

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00819 vom 14. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00819

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00819 du 14 novembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00819 del 14 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

1.2. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 21. Juni 2012 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.3. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des

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

1.4. 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 wärdigen 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 prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende 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.).

E. 2

2.1. Der nach dem Unfall vom 23. Mai 2006 noch am Unfalltag erstbehandelnde Dr. Z. diagnostizierte eine Kontusion Rücken und Kopf sowie Schürfwunden am rechten Ellbogen und an beiden Händen. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/36/289).

2.2. Die Klinik E. hielt mit Bericht vom 26. September 2006 als Diagnose ein posttraumatisches multilokales Schmerzsyndrom fest. Die durchgeführten bildgebenden Untersuchungen und die heutige Untersuchung hätten keine pathologischen Zeichen ergeben. Die Schmerzen seien subjektiv. Dies sei jedoch bei einem Schmerzsyndrom bekannt. Die Behandlung sei somit konservativ mit Schmerzmitteln bei Bedarf und therapeutischen Übungen. Es gebe schon eine Verbesserung der Symptomatik, und mit etwas Geduld sei die Prognose sehr wahrscheinlich gut. Seit dem 23. August 2006 sei der Beschwerdeführer als Maler zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 7/85/7-8).

2.3. Die Klinik F. hielt mit Bericht vom 4. September 2007 fest, der Beschwerdeführer sei vom 6. August bis am 2. September 2007 bei ihnen hospitalisiert gewesen. Als Diagnosen nannte die Klinik F. (1) einen Status nach HWS Distorsionstrauma mit Kontusion von Kopf und LWS am 23. Mai 2006 (ICD-10 T03.0) mit (a) radiologisch keinen Veränderungen der ossären Strukturen, (b) persistierendem Schmerzsyndrom und (2) beginnende Coxarthrose mehr rechts als links (ICD-10 M52.3). Ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis sei bis zum 9. September 2007 ausgestellt worden.

Danach sollte eine langsame Reintegration zunächst mit 50 % Präsenzzeit bei 25%iger Belastung beginnend erfolgen. Eine weitere Steigerung würden sie nach erneuter ärztlicher Beurteilung frühestens nach 4-6 Wochen empfehlen (Urk. 7/42/233-235).

2.4 Dr. med. G. ____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 7. Dezember 2007. Er hielt dabei fest, am 23. Mai 2006 sei der Beschwerdeführer von einem rückwärts einparkierenden PKW umgeworfen worden, das Fahrzeug sei entsprechend mit tiefer Geschwindigkeit gefahren. Gleichentags habe er einen Arzt konsultiert, er habe vor allem nuchal Schmerzen mit eingeschränkter HWS-Funktion verspürt. Am Ellbogen rechts und an beiden Händen hätten sich Schürfwunden gefunden, eine Amnesie habe nicht vorgelegen. In der Folge sei es nur langsam zu einer Erholung gekommen, die Arbeitsaufnahme sei nur zögernd und mit geringer Leistung erfolgt. Im Herbst 2006 sei es zu einer Zunahme der Beschwerden gekommen, ohne dass eine klare Ätiologie habe gefunden werden können. Die Klinik E. ____, habe im Oktober 2006 von einem multilokalen Schmerzsyndrom gesprochen, das sich nicht weiter habe auflösen lassen. Im November 2006 habe sich bei einer orthopädischen Abklärung der Hüften rechtsbetont eine Offsetfraktur, die aber keine derart ausgeprägten Symptome gemacht habe, dass an ein chirurgisches Vorgehen zu denken gewesen wäre, gezeigt. Es sei klar, dass diese Störung entwicklungsbedingt sei und mit dem Sturz vom 23. Mai 2006 keinen Zusammenhang habe. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe deswegen ohnehin nicht. Im Frühjahr 2007 sei es zu einer langsamen Steigerung der Arbeitsfähigkeit und im Juni dann wieder zu einem Einbruch gekommen. Man habe von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen. Dies sei mit einem Aufenthalt in der Klinik F. ____, angegangen worden und habe günstig beeinflusst werden können. Seither sei ein kontinuierlicher Aufbau der Belastbarkeit erfolgt. Heute verrichte der Beschwerdeführer als Maler wieder alle anfallenden Tätigkeiten, die zeitliche Belastung gehe bis 60 %. Eine weitere vorsichtig dosierte Steigerung ab Januar 2008 sei vorgesehen, spätestens im Frühjahr 2008 sollte die volle Leistungsfähigkeit erreicht sein. In somatischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer tiefgreifend abgeklärt worden, es hätten sich keine Elemente, die gegen das Erreichen dieses Ziel sprächen, gefunden. Der Verlauf sei überraschend prozessiert, jetzt sei die Entwicklung aber befriedigend. Die weitere Steuerung der Arbeitsbelastung müsse sorgfältig dosiert werden, diese Aufgabe liege in den Händen von Dr. A. ____. Er selber habe für das heutige Datum die geltende 40%ige Arbeitsunfähigkeit bestatigt (Urk. 7/42/186-193).

2.5 Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Gastroenterologie und Innere Medizin, führte beim Beschwerdeführer am 17. Januar 2008 eine Ösophago-Gastro-Duodenoskopie durch, welche unauffällig war (Bericht vom 18. Januar 2008, Urk. 7/36/63).

2.6 Dr. A. ____, berichtete der SUVA am 5. Februar 2008, der Beschwerdeführer leide an teils muskulo-skelettalen, teils neurovegetativen Beschwerden. Es bestehe eine Reflux-Krankheit, wobei die Laryngoskopie eine massiv verdickte und gerötete Schleimhaut interarytenoidal ergeben habe. Die Stimmritzer seien reizlos. Ein CT des Iliosakralgelenks und des Beckens habe einen normalen Befund gezeigt (Urk. 7/42/164-165).

2.7 Mit Bericht vom 6. März 2008 hielt Dr. A. ____, fest, leider habe der Beschwerdeführer am 4. Februar 2008 eine Exazerbation der Beschwerden cervical

gehabt, und es habe eine Arbeitsunfähigkeit von 81,25 % bestanden, am 5. Februar 2008 sei er zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Der Beschwerdeführer habe auch Hautausschläge bekommen, welche ziemlich rötlich, intensiv, zahlreich sowohl an den Extremitäten, am Körperstamm und auch in der Genitalregion vorlägen. Der Beschwerdeführer sage, diese Ausschläge seien ihm bekannt, sie würden nach Ausruhen verschwinden. Deshalb sei der Beschwerdeführer auch bis Ende Woche arbeitsunfähig. Die Untersuchung vom 12. Februar 2008 habe eine leichte Druckdolenz im Bereich der Nackenmuskulatur am Übergang Schulter-Trapezius gezeigt, die Beweglichkeit sei bis in die Endexkursion, mit leichter Einschränkung nach rechts, in der Sagittalebene erhalten (Urk. 7/42/137).

2.8 Dr. G. hielt mit Stellungnahme vom 18. März 2008 fest, bei der Untersuchung vom 7. Dezember 2007 (vgl. E. 2.4) hätten sich keine klinisch fassbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen gefunden. In den Berichten von Dr. A. werde von einer Refluxkrankheit gesprochen, eine entsprechende Symptomatik verneine der Beschwerdeführer aber. Es wäre dies ohnehin ein unfallfremdes Problem ohne Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit. Unfallbedingt seien aus jetziger Sicht keine weiteren Abklärungen nötig. Es sei auch nicht verständlich, weswegen es immer wieder zu massiven Schmerzexazerbationen komme, die den Beschwerdeführer veranlassten, die Arbeit fast vollständig niederzulegen. Aufgrund des rein Medizinischen wäre zu erwarten, dass der Beschwerdeführer wieder voll arbeite, da Störungen am Bewegungsapparat nicht mehr fassbar seien. Dasselbe gelte für Störungen an anderen Organsystemen, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würden (Urk. 7/42/129).

2.9 Dr. med. I., Fachärztin FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, teilte dem Beschwerdeführer am 30. April 2008 mit, bei der gastrokopischen Untersuchung durch Dr. H. seien keine erosiven Veränderungen festgestellt worden. Bei der Laryngoskopie am 11. März 2008 sei die Schleimhaut interarytenoidal verdickt und gerötet gewesen, was ein eindeutiger Hinweis auf eine Refluxkrankheit sei. Die Problematik sei komplex. Einerseits passten Anamnese und Befunde zu einem Schleudertrauma, andererseits lasse sich ein Teil der Beschwerden auch durch die Refluxkrankheit erklären. Aus ORL-ärztlicher Sicht bestehe kein Grund zur Arbeitsunfähigkeit. Sie empfehle bis auf Weiteres die Medikation mit einem Protonenpumpenblocker 20mg/d (Urk. 7/36/56).

2.10 Mit Bericht vom 21. Juli 2008 hielt Dr. G. fest, der Beschwerdeführer bringe multiple Beschwerden mit dem Ereignis vom 23. Mai 2006 in Zusammenhang. Auf pathologisch-anatomischer Ebene bestehe diese Verbindung nicht, die Folgen des Sturzes seien aus dieser Sicht längst abgeklungen, entsprechend sei der Beschwerdeführer seit langem wieder voll arbeitsfähig. Bei fehlenden Residuen sei keine weitere Behandlung wegen Unfallfolgen mehr nötig. Weiter zu verfolgen sei allenfalls die dermatologische Situation, werde doch unter anderem eine Allergie auf Substanzen, mit denen der Beschwerdeführer arbeite, zur Diskussion gestellt. Die dermatologischen Beschwerden hätten allerdings keinen Zusammenhang mit dem Geschehen vom 23. Mai 2006, gleiches gelte für die aus ORL-ärztlicher Sicht festgestellte Laryngitis (Urk. 7/42/92-93). Am 21. August 2008 ergänzte Dr. G. betreffend dermatologische Beschwerden, eine ausgedehnte allergologische Abklärung habe stattgefunden, insbesondere auch mit Substanzen, denen der Beschwerdeführer am Arbeitsplatz ausgesetzt sei, und mit Medikamenten, die er einnehme. Eine allergische Reaktion auf alle diese Substanzen habe

2.16. Dr. A. berichtete der Beschwerdegegnerin am 14. Mai 2010, die letzte Untersuchung habe am 12. Mai 2010 stattgefunden. Der Verlauf sei stabil, die Arbeitsfähigkeit betrage 50 % (Urk. 7/83). Am 29. Oktober 2010 berichtete Dr. A. der Beschwerdegegnerin, die Zervikobrachialgie rechts bis zum Daumen habe auf Erholung der Dalfalgandosis von 2 auf 4 pro Tag nicht wesentlich reagiert. Der Beschwerdeführer habe einen Zwick im Bereich des rechten Daumens sowie Schmerzen im Bereich des rechten Arms. Er habe zudem lumbosakrale Schmerzen und Schmerzen im Bereich der Füsse (Fusssohlen) beidseits. Bei der Untersuchung vom 14. September 2010 hätten sich eine Provokation der Schmerzen und Ausstrahlung in den rechten Daumen bei Kopfreklination nach links hinten bzw. bei nach rechts gewendetem Kopf, weniger ausgeprägt bei entgegengesetztem Manöver gezeigt. Ansonsten seien die Bewegungen der HWS bis in die Endexkursionen ohne wesentliche Einschränkungen gewesen. Der Beschwerdeführer sei am 13. September 2010 zu 75 % und vom 14. bis 17. September 2010 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seither bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/94/6-7).

2.17. Das D. hielt mit Gutachten vom 5. Januar 2012 keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte das D. (1) ein leichtes zervikales und panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.80, M47.82), (2) einen Status nach möglicher milder traumatischer Hirnverletzung nach Sturz infolge stumpfem Wirbelsäulentrauma am 23. Mai 2006, (3) eine beginnende Coxarthrose beidseits (ICD-10 M16.9), (4) einen fortgesetzten Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1) und leicht erhöhte Entzündungszeichen unklarer Ätiologie mit CRP und BSR leicht erhöht. Aufgrund der anamnestischen Angaben, ihrer Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeit gingen sie davon aus, dass die aktuell attestierte volle Arbeitsfähigkeit als Maler mit Sicherheit ab Gutachtenszeitpunkt gelte. Eine retrospektive Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der vorliegenden Dokumentation und der anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers nicht sicher zuordenbar. Aus somatischer Sicht scheine der Beschwerdeführer seit der Wirbelsäulen-orthopädischen Untersuchung am 8. September 2006 wieder voll arbeitsfähig gewesen zu sein. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer nie relevant in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen (Urk. 7/122).

2.18. Dr. C. nahm am 13. Juli 2012 zum neurologischen Teilgutachten des D. Stellung. Er habe in seinem Gutachten Ende 2008 sachlich genau begründet und entsprechend der internationalen Guidelines die Diagnose einer MTBI gestellt. MTBI hinterliessen laut Literatur in der Mehrheit der Fälle sehr wahrscheinlich keine bleibenden Folgen. Es gebe aber eine Minderheit von 5-15 % mit bleibenden Folgen. Dies überrasche nicht, wisse man doch von wichtigen Untersuchungen des Gehirns von MTBI-Patienten (die wenig Zeit nach ihrer leichten traumatischen Hirnverletzung an etwas anderem verstorben sind), dass es wahrscheinlich bei allen zu teils erheblichen Verletzungen der Axone (Nervenzellfortsätze) komme. Trotzdem werde die Organizität von MTBI (welche leider in der Bildgebung meistens keine Spuren hinterliessen) vor allem von Versicherungen regelmässig angezweifelt, offenbar auch von Begutachtungsinstituten wie dem D.. Dies sei auch der Fachwelt bekannt. Das Vorliegen eines zentralen Diagnose-Kriteriums für die MTBI (eine Amnesie und/oder Confusion) sei beim Beschwerdeführer klar belegt. Mit teils nachweislich falschen oder

verdrehten ÄFaktenÄ und verschiedenen nicht nachvollziehbaren Argumenten werde dies im neurologischen Teilgutachten von Dr. L.____ in Abrede gestellt (Urk. 3/4).

E. 3

3.1ÄÄÄÄ Die Beschwerdegegnerin ging in der rentenablehnenden VerfÄgung vom 21. Juni 2012 davon aus, dass der BeschwerdefÄhrer in der angestammten TÄtigkeit wieder zu 100 % arbeitsfÄhig sei. Sie stÄtzte sich dabei im Wesentlichen auf das Gutachten des D.____ vom 5. Januar 2012 (Urk. 2 und Feststellungsblatt, Urk. 7/123). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch die Sozialversicherung eingeholten Gutachten ist Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen deren ZuverlÄssigkeit sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb). Vorliegend sind keine Indizien ersichtlich, welche gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens des D.____ sprechen wÄrden. So sind die AusfÄhrungen des D.____ zum Vorliegen einer MTBI schlÄssig, erklÄrt doch das D.____, dass es mÄglich sei, dass der BeschwerdefÄhrer beim Unfall vom 23. Mai 2006 eine MTBI erlitten hat, dass diese aber keine lÄnger andauernde Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit hÄtte (Urk. 7/122/17-18).

3.2ÄÄÄÄ Die Klinik E.____ attestierte dem BeschwerdefÄhrer mit Bericht vom 26. September 2006 eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit (E. 2.1). Deren Ärzte hielten dabei als Diagnose ein posttraumatisches multilokales Schmerzsyndrom fest. Die bildgebenden und die klinischen Untersuchungen hÄtten keine pathologischen Zeichen ergeben. Hierbei gilt es zu beachten, dass gemÄss BGE 136 V 279 die Rechtsprechung zur anhaltenden somatoformen SchmerzstÄrung sinngemÄss anwendbar ist, wenn sich die Frage nach der invalidisierenden Wirkung eines pathogenetisch-Ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds, namentlich auch eines Schleudertraumas, stellt. Eine fachÄrztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme SchmerzstÄrung bzw. ein anderes pathogenetisch-Ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild begrÄndet als solches noch keine InvaliditÄt. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme SchmerzstÄrung bzw. ein anderes pathogenetisch-Ätiologisch unklares syndromales Beschwerdebild oder die Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung Äberwindbar sind. Bestimmte UmstÄnde, welche die SchmerzbewÄltigung intensiv und konstant behindern, kÄnnen den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht Äber die fÄr den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfÄgt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen KomorbiditÄt von erheblicher Schwere, AusprÄgung und Dauer. Massgebend sein kÄnnen auch weitere Faktoren, so: chronische kÄrperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjÄhriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unverÄnderter oder progredienter Symptomatik ohne lÄngerdauernde RÄckbildung; ein sozialer RÄckzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglÄckten, psychisch aber entlastenden KonfliktbewÄltigung (primÄrer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgefÄhrten ambulanten oder stationÄren Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprÄgter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen fÄr eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 130 V 352).

Da beim Beschwerdeführer keine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere gegeben ist und auch die übrigen sogenannten First-Kriterien nicht in gehäuft oder besonders ausgeprägter Weise vorliegen, ist die von der Klinik E. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit unabhängig davon, ob die geklagten Beschwerden überhaupt bestehen oder nicht, aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht nicht relevant.

3.3 Dr. G. ___ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 7. Dezember 2007 zwar noch eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.4). Mit Stellungnahme vom 18. März 2008 hielt er aber fest, dass sich bei der Untersuchung vom 7. Dezember 2007 keine klinisch fassbare gesundheitliche Beeinträchtigung mehr gefunden habe (E. 2.8). Die von Dr. G. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert daher auf einem pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild, welches - wie ausgeführt (E. 3.2) - keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag. Im Bericht vom 21. Juli 2008 hielt Dr. G. ___ denn auch fest, dass der Beschwerdeführer seit langem wieder voll arbeitsfähig sei (E. 2.10).

3.4 Die Klinik F. ___ attestierte dem Beschwerdeführer mit Bericht vom 4. September 2007 bis am 9. September 2007 eine 100%ige und hernach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit mit 25%iger Leistungsfähigkeit, wobei eine erneute Steigerung frühestens nach 4 bis 6 Wochen möglich sei (E. 2.3). Als Diagnosen nannte die Klinik F. ___ einen Status nach HWS-Distorsionstrauma mit Kontusion von Kopf und LWS sowie beginnende Coxarthrose mehr rechts als links. Die Klinik F. ___ erklärte nicht ausdrücklich, auf welcher Diagnose bzw. Beschwerden die attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert. Da die Klinik F. ___ den Beschwerdeführer wegen des HWS-Distorsionstraumas mit Kontusion von Kopf und LWS behandelte und in ihren gesamten Ausführungen die beginnende Coxarthrose nicht erwähnt und auch von einer grundsätzlichen Steigerung der Arbeitsfähigkeit ausgeht - was bei Coxarthrose wohl nur mit ärztlicher Behandlung möglich wäre -, kann sich die attestierte Arbeitsunfähigkeit nur auf den Status nach HWS Distorsionstrauma mit Kontusion von Kopf und LWS beziehen. Wie ausgeführt, begründet aber ein solcher Status grundsätzlich keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit (E. 3.2).

3.5 Dr. A. ___ attestierte dem Beschwerdeführer in seinen Berichten eine variierende Arbeitsunfähigkeit (E. 2.6, 2.7, E. 2.12, E. 2.13 und E. 2.16). Hierbei gilt es zu beachten, dass Verhärtungen und Verspannungen der Muskulatur und Druckdolenzen für sich allein nicht als ausgewiesenes organisches Substrat qualifiziert werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C_736/2009 vom 20. Januar 2010, E. 3.2). Organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen liegen nur vor, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden können. Objektivierbar sind Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_806/2007 vom 7. August 2008, E. 8.2 mit Hinweisen). Die von Dr. A. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit basiert daher im Wesentlichen auf einem pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild. Die dermatologisch festgestellte Arbeitsunfähigkeit (E. 2.7) wurde von den entsprechenden Fachärzten nicht bestätigt (E. 2.11).

3.6. Dr. C. attestierte dem Beschwerdeführer mit Gutachten vom 17. Februar 2009 und mit ergänzender Stellungnahme vom 11. November 2009 eine 60%ige bzw. 50%ige Arbeitsunfähigkeit (E. 2.14). Er begründet diese Arbeitsunfähigkeit mit dem typischen Beschwerdebild nach HWS-Verletzungen. Wie dargestellt (E. 3.2), führt ein solches Beschwerdebild grundsätzlich zu keiner Arbeitsunfähigkeit. Hinsichtlich der von Dr. C. festgehaltenen MTBI gilt es zu beachten, dass weder eine Bewusstlosigkeit noch eine Gedächtnislücke des Beschwerdeführers erstellt sind. Der erstbehandelnde Arzt Dr. Z. verneinte das Vorliegen einer Amnesie sogar ausdrücklich (E. 2.1). Der Beschwerdeführer selbst erwähnte in seiner Unfallschilderung vom 24. Mai 2006 ebenfalls keine Bewusstlosigkeit oder Gedächtnislücke (Urk. 7/36/283). Praxisgemäss stellen die Gerichte im Bereich des Sozialversicherungsrechts in der Regel auf die Aussagen der ersten Stunde ab, denen in beweisrechtlicher Hinsicht grösseres Gewicht zukommt als späteren Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können (BGE 121 V 45 E. 1a, 115 V 133 E. 8c mit Hinweis).

Die von Dr. C. diagnostizierte MTBI steht somit im Widerspruch zu den übrigen medizinischen Akten und den Schilderungen des Beschwerdeführers. In seiner Stellungnahme vom 13. Juli 2012 (E. 2.18) bringt Dr. C. nichts Neues vor, was für eine beim Unfall vom 23. Mai 2006 erlittene MTBI sprechen würde. Insgesamt kann jedoch offen bleiben, ob der Beschwerdeführer beim Unfall vom 23. Mai 2006 eine MTBI erlitten hat, würde doch eine solche keinen Leistungsanspruch begründen. Die Diagnose einer MTBI bedeutet nämlich nicht schon, dass eine objektiv nachweisbare Funktionsstörung im Sinne der Rechtsprechung zum Schleudertrauma der HWS und zum Schädeldel-Hirntrauma vorliegt. Hierzu bedarf es einer feststellbaren intrakraniellen Läsion oder eines messbaren Defektzustandes in Form neurologischer Ausfälle (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/07 vom 17. August 2007 E. 5.1 mit Hinweisen). Solche sind beim Beschwerdeführer jedoch nicht ausgewiesen. So konnte das D. die von Dr. C. beschriebenen Auffälligkeiten beim Rombergversuch bei der eigenen Untersuchung nicht feststellen. Vielmehr erachtete das D. eine Symptomverdeutlichung für möglich. Bei einer Ablenkung kam es nämlich zu einer völligen Normalisierung des Rombergtests (Urk. 7/122/19). Dass eine Ablenkung beim Rombergtest ohne Weiteres möglich ist, hält auch Dr. C. fest (Urk. 3/4 S. 2). Da Dr. C. im Bericht vom 13. Juli 2012 auch keine anderen Befunde nennt, welche auf eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsunfähigkeit schliessen liessen, vermögen seine Berichte die Einschätzung des D. nicht in Frage zu stellen.

3.7. Dr. H. mit Bericht vom 17. Januar 2008 (E. 2.5), Dr. I. mit Berichten vom 30. April 2008 (E. 2.9) und vom 28. April 2010 (E. 2.15) sowie das Spital J. mit Bericht vom 15. Juli 2008 (E. 2.11) attestierten dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit, weshalb diese Berichte der Einschätzung des D. nicht entgegenstehen.

3.8. Nach dem Gesagten ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf das Gutachten des D. abgestellt und von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgegangen ist. Die Einvernahme des K. als Zeuge hätte an dieser Einschätzung nichts ändern, da er naturgemäss nichts zu den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden aussagen hätte. Die Einvernahme kann daher unterbleiben.

4. Gestützt auf diese Erwägungen erweist sich die Beschwerde als unbegründet und ist abzuweisen.

5. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tomas Kempf

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.