

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01159 vom 12. Dezember 2014**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-12-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2013.01159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.01159)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01159 du 12 décembre 2014

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.01159 del 12 dicembre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

9. August 2013 erhobene Beschwerde wurde mit heutigem Urteil des hiesigen Gerichts abgewiesen (Prozess-Nr. UV.2013.001 86 ).

#### **E. 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.

#### **E. 1.2**

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.

#### **E. 1.3**

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuch tet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

#### **E. 1.4**

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 Unpar teilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversiche

rungsrecht 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). 1. 5

Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/ dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung beziehungsweise Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E.

1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat viel mehr den Rentenanspruch für den gesamten verfügbaren geregelter Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

## **E. 2**

Gegen die Verfügung vom 15. November 2013 erhob der Versicherte am 16. Dezember 2013 Beschwerde (Urk. 1/1) mit den Anträgen, die Verfügung sei aufzuheben, der Invaliditätsgrad sei neu festzusetzen und es seien ihm eine Rente sowie eventuell berufliche Massnahmen zuzusprechen (S. 2). Am 28. Januar 2014 erstattete die IV-Stelle ihre auf Abweisung schliessende

Beschwerdeantwort (Urk. 6), welche dem Beschwerdeführer am 30. Januar 2014 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 8). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin führte in ihrer Verfügung vom 15. November 2013

(Urk. 2) zur Begründung aus, dem Versicherte sei laut medizinischer Beurteilung ab dem Tag des Unfalls (2. Juni 2010) weder die angestammte noch eine angepasste Tätigkeit zumutbar gewesen ;

er

habe ab diesem Datum kein Einkommen erzielen können. Die Situation habe sich aber erfreulicherweise gebessert, so dass ihm

seit dem 12. April 2012 die bisherige und auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit rückenangepasstem Belastungsprofil wieder zu 100 % zumutbar seien. Die Beschwerdegegnerin errechnete per 1. Juli 2012 (mit dem Hinweis : 12. April 2012

zuzüglich drei Monate) einen Invaliditätsgrad von 2 % , weshalb die Rente befristet bis zum 30. Juni 2012 auszurichten sei. Die Beschwerdegegnerin bemerkte ferner, es liege kein krankheitsbedingter IV-relevanter Gesundheitsschaden vor und somit auch kein Grund, unabhängig von der SUVA Abklärungen durchzuführen, da die Akten der SUVA zur Beurteilung genügen (vgl. auch Urk. 6) .

## E. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem entgegen, soweit es um die Klärung der Frage gehe , ob eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vorliege oder nicht, würden sich widersprechende fachärztliche Beurteilungen vorliegen ( Urk. 1 S. 4 ff. ). Nach seinem Dafürhalten könne auf die Stellungnahme des Psychiaters

Dr. Y.\_\_\_\_ ,

die offenkundig persönlich geprägt sei, nicht abgestellt werden (S. 6). Weil die gesundheitlichen Einschränkungen durch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren in die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit noch nicht eingeflossen seien , werde die Beschwerdegegnerin dies nachholen müssen (S. 6) . Bis anhin sei zu dem kein polydisziplinäres Gutachten erstellt worden, was ebenfalls nachzuholen sei (S. 4). Über notwendige berufliche Massnahmen könne erst nach Vorliegen eines solchen Gutachtens befunden werden (S. 7) . 3.

### 3.1

Im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_

vom 20. April 2011 ( Urk. 7/ 27 ) betreffend den dritten Aufenthalt vom 14. März bis zum 21. April 2011 wurden die folgenden Diagnosen gestellt (S. 1): A.

Unfall vom 2.6.2010 mit Polytrauma infolge eines Autounfalls (wurde als Beifahrer aus dem Auto geschleudert) A1.

Traumatische Hirnverletzung mit kleiner Subarachnoidalblutung hochparietal rechts - leichte bis mittelschwere neuropsychologische Störung mit Einschränkungen der attentionalen Funktionen und leichten Verhaltensauffälligkeiten in Folge einer traumatischen Hirnverletzung (ICD-10 F07.2) - chronischer Kopfschmerz bei Übergebrauch von Analgetika A2.

Wirbelsäulentrauma mit - instabiler Fraktur Lendenwirbelkörper (LWK) 1 mit Hinterkantenbeteiligung , ohne Spinalkanaleinengung - undislozierten Frakturen der Processi

transversi der Brustwirbelkörper (BWK) 5-7 und 9 links sowie LWK

2 - Zustand nach dorsaler Stabilisierung der Brustwirbel (BW) 12 - Lendenwirbel (LW) 2 mittels USS-Fixateur int. am 5.6.2010 - Zustand nach Teil- Vertebroektomie LWK1 sowie Implantation eines Titan-Ersatzkörpers am 14.6.2010 A3.

Stumpfes Thoraxtrauma mit - Pneumothorax rechts - Verdacht auf Spannungspneumothorax links - Lungenkontusion rechts - Fraktur Costa 10 rechts lateral A4.

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) B.

Tendinopathia

calcareo der Supraspinatussehne links, degenerativ bedingt

Die Ärzte der Z.\_\_\_\_ gaben damals an, eine weiterführende ambulante psychotherapeutische Behandlung der Schmerzproblematik sei angesichts der Chronifizierung der Symptome sowie der Einengung des Patienten auf diese Symptome indiziert. Der Beschwerdeführer zeige sich aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht dazu bereit. Bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit werde eine begleitende ambulante Ergotherapie empfohlen. Ansonsten seien aktuell keine Therapien angezeigt.

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die berichtenden Ärzte aus, es liege eine leichte bis mittelschwere kognitive Leistungsminderung infolge einer neuropsychologischen Funktionsstörung vor, die Folge einer primär hirnorganischen Schädigung sei. In körperlicher Hinsicht sei dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Arbeit zumutbar. Was die kognitiven Fähigkeiten betreffe, sei eine Arbeit mit leichten kognitiven Anforderungen möglich. Zumutbar sei eine halbtägige Tätigkeit mit der Möglichkeit von regelmässigen Pausen zur Entlastung. Bei schrittweiser Steigerung der Präsenzzeit und der Leistung über mehrere Monate hinweg sei auch eine ganztägige Tätigkeit denkbar. Die Ärzte wiesen zudem auf die folgenden speziellen Einschränkungen hin: keine unerwarteten asymmetrischen Belastungseinwirkungen und keine längerdauernden wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen (Bücken, Kauern).

Sie fügten an, wechselbelastende Tätigkeiten seien empfohlen (S. 2).

Die berichtenden Ärzte führten im Weiteren aus, sie hätten den Patienten erneut klinikintern den orthopädischen Kollegen vorgestellt mit dem Ergebnis, dass klinisch und radiologisch stabile Verhältnisse ohne Lockerungszeichen vorliegen würden. Die Belastung dürfe bis zu 30 Kilogramm gesteigert werden. Aus orthopädischer Sicht könnten die persistierenden Beschwerden nicht erklärt werden. Insgesamt gesehen habe im Vergleich zum letzten stationären Aufenthalt in der Z.\_\_\_\_ keine relevante Entwicklung beobachtet werden können. Der Beschwerdeführer sei weiterhin schmerzfixiert (S. 3).

Am 18. Juli 2011 bescheinigte die Z.\_\_\_\_ der IV-Stelle auf Rückfrage, dass dem Versicherten ab dem Zeitpunkt des Klinikaustritts aus rein somatischer und kognitiver Sicht unter Beachtung der Zumutbarkeitskriterien eine Tätigkeit als Lagerist theoretisch wieder möglich sei (Urk. 7/34). 3.2

Der in der Praxis Dr. med. A.\_\_\_\_, Neurologie FMH, tätige Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie SGKN-EMNG, welchen der Beschwerdeführer auf Anraten seines Anwalts hin konsultiert

hatte (Urk. 7/27 S. 3 oben), berichtete am 29. April 2011 in einer von Dr. A.\_\_\_\_ visierten Stellungnahme (Urk. 7/33/8-9), die aktuelle Schmerzproblematik sei mit Sicherheit durch das Trauma verursacht und im skelettalen Rahmen zu interpretieren. Bei normalem Neurostatus, EEG, sowie normalem SSEP tibialis und SSEP medianus ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine neurogene Genese des Schmerzsyndroms im Sinne einer Myelopathie. Auch für eine intercostale Neuropathie lägen keine Anhaltspunkte vor. Eine orthopädische Beurteilung erscheine sinnvoll. 3.3

In ihrer konsiliarischen Beurteilung gestützt auf die bisherige neurologische Beurteilung sowie die bereits vorhandene Bilddokumentation und eine eigens durchgeführte

triplanare, native und KM-verstärkte MRI-Untersuchung des Schädels vom 7. August 2011 gaben Dr. C.\_\_\_\_ und Prof. Dr. D.\_\_\_\_, Klinik für Neuroradiologie des E.\_\_\_\_, am 20.

August 2011 ( Urk. 7/ 36/25 ) an, bei einem Status nach Schädelhirntrauma zeigten sich keine intraparenchymalen Veränderungen im Sinne diffuser axonaler Verletzungen. Es zeigten sich auch keine weiteren Hämosiderin -Ablagerungen und kein Hydro cephalus . Insgesamt präsentiere sich ein normaler, altersentsprechender Befund des Gehirns. 3.4

Im Neurologischen Konsiliarbericht vom 3. Januar 2012 ( Urk. 7/ 37/69-75 ) führte Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH aus, nach den diagnostischen Kriterien der internationalen Kopfschmerzklassifikation ICHD-II der IHS handle es sich bei den angegebenen Kopfschmerzen aufgrund der Anamnese formal um einen Kopfschmerz bei Analgetikaübergebrauch gemäss Kodierung 8.2. 3. Der im Rahmen der Untersuchung bestimmte Medikamentenspiegel spre che jedoch gegen die Angabe des Versicherten, der über eine tägliche Einnahme von vier Tabletten Dafalgan (zuletzt gut zwei Stunden vor der Blutentnahme) berichtet habe. Der Beschwerdeführer habe während der gesamten Untersuchung auch nicht schmerzgeplagt, sondern eher gleichgültig-gelassen gewirkt. Für ihn vorrangig sei die weitere Bescheinigung einer 100%igen Arbeitsun fähigkeit auf dem Unfallschein der SUVA erschienen. An differenzierteren therapeutischen Massnahmen, die über eine Verlängerung des ärztlichen Zeug nisses und die hausärztliche Verordnung von Analgetika – die keineswegs eine adäquate Behandlung chronischer Kopfschmerzen darstelle – hinausgehen wür den, habe sich der Beschwerdeführer wenig interessiert gezeigt. Aufgrund des Gesamtbildes müssten daher erhebliche Zweifel an der Konsistenz und dem tatsächlichen Leidensdruck geäussert werden. Der Versicherte habe nach eige nen Angaben auch schon vor dem Unfall unter sporadischen Kopfschmerzen vom Spannungstyp gelitten. Die aktuell angegebenen Dauerkopfschmerzen seien eine Woche nach dem Ereignis erstmals aufgetreten. Insoweit könne auch nicht von einem posttraumatischen Kopfschmerz nach den ICHD-II-Kriterien gesprochen werden.

Im Weiteren führte Dr. F.\_\_\_\_ aus, aus rein neurologischer Sicht sei keine Ein schränkung der Arbeitsfähigkeit ausgewiesen. Der Versicherte sei neurologisch unauffällig. Der Unfall vom 2. Juni 2010 habe keine somatisch-neurologischen Folgen hinterlassen. Bei fehlendem strukturell-posttraumatischem Korrelat in der universitär-neuroradiologisch reevaluierten MR-Bildgebung, führe eine neuropsychologische Untersuchung nicht weiter. Der Versicherte wirke auch nicht depressiv oder anderweitig psychisch beeinträchtigt, so dass aus neurolo gischer Sicht auch keine psychiatrische Untersuchung indiziert erscheine. 3.5

Dr. med. G.\_\_\_\_ , Facharzt für Neurologie FMH, Versicherungsmedizin SUVA, erstattet e am 1 3. März 2012 eine neurologische Beurteilung ( Urk. 7/ 37/60-62 ). Er verwies auf frühere Stellungnahmen und die von ihm empfohlene kraniale Magnetresonanztomographie und neuroradiologische Beurteilung bei Prof. D.\_\_\_\_ am E.\_\_\_\_ sowie die neurologische Standortbestimmung bei Dr. F.\_\_\_\_ . Dr. G.\_\_\_\_ führte aus, nachdem die kraniale Bilddiagnostik die regelrechte Abheilung einer unfallbedingten Subarachnoidalblutung hochparietal rechts nachgewiesen habe, eine residuelle traumatische Hirnverletzung heute nicht nachweisbar sei und Inkonsistenzen hinsichtlich der nicht objektivierbaren Kopfschmerzen vorlägen, könnten sowohl allfällige Kopfschmerzen als auch die neuropsychologischen Funktionsstörungen nicht mit dem erforderlichen Be weisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf den Unfall vom 2. Juni 2010 zurückgeführt werden. Eine unfallbedingte organische Grundlage neu ropsychologischer Funktionsstörungen sei objektiv nicht nachweisbar (S. 2). Auf neurologischem Fachgebiet würden heute keine unfallbedingten Beschwerden vorliegen, welche die Leistungsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigten (S. 3 Ziff. 4). 3.6

Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, berichtete am 13. April 2012 ( Urk. 7/ 37/44-52 ), bei der am Vortag durchgeführten Untersuchung habe sich eine gute Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule bei deutlich erkennbarer Selbstlimitierung gezeigt. Bezüglich der stattgehabten Hirnverletzung hätten sich bei der Untersuchung keine Auffälligkeiten erkennen lassen. Beim Versicherten bestehe ab dem Untersuchungstag (12. April 2012) wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit mit folgender Zumutbarkeitsbeurteilung: Zumutbar seien wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten, ohne längere Zwangshaltungen für den Rücken, ohne das Tragen und Heben von Lasten selten bis 20 Kilogramm und repetitiv bis 10 Kilogramm sowie ohne unerwartete asymmetrische Belastungseinwirkungen. Die noch vorhandenen Beschwerden im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule seien unfallkausal. Nicht unfallkausal seien – unter Verweis auf die ausführliche neurologische Begutachtung – die angegebenen Kopfschmerzen. 3.7

Der Hausarzt, Dr. med. I.\_\_\_\_, Innere Medizin und Pneumologie FMH, berichtete der SUVA am 16. November 2012 ( Urk. 7/ 48 / 56 ), dass der Beschwerdeführer weiterhin an Rückenschmerzen leide, vor allem im thorakal-lumbalen Bereich. Er habe ihm ein Mal pro Woche Physiotherapie verordnet, um die Motivation für die weitere Durchführung der Rückenübungen aufrecht zu erhalten. Eine Arbeitsstelle habe noch nicht gefunden werden können. 3.8

Dr. med. J.\_\_\_\_, Teamleiter Wirbelsäule, K.\_\_\_\_, diagnostizierte am 15. März 2013 ( Urk. 7/ 48 / 23-24 ) ein ausgeweitetes Schmerzsyndrom nach einem Autounfall 2010 mit LWK1-Fraktur und dorsoventraler Stabilisierung. Er erhob eine Schmerzhemmung im Bereich der Lendenwirbelsäule und gab an, es falle eine allgemeine Dekonditionierung auf mit Muskelzittern je nach Bewegung. Es bestehe keine lokale Druckdolenz im Bereich der Wirbelsäule. Die Wirbelsäule sei schmerzbedingt eingeschränkt mit Schmerzen beim Aufrichten aus der Inklination und bei der Reklination. Zudem liege eine leichte Asymmetrie der Bauchwand vor nach lateraler Thorakotomie links. Die periphere Sensomotorik grobkursorisch sei intakt. Dr. J.\_\_\_\_ kam zum Schluss, es bestehe eine typische Symptomatik mit panvertebralen Schmerzen mit Ausstrahlung bis in den Hinterkopf. Mechanisch sei die Situation nicht verbesserbar. Die Spondylose sei korrekt und das Alignment gut. Zudem gebe es keine relevanten degenerativen Veränderungen. Dennoch sei hier eine posttraumatische Symptomatik im Sinne eines ausgeweiteten Schmerzsyndroms zu postulieren. Es sollten bei Versagen der physikalischen Therapie vor allem Anstrengungen unternommen werden, eine psychosomatische Behandlung durchzuführen. Derzeit sei die Arbeitsfähigkeit mit der vorhandenen Einschränkung nicht gegeben; auch wenn diese durch die Fraktur allein nicht erklärt sei, handle es sich um ein posttraumatisches Schmerzsyndrom mit entsprechenden Einschränkungen. Aus orthopädischer Sicht sei keine weitere Behandlung indiziert. 3.9

Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Konsiliararzt am Zentrum für Begutachtung der Z.\_\_\_\_ erstattete der SUVA am 24. April 2013 im Anschluss an eine psychiatrische Untersuchung eine psychiatrische Stellungnahme ( Urk. 7/ 48/27-44 ). Dr. Y.\_\_\_\_ führte aus, in der gleichentags stattgefundenen Untersuchung habe der Beschwerdeführer zwar leicht gedrückt und missgestimmt gewirkt, aber auch ausweichend und eher diffus in seinen Angaben. Der Beschwerdeführer habe bei der Diskussion zum weiteren aktiven Vorgehen in Richtung Arbeitsmarkt argumentativ vor allem die Schmerzen in den Vordergrund gestellt. In Bezug auf seine innere Verstimmung habe er

vor allem von einer Missstimmung ( „typischerweise als ‚Nervosität‘ bezeichnet in diesem Kulturkreis “ ) berichtet , dies mit Bezug auf Schmerzen und die soziale Situation mit Anbindung ans Fürsorgeamt, Schulden und andere Belastungsfaktoren. Es handle sich um eine wahrscheinlich um einiges verdeutlichend vorgebrachte, aber normalpsychologisch verstehbare Missstimmung in einer eher perspektivverarmten Situation. Der Beschwerdeführer habe zweifellos mit seinen nun unfallbedingt bestehenden Einschränkungen im Zumutbarkeitsprofil hinsichtlich Rückenbelastung und seiner schlechten Ausbildung wenig gute Chancen auf dem Arbeitsmarkt. Dass ihn dies belaste, sei schon klar. Andererseits bestünden keine einschlägigen eindeutigen depressiven Zeichen im Sinne einer relevant schweren depressiven Verstimmung oder Zeichen für eine posttraumatische Belastungsstörung. Auf jeden Fall sei ein Schweregrad der Verstimmung im Ausmass einer eigentlichen „depressiven Episode“ in keiner Weise gegeben. Im Vordergrund stünden hingegen mehr dysfunktionale Überzeugungen, schuldlos einen Unfall erlitten zu haben, weiterhin nicht schmerzfrei zu sein und die vielfache Ausführung dieser Umstände als Verhinderungsmotive, eine Arbeit suchen und finden zu können (S. 16).

Dr. Y.\_\_\_\_ gab an, die ganze maladaptive Art des Umgangs beim Beschwerdeführer, der in seinem Auftreten eher passiv, diffus und motivationsarm wirke, entspreche in recht typischer Weise dem, was man als sogenannte „Symptomausweitung“ bezeichne. Dies sei eine Bezeichnung für einen maladaptiv erlernten Umgang mit Schmerzen, der in Selbstlimitierung und damit Inkonsistenzen resultiere und ausgeweitete Folgen eines Schmerzleidens auf die soziale Funktionsfähigkeit bezeichnen solle. Es handle sich dabei jedoch nicht um eine eigentliche psychische Störung im Sinne einer psychiatrischen Diagnose, also keine F-Diagnose nach ICD-10, womit auch die Wertung dieser psychischen Verfassung im Sinne eines Krankheitswertes mit Einfluss auf die zumutbare Arbeitsfähigkeit entfalle (S. 16).

Dr. Y.\_\_\_\_ bemerkte unter Hinweis auf die Definition der sogenannten unendlichen Schmerzdiagnose F 45.41 („chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren“), die seinerzeit in Z.\_\_\_\_ gestellt worden sei, dass „unter dem Dach“ dieser Diagnose unterschiedliche Untergruppen bestünden, die einander nicht gleichgesetzt werden könnten. Insbesondere seien auch Schmerzpatienten mitgemeint, die ein solches dysfunktionales Bewältigungsmuster mit Inaktivität und Vermeidung zeigten. Aus dieser Sicht könne die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren bestätigt werden. Diese Diagnose sei jedoch aus psychiatrischer Sicht nicht invalidisierend. Sie entspreche auch eindeutig nicht einer typischen anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und im konkreten Fall stünden insbesondere auch dysfunktionale Einstellungen mit Aktivitätsvermeidung und Vermeidung von Übernahme von Verantwortung im Raum (S. 16 f.). Die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren sei deshalb einerseits zwar zutreffend, andererseits müsse darauf hingewiesen werden, dass die Verwendung des Begriffs psychische „Faktoren“ darauf hinweise, dass es hier um Einflussfaktoren gehe, die eben nicht das Ausmass einer psychischen „Störung“ erreichten, dass hier also Einflussfaktoren weitgehend aus dem normalpsychologischen Spektrum einen Einfluss auf die Ausgestaltung und den Verlauf der Schmerzbeschwerden erlangt hätten (S. 17). Unter diese Diagnose fielen auch dysfunktional-vermeidende Strategien im Umgang mit Schmerzen, die in einer vorwiegend durch Passivität und Inkonsistenzen zu charakterisierenden Situation

ausmündeten, gemeinhin auch als sogenannte „Symptomausweitung“ bezeichnet. Eine solche liege vor.

Dem Beschwerdeführer sei es aus psychiatrischer Sicht zweifellos zumutbar, aktiv zu werden. Es bestünden keine Einschränkungen der Zumutbarkeit über das Mass hinaus, was somatisch definiert worden sei (S. 17). 4.

#### **E. 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.

#### **E. 4.1**

Der Beschwerdeführer erlitt am 2. Juni 2010 einen Autounfall mit Polytrauma. Unbestritten und durch die medizinischen Akten ausgewiesen ist, dass er nach dem Unfall bis zum 12. April 2012 arbeitsunfähig war .

Dass die Beschwerde gegnerin in diesem Punkt der Einschätzung der SUVA-Kreisärzte folgte und nicht entsprechend dem Attest der Z.\_\_\_\_

bereits ab dem Datum des Klinikaustritts

(21. April 2011) von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausging (vgl. hievore. 3.1 und Urk. 7/37, Urk. 7/52 S. 5 und 8), ist nicht zu beanstanden.

Die Parteien gehen zudem – entsprechend der medizinischen Aktenlage – darin überein, dass der Beschwerdeführer seinen Rücken seit dem erlittenen Polytrauma

nur noch eingeschränkt belasten kann. Es gilt das vom Kreisarzt Dr. H.\_\_\_\_ formulierte rückenadaptierte

Belastungsprofil, wonach der Versicherte aus orthopädischer Sicht seit dem Untersuchungstag

(12. April 20

#### **E. 4.2**

Der Beschwerdeführer geht davon aus, dass er zusätzlich unter invalidisierenden psychischen Beschwerden leidet. Er verwies hierzu insbesondere auf die nach dem dritten Aufenthalt in der Z.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (vgl. E. 3.1 hievore).

#### **E. 4.3**

Was die geltend gemachten psychischen Beschwerden betrifft, kann auf die nach einer psychiatrischen Untersuchung erfolgte und die Vorakten

sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende fachärztliche Stellungnahme von Dr. Y.\_\_\_\_ vom 24. April 2013 (E. 3.9) abgestellt werden, die den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise vollumfänglich entspricht (E. 1.3 und 1.4). Dr. Y.\_\_\_\_ setzte sich eingehend mit der strittigen (Vor-)Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren auseinander und legte unter

Hinweis auf dysfunktional-vermeidende Strategien im Umgang mit Schmerzen, Passivität und Inkonsistenzen einleuchtend dar, es liege keine typische anhaltende somatoforme

Schmerzstörung vor. Er begründete ebenso nachvollziehbar und unter Einbezug der gesamten Krankheitsgeschichte (Urk. 7/48/27-44 S. 1 ff.), weshalb er davon ausgehe, dass die Verwendung des Begriffs psychische „Faktoren“ darauf hindeute, dass auch die behandelnden Ärzte der Z.\_\_\_\_ im Austrittsbericht nicht von einer eigentlichen psychischen „Störung“ ausgegangen waren. Die Einschätzung von Dr. Y.\_\_\_\_ findet in den aktenkundigen Arztberichten zahlreiche Stützen, so etwa im Hinweis im Austrittsbericht der Z.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sehe seine passive Haltung darin gerechtfertigt, dass er den Unfall nicht verschuldet habe und sich daher für seine Genesung auch wenig verantwortlich fühle (Urk. 7/89 S. 3). Der wegen Kopfschmerzen hinzugezogene Neurologe Dr. F.\_\_\_\_ stellte fest, der Versicherte habe wenig Interesse an differenzierteren therapeutischen Massnahmen, die über eine Verlängerung des ärztlichen Zeugnisses und die hausärztliche Schmerzmittelverordnung hinausgingen (E. 3.4).

Wenn Dr. Y.\_\_\_\_ im Zusammenhang mit der von ihm diskutierten Missstimmung angab, diese werde im Kulturkreis des Beschwerdeführers typischerweise als „Nervosität“ bezeichnet, legte er offen, wie er den vom Versicherten verwendeten Begriff verstand. Dies macht die Einschätzung des Experten transparent und verständlich und ist kein Zeichen für eine Antipathie gegen den Beschwerdeführer beziehungsweise dessen „gesamten Kulturkreis“ (vgl. die Rüge in Urk. 1 S. 4). Einzig dem Verständnis der gutachterlichen Schlussfolgerungen dient auch der Hinweis, in der Diskussion um das weitere Vorgehen und um seine potenziellen Schritte auf dem Arbeitsmarkt sei der Beschwerdeführer sichtbar lebendiger geworden in der Nennung der Schmerzen als Verhinderungsmotive und habe in dieser Diskussion implizit auch einiges Wissen in Bezug auf Fachausdrücke gezeigt (Urk. 7/172 S. 11, vgl. Rüge in Urk. 1 S. 4). Das Gutachten hinterlässt nicht den Eindruck mangelnden Einfühlungsvermögens und lässt keine Zweifel an der Unparteilichkeit aufkommen.

Insgesamt ist die Schlussfolgerung, wonach aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Zumutbarkeit über das somatisch definierte Mass hinaus bestehe, einleuchtend und wie dargelegt auch mit den weiteren aktenkundigen Arztberichten vereinbar. Einzig Dr. J.\_\_\_\_ erachtete derzeit die Arbeitsfähigkeit mit den vorhandenen Einschränkungen als nicht gegeben. Da letztere mit der Fraktur allein nicht erklärbar seien, diagnostizierte er ein ausgeweitetes Schmerzsyndrom „mit entsprechenden Einschränkungen“ (vgl. hievore E. 3.8). Diesbezüglich vermag der Bericht des Wirbelsäulenspezialisten Dr. J.\_\_\_\_ allerdings nicht zu überzeugen, zumal unklar bleibt, weshalb dem Beschwerdeführer mit den erhobenen Befunden jegliche Arbeitsfähigkeit abzusprechen ist. Die Rechtspraxis billigt aber Rheumatologen nur dann auch in Bezug auf psychosomatische Beschwerden eine beschränkte Beurteilungskompetenz zu (vgl. das vom Beschwerdeführer zitierte Urteil des Bundesgerichts 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011 E. 6.2.3 mit weiteren Hinweisen), wenn deren Berichte zu überzeugen vermögen.

Nicht zur Erschütterung der Beweiswertigkeit tauglich ist sodann der Hinweis, Dr. Y.\_\_\_\_ könne im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung (Zitat BGE 136 V 117 E. 3.4) ohnehin nicht das Prädikat eines unabhängigen Sachverständigen für sich in Anspruch nehmen. Wie eingangs erwähnt (hievore E. 1.4), kommt selbst den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen Beweiswert zu, sofern sie – wie dies für die Stellungnahme von Dr. Y.\_\_\_\_ nach dem Gesagten zutrifft – als schlüssig erscheinen,

nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen.

#### **E. 4.4**

Ebenfalls nicht gefolgt werden kann der Rüge, es wäre ein polydisziplinäres Gutachten nötig gewesen, ist der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht doch grundsätzlich unbestritten und von der SUVA ausführlich abgeklärt worden. Unfallfremde Beschwerden werden keine geltend gemacht.

Vielmehr liegen der Verfügung der IV-Stelle die selben die Arbeitsfähigkeit einschränken den gesundheitlichen Beeinträchtigungen zugrunde, die auch für die Beurteilung der SUVA massgeblich gewesen sind. Nach der neueren Rechtsprechung (BGE 133 V 549) besteht für die Invalidenversicherung zwar keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung im Sinne von BGE 126 V 288. Dies schliesst allerdings nicht aus, dass die IV-Stellen oder im Beschwerdefall die kantonalen Gerichte die Unfallversicherungsakten beiziehen und gestützt darauf den Invaliditätsgrad für den Bereich der Invalidenversicherung bestimmen können (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_206/2007 vom 27. März 2008 E. 3.3.1 i.f.). 4.5

Es kann somit auf die Einschätzung des Psychiaters Dr. Y.\_\_\_\_ abgestellt werden, wonach keine typische anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegt und in psychischer Hinsicht keine Einschränkungen der Zumutbarkeit über das Mass hinaus, was somatisch definiert worden ist, bestehen. Entsprechend gilt das von Dr. H.\_\_\_\_

mit Wirkung ab 12. April 2012 aus orthopädischer Sicht formulierte Belastungsprofil. 5.5.1

Beim Einkommensvergleich stellte die Beschwerdegegnerin auf ein Valideneinkommen in angestammter Tätigkeit von Fr. 57'304.-- im Jahr 2012 ab mit dem Hinweis, dieser Wert werde in Koordination mit der SUVA übernommen. Dieses Vorgehen ist unbestritten geblieben, allerdings angesichts des nicht gesundheitsbedingten Verlusts der dieser Berechnungsweise zugrundeliegenden Arbeitsstelle (Urk. 7/13 und Urk. 7/48/93-96 S. 3) nicht angezeigt. Es wirkt sich in Anbetracht des eher tiefen Verdienstes auch zuungunsten des Beschwerdeführers aus. Zur Ermittlung des Valideneinkommens ist stattdessen auf die Tabellenlöhne der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Angesichts der fehlenden Ausbildung ist vom Medianwert „Total“, „Männer“ im Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) auszugehen. 5.2

Bis zum 12. April 2012 war der Beschwerdeführer nach Einschätzung der SUVA-Kreisärzte zu 100% arbeitsunfähig, woraus sich ein Invaliditätsgrad von 100

% ergibt. 5.3

Ab dem 12. April 2012 war dem Beschwerdeführer eine rückenangepasste Tätigkeit wieder zu 100% zumutbar. Abzustellen ist wiederum auf den Zentralwert

„Total“

für Männer im Anforderungsniveau 4, so dass der Invaliditätsgrad

im Ergebnis einem allfälligen Abzug vom Tabellenlohn gemäss BGE 126 V 75 entspricht

(vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_215/2010 vom 20. April 2010 E. 5.2 mit Hinweisen; ferner Urteil des Bundesgerichts 9C\_311/2013 vom 12. November 2013 E. 6.3). Wollte man wegen der rückenbedingten Einschränkungen – wenn überhaupt (Einschränkung auf leichte bis mittelschwere Tätigkeit begründet rechtsprechungsgemäss keinen Abzug, Urteil des Bundesgerichts 8C\_384/2014 vom 3. Juli 2014 E. 4.2) – eine Lohneinbusse bejahen wäre höchstens ein Abzug von 5 % vorzunehmen, womit ( ab dem 12. April 2012 )

kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr resultiert .

Angesichts der ab 12. April 2012 (Untersuchungstag ) ausgewiesenen Verbesserung der Verhältnisse ist – nach Massgabe des Art. 88a Abs. 1 IVV ( Bundesgerichtsurteil 8C\_670/2011 vom 10. Februar 2012 E. 5.1; Dreimonatsfrist bei rückwirkender Zusprechung einer befristeten Rente) – die Befristung der ab 1. Juni 2011 zugesprochenen ganzen Rente auf Ende Juli 2012 (statt Ende Juni

2012) festzulegen, was zu einer teilweisen Gutheissung der Beschwerde führt. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen . 6.

Was den Eventualantrag auf Zusprache beruflicher Massnahmen betrifft , ist festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin über die mit der Anmeldung zum Leistungsbezug ursprünglich beantragten beruflichen Massnahmen (vgl. Urk. 7/4) bis anhin noch nicht befunden hat. Sie sind nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung, weshalb insoweit auf die Beschwerde nicht ein zu treten ist . 7.

## **E. 7**

Abs. 2 ATSG).

### **E. 7.1**

Die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen und – angesichts des gemessen am Antrag (sinngemäss Zusprechung einer unbefristeten Rente sowie beruflicher Massnahmen ) weit überwiegenden Unterliegens (Zusprechung der Rente für einen weiteren Monat) – dem Beschwerdeführer zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel aufzuerlegen.

### **E. 7.2**

Ausgangsgemäss hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin ( § 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht) , die angesichts des bloss sehr geringen Obsiegens auf Fr. 300.-- (inkl. Barauslagen und MWSt ) festzulegen ist . Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde

wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 15. November 2013 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass bis 31. Juli 2012 Anspruch auf die ganze Rente besteht .

Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer zu vier Fünfteln so wie der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden den Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3 .

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 3 000.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4 .

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Fürsprecher Miroslav Paták -  
Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für  
Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der  
Rechtskraft) 5 .

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht  
Beschwerde eingereicht werden ( Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundes  
gesetzes 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, zuzu  
stellen.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons  
Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Oertli

## **E. 8**

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ,  
bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem  
Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem  
Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## **E. 12**

) wieder zu 100 % arbeitsfähig

ist für wechselbelastende mittelschwere Tätigkeiten, ohne längere Zwangshaltungen für den  
Rücken, ohne das Tragen und Heben von Lasten selten bis 20 Kilogramm und repetitiv bis  
10 Kilogramm und ohne unerwartete asymmetrische Belastungseinwirkungen (vgl. hievore  
E.

3.6). Dieses Belastungsprofil entspricht im Wesentlichen dem im Austrittsbericht der  
Z.\_\_\_\_ formulierten orthopädischen Zumutbarkeitsprofil, wobei die Orthopäden damals  
davon ausgingen, die Belastung dürfe sogar bis 30 Kilogramm gesteigert werden (vgl.  
hievore E. 3.1).

Nicht strittig und nach sorgfältigen neurologischen Abklärungen ausgewiesen ist auch,  
dass – bei fehlendem strukturell-posttraumatischem Korrelat, normalen Testergebnissen  
sowie unauffälligem Verhalten – keine unfallbedingten neurologischen Einschränkungen  
zurückblieben, welche die Leistungsfähigkeit des Versicherten beeinträchtigten (vgl. hievore  
E. 3.2-3.5). Ebenso fehlen Hinweise für nicht unfallbedingte neurologische  
Einschränkungen mit Krankheitswert .

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.