

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00034 vom 30. April 2018

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00034

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00034 du 30 avril 2018

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00034 del 30 aprile 2018

Erwägungen

E. 1

Der 1956 geborene X.____ war nach einer Tätigkeit als Informa tiker seit dem 1. Mai 2013 arbeitslo s . Am 9. Mai 2015 meldete er sich unter Hinweis auf ein am 15. November 2013 erlittenes Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/3). Die Sozialver sicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen und liess den Versicherten insbe sondere durch die Y.____ polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, orthopädisch und psy chiatrisch) begutachten (Expertise vom

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). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beein trächtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursach te und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommen den ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesund heitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

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 betäti gen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen , erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich min des tens 40 % arbeitsunfähig (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 einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise

begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). 2.

E. 2

Dagegen erhob der Versicherte am 11. Januar 2017 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte sinngemäss die Zusprechung einer IV-Rente. Am 20. Februar 2017 (Urk.

E. 2.1

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Leistungsabweisende Verfügung vom 2. Dezember 2016 (Urk. 2) damit, dass eine längere Zeit dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht nachgewiesen sei. Es bestehe kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

In ihrer Beschwerdeantwort (Urk. 5) hielt sie ergänzend fest, gemäss dem Gutachten der Y. ___ vom 29. März 2016 sei der Beschwerdeführer spätestens vier Wochen nach dem Unfall sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit wieder zu 100% arbeitsfähig gewesen. Darauf sei abzustellen. Dass die Suva ein halbes Jahr zuvor auf ihren Einstellungsentscheid zurückgekommen sei und erneut Leistungen ausgerichtet habe, ändere daran nichts.

E. 2.2

Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 1), seit dem 18. November 2013 sei eine 100%ige Erwerbsunfähigkeit lückenlos dokumentiert. Die Suva habe ihm denn auch wegen seiner Erwerbsunfähigkeit bis am 20. Juni 2016 Taggelder ausgerichtet (S. 1-3).

Im Laufe des Verfahrens ergänzte er, auf das eingeholte Gutachten könne - aus näher dargelegten Gründen - nicht abgestellt werden (Urk.

E. 5

) beantragte die IV-Stelle die Abweisung der Beschwerde. Der Beschwerdeführer nahm dazu mit Eingabe vom 11. März 2017 Stellung (Urk. 8) und reichte am 4. April 2017 (Urk. 11) einen Bericht von Dr. med. Z. ___, Chirurgie FMH, vom 28. März 2017 (Urk. 12) ein, was der

Beschwerdegegnerin

am 15. Mai 2017 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 13). 3.

Die Suva hatte ihre Leistungen mit Einspracheentscheid vom 4. Oktober 2016 per 21. Juni 2016 eingestellt und den Anspruch auf weitere Versicherungsleistungen verneint.

Die dagegen erhobene Beschwerde wurde mit Urteil des hiesigen Gerichts vom heutigen Datum abgewiesen (Prozess Nr. UV.2016.00236). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 6

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art.

E. 6.1

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Rechtsprechungsgemäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu

prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396; 141 V 281 E. 2.1). Eine fach ärztlich festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleich bedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektiven Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c; 139 V 547 E. 5.2; ferner BGE 143 V 409 E. 4.2.1).

Gemäss der für somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden entwickelten Rechtsprechung des Bundesgerichts ist die tatsächliche Arbeits- und Leistungsfähigkeit der versicherten Person grundsätzlich in einem strukturierten, ergebnisoffenen Beweisverfahren anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren zu ermitteln (BGE 141 V 281). Mit BGE 143 V 418 hat das Bundesgericht erkannt, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Leiden einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen seien, wobei es je nach Krankheitsbild allenfalls gewisse Anpassungen hinsichtlich der Wertung einzelner Indikatoren bedürfe. Diese Abklärungen enden laut Bundesgericht stets mit der Rechtsfrage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der nach BGE 141 V 281 rechtserheblichen Indikatoren auf Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen (E. 7).

Im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens sind als Standardindikatoren die folgenden Aspekte massgebend (BGE 141 V 281 E. 4.1.3): Funktioneller Schweregrad - Gesundheitsschädigung - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz - Komorbiditäten - Persönlichkeit: Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen - sozialer Kontext Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_2 60/2017 vom 1. Dezember 2017 E. 4.2.3). Die Anerkennung eines renten begründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit (nach wie vor) die materiell beweislastete versicherte Person zu tragen (BGE 141 V 281 E. 6; BGE 141 V 547 E. 2). 6.2.6.2.1

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass die Y.____-Gutachter eine auf das chronische cervicocephale und cervicobrachiale Syndrom sowie das chronische lumbovertbrale Schmerzsyndrom zurückzuführende wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nachvollziehbar verneinten. Ein Leiden von erheblichem Schweregrad ist damit nicht ausgewiesen. 6.2.2

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder – rezidiv“ ist zu bemerken, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit dem Auffahrunfall aus dessen subjektiver Sicht nicht verändert hat. Er wird seither konservativ, insbesondere mit regelmässiger Physiotherapie behandelt. Gemäss den behandelnden Ärzten des K.____ hat sich dank der Therapie immerhin eine circa 50%ige Besserung ergeben (E. 3.10 hievore). Eingliederungsversuche haben nicht stattgefunden, weshalb daraus keine Schlüsse gezogen werden können. 6.2.3

Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1). Abgesehen von den mit dem Schleudertrauma zusammenhängenden Beschwerden weist der Beschwerdeführer keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf. Er selber fühlt sich psychisch gesund und hat sich bislang auch nicht in psychiatrische fachärztliche Behandlung begeben. Es sind keine als „Komorbiditäten“ zu berücksichtigenden krankheitswertigen Störungen ausgewiesen. 6.2.4

Bei den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Der Beschwerdeführer ist zweifach geschieden und hat einen erwachsenen Sohn und ein Enkelkind. Er wohnt alleine. Er

geht wenig aus, hat aber einen kleinen Freundeskreis und sehr guten Kontakt zu seinem Bruder, welcher ihm ab und zu aushilft. Zu seinen beiden Schwestern besteht ein weniger häufiger aber dennoch guter Kontakt. Mit seiner in Südafrika lebenden Mutter kommuniziert er via Skype und E-Mail. Seit vier Monaten führt er zudem über Internet eine Beziehung mit einer Weissrussin. Er hat zwei Katzen, welche er regelmässig versorgt (Urk. 6/47/23, 32 und 48). Hinweise auf Persönlichkeits- oder Zwangsstörungen ergaben sich anlässlich der Begutachtung keine, vielmehr sind gemäss den Y.____-Gutachtern beim eloquenten und durchtrainierten Beschwerdeführer zahlreiche persönliche Ressourcen vorhanden (Urk. 6/47/44). Trotz eines gewissen Rückzugs enthalten somit der soziale Lebenskontext und die Persönlichkeit bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren. 6.2.5

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Bezügen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 28 ff. [nachfolgend: Ein Jahr Schmerzrechtsprechung], vgl. auch Michael E. Meier, Zwei Jahre neue Schmerzrechtsprechung, in: Riemer-Kafka/Hürzeler [Hrsg.], Das indikatorenorientierte Abklärungsverfahren, 2017, S. 105-148, S. 136 ff. [nachfolgend: Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung]) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen

Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) anderseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. ferner Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Der Beschwerdeführer sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Sein Tagesaktivitätsniveau ist jedoch nur bedingt eingeschränkt, jedenfalls (längst) nicht entsprechend der von ihm geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. So hat er einen geregelten Tagesablauf, versorgt seine beiden Katzen, geht spazieren, schaut fern (insbesondere Nachrichten und Dokumentationen), interessiert sich für Physik, beschäftigt sich am Computer (unter anderem E-Mails an seine Mutter, an Ärzte und Behörden, surfen im Internet, Kontakt mit seiner in Weissrussland lebenden Freundin), liest viel, erledigt seinen Haushalt und kocht jeweils ein gesundes Abendessen. Nachmittags pflegt er zudem den Kontakt zu Freunden und Bekannten. Aufgrund seiner Beschwerden ist ihm zwar das Querflöte spielen nicht mehr möglich, ebensowenig

das Rennrad fahren, das Crawlen oder der Flugsport. Er fährt jedoch weiterhin Mountainbike und spielt täglich Saxophon.

Auch war es ihm möglich, seine Mutter in Südafrika zu besuchen (Urk. 6/47/23, 32 und 48). Dies alles spricht gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag. Zudem ist er in der Lage, (allein) Auto zu fahren (Urk. 6/47/23), wofür physische und kognitive Ressourcen erforderlich sind. 6.2.6

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch aus gewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, Ein Jahr Schmerzrechtsprechung, S. 25 Rz 60 und Michael E. Meier, Zwei Jahre Schmerzrechtsprechung, S. 129) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung. Inkonsistentes Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Der Beschwerdeführer lässt seine seit dem Auffahrunfall bestehenden Beschwerden konservativ, insbesondere mit Physiotherapie, behandeln und nimmt Schmerzmittel ein. Eine adäquate Therapie der Schmerzerkrankung respektive eine entsprechende fachpsychiatrische Behandlung findet nicht statt. Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht der Behandlungsart beziehungsweise geringen Behandlungsintensität offensichtlich nicht gesprochen werden. Ein beruflicher Eingliederungsversuch fand bislang nicht statt.

E. 6.3

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Der Beschwerdeführer ist in seiner angestammten Tätigkeit als Informantiker zu 100 %

arbeitsfähig. Eine Invalidität im Sinne von Art. 8 Abs. 1 IVG liegt damit nicht vor. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. 7 .

Die Kosten des Verfahrens (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsgemäss dem 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: - X.____ - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub Lanzicher

E. 8

S 1- 5). 3. 3.1

Dr. A.____

stellte in ihrem Bericht vom 9. Dezember 2013 (Urk. 6/10/186-188)

die Diagnose eines kranio -zervikalen Beschleunigungs traumas Grad I

QTF und führte über die drei Tage nach dem Auffahrunfall vom 15. November am 18. November 2013 erfolgte Erstkonsultation aus, der Kopf des Beschwerdeführers sei aufgrund der Heckkollision an der Kopfstütze angeprallt, die Kopfstellung sei gerade gewesen, er sei in aufrechter Sitzposition gewesen, der Airbag sei weder bei ihm noch beim Unfallverursacher ausgelöst worden und er habe nach dem Unfall mit seinem Fahrzeug weiterfahren und die von ihm geplanten Tätigkeiten verrichten können (S. 1). Er habe sofort Kopf- und Nackenschmerzen und ein Schwindelgefühl, jedoch keine weiteren Symptome verspürt. Im Juni 2001 habe er bereits einen Unfall mit Halswirbelsäulen (HWS)-Beteiligung erlitten. Die Flexion, Linksdrehung und Seitneigung links würden als schmerzhaft bezeichnet, auch bestehe ein Druckschmerz im linken Nackenbereich (S. 2). Äussere Verletzungen habe er keine aufgewiesen (S. 3). 3. 2

Dr. med. B.____ , Facharzt für Radiologie, vom C.____ , beurteilte das MRI des kranio-cervikalen Übergangs und der HWS sowie das Röntgen der HWS vom 19. November 2014 (Urk. 6 / 10/71 f.) wie folgt: „ Schmerzbedingt eingeschränkte Rotation

im Kopfgelenk. Überzeugende Hinweise auf eine Instabilität oder Läsionen der Kopfgelenkbänder liegen nicht vor. Multisegmentale Spondylarthrose, aktiviert und zunehmend v.a. bei C3/4 links. Mediale Diskusprotrusion C2/3. Mässig ausgeprägte Osteochondrose und deutliche Unkarthrose C5/6 mit osteogener Einengung des rechten Neuroforamens. Breitbasige

Diskusprotrusion C6/7, v.a. links mediolateral und intraforaminal, vergesellschaftet mit Unkarthrose, dadurch bedingt signifikante Einengung der linken Neuroforamens. Die deutliche Rückbildung der Anfang 2014 beschriebenen Diskushernien C2/3 und C6/7 deutet darauf hin, dass beide zum gleichen Zeitpunkt gegen Ende 2013 entstanden sein müssen, d.h. im Zusammenhang mit dem anamnestisch bekannten Unfall. Alle übrigen beschriebenen Pathologien sind unspezifisch, d.h., sie können sowohl traumatischen als auch degenerativen Ursprungs sein. “ 3. 3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 25. November 2014 (Urk. 6/10/75-77) die Diagnose eines schweren cervico-cephalen Schmerzsyndroms bei Status nach Beschleunigungstrauma der HWS und führte aus, der Beschwerdeführer sei vor dem Unfall gesund, voll leistungsfähig und ausserordentlich sportlich gewesen (S. 1 f.). Es bestehe eine erhebliche Bewegungseinschränkung der HWS mit palpatorisch verdickter, druckdolenter sowie tonisierter Nacken- und Schultermuskulatur. Neurologische Ausfälle bestünden keine. Dem MRI vom 28. März 2014 entnehme er, dass Traumafolgen sichtbar seien in Form einer ödematösen Reizreaktion der Pars articularis der Pedikel am Facettengelenk HWK3/4 links mit auch leichter ödematöser Weichteilreaktion. Die klinische Untersuchung habe keine Hinweise für eine zervikale Kompressionsmyelopathie ergeben. Auch hätten sich keine Hinweise für eine relevante Läsion einer zervikalen Wurzel ergeben. Die beschriebenen möglichen Kompressionen der Wurzel C6 rechts und der Wurzel C7 links hätten somit vorläufig keine relevante Läsion dieser Wurzeln zur Folge (S. 2 f.). 3. 4

Dr. Z.____ führte im Bericht vom 3. Dezember 2014 aus (Urk. 6/10/68-70), der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall an ständigen Nacken- und Kopfschmerzen mit Schmerzausstrahlungen in die linke Schulter, den linken Arm bis in die linke Hand, oftmals begleitet von Parästhesien. Im Verlauf seien immer häufiger Schwankschwindel hinzugekommen, ferner neuropsychologische Defizite mit Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Wortfindungsstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, erhöhte Reizbarkeit, verminderte Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Trotz einer über Monate intensiven konservativen Behandlung mit insbesondere Physiotherapie habe sich keine Besserung ergeben, die Beschwerden würden nun seit rund einem Jahr persistieren (S. 1). Insgesamt handle es sich um ein schweres cervicocephales Beschwerdebild, welches traumatisch entstanden sei bei einem prätraumatisch gesunden, beschwerdefreien und sehr sportlichen Beschwerdeführer. Insgesamt müsse von einer degenerativen Vorschädigung der HWS ausgegangen werden, obwohl er völlig beschwerdefrei gewesen sei vor dem Unfall. Es handle sich somit um aktivierte prätraumatische Veränderungen ohne neurologische Läsion. Seit dem Unfall und bis auf weiteres bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 2 f.). 3. 5

Der den Beschwerdeführer nach dem Sturz vom 21. Juni 2015 am 23. Juni 2015 erstuntersuchende Dr. Z.____ stellte im Bericht vom 26. August 2015 (Urk. 6/28/25 f.) die Diagnose eines Status nach Präsynkope mit Beinschwäche links und Sturz zu Boden. Die Ursache der akut aufgetretenen Beinschwäche, vor allem des linken Beins, bleibe vorerst unklar. Differenzialdiagnostisch stehe eine transient-ischämische Attacke im Vordergrund,

neurologisch habe aller dings keine entsprechende Perfusionsstörung gefunden werden können. Ange sichts der vorbestehenden Schmerzen bestehe auch die Möglichkeit eines Gefässspasmus. Der Sturz habe eine Verschlechterung des vorbestandene cervicocephalen Beschwerdebildes bewirkt, so dass der Befund praktisch identisch sei mit demjenigen nach dem Unfall vom 1 5. November 201 3. Unter konserva tiver Behandlung und bei regelmässigen Spaziergängen hätten sich die Be schwerden im Laufe des Monats Juli gebessert. Der Beschwerdeführer sei wei terhin zu 100 % arbeitsunfähig. 3. 6

Zum MRI der HWS , des cerviko -thorakalen Übergangs und des kraniozervikalen Übergangs vom 2 5. September 2015 (Urk. 6/28/8) gab Dr. med. E.____ , Fachärztin FMH Radiologie und Neuroradiologie, vom F.____ , folgende Beurteilung ab: „ Persistierende T2w Hyperintensität (im Sinne eines Methämoglobinrestes) im Bereich des anterioren

Anulus

fibrosus des Dis cus

intervertebralis auf Höhe C4/C5 als Hinweis auf einen Extensionsverlet zung-bedingten anterioren

Anulusriss . Kontinuierlich regrediente , weiterhin nachvollziehbare Flüssigkeits ansammlung im Bereich des Nucleus pulposus des Discus

articularis auf Höhe C5/C6 als mögliche traumabedingte Veränderung. Kontinuierlich progrediente und aktivierte Facette ngelenksarthrose C3/C4 links - Ä tiologie undefinierbar (DD degenerativ-, DD Trauma-bedingt). Progrediente Osteochondrose Typ Modic 1 C6/C7 - Ätiologie undefinierbar. Regredien t e links recessale Diskushernie C6/C7. “ 3. 7

Dr. med. G.____ , Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungs apparates, Dr. med. H.____ , Facharzt für Neurologie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____ , Facharzt für Innere Medizin und Hämato logie/Onkol o gie, von der Y.____ stellten in ihrem Gutachten vom 2 9. März 2016 (Urk. 6/47 /1-52) keine Diagnosen mit und

folgende Diagnosen ohne Aus wirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S.

E. 12

): - Chronisches cervicocephales und cervicobrachiales Syndrom ohne radikuläre Ausfälle und deutlich demonstrierter Funktionseinschränkung - Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne wesentliche Funkt ions einschränkung und ohne radik uläre Defizitsymptomatik - Verdacht auf somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Dazu führten sie aus, o rthopädisch zeige sich ein fliessendes, sicheres, koordi niertes Gangbild. Auffallend sei eine deutlich eingeschränkt demonstrierte Beweglichkeit der HWS . Auch beim Versuch der passiven Weiterführung der HWS habe der Beschwerdeführer mit einer maximalen muskulären Gegenspannung reagiert. Die isometrischen Anspannungen der HWS-Muskulatur hätten nicht zu einer Schmerzverstärkung geführt. Dagegen seien die Bewegungen zwischen den Untersuchungen in der Exploration als nicht wesentlich eingeschränkt wahrzunehmen gewesen . Die berufliche Tätigkeit des Informatikers sei nicht eingeschränkt, ebensowenig

seien es leidensadaptierte Tätigkeiten (S. 13).

Neurologisch sei der heutige Untersuchungsbefund regelrecht. Insbesondere würden sich an den oberen Extremitäten keine radikulären Symptome feststellen lassen. Die ehemals beschriebene medio linkslaterale Diskushernie C6/7 mit Kompression der Wurzel C7 habe sich radikulär klinisch nicht abgebildet. Die Muskulatur des Beschwerdeführers sei beidseits gut ausgebildet, das Reflexniveau seitengleich, Paresen hätten keine bestanden. Die Nackenmuskulatur sei zwar verspannt, aber nicht extrem verspannt. Der Kopf sei beweglich, nach links sei die Beweglichkeit eingeschränkt, wobei allerdings auch eine aktive Gegenspannung nach links zu beobachten sei. Die Nacken-Schulterverspannung müsse eher als leicht bezeichnet werden ohne Hinweis auf radikuläre Symptome. Die beklagte maximale Schmerzsymptomatik sei aufgrund dieses neurologischen Befundes nicht nachvollziehbar. Zentralneurologisch sei der klinische Status ebenfalls völlig unauffällig. Neurologisch ergebe sich keine Einschränkung für die Arbeitsfähigkeit (S. 13).

Psychiatrisch werde die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt, dies habe jedoch auch keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Klinisch falle die deutliche Diskrepanz zwischen geklagten

Beschwerden und objektivierbaren Befunden im neurologischen Bereich auf. Von daher stelle sich die Frage einer somatoformen Schmerzstörung. Diese somatoforme Schmerzstörung sei prinzipiell möglich, bedürfe jedoch der weiteren Verifizierung. Die Tatsache allein, dass sich organische Befunde und geklagte Beschwerden nicht in Einklang bringen liessen, reiche für diese Diagnose nicht aus. Auch wenn beim Beschwerdeführer eine somatoforme Schmerzstörung vorläge, so besitze er doch zahlreiche gesunde Persönlichkeitsmerkmale, die es ihm möglich machen würden, krankhafte zu überwinden. Einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehe von einer derartigen Diagnose nicht aus. Es sei jedoch nochmals daraufhin hingewiesen, dass er

sich psychisch nicht krank fühle und sich nicht in psychiatrische fachärztliche Behandlung begeben habe. Psychiatrisch ergäben sich keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit (S. 13).

Internistisch würden sich keine Diagnosen erheben lassen. Aus internistischer Sicht sei er gesund (S. 13).

Der Beschwerdeführer schone sich teilweise im Alltag, teilweise trage er jedoch auch einen schweren Rucksack wie zur heutigen Untersuchung. Im Gegensatz zu seinem Beschwerdevortrag sei neben der Schonung der Tagesablauf voller Aktivitäten (S. 17). Er sei sowohl in seiner angestammten als auch in einer leistungsadaptierten Tätigkeit seit spätestens vier Wochen nach dem Unfall vom 15. November 2013 zu 100 % arbeitsfähig (S. 14). 3. 8

Dr. Z. ___ und Dr. med. J. ___, Facharzt für Rheumatologie FMH, vom K. ___, führten in ihrem Bericht vom 30. März 2016 (Urk. 6/49) folgende Diagnosen auf (S. 1 f.): - Status nach schwerem HWS-Distorsionstrauma mit/bei - Status nach Auffahrunfall am 15. November 2013 (Delta V 5.7-9.5

km) - C2/3 mediane/paramediane rechtsseitige Diskushernie mit Duralsack-Querschnitteinengung auf 10 mm - Rechtsseitige Spondylarthrose und Unkovertebralarthrose C3/4 mit Einengung des Neuroforamens rechts und Tangierung der Wurzel C4 rechts. Progrediente Facettengelenksarthrose C3/4 links - Flachbogige Hernie

ru ng C4/5 mit Duralsack-Querschnitteinengung auf 9 mm und rechtsbetonter mässiger Spondylarthrose - Osteochondrose C5/6 mit rechtsbetonter Spondylarthrose und rechtsbetonter Unkovertebralarthrose . Kompression der Wurzel C6 rechts

foraminal und Duralsack-Querschnitteinengung auf 9-10 mm - Deutliche mediolaterale und foraminal linksseitige Diskushernie C6/7 mit Kompression Wurzel C7 und Duralsack-Querschnitteinengung 9 mm bei leichten spondylarthrotischen Veränderungen, in erster Linie degenerativ. MRI 19. November 20

E. 14

- C4/5 Extensionsverletzungs bedingter anteriorer

Anulusriss . Regrediente Flüssigkeitsansammlung im Bereich des N. pulposus des Diskus articularis C5/6 als traumabedingte Veränderung. Kontinuierlich progrediente und aktivierte Facettengelenksarthrose C3/4 links. Progrediente Osteochondrose Typ Modic

1 C6/7. Regrediente

linke

recessale Diskushernie C6/7 (MRI 25. September 2015) - Status nach Präsynkope mit Beinschwäche links und Sturz zu Boden am 21.

Juni 2015 - Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2)

Dazu hielten sie fest, aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer unter Berücksichtigung aller Facetten seiner Persönlichkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Aus orthopädischer Sicht könne ihm aufgrund der therapieresistenten invalidisierenden Beschwerden einerseits sowie der schweren neuropsychologischen Defizite andererseits keine Tätigkeit zugemutet werden (S. 3) . 3.9

Die Y.____-Gutachter nahmen am 30. Juni 2016 (Urk. 6/58) Stellung zum Bericht des K.____ und hielten fest, dieser führe nicht zu neuen Erkenntnissen. Vielmehr würden kernspintomographische und radiologische Befundbeschreibungen zur Diagnose erhoben. Die Diagnose eines schweren HWS-Distorsionstraumas sei als nicht korrekt zu bezeichnen. Gemäss dem erstbehandelnden Arzt habe es sich um eine HWS-Distorsion QTF Grad I, also leichten Grades gehandelt. Die Veränderungen der HWS würden die Arbeitsfähigkeit als Informatiker nicht einschränken. 3. 10

Dr. Z.____, Dr. med. L.____, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, Dr. med. M.____, Facharzt für Anästhesiologie FMH, Dr. med. N.____, Facharzt für Neurologie, med. pract. O.____, Facharzt für Psychiatrie FMH, Dr. J.____ und Dr. phil. P.____, Klinischer Psychologe, vom K.____, führten in ihrem im Beschwerdeverfahren eingereichten Bericht zur Interdisziplinären Schmerzbehandlung vom 30. Dezember 2016 (Urk. 3/1) die selben Diagnosen wie im Bericht der Dres. Z.____ und J.____ vom 30. März 2016 (E. 3.8 hievore) auf und hielten fest, seit dem Auffahrunfall sei trotz einer Vielzahl von Therapien kaum eine Besserung der Beschwerden eingetreten. Zurzeit sei der Beschwerdeführer in Behandlung bei Dr. Z.____ und einem Physiotherapeuten und medikamentös sei er mit Olfen und Sirdalud eingestellt. Hierunter habe sich eine circa 50%ige Besserung ergeben. Aus somatischen Gründen könne ihm eine Arbeitseingliederung in einer geeigneten Teilzeitarbeit zugemutet werden. Aus psychischen Gründen sei er jedoch zusammen mit den Schmerzen zu 100 % arbeitsunfähig (S. 2 und S. 7). 3. 11

Dr. Z.____

führte in seiner im Beschwerdeverfahren eingereichten Stellungnahme vom 28. März 2017 (Urk. 12) aus, im Gutachten werde erwähnt, dass es sich um relativ minimale klinische funktionelle Einschränkungen handle. Dabei könne bei der klinischen Untersuchung eine deutliche funktionelle Einschränkung der HWS-Beweglichkeit von 80 %

festgestellt werden. Im Weiteren werde von subjektiven Beschwerden gesprochen, dabei handle es sich um deutliche neuropsychologische Beschwerden mit starken Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten sowie erhöhter Ermüdbarkeit und Reizbarkeit sowie insbesondere einer verminderten Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit. Sowohl die neuropsychologischen Beschwerden als auch die deutlich schmerzhaft eingeschränkte HWS-Beweglichkeit seien schwerwiegende Befunde und würden entsprechend zu einer deutlichen Einschränkung der beruflichen Tätigkeit führen, so dass man dem Beschwerdeführer in seiner ursprünglichen Tätigkeit seit dem Unfall und bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren müsse (S. 2). 4.

Das polydisziplinäre Gutachten der Y.____ vom 29. März 2016 (ergänzt am 30. Juni 2016; E. 3.7 und E. 3.9 hier vor) beruht auf den erforderlichen allgemeinen medizinischen, orthopädischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen, ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilten die medizinische Situation überzeugend und setzten sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten des Beschwerdeführers

auseinander. Sie stellten eine verspannte Nacken-Schultermuskulatur ohne Hinweis auf radikuläre Symptome fest und zeigten auf, dass

sich an den oberen Extremitäten keine radikulären Symptome feststellen liessen und die Beweglichkeit des Kopfes nach links zwar eingeschränkt,

aber auch eine aktive Gegenspannung zu beobachten

war. Trotz einer deutlich eingeschränkt demonstrierten

Beweglichkeit der HWS und einer Schonung im Alltag trug der Beschwerdeführer zur Untersuchung einen schweren Rucksack mit sich. Auch ist sein Tagesablauf –

abweichend von seinem Beschwerdevortrag – voller Aktivitäten. Die Gutachter führten aus, dass die MRI-Aufnahmen zwar multisegmentale degenerative Veränderungen zeigen würden, diese jedoch die demonstrierte Funktionseinschränkung nicht erklären und zu keiner Einschränkung der angestammten körperlich leichten Tätigkeit als Informatiker führen würden. Sie legten dar, dass sich die vom Beschwerdeführer geschilderte Schwindelsymptomatik bei der Untersuchung nicht abbildet habe, kein Schwindel aufgetreten sei und sich zentralneurologisch keine Einschränkungen ergeben hätten. Zudem liessen sich die geschilderten Konzentrations- und Denkstörungen anlässlich der Begutachtung nicht objektivieren, auch die Gedächtnisleistung war unauffällig. Sie hielten fest, dass die beklagte maximale Schmerzsymptomatik aufgrund des neurologischen Befundes nicht nachvollziehbar sei, legten aber dar, weshalb diese Diskrepanz

für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht ausreiche. Sie betonten, dass sich der Beschwerdeführer psychisch nicht krank fühle und sich nicht in psychiatrische ärztliche Behandlung begeben habe. Die Gutachter gelangten so dann zum

nachvollziehbar begründeten Schluss, dass er sowohl in seiner an gestammten als auch in ein er angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Das Gutachten entspricht de n rechtsprechungsgemässen Anfor derungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 1. 3

hievor). 5. 5 . 1

Der Beschwerdeführer kritisierte das Gutachten in mehreren Punkten. So machte er unter anderem geltend , die Auffahrkollision sei viel massiver gewesen als von den Gutachtern angenommen (Urk. 1 S. 1 und Urk. 9 S. 3 f.) . Hiezu ist fest zuhalten, dass er sich dabei keine ossäre oder äussere Verletzungen zuzog, nach der Kollision weder bewusstlos war noch eine Gedächtnislücke aufwies, nicht über Übelkeit, Hör- oder Sehstörungen klagte und auch nicht erbrechen musste. In Anbetracht dieser Umstände sowie der Tatsache, dass er nach dem Unfall seine Fahrt fortführen und die von ihm geplanten Tätigkeiten verrichten konnte, erst drei Tage nach dem Unfall einen Arzt aufsuchte, die Airbags der beteiligten Fahrzeuge nicht ausgelöst wurden und letztere nach dem Zusammenstoss wei terhin fahrbar waren (vgl. dazu E. 3.1 hievor), ist die vom Beschwerdeführer be hauptete massive Auffahrkollision nicht überwiegend wahrscheinlich. Dies um so weniger, als sich der Unfallort innerorts (maximale Geschwindigkeit 50 km/h) befand und der Unfallverursacher bei einer Aufprallgeschwindigkeit von 40

km/h - trotz einer übersichtlichen, geraden und ebenen Strasse - prak tisch ungebremst auf die vor ihm stehende Fahrzeugkolonne hätte auffahren müssen. Anhaltspunkte für einen solchen Sachverhalt finden sich in den Akten jedoch keine. Dr. A.____ diagnostizierte dem entsprechend auch nur ein Be schleunigungstrauma leichten Grades. Auch Dr. Z.____ und die behandelnden Fachpersonen des K.____

hielten in ihren Be richten ein Delta-V von lediglich 5.7-9.5 km/h fest (E. 3.8 und E. 3.10 hievor) . Beim zweiten Ereignis (Sturz zu Boden am 21. Juni 2015) handelte es sich un bestritten ermassen um einen Bagatellunfall. 5. 2

Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Urk. 9 S. 2 ff.) trifft es nicht zu, dass sich die Gutachter nicht für seinen Nacken interessiert hätten. So wurde unter anderem Kopf, Hals, Schultergürtel, die oberen Extremitäten und die Wir belsäule untersucht und von einer Nacken-Schulterverspannung sowie einer eingeschränkten Beweglichkeit des Kopfes berichtet (E. 3.7 hievor) .

Ebensowe nig trifft es zu, dass die Gutachter behauptet hätten, er sei nicht intelligent oder könne trotz der von ihm eingenommenen Medikamente weiterhin seinem Hobby Flugsport nachgehen. Vielmehr berichteten sie von einem eloquenten Versi cherten (Urk. 6/47/44) und wiesen darauf hin, dass er aufgrund seiner Be schwerden keinen Flugsport mehr ausübe (Urk. 6/47/43). D ie Ausdrücke

‘ man gelnde Sprachkompetenz ’ und ‘ niedrige s Bildungsniveau ’

bezogen sich ohnehin auf die von der Beschwerdegegnerin vorgegebene Fragestellung (Urk. 6/47 S. 15) und keineswegs auf den Beschwerdeführer. Von abwertenden Aussagen kann nicht die Rede sein. Weiter ist nicht ersichtlich, dass den Gutachtern die Vorakten - insbesondere die MRI - nicht bekannt gewesen wären. Diese wurden im Gutachten zitiert (Urk. 6/47/3-10) und die Gutachter setzten sich mit den Be funden auseinander (E. 3.7 hievor). Entsprechend wurden die radiologischen und neurologischen Befunde von den Y.____ - Gutachtern nicht ignoriert ;

viel mehr wiesen sie darauf hin , dass sich keine radikulären Symptome feststellen liessen und dass die MRI zwar multisegmentale degenerative Veränderungen zeigen würden, diese jedoch die demonstrierte Funktionseinschränkung nicht erklären und zu keiner Einschränkung der angestammten körperlich leichten Tätigkeit als Informatiker führen würden (E. 4 hievor). Der Beschwerdeführer selbst hielt denn auch - zumindest im Fragebogen zur Vorbereitung auf die Begutachtung vom 23. Dezember 2015 (Urk. 6/57/54) - fest, dass eine Büro-tätigkeit als Informatiker für ihn angesichts seiner Nacken-Schulter-Unterarm-Schmerzen geeignet wäre. So verbringt er seine Tage derzeit unter anderem auch mit E-Mails schreiben und im Internet surfen (vgl. E 6.2.5 her nach). Die Ausführungen des Beschwerdeführers zur allfälligen Unfallkausalität der Beschwerden sind zudem im vorliegenden invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren nicht relevant. Weiter konnten die von ihm berichteten Schwindelgefühl und Konzentrations- sowie Gedächtnisstörungen anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt werden (vgl. E. 4 hievor und Urk. 6/47/41). Nachdem er in seiner angestammten leichten Tätigkeit als Informatiker nicht regelmässig Lasten von 25 kg heben und tragen muss, erübrigt es sich schliesslich , auf die diesbezüglichen Ausführungen im Gutachten weiter einzugehen. Der Beschwerdeführer bestreitet im Übrigen nicht, zur Begutachtung einen schweren Rucksack mit sich geführt zu haben, was im Widerspruch zu den von ihm geltend gemachten Beschwerden steht. Er schilderte zudem gegenüber den Gutachtern mehrfach seinen Tagesablauf (Urk. 6/47 S. 23, 32 und 48). Dass dies gestützt darauf von einem Tagesablauf voller Aktivitäten ausgingen, ist ohne Weiteres nachvollziehbar. Der Zeitaufwand für die Begutachtungen betrug 5.5 Stunden (Urk. 6/47 S. 25, 34, 41 und 50) , was vorliegend angemessen erscheint , zumal die Explorationsdauer grundsätzlich im Ermessen des medizinischen Experten liegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.2). Hinweise darauf, dass das Gutachten unsorgfältig und nicht lege artis erstellt worden wäre, ergeben sich jedenfalls keine. Zusammenfassend vermögen die Einwendungen des Beschwerdeführers die Beweiskraft des Gutachtens nicht in Frage zu stellen. 5. 3

Den

im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichten des K.____ vom 30. Dezember 2016 und von Dr. Z.____

vom 28. März 2017 (E. 3.10 f. hievor) sind keine neuen Tatsachen zu entnehmen. Ob den behandelnden Fachpersonen des K.____ das Gutachten der Y.____

bekannt war, ist zudem nicht ersichtlich, jedenfalls setzten sie sich mit diesem und den darin aufgeführten Diagnosen

sowie der abweichenden Einschätzung in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht auseinander. Die Berichte vermögen damit keinen Zweifel an der Beweiskraft des Gutachtens zu begründen. 5. 4

Der Beschwerdeführer brachte zudem vor, die Suva habe ihm bis am 21. Juni 2016 Leistungen ausgerichtet. Daraus kann er aber nichts zu seinen Gunsten ableiten, besteht doch im invalidenversicherungsrechtlichen Verfahren keine Bindung an die Feststellungen der Unfallversicherung (vgl. dazu BGE 133 V 549 E. 6.1 ff. und Urteil des Bundesgerichts 8C_666/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 4.2.1).

Weiter machte er geltend, er habe mit Arztzeugnissen belegt, dass er seit dem Auffahrunfall zu 100% erwerbsunfähig sei ; auch seine behandelnden Ärzte hätten dies bestätigt (Urk. 1 S. 2 f.). Hierzu ist einerseits in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten wie überhaupt von behandelnden Arztpersonen beziehungsweise Therapeuten auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5, 125 V 351 E. 3b/cc). Wohl kann die einen längeren Zeitraum abdeckende und umfassende Behandlung oft wertvolle Erkenntnisse zeitigen; doch lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170 E. 4) nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichts gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Arztpersonen bzw. Therapeuten zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die anderslautenden Einschätzungen wichtige – und nicht rein subjektiver Interpretation entspringende – Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_677/2014 vom 29. Oktober 2014 E. 7.2 mit Hinweisen, u.a. auf SVR 2008 IV Nr. 15 S. 43 E. 2.2.1 [I 514/06]) , was hier nicht der Fall ist .

6.

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