

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00934 vom 18. Februar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-02-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00934

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00934 du 18 février 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00934 del 18 febbraio 2011

Erwägungen

E. 1

1.1. Im verwaltungsgerichtlichen Beschwerdeverfahren sind grundsätzlich nur Rechtsverhältnisse zu überprüfbar beziehungsweise zu beurteilen, zu denen die zuständige Verwaltungsbehörde vorgängig verbindlich - in Form einer Verfügung - Stellung genommen hat. Insoweit bestimmt die Verfügung den beschwerdeweise weiterziehbaren Anfechtungsgegenstand. Umgekehrt fehlt es an einem Anfechtungsgegenstand und somit an einer Sachurteilsvoraussetzung, wenn und insoweit keine Verfügung ergangen ist (BGE 131 V 164 E. 2.1; 125 V 413 E. 1a S. 414). Nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts (EVG) kann das verwaltungsgerichtliche Verfahren aus prozessökonomischen Gründen auf eine ausserhalb des Anfechtungsgegenstandes, d.h. ausserhalb des durch die Verfügung bestimmten Rechtsverhältnisses liegende spruchreife Frage ausgedehnt werden, wenn diese mit dem bisherigen Streitgegenstand derart eng zusammenhängt, dass von einer Tatbestands Gesamtheit gesprochen werden kann, und wenn sich die Verwaltung zu dieser Streitfrage mindestens in Form einer Prozessklärung geäussert hat (BGE 130 V 503, 122 V 36 Erw. 2a mit Hinweisen).

1.2. Mit der angefochtenen Verfügung vom 26. August 2009 entschied die IV-Stelle lediglich über den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 2). Bezüglich berufliche Massnahmen fehlt es mithin am erforderlichen Anfechtungsgegenstand. Dem Beschwerdeführer ist zwar insofern zuzustimmen, dass die Akten der Invalidenversicherung darauf hindeuten, dass diese nicht von sich aus beabsichtigte, eine Verfügung betreffend berufliche Massnahmen zu erlassen (vgl. Feststellungsblatt für den Beschluss vom 27. August 2009 [Urk. 8/110/4] und Abklärung berufliche Eingliederung vom 22. Mai 2008 [Urk. 8/79]) aber andererseits liess dies der Beschwerdeführer auch nie explizit - eventuell sogar unter Hinweis auf Rechtsverweigerung - rügen.

In ihrer Vernehmlassung führt die Beschwerdegegnerin zwar aus, ein Anspruch auf berufliche Massnahmen sei nicht gegeben (Urk. 7 S. 3 Ziff. 5). Gleichzeitig gibt sie aber zu bedenken, dass dazu verfahrensweise nicht Stellung genommen wurde, weshalb korrekterweise im Hauptantrag nicht auf die Beschwerde einzutreten sei (Urk. 7 S. 4). Weil sich damit die Beschwerdegegnerin gegen eine Ausdehnung des Streitgegenstandes ausspricht, bei welcher es sich im übrigen nicht um eine Pflicht, sondern lediglich um eine prozessuale Befugnis des Sozialversicherungsrichters handelt (Urteil des Bundesgerichts vom 14. September 2009, 9C_599/2009 Erw. 2.2) und namentlich auch unter Berücksichtigung des Aspekts, dass dem Beschwerdeführer eine Beschwerdeinstanz verloren gehen würde, ist vorliegend auf den Antrag auf Zusprechung

von beruflichen Massnahmen nicht einzutreten.

E. 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 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).

2.2 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).

2.3 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).

2.4 Die seit 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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; Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

2.6 Der Einkommensvergleich gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) in Verbindung mit Art. 16 ATSG hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Der Invaliditätsgrad ist durch Prozentvergleich zu ermitteln, wenn Validen- und Invalideneinkommen sich nicht hinreichend genau oder nur mit unverhältnismässig grossem Aufwand bestimmen lassen und in letzterem Fall zudem angenommen werden kann, die Gegenüberstellung der nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände geschätzten, mit Prozentzahlen bewerteten hypothetischen Einkommen ergebe ein ausreichend zuverlässiges Resultat. Diese Berechnungsweise ist insbesondere anwendbar, wenn die konkreten Verhältnisse so liegen, dass die Differenz zwischen Validen- und Invalideneinkommen die für den Umfang des Rentenanspruchs massgebenden Grenzwerte von 70, 60, 50 und 40 Prozent (Art. 28 Abs. 2 IVG) eindeutig über- oder unterschreitet (BGE 104 V 135 Erw. 2b S. 137; Urteil des Bundesgerichts vom 23. März 2010, 9C_100/2010, Erw. 2.1 mit Hinweis).

E. 3

3.1.1. X. ___ hielt sich - im Nachgang zum Unfall vom 6. Februar 2007 - von 7. Mai bis 4. Juni 2007 zur Rehabilitation in der '___' Klinik B. ___ auf. Mit Austrittsbericht vom 22. Juni 2007 wurde ein chronisches cervikospondylogenes Schmerzsyndrom, linksbetont, mit/bei Differentialdiagnose (DD): cervikoradikuläres Schmerzsyndrom C8, Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (HWS) am 6. Februar 2007 und mehrsegmentalen degenerativen Veränderungen C4-7, Irritation der Nervenwurzel C8 links möglich (MRI HWS vom 8. Februar 2007), anamnestisch rezidivierende Angstzustände, DD: Panikattacken und ein Status nach Hemilaminektomie L5/S1 am 15. April 2004 diagnostiziert (vgl. Operationsbericht [Urk. 8/70/57]; Urk. 8/62/9). Die mittels formaler neuropsychologischer Untersuchungen erhobenen Minderleistungen (schwankende Leistungen im Bereich Aufmerksamkeit mit erhöhter Störbarkeit, verminderter Fehlerkontrolle, verkürzter Konzentrationsspanne und schwankenden Reaktionsfähigkeiten; verkürzte Erfassungsspanne, deutlich erschwertes Lernen und Verminderung der mittelfristigen Behaltensleistungen im Bereich Ämnestische Prozesse bei knapp ausreichendem kurzfristigem Behalten; im Bereich problematisches Denken testabhängig leicht schwankende Handlungsplanung und leicht reduziertes Abstraktionsvermögen bei unauffälliger kognitiver Flexibilität; keine Auffälligkeiten bezüglich visueller Wahrnehmung) seien keine fokalen Befunde, sondern Ausdruck einer psychischen Überlagerung, was mit einem Pseudotestverfahren objektiviert worden sei. Aus klinisch-psychologischer Sicht sei die schmerz- und beschwerdeverursachte Ablenkbarkeit des Patienten aktuell noch zu hoch für eine verwertbare Arbeitsleistung (Urk. 8/62/11), dieser sei bis 29. Juli 2007 zu 100 % krankgeschrieben. Die Arbeitsfähigkeit besitze jedoch Steigerungspotential (Urk. 8/62/12).

3.2. In der Folge wurde X. ___ am 11. Juli 2007 von SUVA-Kreisarzt Dr. med. C. ___, Facharzt FMH für Chirurgie, untersucht, wobei dieser gleichentags festhielt, das geschilderte Beschwerdebild entspreche etwa dem von der '___' Klinik B. ___ beschriebenen. Das vom Versicherten angeführte Hinzukommen neuer Symptome sei vereinbar mit einer Symptomausweitung, welche aufgrund der fehlenden traumatisch bedingten strukturellen Läsionen auf organischer Ebene nicht erklärt werden könne. Organisch imponiere eine verspannte Muskulatur der kranialen Trapeziusanteile beidseits sowie eine leichte Einschränkung der Rotation nach links (Urk. 8/91/36).

3.3. Am 8. Mai 2008 nannte Dr. med. D. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, zuhanden der IV-Stelle im Wesentlichen dieselben Diagnosen wie die Ärzte der '___' Klinik B. ___, ausserdem ein chronisch rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei/mit Status nach Diskushernienoperation mit Hemilaminektomie L5/S1 sowie ein ausgeprägtes Hypermobilitätssyndrom bei Verdacht auf Panikattacken. Der Patient sei seit dem Unfall vom 6. Februar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Er leide unter multiplen wechselnden Beschwerden von wechselnder Lokalisation und Ausbreitung, es beständen deutliche Ausweitungstendenzen (Urk. 8/71/8-9). Bereits am 20. September 2007 hatte Dr. D. ___ mit Zwischenbericht an die SUVA festgehalten, dass keine peripheren neurologischen Defizite beständen (vgl. Urk. 8/70/65). Die Prognose sei nicht massgeblich vom somatischen, sondern vom psychiatrischen Befund abhängig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Es bestehe Fahrtauglichkeit. Er empfehle eine erneute interdisziplinäre Beurteilung (Urk.

8/71/10-11). Aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu präferieren (Urk. 8/71/12). Einer Aktennotiz der IV-Stelle (Telefonat zwischen Dr. D. ___ und Dr. med. E. ___, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst [RAD]) vom 13. Mai 2008 ist zu entnehmen, dass der Patient aus Sicht Dr. D. ___s für alle Lagerarbeiten mit Gewichten nicht über 20 kg voll einsatzfähig sei (Urk. 8/72).

3.4 Dr. med. F. ___, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, der den Beschwerdeführer am 17. Juni 2008 untersucht hatte, stellte mit Bericht vom 18. Juni 2008 an Dr. med. G. ___, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, die Diagnosen eines chronifizierten cervical betonten Panvertebralsyndroms mit/bei Status nach HWS-Kontusions-/Distorsionstrauma anamnestisch, Status nach Diskushernienoperation L5/S1 2004, Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung/somatoforme Schmerzstörung, einer psychogenen Insomnie anamnestisch und funktioneller Abdominalbeschwerden anamnestisch. Die Hauptbeschwerden bestanden in anhaltenden Nackenschmerzen, die sich bei jeder Bewegung verstärkten, mit Linderung lediglich im Liegen, dazu Ameisenlaufen nuchal, teils messerstichartig einschneidenden Schmerzen beim Schlucken und beidseitigen Gefühlsstörungen ulnaseitig mit Ausstrahlung bis in die Finger IV und V beidseits (Urk. 8/85/1). Die Schmerzangaben während der Untersuchung seien bisweilen inadäquat imponierend. Der Patient präsentiere sich zusammenfassend mit einem vollständig chronifizierten und auch überlagernd wirkenden, aktuell cervical betonten Panvertebralsyndrom. Diverse ambulante und stationäre Therapiebemühungen hätten offenbar nicht gefruchtet. Aufgrund dieser Anamnese mit einer praktisch sicher zusätzlich vorliegenden Schmerzverarbeitungsstörung (wobei er den Verdacht auf das Vorliegen einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung nach einer weiteren Untersuchung vom 30. Oktober 2008 wiederholte [vgl. Urk. 8/91/41]) sei er pessimistisch, dass noch relevante therapeutische Besserungen zu erreichen seien (auch wenn er die umfangreichen Akten nicht überblicke; Urk. 8/85/2).

3.5 Der X. ___ seit 8. Juni 2007 behandelnde Psychiater Dr. med. H. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte am 17. Juli 2008 zuhanden der IV-Stelle eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22). Er habe eine kognitiv verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie und eine antidepressive Medikation eingeleitet und leite den Patienten in der Schmerzbewältigung und Förderung vorhandener Ressourcen an (Urk. 8/83/2-3). Dessen Gesundheitszustand sei besserungsfähig, zurzeit (seit 6. Februar 2007) bestehe keine Fahrtauglichkeit und damit volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. In einer angepassten Tätigkeit könne der Patient seit Juni 2007 20 Wochenstunden leisten (Urk. 8/83/4-5). In den ersten Behandlungsmonaten sei es zu einer kontinuierlichen Besserung der psychischen Beschwerden gekommen, Ende 2007 habe der Versicherte nur noch über Schulerschmerzen geklagt, die Konzentration sei deutlich verbessert und der Patient vermehrt wieder sozial aktiv gewesen. Im Januar 2008 sei unvermittelt eine deutliche Verschlechterung eingetreten, wiederum hätten Klagen über Angst und Konzentrationsstörungen im Vordergrund gestanden. Im weiteren Verlauf sei keine Verbesserung mehr eingetreten, die Befindlichkeit sei konstant schlecht geblieben. Die Beschwerden würden subjektiv konstant als maximal taxiert, der Patient zeige eine Tendenz zur Katastrophisierung und dessen Erwartungshaltung sei negativ. Bei einer Verbesserung der psychopathologischen Befunde (besonders Angst und Konzentration)

wäre die Fahreignung wieder gegeben und eine Anstellung in der bisherigen Tätigkeit als Chauffeur möglich (Urk. 8/83/7).

3.6 Nach Vorliegen der Resultate der nach einer ersten Konsultation vom 21. November 2008 veranlassten bildgebenden Untersuchungen (MRI der HWS und der Lendenwirbelsäule [LWS]; vgl. Urk. 8/91/61; Urk. 8/91/67) wurde X. am 9. Januar 2009 erneut in der Wirbelsäulensprechstunde der Klinik J. untersucht, wobei Dr. med. I., Facharzt für Neurochirurgie, Dr. D. am 14. Januar 2009 erklärte, es liege ein chronisches Cervicalsyndrom, eine chronische Lumboischialgie rechts und ein Status nach Discushernienoperation L5/S1 rechts 2004 vor. Ein morphologisches Korrelat, welches die Beschwerden des Patienten erklären, liege nicht vor. Die Schmerzen seien eher unspezifischer oder muskulärer Natur. Letztendlich verbleibe X. nur die Durchführung einer Schmerztherapie (Urk. 8/91/62-63).

3.7 Die rheumatologische Fachärztin Dr. Z. untersuchte den Versicherten am 8. Januar 2009 und diagnostizierte mit Gutachten vom 5. Februar 2009 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit was folgt (Urk. 8/91/25):

panvertebrale Schmerzen bei

- jetzt klinisch keine radikale Zeichen

- mit degenerativen Veränderungen der HWS mit

- links foraminal nach intraforaminal reichende Diskusprotrusion C6/C7 mit knapp Kontakt zur Nervenwurzel C7 intraforaminal

- rechts nach intraforaminal reichende Diskusprotrusion C4/C5 und C6/C7 mit allenfalls knapp Kontakt zur Nervenwurzel ohne sichere Kompromittierung (MRI 01/2009; vgl. Urk. 8/91/61)

- Status nach HWS-Distorsion links bei Unfall am 6. Februar 2007

- lumbospondylogenes Syndrom rechts bei

- Status nach mikrochirurgischer Dekompression L5/S1 rechts am 15. April 2004 wegen eines lumboradikulären sensomotorischen Ausfallsyndroms S1 rechts bei einer mediolateralen Diskushernie L5/S1 rechts mit Nervenwurzelkompression S1 rechts

- degenerative Veränderungen der LWS mit L5/S1 mediolateral rechts ausladende Diskusprotrusion ohne Nervenwurzelkompression (MRI LWS 01/2009; vgl. Urk. 8/91/61)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die Medikamenten-Noncompliance und der Vitamin-D-Mangel (Urk. 8/91/25). Aufgrund der Beschwerden, klinischen Befunde und bildgebenden Resultate könne der Explorand keine Tätigkeit ausüben, die stark rückenbelastend sei. In der Dolorimetrie seien sämtliche Tender Points pathologisch wie auch alle Kontrollpunkte. Sanfte Berührungen würden bereits als Schmerzen interpretiert. Eine Fibromyalgie bestehe nicht, da die Kontrollpunkte pathologisch seien. Die Angaben des Beschwerdeführers bezüglich Medikamentengebrauch seien (verglichen mit den Angaben seiner Krankenkasse) ungenau. Bei im Blut nicht nachweisbaren Medikamenten sei er nicht ausreichend therapiert (Urk. 8/91/26). Bei HWS-Problemen am thorakolumbalen Übergang seien Arbeiten mit repetitiven Rotationsbewegungen des Oberkörpers zu meiden. Das längere Verharren in vornüber geneigter Haltung, stehend oder sitzend, sei

zu vermeiden. Ebenso seien unerwartete, asymmetrische Lasteinwirkungen auszuschliessen. Günstig seien wechselbelastende Tätigkeiten. Wegen den HWS-Beschwerden könne X. keine Überkopparbeiten ausüben und nur bis zu 25 kg heben oder tragen (mittelschwere Tätigkeit). Als Chauffeur könne er arbeiten, sofern er dabei keine Überkopparbeit leisten müsse. Unfallbedingt sei er bis 31. Dezember 2007 nicht arbeitsfähig gewesen, seither sei er es für eine adaptierte Tätigkeit zu 100 % (Urk. 8/91/27).

3.8. Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. A. vom 9. Februar 2009, das auf einer Untersuchung und testpsychologischen Befunden vom 15. Januar 2009 beruht, sind keine psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, und ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit jene einer leichten Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt (ICD-10 F43.22) zu entnehmen. Den Angaben des Exploranden zufolge sei es etwa drei Monate nach dem Unfall zur Entwicklung der Anpassungsproblematik mit Nervosität, Überempfindlichkeit, Schlafstörungen und sozialem Rückzug gekommen. Während der Untersuchung habe sich dieser vorwiegend klaglos und jammerig präsentiert, wobei weiterhin eine negative Erwartungshaltung zu eruieren gewesen sei. Während der Testuntersuchungen seien die Beschwerden als maximal taxiert worden und damit hätten sich eine stark erhöhte depressive Symptomatik sowie stark unterdurchschnittliche Konzentrations- und Sorgfaltsleistungen ergeben (Urk. 8/92/7), die mit den objektiven Befunden überhaupt nicht übereinstimmten. Objektiv seien keine mnestischen Störungen inklusive Konzentrationsstörungen feststellbar und die Stimmungslage leicht bedrückt gewesen, dies bei erhaltener Schwingungsfähigkeit. Der Explorand habe während der Untersuchung in psychopathologischer Hinsicht objektiv nur leichte formale Denkstörungen sowie leichte Depressivität und initiale Unsicherheit aufgewiesen, welche auf die leichte Anpassungsstörung mit Angst und Depression gemischt zurückzuführen seien, die jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht einschränke. Der Versicherte sei aus psychiatrischer Sicht als Chauffeur und für jegliche andere Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Schichtarbeiten seien ihm aufgrund der Anpassungsstörung nicht zu empfehlen (Urk. 8/92/8).

3.9. Am 30. April 2009 erklärte Dr. H. Rechtsanwältin Yolanda Schweri, er revidiere nun die früher gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion (ICD-10: F43.22) nach dem über zweijährigen Verlauf. Dieser und die aktuelle Symptomatik legten heute eine Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Störungen (ICD-10: F45.x) nahe. Bei der letzten Konsultation vom 25. März 2009 habe sich beim Patienten eine motorische Unruhe, Nervosität, ein stark verminderter Antrieb, beträchtliche Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit gezeigt, dieser sei affektiv deprimiert gewesen und habe über diffuse Ängste geklagt. Aufgrund der psychiatrischen Befunde erachte er ihn aktuell als Lastwagenfahrer als arbeitsunfähig (Urk. 8/102).

3.10. Dr. Z. wiederholte am 16. Mai 2009 in ihrer Stellungnahme an die IV-Stelle, dass dem Exploranden die angestammte Tätigkeit als Chauffeur zumutbar sei, sofern er dabei keine Überkopparbeit leisten müsse. Als Chauffeur habe er stets die Gelegenheit, bei Bedarf kurz eine Pause einzulegen, falls er eine lange Strecke fahren müsse. Falls der behandelnde Psychiater den Beschwerdeführer als Unfallfahrer einstufen würde, hätte er dies zwingend dem Strassenverkehrsamt melden müssen, was jedoch

nicht geschehen sei (Urk. 8/107). Dr. A. ___ hielt mit Stellungnahme vom 17. Juli 2009 an die IV-Stelle fest, für die Beurteilung aus psychiatrischer Sicht seien arbeitsbezogene Defizite wie die Konzentrationsfähigkeit, Flexibilität, formales Denken, Ausdauer und Antrieb massgebend. Der Explorand habe während der Untersuchung objektiv keine Einschränkungen in diesen Bereichen gezeigt. Eine somatoforme Schmerzstörung nach den ICD-10 Kriterien könne nicht diagnostiziert werden. Auch sei diesem die Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzen zumutbar. Zum Zumutbarkeitsprofil als Lastwagenchauffeur führte er aus, dass der Explorand objektiv keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite und keine Antriebsstörung aufweise. Es seien auch keine anderen Tatbestände eruierbar, welche die Fahrtauglichkeit des Beschwerdeführers beeinträchtigen. Er könne dem Befund Dr. H. ___s vom 30. April 2009 nicht widersprechen und er zweifle nicht an dessen Beurteilung, da es nicht auszuschliessen sei, dass sich der psychische Zustand des Exploranden nach der Abweisung seiner Begehren durch die IV reaktiv verschlechtert habe. Die beschriebene Symptomatik spreche aber eher für die Verschlechterung der Anpassungsproblematik (Urk. 8/109).

E. 4

4.1     Es ist zwischen den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den Akten, dass der Versicherte aus rheumatologischer Sicht an einem panvertebralen Syndrom bei im Wesentlichen fehlenden radikulären Zeichen, degenerativen Veränderungen der HWS und einem lumbospondylogenen Syndrom rechts leidet und insbesondere dadurch im Nachgang an den Unfall vom 6. Februar 2007 bis zum 31. Dezember 2007 in seiner Arbeitsfähigkeit als Chauffeur eingeschränkt gewesen war. Währenddem die IV-Stelle im Wesentlichen gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten Dr. Z. ___s und Dr. A. ___s vom 5./9. Februar 2009 davon ausgeht, dass er seit 1. Januar 2008 - und damit vor Ablauf der einjährigen Wartefrist - in seiner angestammten Tätigkeit wieder voll arbeitsfähig gewesen sei (Urk. 2), ist X. ___ insbesondere unter Bezugnahme auf seinen behandelnden Psychiater Dr. H. ___ und den Austrittsbericht der '___' Klinik B. ___ der Ansicht, dass seine vormalige Tätigkeit als Chauffeur nicht dem von den Ärzten formulierten Zumutbarkeitsprofil entspreche und es ihm mittels beruflicher Massnahmen zu ermöglichen sei, eine adaptierte Tätigkeit auszuüben. Anschliessend seien Eingliederungsmassnahmen wie Hilfe bei der Stellensuche erforderlich. Sollten diese Massnahmen scheitern respektive sollte sich in einem Arbeitsversuch erweisen, dass aufgrund seiner chronifizierten gesundheitlichen Beeinträchtigungen keine oder keine volle Arbeitsfähigkeit mehr erreicht werden könne, wäre anschliessend eine Berentung zu prüfen (Urk. 1).

4.2     Bei dem der angefochtenen Verfügung durch die IV-Stelle zugrunde gelegten bidisziplinären Gutachten vom 5. /9. Februar inklusive Stellungnahmen vom 16. Mai und 17. Juni 2009 handelt es sich um ein für die strittigen Belange umfassendes, schlüssiges und vollständiges Gutachten. Es beruht auf den Untersuchungen durch die Rheumatologin Dr. Z. ___ (Urk. 8/91) und den Psychiater Dr. A. ___ (Urk. 8/92) sowie auf einer Konsensbeurteilung der erwähnten Ärzte (Urk. 8/92/8-11). Die Vorakten, die oben in Erw. 3 auszugsweise zitiert sind, sowie die persönlichen Aussagen des Versicherten wurden umfassend berücksichtigt und gewürdigt (Urk. 8/91/2-17; Urk. 8/92/2-5). Auch die medizinische Situation ist einleuchtend und im Wesentlichen widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (vgl. insbesondere Urk. 8/91/26-27; Urk. 8/92/7-11). Das Gutachten erfüllt somit

grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage (vgl. oben Erw. 2.6).

4.3.4 Am Beweiswert dieses Gutachtens respektive dieser Teilgutachten vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die teilweise anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nichts zu ändern. Es sind den medizinischen Akten keine Diagnosen zu entnehmen, die im Gutachten keine Berücksichtigung gefunden hätten. Soweit es sich um die vom Rheumatologen und Internisten Dr. F. ___ diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung handelt, ist daran zu erinnern, dass eine solche zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gehört, wobei sie psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beinhaltet. Sie stellt lediglich eine Verhaltensauffälligkeit, aber nie ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2009, 8C_567/2009, Erw. 5). Was die erstmals durch den Rheumatologen Dr. F. ___ gestellte Verdachtsdiagnose der somatoformen Schmerzstörung, zu der der behandelnde Psychiater Dr. H. ___ seit seinem Bericht vom 30. April 2009 zu tendieren scheint (Ärztliche Diagnose aus dem Formenkreis der somatoformen Schmerzstörung), so kann nicht beim Vorliegen lediglich einer Verdachtsdiagnose bereits eine psychische Einschränkung aufgrund einer Somatisierungsstörung angenommen werden, wie dies der Versicherte verlangt. Ferner begründet Dr. H. ___ seine - nach zweijährigem Verlauf geänderte - Diagnoseerhebung nicht weiter, wohingegen Dr. A. ___ nachvollziehbar ausführte, wieso das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung ausgeschlossen werden kann: es seien bei X. ___ keine unbewussten emotionalen Konflikte beziehungsweise seelischen Schmerzen mit Projektion auf die körperliche Ebene vorhanden, diesem sei seine belastende psychosoziale Situation bewusst, was denn auch zur Diagnose der Anpassungsstörung geführt habe. Was die ursprünglich vom behandelnden Psychiater Dr. H. ___ gestellte Diagnose einer Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt anbelangt, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung von Dr. A. ___ bestätigt werden konnte, ist darauf hinzuweisen, dass eine Anpassungsstörung in der Regel keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermag und im Lichte der klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren ist, was überhaupt noch als krankheitswertiges, potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C_636/2007, Erw. 3.2.3) und dasselbe auch für Angst und depressive Störung, gemischt gilt (Urteil des Bundesgerichts vom 27. April 2007, I 164/06 Erw. 3).

4.3.5 Bezüglich der von der Beurteilung gemäss bidisziplinärem Gutachten Dr. Z. ___s/Dr. A. ___s abweichenden Einschätzungen behandelnder Ärzte (namentlich Dr. H. ___) ist in grundsätzlicher Weise zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Den divergierenden psychiatrischen Stellungnahmen zur Arbeitsunfähigkeit - auf der einen Seite des behandelnden Psychiaters Dr. H. ___ und auf der anderen Seite des begutachtenden Psychiaters Dr. A. ___ - scheinen im Übrigen unterschiedliche Krankheitsbegriffe

zugrunde zu liegen. Das in der praktischen medizinischen Behandlung massgebende bio-psycho-soziale Krankheitsmodell, das psychosoziale und soziokulturelle Faktoren wie vorliegend insbesondere die Zukunftsängste aufgrund der unsicheren finanziellen Situation und das Gefühl von Wertlosigkeit wegen Verlusts der Rolle als Ernährer miteinbezieht - was in einer therapeutischen Beziehung durchaus Sinn macht - ist weiter gefasst als der für die invaliditätsrechtliche Beurteilung heranzuziehende Begriff der gesundheitlichen Beeinträchtigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 11. Mai 2010, 9C_246/2010 Erw. 2.2.1, vom 30. März 2010, 8C_706/2009, Erw. 5.2, und des EVG vom 12. September 2005, I 430/05 Erw. 2.2, je mit Hinweisen). Auf den Austrittsbericht der '___' Klinik B. ___ kann bezüglich Arbeits(un)fähigkeitseinschätzung von vornherein nicht abgestellt werden, da dieser eine solche lediglich für die Zeit des Aufenthalts und die darauffolgenden eineinhalb Monate vornimmt. Dasselbe gilt für die Berichte des SUVA-Kreisarztes Dr. C. ___, des Rheumatologen Dr. F. ___ und Dr. I. ___ von der Wirbelsäulensprechstunde der Klinik J. ___, die überhaupt keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgaben.

Der Beschwerdeführer stützt die Einschränkung seiner Fahrtauglichkeit und damit seine Arbeitsunfähigkeit in angestammter Tätigkeit im Wesentlichen auf die in der '___' Klinik B. ___ festgestellten neurologischen Einschränkungen. Die Beweiskraft der neuropsychologischen Befunde im Austrittsbericht der '___' Klinik B. ___ wird jedoch insoweit geschmälert, als es sich bei den untersuchenden Fachpersonen nicht um medizinische (psychiatrische) Fachpersonen handelte beziehungsweise neuropsychologische Untersuchungsergebnisse nur insoweit bedeutsam sind, als sie sich in die anderen (interdisziplinären) Abklärungsergebnisse schlüssig einfügen (vgl. BGE 119 V 335 Erw. 2b/bb; RKUV 2000 Nr. U 395 S. 316; ferner etwa Urteil des Bundesgerichts vom 17. November 2006, I 542/05, Erw. 4.1). Ferner wurden diese neurologischen Einschränkungen mit Bericht vom 22. Juni 2007 und damit wenige Monate nach dem Unfall erhoben und obendrein mitten in einer Phase, in der die IV-Stelle bereits eine volle Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt (ab Unfall bis 31. Dezember 2007). Dr. A. ___ konnte bei der Untersuchung des Versicherten keine Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite oder eine Antriebsstörung objektivieren, lediglich eine leichte formale Denkstörung habe sich gezeigt. Der durch Dr. H. ___ - der den Akten zufolge als einziger explizit die Fahrtauglichkeit von X. ___ verneint - am 30. April 2009 beschriebene Zustand des Beschwerdeführers während der letzten Konsultation (motorische Unruhe, Nervosität, verminderter Antrieb, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, affektiv deprimiert mit diffusen Ängsten) wird von Dr. A. ___ nachvollziehbar als Reaktion auf den rentenablehnenden Vorbescheid der IV-Stelle vom 20. Februar 2009 sowie als Verschlechterung der Anpassungsproblematik gewertet. Zu Recht weisen Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ darauf hin, dass Dr. H. ___ eine von ihm festgestellte Fahrtauglichkeit wohl den Behörden gemeldet hätte. Nach dem Gesagten ist mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (der bedeutet, dass die bloße Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts den Beweisanforderungen nicht genügt, sondern das Gericht vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung folgt, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S.360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.) davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner Fahrtauglichkeit nicht eingeschränkt ist.

5. Ausgangsgemäss wärden die Kosten des Verfahrens vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Angesichts der speziellen Umstände (vgl. Ziff. 2 und Erw. 1.2 und 4.4) ist vorliegend davon abzusehen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2. Nach Eintritt der Rechtskraft werden die Akten der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum weiteren Vorgehen im Sinne von Erwägung 4.4 überwiesen.

3. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Yolanda Schweri

- 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 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.