

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01192 vom 24. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01192

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01192 du 24 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01192 del 24 settembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1953 geborene X. war bis zum Auffahrunfall vom 5. Februar 2009 (Urk. 8/23 S. 226) als Produktionsmitarbeiter im Bereich Gummivulkanisierung bei der Y. tätig (Urk. 8/25 S. 1). Nach dem Unfall klagte er über Kopf-, Nacken-, Rücken-, vegetative und psychische Beschwerden (Urk. 8/15 S. 24 und S. 27, Urk. 8/23 S. 55 f., Urk. 8/26 S. 6, Urk. 8/41 S. 5 f.). Die Anstellung bei der Y. wurde mit der Begründung anhaltender Arbeitsunfähigkeit per Ende November 2009 gekündigt (Urk. 8/25 S. 8).

1.2. Der Unfallversicherer, die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (Suva), richtete dem Versicherten aufgrund des Unfalls vom 5. Februar 2009 die gesetzlichen Leistungen aus, welche sie mit Verfügung vom 16. Dezember 2009 (Urk. 8/15 S. 21 ff.), bestätigt mit Einspracheentscheid vom 10. Mai 2010 (Urk. 8/35 S. 2 ff.), mangels Kausalzusammenhangs der (Rest-)Beschwerden zum Unfallereignis per Ende Januar 2010 einstellte. Die dagegen am hiesigen Gericht erhobene Beschwerde (Urk. 8/35 S. 15 ff.) zog der Versicherte wieder zurück, weshalb das Verfahren mit Verfügung vom 12. April 2012 als dadurch erledigt abgeschlossen wurde (Prozess Nr. UV.2010.00046).

1.3. Am 2. Februar 2010 hatte sich der Versicherte bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Bezug von Massnahmen der beruflichen Eingliederung angemeldet (Urk. 8/6). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle (nachfolgend: IV-Stelle), klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab. Unter anderem holte sie die Unfallversicherungsakten der Suva und das interdisziplinäre Gutachten von Dr. med. Z., Fachärztin für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, und Dr. med. A., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. und 26. Januar 2011 (Urk. 8/38, Urk. 8/41) ein. Mit Vorbescheid vom 10. Mai 2011 kündigte die IV-Stelle die Abweisung des Leistungsbegehrens an (Urk. 8/45), wogegen der Versicherte mit Schreiben vom 9. Juni 2011 (Urk. 8/47), ergänzt mit Schreiben vom 13. Juli 2011 (Urk. 8/51), Einwände erhob. Die IV-Stelle verneinte mit Verfügung vom 10. Oktober 2011 wie angekündigt einen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung (Urk. 2).

2. Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 9. November 2011 Beschwerde und beantragte, die Verfügung vom 10. Oktober 2011 sei aufzuheben und die Angelegenheit sei an die Verwaltung zur Durchführung von beruflichen Massnahmen und anschliessendem Entscheid über einen allfälligen Rentenanspruch zurückzuweisen (Urk. 1 S. 2). Mit der Beschwerde reichte er unter anderem die Berichte des Instituts Dr. B. vom 22. und 23. August 2011 über die

Magnetresonanztomographie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS) und die Röntgenaufnahme der Brustwirbelsäule (BWS) ein (Urk. 3/5.1-2). Die Beschwerdegegnerin schloss in der Beschwerdeantwort vom 30. Dezember 2011 auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 7 S. 1). In der Replik vom 19. April 2012 hielt der Beschwerdeführer an seinen Anträgen fest (Urk. 13) und reichte die Berichte der C.____ vom 7. Dezember 2011 (Urk. 14/1) und von Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, vom 19. September 2011 (Urk. 14/2) ein. Mit Verfügung vom 20. April 2012 wurden die Unfallversicherungsakten der Suva aus dem Verfahren Nr. UV.2010.00181 beigezogen (Urk. 16 S. 2). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Eingabe vom 27. April 2012 auf eine Duplik (Urk. 17) und der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 8. Mai 2012 auf eine weitere Stellungnahme (Urk. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Ausführungen der Parteien und die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die im Rahmen der IV-Revision 6a am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen gesetzlichen Änderungen fallen in die Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 2), der rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 122 V 77 E. 2b, Urteil 8C_76/2009 des Bundesgerichts vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Die mit der IV-Revision 6a neu aufgenommenen oder neu gefassten gesetzlichen Bestimmungen werden hier daher nicht aufgeföhrt, zumal sie hinsichtlich des Begriffs der Invalidität und der Bemessung keine substantziellen Änderungen enthalten. Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung (5. IV-Revision;

AS 2007 5129 ff.) zitiert.

E. 2

2.1 Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

2.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Bestimmungen 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).

2.3 Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) bedrohte Versicherte haben gemäss Art. 8 IVG Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit:

a. diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern; und

b. die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (Abs. 1).

Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen besteht unabhängig von der Ausübung einer Erwerbstätigkeit vor Eintritt der Invalidität. Bei der Festlegung der Massnahmen ist die gesamte noch zu erwartende Dauer des Erwerbslebens zu berücksichtigen (Abs. 1 bis).

Die Eingliederungsmassnahmen bestehen in:

a. medizinischen Massnahmen;

a bis . Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung;

b. Massnahmen beruflicher Art (Berufsberatung, erstmalige berufliche Ausbildung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Kapitalhilfe);

d. der Abgabe von Hilfsmitteln (Abs. 3).

2.4 Versicherte, die seit mindestens sechs Monaten zu mindestens 50 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) sind, haben Anspruch auf Integrationsmassnahmen zur Vorbereitung auf die berufliche Eingliederung (Integrationsmassnahmen), sofern dadurch die Voraussetzungen für die Durchführung von Massnahmen beruflicher Art geschaffen werden können (Art. 14a Abs. 1 IVG).

Nach Art. 14a Abs. 2 IVG gelten als Integrationsmassnahmen gezielte, auf die berufliche Eingliederung gerichtete:

a. Massnahmen zur sozial-beruflichen Rehabilitation;

b. Beschäftigungsmassnahmen.

3.

3.1. Die Beschwerdegegnerin vertrat in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) den Standpunkt, es liege beim Beschwerdeführer kein Gesundheitsschaden vor, der zu Leistungen der Invalidenversicherung berechtigen würde. Dabei stellte sie in somatischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ vom 21./26. Januar 2011 (Urk. 8/38 S. 46 ff., Urk. 8/41 S. 10 f.) ab. In psychischer Hinsicht folgte die Beschwerdegegnerin den Stellungnahmen der Ärzte des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) Dr. med. E. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 14. Februar 2011 (Urk. 8/44 S. 6 f.) sowie Dr. med. F. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 17. August 2011 (Urk. 8/52), welche die Ansicht des Gutachters Dr. A. ___, es sei mit Blick auf die Berichte des behandelnden Arztes Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (vom 25. Dezember 2009, Urk. 8/15 S. 24 f., und vom 14. April 2010, Urk. 8/26), von einer 50 %igen Arbeitsunfähigkeit vom 31. Oktober 2009 bis zum 29. November 2010 auszugehen (Urk. 8/41 S. 8 ff.), nicht teilten.

3.2. Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, auf das Gutachten Z. ___/A. ___ und auf die Stellungnahmen der RAD könne nicht abgestellt werden. Das immer wieder vergeblich beantragte Arbeitstraining hätte Aufschluss über seine effektive Belastbarkeit geben können. Schwere körperliche Arbeit sei sicher ausgeschlossen. Die neuesten ärztlichen Berichte würden ein Fortschreiten der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule dokumentieren. Bereits aufgrund der von Dr. A. ___ attestierten Arbeitsunfähigkeit habe er Anspruch auf eine von August 2009 bis Februar 2011 befristete Rente. Auch bestehe kein Grund, die beantragten Integrationsmassnahmen nach Art. 14a IVG nicht doch noch durchzuführen. Frühestens wenn das Resultat dieser Eingliederungsbestimmungen bekannt sei, könne abschliessend über weitere Leistungen befunden werden (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 13).

4. Die Aktenlage

4.1. Nach der einheitlichen Aktenlage ist unstrittig und ausgewiesen, dass der Beschwerdeführer bei der Auffahrkollision vom 5. Februar 2009, bei der er als Beifahrer in einem stehenden Personenwagen sass, der von hinten von einem heranfahrenden Personenwagen angefahren wurde, ein HWS-Distorsionstrauma erlitt. Anschliessend an diesen Unfall klagte er über Beschwerden, die für ein HWS-Schleudertrauma (oder ein äquivalenter Verletzungsmechanismus; RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29; SVR 1995 UV Nr. 23 S. 67 E. 2) typisch sind (vgl. BGE 117 V 359 E. 4b). Und zwar gab er Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden, Übelkeit und Schwindel (Urk. 8/23 S. 184, S. 202 und S. 222 ff.) an. Weiter klagte er im Verlauf über Hyperventilationsattacken, Vergesslichkeit und zunehmende Schmerzen vom Schädels bis zur Lendenwirbelsäule (LWS; Urk. 8/23 S. 200 und S. 221).

4.2. Zwar hatten die Ärzte des H. ___ gemäss dem Bericht vom 9. Februar 2009 initial zusätzlich die Diagnose einer Commotio cerebri gestellt und den Beschwerdeführer in der Nacht nach dem Unfall stationär überwacht. Jedoch waren gemäss diesem Bericht beim Unfall kein Kopfanprall an der Scheibe vorgefallen und lediglich eine kurzfristige Bewusstlosigkeit mit Schwarzwerden vor den Augen, danach nur geringe Übelkeit und Schwindel ohne Erbrechen sowie ein durchgehender Glasgow-Coma-Skala-(GCS-)Wert (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts U 276/04 vom 13. Juni 2005 E. 2.2.2) von 15 aufgetreten (Urk. 8/23 S. 72). Zu Recht wurde die Diagnose einer Commotio cerebri in den nachfolgenden Beurteilungen in Frage gestellt respektive nicht mehr aufgeführt (Bericht der I. ___ vom 6. Juli 2009, Urk. 8/23 S. 55 f.; Bericht von

Dr. med. J.____, Facharzt für Neurologie, vom 28. Oktober 2009, Urk. 8/23 S. 48 f.; Ausführungen von Prof. Dr. med. K.____, Facharzt für Rechtsmedizin, und andere im L.____-Bericht vom 6. Juli 2009, Urk. 8/23 S. 67 f.; Bericht des Kreisarztes Dr. med. M.____, Facharzt für Chirurgie, vom 19. November 2009, Urk. 8/15 S. 29 f.). Dies umso mehr, als gemäss der biomechanischen Kurzbeurteilung der L.____ vom 6. Juli 2009 die durch den einfachen Heckauffahrunfall beim Fahrzeug des Beschwerdeführers verursachte Geschwindigkeitsänderung lediglich einen Wert unter oder knapp innerhalb der Harmlosigkeitsgrenze bei Auffahrunfällen von 10-15 km/h (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 265/05 vom 21. Juni 2006 E. 3.1) erreicht hatte (Urk. 8/23 S. 65).

4.2.1.1

Bereits im Bericht vom 23. Februar 2009, mithin wenige Tage nach dem Unfall, hielt der Hausarzt des Beschwerdeführers Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, fest, es sei eine zunehmende Überlagerung der Unfallfolgen festzustellen, indem der Versicherte Hyperventilationsattacken hatte und über zunehmende Schmerzen vom Schädel bis lumbal klagte (Urk. 8/23 S. 221). Gegenüber den Ärzten der I.____, wo er vom 27. April bis 30. Mai 2009 stationär behandelt wurde, gab der Beschwerdeführer gemäss dem Bericht vom 25. Juni 2009 zudem Erschöpfung, Konzentrationsschwierigkeiten, depressive Stimmung, vermehrte Aggressivität und Nervosität an. Im Verlauf des Aufenthaltes habe er zusätzlich über Schmerzen in der linken Schulter und schliesslich in beiden Schultern und Atemschwierigkeiten bei häufigem/längerem Gehen berichtet. Bei Arbeiten im Rahmen der Ergotherapie hätten sich die Schmerzen beim Hantieren mit der Bohrmaschine von den Händen über die Arme ausgebreitet. Die neuropsychologische Testung habe wegen massiv ausgeprägten Schmerzverhaltens vorzeitig abgebrochen werden müssen. Anlässlich der psychiatrisch konsiliarischen Beurteilung seien der Verdacht auf eine Anpassungsstörung mit einer längeren, leichteren, depressiven Reaktion nach Unfall und ein komplexes schmerzbetontes Zustandsbild festgehalten worden. Gemäss der Beurteilung von Prof. Dr. med. O.____, Facharzt für Neurologie und Chefarzt sowie medizinischer Direktor der I.____, vom 22. Mai 2009 sei die neurologische Untersuchung unauffällig gewesen, wobei die klinische Untersuchung insgesamt aufgrund der massiven Allodynie nur eingeschränkt möglich gewesen sei. Es habe sich eine Angstst rung gezeigt mit deutlich im Vordergrund stehender Somatisierung, und es habe ein deutliches aggravatorisches Schmerzverhalten beobachtet werden können mit Verdacht auf zum Teil bewusste Anteile. Aufgrund dieser erst im Verlauf der Behandlung evident gewordenen Umstände sei eine psychiatrische Neubeurteilung zu empfehlen. Als Diagnose hielten die Ärzte der I.____ schliesslich den Status nach Verkehrsunfall mit craniocervikalem Beschleunigungstrauma und HWS-Distorsion mit/bei persistierendem cerviko-cephalem Syndrom rechtsbetont, vegetativer Dysregulation und Angstst rung mit deutlicher Somatisierung fest. Ausserdem attestierten sie eine 100 % Arbeitsunfähigkeit bis zum 13. Juni 2009. Eine (allfällige) weitere Arbeitsunfähigkeit sei im Rahmen einer psychiatrischen Beurteilung festzulegen (Urk. 8/23 S. 117 ff.).

Auch der Neurologe Dr. J.____ kam gemäss dem Bericht vom 28. Oktober 2009 zum Schluss, es bestehe der Verdacht auf psychogen-demonstrative Anteile bei der Beschwerdepr sentation. Neurologische Ausfälle hätten nicht festgestellt werden können. Die durch den Unfall vom 5. Februar 2009 erlittene HWS-Distorsion sei leicht gewesen und habe einem Whiplash-Associated-Disorder-(WAD-)Grad I nach der

Quebec-Task-Force-(QTF-)Klassifikation entsprochen. Eine strukturelle traumatische Läsion und eine Mild-Traumatic-Brain-Injury (MTBI; leichte traumatische Hirnverletzung) - wie sie initial noch von den erstbehandelnden Ärzten des H. ___ unter der Diagnose einer Commotio cerebri im Bericht vom 9. Februar 2009 festgehalten worden war (Urk. 8/23 S. 72) - seien auszuschliessen. Bezüglich der Kopfbeschwerden stellte Dr. J. ___ die Diagnose Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch gemäss ICHD-II-Code 8.2.3 (Urk. 8/23 S. 49).

4.2.2 Bildgebend konnte für das Ausmass der geklagten Beschwerden kein hinreichendes organisches Korrelat nachgewiesen werden. Die Computertomographie des Schädels vom 24. Februar 2009 war unauffällig (Bericht vom 25. Februar 2009, Urk. 8/23 S. 61). Das MRT der HWS vom 21. August 2009 ergab eine leicht degenerative, foraminale Stenose (Verengung) links bei C4/5 und mässiggradige degenerative Bandscheibenveränderungen bei C5/6 mit einer von Retrospondylophyten (Randzackenbildungen an den Wirbelkörpern) begleiteten medianen Diskushernie und bilateralen Unkovertebralarthrosen, konsekutiv leichter zentraler Spinalkanalstenose und mässiggradigen degenerativen foraminalen Stenosen beidseits mit nur geringer Impression der ventralen Myelonkontur ohne Myelonkompression (Urk. 8/23 S. 62). Eine Neuropathie vor allem bei C5/6 wurde indes nicht festgestellt, wie später auch Dr. D. ___ gemäss dem Bericht vom 19. September 2011 aufgrund seiner klinischen Untersuchung und mittels Elektroneuromyographie bestätigte. Er befand insgesamt, es bestehe eine somatoforme Schmerzstörung im Sinne eines chronischen post-HWS-Distorsionssyndroms (Urk. 14/2).

Die radiologische Bildaufnahme der LWS vom 14. Mai 2009 hatte gemäss dem Bericht der I. ___ vom 25. Juni 2009 zwar eine multisegmentale degenerative Diskopathie mit ausgeprägter Facettenüberlastung als mögliche Ursache für tieflumbale Schmerzen im Segment LWK/SWK1 ergeben (Urk. 8/23 S. 56 und S. 60). Jedoch hatte kein Vorzustand im Sinne von Kopf-, Nacken- und Rückenbeschwerden vor dem Unfall, welche die Arbeitsfähigkeit tangiert hätte, bestanden. So hatte Dr. N. ___ im Bericht vom 29. August 2009 dazu ausgeführt, er kenne den Beschwerdeführer seit 1999. Bisher habe er wenige Arbeitsausfälle gehabt. Im Jahr 2005 sei er wegen eines lumboradikulären Syndroms S1 links bei ihm in Behandlung gewesen, das jedoch nicht zu einem Arbeitsausfall geführt habe (Urk. 8/23 S. 51).

Der Kreisarzt Dr. M. ___ hielt im Bericht vom 19. November 2009 fest, in den nach dem Unfall vorgenommenen umfassenden bildgebenden, klinischen und neurologischen Untersuchungen seien keine traumatischen Läsionen festgestellt worden. Es hätten sich lediglich leichte degenerative Veränderungen an der HWS und LWS gezeigt. Im Verlauf falle eine zunehmende Schmerzausweitung und Selbstlimitierung auf. Die skelettalen Befunde würden die zunehmenden, angegebenen Beschwerden panvertebral in keiner Art und Weise erklären. Auch während der eigenen Untersuchung hätten sich eklatante Inkonsistenzen gezeigt. Die degenerative somatische Situation habe schon vor dem Unfall bestanden und erinnere an rheumatologische Erkrankungen, was möglicherweise auf Veranlassung des Hausarztes hin abzuklären sei (Urk. 8/23 S. 37 f.).

Selbst Dr. N. ___ kam im Bericht vom 10. März 2010 zum Schluss, es bestehe ein cephalo-cerviko-thorakales Schmerzsyndrom nach leichtem Autounfall, verbunden mit stark erhöhter Reizbarkeit und subjektiven Gedächtnislücken. Objektiv

seien kaum Pathologien in körperlichen Befunden vorhanden und es lasse sich insofern keine Arbeitsunfähigkeit festlegen. Der Beschwerdeführer habe seit dem 5. Februar 2009 aus psychischen Gründen nicht mehr gearbeitet (Urk. 8/22 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Eine richtunggebende Verschlimmerung des LWS-Zustandes durch den Unfall, welche sich von der altersüblichen Progression und dem Vorzustand abhebt, ist somit bildgebend nicht ausgewiesen, weshalb vor dem Hintergrund der übrigen Symptomausweitung und des aggravatorischen Schmerzverhaltens diesbezüglich eine nach dem Unfall eingetretene, somatisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht anzunehmen ist. Bei einer durch Aggravation begründeten Leistungseinschränkung handelt es sich nicht um eine versicherte Gesundheitsschädigung, sondern um einen invaliditätsfremden Faktor, welcher bei der Beurteilung der Leistungsfähigkeit unberücksichtigt bleibt (Urteil des Bundesgerichts I 657/05 vom 30. Januar 2006 E. 2.1 mit Hinweisen).

4.3 Ä Ä Ä

4.3.1 Ä Ä Bei dieser Aktenlage ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in somatischer Hinsicht auf die gutachterliche rheumatologische Beurteilung von Dr. Z.____ gemäss ihrem Gutachten vom 21. Januar 2011 (Urk. 8/38 S. 45 ff.) respektive gemäss der interdisziplinären Beurteilung vom 26. Januar 2011 (Urk. 8/41 S. 10 f.) abgestellt hat. Danach war der Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht (auch nach dem Unfall) nie langfristig arbeitsunfähig und er konnte/kann alle Tätigkeiten ausüben, welche Männer seines Alters üblicherweise verrichten können. Auch Dr. Z.____ hielt fest, dass die objektivierbaren Befunde seine Beschwerden nicht zu erklären vermöchten. Ausserdem schloss sie auf eine Selbstlimitierung und beobachtete trotz gemessener geringer Handkraft deutliche Gebrauchsspuren an beiden Händen, was eine ärztlich erfolgte, anhaltende kräftige manuelle Tätigkeit bezeuge. Sodann sei nur eines der drei angegebenen Medikamente im therapeutischen Bereich nachweisbar gewesen (Urk. 8/38 S. 46).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die gegen das Gutachten gemachten Einwendungen des Beschwerdeführers vermögen dessen Beweiskraft nicht zu schmälern. Dass die Ausübung schwerer Tätigkeiten bei einem - zur Zeit des Erlasses der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) - 57-jährigen Mann altersbedingt eher auszuschliessen ist, hat nicht die Invalidenversicherung zu verantworten. Nicht anders ist diesbezüglich vom Beschwerdeführer beanstandete (Urk. 1 S. 5) Ausübung von Dr.

Z.____ zu verstehen, nämlich dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (soweit objektivierbar) in somatischer Hinsicht nicht krankheitsbedingt durch seinen Gesundheitszustand, sondern höchstens altersbedingt eingeschränkt ist. Bei der angestammten Tätigkeit handelte es sich im übrigen um eine mittelschwere Tätigkeit, bei der gemäss dem Arbeitgeberbericht vom 8. April 2010 manchmal das Heben oder Tragen von Gewichten bis 25 Kilogramm erforderlich war (Urk. 8/25 S. 6), was Dr. Z.____ zutreffend in Erwägung gezogen hat (Urk. 8/38 S. 47). In zeitlicher Hinsicht ist bei der erwähnten Aktenlage mit früher psychischer Überlagerung des Beschwerdebildes davon auszugehen, dass die Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nach dem Unfall vom 5. Februar 2009 zufolge der dabei erlittenen somatischen Gesundheitsbeeinträchtigungen - soweit überhaupt abgrenzbar - jedenfalls nicht länger als bis zum 13. Juni 2009 gedauert hat, was der von den Ärzten der I.____ bis

zu diesem Zeitpunkt attestierten (100%igen) Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/23 S. 57) entspricht.

4.3.2.2. Zu keinem anderen Ergebnis führen die vom Beschwerdeführer eingereichten Berichte des Instituts Dr. B. ___ vom 22. und 23. August 2011 (MRT der HWS und Röntgenaufnahme der BWS; Urk. 3/5.1-2), der C. ___ vom 7. Dezember 2011 (Urk. 14/1) und von Dr. D. ___ vom 19. September 2011 (Urk. 14/2). In Bezug auf die Beschwerden an der HWS wurden dafür - wie erwähnt (vgl. Erwägung 4.2.2 hiervor) - kein organisches Korrelat und insbesondere keine Nervenwurzelirritation ausgewiesen. Dasselbe gilt bezüglich der BWS. Die Röntgenaufnahme vom 23. August 2011 zeigte lediglich multisegmentale Osteochondrosen sowie ventrale und laterale Spondylosen im Sinne einer diffusen idiopathischen skelettalen Hyperostose (DISH; Urk. 3/5.2). Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist darin nicht zu erblicken. Gemäss dem Bericht vom 7. Dezember 2011 der C. ___ zeigte der Beschwerdeführer auch bei den dortigen Untersuchungen impulsives Demonstrieren der Schmerzen, welche im Sinne positiver Waddell-Zeichen hätten gewertet werden können. Weshalb die dortigen Ärzte gemäss ihrem Bericht die geklagten Schmerzen besonders occipital rechts und über der BWS dennoch als glaubhaft beurteilten und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 14/1 S. 2 f.), ist nicht nachvollziehbar, zumal eine Abgrenzung der geschilderten Beschwerden zur ausgewiesenen psychischen Überlagerung durch einen psychiatrischen Facharzt und mittels einer Auseinandersetzung mit den gegenteiligen Fachberichten nicht vorgenommen wurde.

4.3.2.3. Von einem Arbeitstraining, wie es der Beschwerdeführer zur Evaluation der Arbeitsfähigkeit fordert (Urk. 1 S. 5), wären und sind bei gegebener Sachlage wegen des durchwegs aggravatorischen Verhaltens und der damit fraglichen Leistungsbereitschaft, der mässigen Konsistenz sowie Selbstlimitierung keine neuen/anderen Erkenntnisse zu erwarten (gewesen). Ein Arbeitstraining vermöchte daher eine medizinisch-theoretische Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand objektivierbarer Befunde letztlich nicht zu ersetzen.

4.3.3.1. Des Weiteren schadet nicht, was der Beschwerdeführer in formeller Hinsicht am Gutachten sagt (Urk. 1 S. 4), nämlich dass Dr. Z. ___ nachträglich Ziffer 10.4.1.1. in ihrer Stellungnahmen zu früheren ärztlichen Einschätzungen in ihrem rheumatologischen Teilgutachten vom 21. Januar 2011 ergänzte (Urk. 8/38 S. 48, Urk. 8/39) und die Teilgutachten von Dr. Z. ___ und Dr. A. ___ je separat an die Beschwerdegegnerin versandt wurden. Denn zum einen wurde eine interdisziplinäre Besprechung und Beurteilung vorgenommen (Urk. 8/41 S. 10 f.). Zum anderen trägt eine Ergänzung eines unvollständigen Gutachtens um einen fehlenden Teil gerade zu dessen Beweistauglichkeit bei.

4.3.3.2. Wie die Beschwerdegegnerin zutreffend vorbringt (Urk. 7 S. 2), waren dem Beschwerdeführer denn auch die Namen der Gutachter vor der Begutachtung bekannt gegeben worden (Urk. 8/28, Urk. 8/33). Im übrigen gelten das im Zuge des Leitentscheides BGE 137 V 210 vom 28. Juni 2011 vorgesehene Verfahren zur Einholung eines polydisziplinären MEDAS-Gutachten und die vom Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) entsprechend vorgesehenen Vorgaben (vgl. den Jahresbericht des BSV, Sozialversicherungen 2011, S. 91 f.) nicht rückwirkend (vgl. BGE 137 V 210 E. 6). Auch der vom Bundesrat in diesem Zusammenhang neu erlassene Art. 72 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) trat erst per 1. März 2012 in Kraft,

mithin ebenfalls erst nach Erstellen des Gutachtens.

4.4.1.1

4.4.1.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten vom 26. Januar 2011 respektive die Einschätzung von Dr. A. ___ einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in Tätigkeiten ohne sehr hohe Anforderungen an die Konzentration und an die psychische Belastbarkeit (wie zum Beispiel Arbeiten unter vielen äusseren Reizen wie Lärm, Hitze, Kälte) sowie ohne Nachtschicht aufgrund der Diagnose einer aktuell leichten depressiven Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01) und einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer mittelgradigen depressiven Störung vom 31. Oktober 2009 bis Ende November 2010 (Urk. 8/41 S. 7 ff.) ist nach dem Gesagten Folgendes zu berücksichtigen:

4.4.1.2 Für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer HWS-Distorsion ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle, wie sie beim Beschwerdeführer aufgetreten ist, mit dem für derartige Verletzungen typischen, komplexen und vielschichtigen Beschwerdebild, ist es nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung geboten, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Grundsätze analog anzuwenden (vgl. BGE 136 V 279). Somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche aetiologisch-pathogenetisch unerklärliche syndromale Leidenszustände vermögen in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (BGE 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3; 132 V 65; 131 V 49; 130 V 396).

Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person voraus (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen). Umgekehrt sprechen eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese, die Angabe intensiver in der Umschreibung vager Schmerzen oder behauptete schwere Einschränkungen im Alltag bei weitgehend intaktem psychosozialen Umfeld gegen das Vorliegen eines invalidisierenden Gesundheitsschadens (BGE 131 V 49 E. 2.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_798/2011 vom 15. Mai 2012, E. 1).

4.4.1.3 Das Bundesgericht erinnert sodann in BGE 136 V 279 (E. 3.3) daran, dass sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - im Rahmen der freien Beweiswürdigung

(Art. 61 lit. c ATSG) weder über die (den beweisrechtlichen Anforderungen [BGE 125 V 352 E. 3a] genähernden) medizinischen Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbesehen ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen darf. Bei der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren Leidens hat es mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale und soziokulturelle Belastungsfaktoren) mit berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; AHI 2000 S. 153, I 554/98 E. 3) und weiter, ob die von den Ärzten anerkannte (Teil-)Arbeitsunfähigkeit auch im Lichte der für eine Unüberwindlichkeit der Schmerzsymptomatik massgebenden rechtlichen Kriterien standhält (BGE 130 V 352 E. 2.2.5; zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_681/2010 vom 14. Dezember 2010, E. 3.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Denn ob und gegebenenfalls inwieweit einer versicherten Person unter Aufbringung allen guten Willens die Überwindung ihrer Schmerzen und die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft zumutbar ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage (BGE 130 V 352 E. 2.2.5). Die rechtsanwendenden Behörden haben zu prüfen, ob eine festgestellte psychische Komorbidität hinreichend erheblich ist und ob einzelne oder mehrere der festgestellten weiteren Kriterien in genügender Intensität und Konstanz vorliegen, um gesamthaft den Schluss auf eine im Hinblick auf eine erwerbliche Tätigkeit nicht mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbare Schmerzstörung zu erlauben (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/2010 vom 21. September 2010, E. 4.3).

4.4.4 Ä Ä Die von Dr. A. ___ diagnostizierte leichte bis zeitweise mittelschwere depressive Episode gilt als Teil des im Rahmen der HWS-Distorsion vom 5. Februar 2009 aufgetretenen Schmerzsyndroms und nicht als selbstständige, vom Schmerzsyndrom losgelöste psychische Komorbidität, die sich aufgrund ihres Schweregrades unbestreitbar vom typischen Beschwerdebild eines Schleudertraumas (respektive eines äquivalenten Verletzungsmechanismus; vgl. Erwägung 4.1 hiervor) unterscheiden liesse (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_798/2011 vom 15. Mai 2012, E. 3). Es ist deshalb letztlich unerheblich, ob der Einschätzung der RAD-Ärzte Dr. E. ___ und Dr. F. ___ gefolgt wird oder nicht, welche das Vorliegen einer mittelschweren depressiven Störung und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit anhand der Akten verneint (Urk. 8/44 S. 6 f., Urk. 8/52). Denn selbst wenn von solchen, die HWS-Distorsion begleitenden psychischen Störungen auszugehen ist, sind sie als gesamthaftes Schmerzsyndrom mangels psychischer Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer auf ihre Unüberwindbarkeit anhand der (weiteren) Kriterien zu überprüfen.

4.4.5 Ä Ä Der Beschwerdeführer leidet an keiner chronischen somatischen Erkrankung, wobei als chronische körperliche Begleiterkrankung nicht gerade jenes Leiden - hier das im Vordergrund stehende generalisierte occipital bis lumbal geklagte Schmerzsyndrom - gelten kann, welches die Beschwerden aufrechterhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_709/2009 vom 14. Dezember 2009, E. 4.1.4 in fine). Auch ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist nicht ausgewiesen. Der Beschwerdeführer lebt mit seiner Ehefrau und der Familie eines seiner Kinder zusammen, lässt sich von seiner Ehefrau begleiten, unternimmt kurze Spaziergänge, wird von Freunden und Verwandten besucht und reiste im Sommer 2009, im Sommer und erneut im Oktober 2010 (angeblich im Auto

liegend) gar nach P.____ (Urk. 8/38 S. 34 und S. 36 f., Urk. 8/41 S. 5). Zu verneinen ist weiter das Kriterium des (qualifizierten) Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung. Dagegen sprechen etwa das Verhalten während des Aufenthaltes in der I.____, wo die Therapien, namentlich die Ergotherapie, und die neuropsychologische Testung durch das demonstrative Schmerzverhalten beeinträchtigt respektive verunmöglicht wurden (Urk. 8/25 S. 56 f.). Ebenfalls dagegen spricht der Umstand, dass die ambulante Physiotherapie wegen vollständig unverändertem Beschwerdebild bereits nach fünf Sitzungen abgebrochen wurde (Urk. 8/23 S. 71), nach Angaben des Beschwerdeführers weil eine verabreichte Spritze noch mehr Schmerzen verursacht habe (Besprechungsprotokoll der Suva vom 7. April 2009, Urk. 8/23 S. 200). Andererseits bestehen dafür, dass eine relevante psychische Erkrankung für die Selbstlimitierung und das aggravatorische Verhalten verantwortlich gewesen wäre, keine Anhaltspunkte. Auch ein primärer Krankheitsgewinn mit therapeutisch nicht mehr beeinflussbarem innerseelischem Verlauf ist nicht auszumachen. Das geklagte Schmerzsyndrom allein ist im Kontext dieser invalidenversicherungsrechtlichen Beurteilung dafür jedenfalls nicht ausreichend.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit liegt beim Beschwerdeführer kein Ausnahmefall vor, der infolge Unüberwindbarkeit der Schmerzen zu Leistungen der Invalidenversicherung führen würde. Es ist somit von einem nicht invalidisierenden Schmerzsyndrom auszugehen, weshalb keine anspruchsbegründende Invalidität vorliegt. Da dieses zeitlich - wie erwähnt (oben E. 4.3.1) - bereits nach wenigen Monaten nach dem Unfall im Vordergrund gestanden hat und eine allfällige Arbeitsunfähigkeit damit zu begründen war, fallen im Besonderen auch die vom Versicherten beantragten Integrationsmassnahmen nach Art. 14a Abs. 1 IVG ausser Betracht.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin wies das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers mit Verfügung vom 10. Oktober 2011 (Urk. 2) nach dem Gesagten folglich zu Recht ab. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Streitgegenstand des Verfahrens bildet die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen. Das Verfahren ist daher kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Luzius Hafén
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.