische Komorbiditäten auf, welche die Fähigkeit, eine zumutbare Willensanstrengung zur Überwindung der belastenden Sensationen zu erbringen, herabsetzen würden. Deshalb sei die Arbeitsfähigkeit aus rein psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

2.3.3. Ä Ä Die Privatgutachterin Dr. J. \_\_\_ besttigte vorab die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Urk. 19/1 S. 27), ebenso das Vorliegen dissoziativer Symptome und die im Gutachten der E. \_\_\_ erwähnten Verhaltensauffälligkeiten. Während die Gutachter der E. \_\_\_ aber nicht von einer vollständigen Konversionsstörung ausgingen, stellte Dr. J. \_\_\_ die Diagnose "nicht näher bezeichnete dissoziative Störung" gemäss ICD-10 F44.9. Zur Begründung ihrer Diagnose stützte sie sich u.a. auch auf die Resultate der neuropsychologischen Testung durch PD Dr. K. \_\_\_ (vgl. Urk. 19/2), bei welcher der Beschwerdeführer sehr eingeschränkte Leistungen im Bereich Konzentration und Gedächtnis zeigte. Hierzu ist anzumerken, dass PD Dr. K. \_\_\_ die Leistungen des Beschwerdeführers in diesem Bereich als deutlich unterhalb von Personen mit einer Hirnschädigung liegend und der Leistung von Personen mit erheblichem Schwachsinn entsprechend beurteilte. Das Ergebnis liege in deutlichem Widerspruch zum sonstigen Verhalten und lege zumindest den Verdacht auf eine Aggravation nahe. Zu weitgehend identischem Resultat war bereits lic. phil. L. \_\_\_, Fachpsychologe FSP, in seinem Teilgutachten zuhanden der E. \_\_\_ gelangt (vgl. Urk. 12/39/14). Mit diesen Aussagen der neuropsychologischen Experten befasste sich Dr. J. \_\_\_ nicht, was den Stellenwert ihrer Diagnose deutlich mindert. Ebenfalls fraglich ist die Diagnose "iatrogen induzierter schädlicher Gebrauch von Opioiden (ICD-10 F11.1)", die Dr. J. \_\_\_ mit der langjährigen Behandlung mit den Medikamenten Oxynorm und Oxycontin begründet (Urk. 19/1 S. 28). Laboruntersuchungen im Rahmen des Gutachtens der E. \_\_\_ ergaben nämlich, wie vorstehend erwähnt (vgl. Erw. 2.2.2), dass sich im Serum keine Hinweise auf Opiateinnahme zeigten, und auch die Serumspiegel für die Psychopharmaka Risperidon und Mirtazapin lagen weit unterhalb der Referenzwerte für die vom Beschwerdeführer angegebene Dosierung. Die Gutachter schlossen daraus, dass zumindest bezüglich der Medikamenteneinnahme einerseits von unrichtigen anamnestischen Angaben und andererseits von einer ungenügenden Medikamenten-Compliance ausgegangen werden müsse (Urk. 12/39/22 und Urk. 12/39/65). Auch auf diese Problematik geht Dr. J. \_\_\_ nicht ein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die depressive Symptomatik ordnet Dr. J. \_\_\_ unter der Diagnose "Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11)" ein (Urk. 19/1 S. 26). Sie widerspricht damit den Experten der E. \_\_\_, welche dieselben psychopathologischen Befunde in der Gesamtschau als nicht derart stark gewichtet, dass die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt wären (Urk. 12/39/67). Es liegt hier

offensichtlich eine unterschiedliche Einschätzung der vom Beschwerdeführer subjektiv geschilderten Symptome vor. Für eine erhöhte Plausibilität der Beurteilung durch die Gutachter der E.\_\_\_\_ spricht, dass diese im Rahmen einer polydisziplinären Untersuchung im Konsens sämtlicher beteiligten Fachärzte erfolgte, während es sich beim Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ um ein monodisziplinäres Fachgutachten handelt. Hinzu kommt, dass Dr. J.\_\_\_\_ gewisse, im Gutachten der E.\_\_\_\_ berücksichtigte Befunde wie die vorstehend erwähnte fragliche Medikamenten-Compliance, die nicht validen neuropsychologischen Testergebnisse oder das teilweise inkonsistente klinische Störungsbild (z.B. mit keiner neurologischen Störung übereinstimmende Sprechstörung oder Heirat mit beruflich hochqualifizierter Frau trotz angegebenem sozialem Rückzug; vgl. dazu Urk. 12/39/67) ausser Acht liess und sich vollumfänglich auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers sowie seiner behandelnden Psychiaterin Dr. C.\_\_\_\_ verliess, ohne dieses kritisch zu hinterfragen, was sich angesichts des äusserst auffälligen Krankheitsverlaufs aufgedrängt hätte. In diesen Zusammenhang gehören auch die nicht überzeugenden Erklärungsversuche von Dr. J.\_\_\_\_, wonach eine mögliche Ursache des Zusammenbruchs des Beschwerdeführers in traumatischen Familieneignissen, wie in der Enteignung und dem sozialem Absturz seiner im Grossindustriellen-Milieu anzusiedelnden Familie nach dem zweiten Weltkrieg (vgl. Urk. 19/1 S. 2 und S. 25), liegen könnte. Im Gegensatz dazu stehen die Aussagen des Beschwerdeführers selber, der nur von positiven Kindheitserinnerungen spricht (Urk. 19/1 S. 22). Nicht erklärt wird mit der von der Gutachterin beigezogenen biographischen Entwicklung namentlich, weshalb sich die angeblichen frühkindlichen Traumatisierungen während der ersten 15 Aufenthaltsjahren in der Schweiz nicht negativ ausgewirkt haben und erst seit bzw. wegen des Bagatellunfalls vom 18. April 2002 ursächlich für die heutigen Probleme sein sollen.

#### 2.4.

2.4.1.1. Nach dem Gesagten vermögen die seitens des Beschwerdeführers wie der Privatgutachterin Dr. J.\_\_\_\_ gegen das Gutachten der E.\_\_\_\_ erhobenen Einwendungen nicht zu überzeugen und das Gutachten nicht zu entkräften. Es bleibt somit dabei, dass die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aufgrund der zervikozephalen Schmerzsymptomatik für jede leichte bis mittelschwere Tätigkeit im Umfang von maximal 30 % eingeschränkt ist. Weitere Einschränkungen, insbesondere aus psychiatrischer Sicht, sind nicht ausgewiesen.

2.4.2.1. Zur Frage früherer Arbeitsunfähigkeiten hielten die Gutachter der E.\_\_\_\_ fest, da seit Juni 2004 keine Verlaufsberichte mehr vorlägen, sei dies schwierig zu beurteilen. Angesichts des Bagatelltraumas müsste allerdings angenommen werden, dass bereits in einem viel früheren Zeitpunkt die nötige Willensanstrengung zur Reintegration hätte verlangt werden können bzw. bei natürlichem Verlauf hätte es gar nie zu einer anhaltenden Arbeitsunfähigkeit kommen sollen (Urk. 12/39/23). Dieser Einschätzung stehen der Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2003 (Urk. 12/7/12-22) sowie die Berichte von Dr. C.\_\_\_\_ entgegen. Beide, Dr. C.\_\_\_\_ selbst über Jahre (vgl. Urk. 7/10 und 7/12), attestierten als zumindest teilkasale Unfallfolge eine schwere Anpassungsstörung (ICD-10 F43.22) mit 100%iger Arbeitsunfähigkeit. Ein Kriterium für die Vergabe dieser Diagnose gemäss ICD-10 ist das Vorhandensein eines belastenden Ereignisses, und es müssen überzeugende Gründe dafür sprechen, dass die Störung ohne die Belastung nicht aufgetreten wäre. Angesichts des bagatellären Charakters des Unfalles

Überzeugt die Diagnose einer schweren Anpassungsstörung nicht, zumal es gemäss ICD-10 auch keine Unterscheidung in Schweregrade gibt, sondern lediglich nach dem klinischen Bild differenziert wird. Aus diesen Gründen kann auf die früheren Arbeitsfähigkeits-Beurteilungen von Dr. B. \_\_\_ und Dr. C. \_\_\_ nicht abgestellt werden.

3. Mit der Beschwerdegegnerin (vgl. Urk. 2 S. 3) ist also davon auszugehen, dass spätestens nach Ablauf eines Jahres seit dem Unfallereignis keine rentenbegründende Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit mehr bestand, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

4. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt David Husmann

- 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.