

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00524 vom 16. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00524](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00524)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00524 du 16 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00524 del 16 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1.1.1. 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).

### E. 1.2

1.2.1.1. 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 könnte; 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 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.2.2.1. Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet 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, so: 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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 (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.3.1. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.4. Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

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 E. 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 prüfen 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 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011).

??????? Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c).

## **E. 2**

2.1.??? Streitig und zu beurteilen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente.

2.2.???? Die Beschwerdegegnerin erwog, dass der Beschwerdeführer gemäss der Aktenbeurteilung von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ nach Ablauf der einjährigen Wartefrist im Januar 2009 für jegliche Tätigkeit wieder zu 100 % arbeitsfähig sei, weshalb kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung bestehe. In ihrer Vernehmlassung vom 21. Juni 2011 betonte die Beschwerdegegnerin, der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ habe zu Recht auf ein willentlich überwindbares, nicht invalidisierendes Leiden geschlossen (Urk. 9).

2.3.???? Demgegenüber macht der Beschwerdeführer geltend auf das eingeholte psychiatrische Gutachten von Dr. B. \_\_\_ vom 27. September 2010 (Urk. 10/75/1-11) geltend, er sei von März 2008 bis Juli 2010 zu 50 % arbeitsunfähig gewesen und sei ab August 2010 andauernd zu 40 % arbeitsunfähig. Auf die anderslautende Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ könnte nicht abgestellt werden (Urk. 1).

### E. 3.1

3.1.1?? In dem auf medizinischen Vorakten sowie eigenen Untersuchungen vom 11. und 19. August 2010 beruhenden interdisziplin?ren (psychiatrisch-rheumatologischen) Gutachten hielten die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01) fest. Als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit nannten sie posttraumatische Alptr?ume (ICD-10 F51.5). Aus rein rheumatologischer Sicht verneinte die Teilgutachterin Dr. C.\_\_\_\_ Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit und gab als ?rheumatologische Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit? ausgedehnte chronische Schmerzen an.

???????? Die Teilgutachterin Dr. C.\_\_\_\_ hielt in ihrem internistisch-rheumatologischen Teilgutachten vom 28. August 2010 als wesentliche Befunde zusammenfassend einen BMI von 29,7 kg/m<sup>2</sup> und eine um ein Drittel eingeschr?nkte Beweglichkeit der LWS in der Lateralflexion beidseits fest. Die Gutachterin f?hrte aus, die Umf?nge der oberen und unteren Extremit?t seien symmetrisch und die Schiefhaltung des Halses sowie das gest?rte Bewegungsmuster des rechten Armes und des rechten Beines h?tten sich unter Ablenkung normalisiert. Der Autounfall vom 3. Januar 2008 habe keine erkennbaren k?rperlichen Folgen beim Beschwerdef?hrer hinterlassen. Beide Knie seien normal beweglich und alle drei an den Beinen gemessenen Umf?nge symmetrisch, auch die Beinmuskulatur sei beidseits kr?ftig. Eine jahrelange Schonung der Beinmuskulatur habe daher nicht stattgefunden. Die zur Untersuchung getragene Bandage um das rechte Knie werde (wohl) vor allem bei Arztbesuchen getragen, weil die Beine beidseits ausgepr?gt gebr?unt seien. Bei der Messung der Handkraft rechts zeige der Beschwerdef?hrer keine Kraft. Die drei an den Armen bestimmten Umf?nge seien symmetrisch und die Muskulatur kr?ftig. Eine langfristige Schonung der rechten Hand beziehungsweise des rechten Armes habe zweifellos nicht stattgefunden. Schliesslich erkl?rte Dr. C.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme zur Arbeitsf?higkeit (Urk. 10/73/61-62 Ziff. 9.2 und 10.3), aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdef?hrer nie langfristig arbeitsunf?hig gewesen und er k?nne alle bisherigen oder angepassten T?tigkeiten bis zu seiner Pensionierung zu 100 % aus?ben.

???????? Der psychiatrische Teilgutachter Dr. B.\_\_\_\_ hielt in seinem Teilgutachten fest (?psychiatrische Befunde vom 19. August 2010? [Urk. 10/75/5-6]), der Beschwerdef?hrer habe seine Lebensgeschichte beziehungsweise seine Beschwerden weitgehend spontan, fliessend und genau geschildert und ohne Verz?gerung klare und pr?zise Antworten auf die gestellten Fragen gegeben, was auf ganz unauff?llige mnestische Funktionen hinweise. Im formalen Denken sei der Beschwerdef?hrer geordnet gewesen, wengleich leicht eingeengt auf seine Schmerzen. Inhaltlich h?tten sich keine Hinweise auf Wahnideen, Halluzinationen oder Ich-St?rungen ergeben. Im Affekt sei der Beschwerdef?hrer bedr?ckt gewesen. In Antrieb und Motorik sei er unauff?llig gewesen. Es h?tten sich keine Hinweise auf Selbst- oder Fremdgef?hrdung ergeben. In seiner ?psychiatrischen Beurteilung und Prognose? erkl?rte Dr. B.\_\_\_\_ (Urk. 10/75/7 Ziff. 6), seit seinem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik G.\_\_\_\_ im M?rz 2008 werde der Beschwerdef?hrer psychiatrisch behandelt, wobei die ambulante Behandlung beim jetzigen Psychiater, Dr. F.\_\_\_\_, objektive Erfolge gezeigt habe. Anl?sslich der Begutachtung habe der Beschwerdef?hrer in psychopathologischer Hinsicht die Symptome einer leichten depressiven Episode aufgewiesen. Die Besonderheit der gutachterlichen Situation - mit bewusster und unbewusster Symptom?berbewertung - sei dabei mitzuber?cksichtigen, was bei der Testausf?hrung deutlich geworden sei. Die

Testergebnisse w?rden eine ausgepr?gte Diskrepanz zu den objektiven Befunden zeigen und seien damit f?r die Diagnosestellung und Beurteilung der Arbeitsf?higkeit nicht zu ber?cksichtigen. Objektiv habe der Beschwerdef?hrer weitgehend unauff?llige psychokognitive Funktionen gezeigt (Konzentrationsf?higkeit, Auffassungsf?higkeit, Ged?chtnis, Gedankenfluss, geistige Flexibilit?t, Antrieb und Psychomotorik), weshalb ihm aufgrund der reduzierten psychischen Belastbarkeit eine h?chstens 40%ige Arbeitsunf?higkeit attestiert werden k?nne.

???????? In ihrer ?interdisziplin?ren Zusammenfassung und Beurteilung? (Urk. 10/75/9) gaben die Gutachter Dres. B. \_\_\_ und C. \_\_\_ eine Arbeitsf?higkeit in bisheriger und angepasster T?tigkeit von 60 % an. Zum Beginn der Arbeitsunf?higkeit ?userten sich die Gutachter dahingehend, dass seit M?rz 2008 eine 50%ige Arbeitsunf?higkeit bestanden habe und ab August 2010 eine Arbeitsunf?higkeit von 40 % vorliege. Als dem Leiden ideal angepasste T?tigkeiten empfahlen die Gutachter T?tigkeiten ohne sehr hohe Anforderungen an die psychische Belastbarkeit; nicht geeignet seien insbesondere Arbeiten unter starken ?usseren Reizen, wie L?rm, K?lte oder Hitze, sowie ?berdies Nachtarbeit. Die Gutachter betonten, dass der Beschwerdef?hrer aus rheumatologischer Sicht s?mtliche T?tigkeiten aus?ben k?nne. Zum ?therapeutischen Potenzial aus psychiatrischer Sicht? wurde erkl?rt (Urk. 10/75/9 Ziff. 9.3.1), unter Weiterf?hrung der ambulanten Gespr?chstherapie und der Psychopharmakotherapie sowie erg?nzenden beruflichen Massnahmen w?re innerhalb von drei Monaten von einer vollen Arbeitsf?higkeit auszugehen. In der ?Stellungnahme zur Selbsteinsch?tzung der versicherten Person? wurde erkl?rt (Urk. 10/75/10 Ziff. 9.5), der Beschwerdef?hrer f?hle sich nicht in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen; dabei bestehe objektiv aus psychiatrisch-rheumatologischer Sicht eine 60%ige Arbeitsf?higkeit in angestammter oder adaptierter T?tigkeit. Zu den ?fr?heren ?rztlichen Einsch?tzungen? wurde erkl?rt (Urk. 10/75/10 Ziff. 9.6), dass eine reaktive mittelgradige depressive Episode aufgrund der Anamnese und der Vorakten best?tigt werden k?nne, jedoch schr?nke diese Diagnose die Arbeitsf?higkeit ?sozialmedizinisch? um h?chstens 50 % ein. Beim Beschwerdef?hrer sei es zur objektiven R?ckbildung der depressiven Symptomatik gekommen; ab August 2010 k?nne auf Grund der (nurmehr) leichten depressiven Episode von einer 40%igen Arbeitsunf?higkeit ausgegangen werden. Eine posttraumatische Belastungsst?rung k?nne nicht best?tigt werden.

3.1.2?? In seiner Aktenbeurteilung vom 6. Oktober 2010 erachtete der RAD-Arzt Dr. E. \_\_\_ das internistisch-rheumatologische Gutachten von Dr. C. \_\_\_ vom 28. August 2010 als zuverl?ssig. In Bezug auf das psychiatrische Gutachten von Dr. B. \_\_\_ vom 27. September 2010 hielt er in seiner ?Conclusio? fest, auch das psychiatrische Gutachten sei umfassend, jedoch seien die psychiatrischen Schlussfolgerungen nicht nachvollziehbar. Denn es werde als Diagnose mit Einwirkung auf die Arbeitsf?higkeit eine leichte depressive St?rung mit somatischem Syndrom ausgewiesen; diese habe jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsf?higkeit und gelte als ?berwindbar. Das somatische Syndrom bestehe nur subjektiv, objektiv sei rheumatologisch klar festgehalten worden, dass die Bewegungsst?rungen der rechten Extremit?ten und die Schiefhaltung des Halses nicht konstant seien, sondern unter Ablenkung verschwinden w?rden. ?berdies h?tten beide Gutachter erhebliche Differenzen zwischen den vorgebrachten St?rungen und den objektiven Befunden festgehalten, die den Psychiater dazu br?chten, eine Aggravation zu vermuten. Mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit bestehe beim Beschwerdef?hrer seit seinem Austritt aus der Rehaklinik G. \_\_\_ am 24. Juni 2008 wieder eine volle Arbeitsf?higkeit f?r alle T?tigkeiten (Urk.

10/79/9).

3.1.3?? In seiner weiteren Stellungnahme vom 28. März 2011 hielt der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ fest, dass im Einwand des Beschwerdeführers (Urk. 10/97, 10/98) gegen den Vorbescheid der IV-Stelle keine bisher nicht berücksichtigte Aspekte vorgebracht würden, die eine andere Beurteilung begründeten könnten (Urk. 10/104/2).

3.2???? In somatischer beziehungsweise rheumatologischer Hinsicht ist gestützt auf das umfassende und plausible Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ bereits kurze Zeit nach dem Unfall eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Soweit eine physisch bedingte Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bestand, war sie nicht erheblich und nur von kurzzeitiger Natur. Was den vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren neu eingereichten Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ angeht (Urk. 6), in welchem eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Gipser auch aufgrund der physischen Dekonditionierung angegeben wurde (vgl. Urk. 6 S. 2 Ziff. 4), ist zu betonen, dass bereits im Austrittsbericht der Rehaklinik G.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2008 (Urk. 10/15/7-13) die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit psychisch begründet war (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren UV.2010.00145 E. 5.4 am Ende).

???????? Umstritten ist insbesondere das Leistungsvermögen in psychischer Hinsicht. Diesbezüglich erscheint die Annahme einer vollen Arbeitsfähigkeit in der Stellungnahme von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2010 (Urk. 10/79/9), auf welche sich die Beschwerdegegnerin abstützt (Urk. 2, vgl. 9), als plausibel. Die betreffende Beurteilung wurde in Kenntnis der medizinischen (Vor-)Akten und weiteren Unterlagen erstattet und ist schlüssig und widerspruchsfrei begründet. Insbesondere berücksichtigt RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ die vom psychiatrischen Teilgutachter Dr. B.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01), wobei er - von der Stellungnahme zur Arbeitsfähigkeit des Dr. B.\_\_\_\_ abweichend - eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit annimmt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu berücksichtigen, dass in Bezug auf etwaige Schwierigkeiten des Beschwerdeführers, seine Berufstätigkeit fortzusetzen, der Psychiater Dr. B.\_\_\_\_ objektiv weitgehend unauffällige psychokognitive Funktionen wie Konzentrationsfähigkeit, Auffassungsfähigkeit, Gedächtnis, Gedankenfluss, geistige Flexibilität, Antrieb und Psychomotorik (Urk. 10/75/7 Ziff. 6) festhielt. Vor diesem Hintergrund, und da die Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ nach dreimonatigem Arbeitstraining bereits eine volle Arbeitsfähigkeit erwarteten (vgl. Urk. 10/75/9 Ziff. 9.3.1, 10/75/7 Ziff. 6 am Ende), ist die von RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ im Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. August 2010 angenommene volle Arbeitsfähigkeit beziehungsweise Überwindbarkeit der psychischen Beschwerden verständlich und nachvollziehbar.

???????? Auch soweit sich der Beschwerdeführer auf den letzten Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. F.\_\_\_\_ beruft (Urk. 6, vgl. Urk. 10/26) - der eine (hier) mittelgradige depressive Episode mit Angst und Panikattacken (ICD-10 F32.11) sowie verschiedene spezifische Phobien (ICD-10 F40.2) diagnostizierte und der eine aktuelle Arbeitsfähigkeit von 30 % in einer angepassten Tätigkeit angab, haben Dr. B.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 10/75/3-4 Ziff. 2.6) und in der Folge der RAD-Arzt Dr. E.\_\_\_\_ sich damit hinreichend auseinandergesetzt. Zudem darf und muss berücksichtigt werden, dass regelmäßig behandelnde Spezialärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung erfahrungsgemäss im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts I 551/06 vom 2. April 2007 E. 4.2; ferner BGE 125 V 353 E. 3b/cc), weshalb nicht auf die

Beurteilung des behandelnden Dr. F.\_\_\_\_ abzustellen ist, welcher im ?brigen nicht nur zur Arbeitsf?higkeit aus psychiatrischer Sicht Stellung nahm, sondern sich auch zur Arbeitsf?higkeit aus somatischer Sicht ?usserte (vgl. Urk. 6 S. 2 Ziff. 4).

???????? Bei der in den Vorakten genannten posttraumatischen Belastungsst?rung (vgl. Hinweis in Urk. 1 S. 8 Ziff. 19; ferner ?bearbeiteter Austrittsbericht der Klinik H.\_\_\_\_ vom 13. November 2009 [Urk. 10/73/66-70]) handelt es sich gem?ss ICD-10 F43.1 um eine verz?gerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergew?hnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen w?rde; wie etwa Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlung, Folterung, Terrorismus oder Vergewaltigung. Der psychiatrische Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ begr?ndete nachvollziehbar, weshalb keine posttraumatische Belastungsst?rung vorliege (vgl. Urk. 10/75/10 Ziff. 9.6), und auch im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren wurde die Kollision vom 3. Januar 2008 den mittelschweren Unf?llen im Grenzbereich zu den leichten zugeordnet und besonders dramatische Begleitumst?nden oder eine besondere Eindr?cklichkeit verneint (Urteil UV.2010.00145 E. 5.3 f.).

???????? Schliesslich ist in Bezug auf das in den Vorakten diagnostizierte und im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren thematisierte Schleudertrauma der HWS darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung leichte depressive Episoden von vornherein keine komorbiden psychischen Leiden von erheblicher Schwere und Auspr?gung darstellen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2 und 9C\_235/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3) und dass - in Bezug auf die Frage nach der Arbeitsf?higkeit nach Austritt des Beschwerdef?hrers aus der Rehaklinik G.\_\_\_\_ am 24. Juni 2008 (und in Bezug auf die im entsprechenden Austrittsbericht angegebene Diagnose ?A1 reaktive depressive St?rung mit Angst, mittleren Grades [ICD-10 F32.1]?) bis zur psychiatrischen Untersuchung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. August 2010 - auch mittelgradige depressive Episoden (ICD-10 F32.1) praxisgem?ss noch keine von depressiven Verstimmungszust?nden klar unterscheidbare andauernde Depressionen im Sinne eines verselbst?ndigten krankheitswertigen Gesundheitsschadens bilden, welche es der betroffenen Person verunm?glichen, die Folgen des Schleudertraumas des HWS (ohne nachweisbare organische Grundlage; vgl. Urteil UV.2010.00145 E. 4.2) zu ?berwinden (siehe etwa Urteile des Bundesgerichts 8C\_80/2011 vom 14. Juni 2011 E. 6.3.2, 8C\_958/2010 bzw. 8C\_1039/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.2, 8C\_979/2008 vom 1. Juli 2009 E. 5.1 und 9C\_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2). Aufgrund der ausgedehnten chronischen Schmerzen (rheumatologische Diagnose, Urk. 10/73/58 Ziff. 7.2) liegen zwar k?rperliche Beschwerden vor, und es ist ein mehrj?hriger, chronifizierter Krankheitsverlauf zu gew?rtigen. Aufgrund der vorhandenen Arbeitsf?higkeit in allen T?tigkeiten sind diese Merkmale indessen nicht allzu stark zu gewichten. Ein sozialer R?ckzug in allen Belangen des Lebens ist nicht ausgewiesen. Die Behandlungsbem?hungen werden durch die ausgepr?gte subjektive Krankheits?berzeugung (vgl. Urk. 10/75/10 Ziff. 9.5) des Beschwerdef?hrers behindert, welcher kein Krankheitswert zukommt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2). Mithin ist auch nicht auf eine ausnahmsweise Un?berwindbarkeit der Beschwerden nach Austritt des Beschwerdef?hrers aus der Rehaklinik G.\_\_\_\_ im Juni 2008 (bis zur psychiatrischen Untersuchung von Dr. B.\_\_\_\_ vom 19. August 2010) aufgrund des in den (Vor-)Akten diagnostizierten Schleudertraumas der HWS zu schliessen.

Demzufolge ist der medizinische Sachverhalt für die vorliegend zu beantwortenden Fragen als erstellt zu betrachten und es sind - entgegen dem Eventualantrag des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 2) - von ergänzenden medizinischen Abklärungen keine entscheidungswesentlichen neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf zu verzichten ist (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d).

Demzufolge ist von einer in physischer und psychischer Hinsicht vollen Arbeitsfähigkeit nach Austritt des Beschwerdeführers aus der Rehaklinik G. im Juni 2008 in den zuletzt ausgeübten Tätigkeiten auszugehen, weshalb - mangels gesundheitlich bedingter Einkommenseinbusse - kein Rentenanspruch besteht. Die angefochtene Verfügung erweist sich als rechtmässig, was zur Abweisung der gegen diese erhobenen Beschwerde führt.

Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

Rechtsanwalt Christos Antoniadis

Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

Bundesamt für Sozialversicherungen

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.