

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01190 vom 17. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2006.01190](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.01190)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01190 du 17 janvier 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.01190 del 17 gennaio 2008

## Erwägungen

### E. 2

/

### E. 3

3.1. Im Folgenden ist vorerst die medizinisch beurteilte Arbeitsfähigkeit als Faktor der Invaliditätsbemessung zu prüfen.

3.2. Dr. med. C. \_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erwähnte in seinem Bericht vom 6. März 2003, dass der Beschwerdeführer aus Mazedonien stamme und ein Jahr Maschinentechnik studiert habe, als er in den Militärdienst eingezogen worden sei. Um keinen Militärdienst im Krieg leisten zu müssen, habe er sich mit einer in der Schweiz wohnhaften Frau verheiratet. Insgesamt sei beim Beschwerdeführer eine grosse narzisstische Kränkbarkeit zu spüren (Urk. 9/2/3). Auffallend seien die Konzepte, welche der Beschwerdeführer zur Erklärung seines Leidens und zur Planung seines Verhaltens benütze. Diese seien derart, dass jede von aussen kommende Intervention daran scheitern müsse. Die vom Beschwerdeführer erstellten Zusammenhänge seien weder logisch noch kohärent. Erfahrungsgemäss trete ein psychogener Schwindel auf, wenn jemand realisiere, dass das eigene Lebenskonzept und die Alltagswelt in krasser Weise nicht übereinstimmen. Im Rahmen eines Konsiliums könne nicht festgestellt werden, inwiefern das Verhalten des Beschwerdeführers bewusstseinsnahe, willensfähig und absichtlich sei. Hingegen könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen mit Sicherheit ausgeschlossen werden (Urk. 9/2/4).

3.3. Die Ärzte der D. \_\_ Klinik führten in ihrem Bericht vom 22. Juni 2004 aus, dass die gesamte bisher durchgeführte Diagnostik kein morphologisches Korrelat für die ausgeprägte Schmerzsymptomatik im Bereich des linken medialen Kniegelenks ergeben habe, weshalb eine chirurgische Intervention mit Sicherheit nicht indiziert sei (Urk. 9/21/5).

3.4. Dr. med. E. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, erwähnte mit Bericht vom 7. Februar 2005, dass eine am 24. November 2004 durchgeführte diagnostische und therapeutische Arthroskopie des linken Kniegelenks nicht den gewünschten Erfolg gebracht habe. Unverändert beständen Schmerzen im Bereich des linken Kniegelenks. Der Beschwerdeführer habe sich auch in psychischer Hinsicht verändert (Urk. 9/24/2).

3.5. Die Ärzte des Medizinischen Zentrums B. \_\_ (nachfolgend: B. \_\_) stellten in ihrem Gutachten vom 5. September 2005 folgende Diagnosen (Urk. 9/28/19):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

■ Chronifiziertes und therapierefraktes Schmerzgeschehen im linken Kniegelenk ohne klares strukturelles Korrelat

ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

■ Verdacht auf artifizielle Störung (ICD-10 F68.1)

■ Adipositas Grad I nach WHO

Die Ausübung einer vorwiegend sitzenden, das linke Knie nicht belastenden Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer vollzeitlich zuzumuten (Urk. 9/28/22). In der bisherigen Tätigkeit des Beschwerdeführers als Geschäftsführer eines Lebensmittelfachgeschäfts bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (Urk. 9/28/24).

Im internistischen Teil des Gutachtens des B.\_\_\_\_ stellte Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, beim Beschwerdeführer eine starke Anspruchshaltung und narzisstische Persönlichkeitszüge (Urk. 9/28/12) sowie ein sehr demonstratives Schmerzverhalten mit massiven Schmerzbekundungen und Abwehrmaßnahmen fest (Urk. 9/28/14).

Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, stellte im rheumatologischen Teil des Gutachtens des B.\_\_\_\_ ein chronifiziertes, nicht klar einem strukturellen Korrelat zuzuordnendes Schmerzgeschehen im Kniegelenkbereich links mit Hinweisen für eine Aggravation fest. Während der Beschwerdeführer vor der Untersuchung beim Gehen sein linkes Bein in voller Extension problemlos belasten konnte, habe er während der Untersuchung im Liegen das linke Bein konstant mit einem Extensionsdefizit von 20 % gehalten. Auffallend sei sodann, dass während der Untersuchung im Liegen nur eine Flexion der Hüfte von 70 % möglich war, während vor der Untersuchung im Sitzen eine problemlose Flexion der Hüfte zu beobachten gewesen sei. Durch die strukturellen Befunde seien die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden nicht zu erklären. Aus strukturell-rheumatologischer Sicht sei in einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen. Es seien hingegen Hinweise für eine nicht unwesentliche Aggravation vorhanden (Urk. 9/18/16).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens des B.\_\_\_\_ erwähnte Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, dass der Beschwerdeführer trotz anscheinend fehlender Beliebigkeit erregender Schmerzsymptome keinen leidenden Eindruck hinterlassen habe. Auffallend sei eine ausgesprochene Symptomorientiertheit. Das Verhalten des Beschwerdeführers erscheine teilweise als wenig glaubwürdig und widersprüchlich. Anhaltspunkte für Aufmerksamkeits-, oder Gedächtnisstörungen, für Wahnhaftigkeit, Ich-Störungen, Sinnestäuschungen, Angst- oder Zwangssymptome bestanden nicht. Unschwer sei eine gewisse aggressive Grundstimmung bei im übrigen normal modulierter affektiver Lage vorhanden. Hinweise für eine depressive Erkrankung oder für eine bewusstseinsferne Symptomproduktion fehlten. Der Beschwerdeführer imponiere als intelligent, tendenziell manipulierend und psychisch stabil. Eine psychische Störung und eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Problematik bestehe nicht. Obwohl die Persönlichkeit des Beschwerdeführers als etwas narzisstisch akzentuiert erscheine, werde der Schweregrad für eine Persönlichkeitsstörung nicht erreicht. Mangels psychosozialer Belastungsfaktoren sei eine Somatisierungsstörung auszuschließen. Am Ehesten liesse sich eine artifizielle Störung (ICD-10 F68.1) diagnostizieren (Urk. 9/28/19).

3.6. Dr. med. I. \_\_\_\_, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte mit Bericht vom 24. November 2005 eine seit dem Auffahrunfall vom Juli 2001 bestehende posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 9/34/1 lit. A). Der Beschwerdeführer sei anlässlich des Auffahrunfalls vom 5. Juli 2001 als Fahrzeuglenker von hinten auf ein zweites Motorfahrzeug aufgefahren. Im aufgefahrenen Fahrzeug seien zwei Puppen durch die Luft geschleudert worden. Dieser Vorfall habe den Beschwerdeführer an einen schweren Unfall seiner Schwester erinnert, welcher sich in Mazedonien ereignete, als er acht oder neun Jahre alt war. Bis anhin habe er den Beschwerdeführer während 14 Sitzungen psychotherapeutisch behandelt. In den letzten Sitzungen habe der Beschwerdeführer auch über Erlebnisse im Militärdienst in Slowenien berichtet. Dort habe er miterlebt, wie ein Kollege erschossen worden und ein Soldat von einem Panzer überfahren worden sei (Urk. 9/34/3).

3.7. Dr. med. J. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erwähnte in seinem Gutachten vom 8. März 2006, dass sich der Beschwerdeführer schuldig fühle, weil er anscheinend anlässlich des Auffahrunfalls vom 5. Juli 2001 zwei Kinder getötet habe. Obwohl man ihm gesagt habe, dass es sich nur um zwei Puppen gehandelt habe, welche durch die Luft geschleudert worden seien, glaube er, dass es sich dabei um Kinder gehandelt habe (Urk. 9/44/6). Der Beschwerdeführer leide zudem unter Schuldgefühlen im Zusammenhang mit einem Unfall seiner Schwester, der sich ereignet habe, als er acht Jahre alt gewesen sei. Als er in Slowenien Militärdienst geleistet habe, habe er mit einem Kollegen desertiert, welcher anschliessend auf der Flucht erschossen worden sei (Urk. 9/44/7). Eine Beurteilung und Diagnosestellung werde durch die erhebliche Inkonsistenz der Angaben des Beschwerdeführers erschwert. Es sei auch nicht einfach abzuschätzen, inwieweit der Beschwerdeführer zu einer Verdeutlichung und Dramatisierung neige. Rein theoretisch lasse sich die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung im Sinne einer late-onset-Störung stellen. Dagegen spreche jedoch das Fehlen einer Vigilanzsteigerung sowie die Tatsache, dass der Beschwerdeführer über die belastenden psychopathologischen Symptome ohne psychovegetative Begleitreaktionen spreche könne. Sodann erfülle die Auffahrkollision vom 5. Juli 2001 die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht. Die Auffahrkollision könne höchstens eine bis anhin latent vorhandene posttraumatische Belastungsstörung ausgelöst haben. Dagegen spreche hingegen, dass der Beschwerdeführer Kinder hätte sehen und nicht Kriegsbilder sehe, und dass diese Wahrnehmungen erst zwei Jahre nach dem auslösenden Unfall vom 5. Juli 2001 aufgetreten seien (Urk. 9/44/14). Eine klare Diagnose liesse sich nicht stellen und eine Krankheit mit Krankheitswert stehe nicht fest. Bis zur Klärung der Diagnose und der Frage, ob eine Krankheit von Krankheitswert vorliege, bestehe keine Vermittlungspflicht. Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen sei ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik angezeigt (Urk. 9/44/16).

3.8. Mit Bericht vom 21. Mai 2006 stellte Dr. I. \_\_\_\_, fest, dass ein stationärer Aufenthalt in der Klinik K. \_\_\_\_, habe abgebrochen werden müssen, da der Spitalaufenthalte beim Beschwerdeführer längste auslösten (Urk. 9/47/2).

3.9. Dr. med. L. \_\_\_\_, Oberärztin, diagnostizierte im Bericht der psychiatrischen Klinik K. \_\_\_\_, vom 29. Mai 2006 eine posttraumatische Belastungsstörung seit dem Unfall im Jahre 2001 (Urk. 9/49/5 lit. A). Der Beschwerdeführer leide seit dem Unfall vom 5. Juli 2007 unter Verfolgungsgedanken und akustischen Halluzinationen. Er fühle sich von

den in den Unfall verwickelten Personen verfolgt und höre deren Stimmen. Der teilstationäre Aufenthalt in der Klinik K.\_\_\_\_ habe nach vier Woche wegen einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers abgebrochen werden müssen. Ein stationärer Klinikaufenthalt sei dem Beschwerdeführer nicht zuzumuten (Urk. 9/49/6).

3.10   Dr. I.\_\_\_\_ erwähnte mit Bericht vom 17. Juli 2006, dass er seit 1978 unter anderem als Milit rpsychiater tätig sei und auch Kriegsopfer behandelt habe (Urk. 9/54/1-2). Der Beschwerdeführer leide unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, wobei diese bereits im Alter von acht Jahren, als seine Schwester einen Unfall erlitt, erstmals auftrat und anschliessend durch die Erlebnisse im Militärdienst in Slowenien und durch den Unfall vom 5. Juli 2001 erneut ausgelöst wurde (Urk. 9/54/3-4).

3.11   Dr. L.\_\_\_\_ führte im Bericht der Klinik K.\_\_\_\_ vom 14. August 2006 aus, dass ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik dem Beschwerdeführer nicht zuzumuten sei. Der Beschwerdeführer habe auf Grund schwerer posttraumatischer Symptome Schwierigkeiten, sich in einem geschlossenen Raum mit anderen Menschen aufzuhalten (Urk. 9/65).

3.12   Zur diagnostischen Klärung wurde der Beschwerdeführer von Dr. I.\_\_\_\_ an die psychiatrische Poliklinik des Spitals M.\_\_\_\_, Ambulatorium, verwiesen. Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberarzt, erwähnte im Bericht vom 22. September 2006, dass der Beschwerdeführer bei m glichlicherweise vorbestehender vulnerabler Persönlichkeit an einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung leide. Frühere Traumatisierungen unter anderem während des Krieges und auf der Flucht würden durchaus das Kriterium eines Traumas nach DSM-IV oder ICD-10 erreichen. Gemäss DSM-IV würde der Beschwerdeführer alle weiteren Kriterien erfüllen. Die beschriebenen optischen Halluzinationen, die an eine psychotische/schizophreniforme Symptomatik erinnern würden, könnten durchaus als Wiedererlebungs-symptome verstanden werden. Vorerst bestehe für ungefähr drei Monate eine Arbeitsfähigkeit von 25 %. Ob danach eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit möglich sein wird, sei zu gegebener Zeit zu beurteilen (Urk. 9/67/4).

3.13   Dr. I.\_\_\_\_ erwähnte in seinem Bericht vom 8. Dezember 2006, dass der Be-schwerdef hrer eine Persönlichkeit mit besonderen Pers nlichkeitsz gen auf-weise und von mehreren schweren traumatisierenden Ereignissen getroffen worden sei (Urk. 3/3 S. 8).

#### **E. 4**

4.1   Aus der obenerwähnten medizinischen Aktenlage ist ersichtlich, dass in somatischer Hinsicht kein morphologisches Korrelat für die Schmerzsymptomatik im Bereich des linken Kniegelenks festzustellen war (Urk. 9/21/5), dass der Beschwerdeführer hingegen in psychischer Hinsicht in seinem Gesundheitszustand beeinträchtigt war und ist.

4.2   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 gemäss den Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgest zte psychiatrische Diagnose voraus (BGE 130 V 396). Eine solche Diagnose ist eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden

Gesundheitsschaden (BGE 132 V 69 Erw. 3.4). Entscheidend ist, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann zu arbeiten (BGE 127 V 299 Erw. 5a), oder mit anderen Worten, ob die diagnostizierte Störung mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar wäre (BGE 131 V 50 Erw. 1.2; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts, EVG, in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.1). Diese Frage beurteilt sich nach einem weitgehend objektivierbaren Massstab unter Ausschluss von Einschränkungen der Leistungsfähigkeit, die auf aggravatorisches Verhalten zurückzuführen sind (BGE 130 V 353 ff. Erw. 2.2.3 und 2.2.4; BGE 127 V 297 f. Erw. 4b/cc; Urteil des Bundesgerichts in Sachen T. vom 11. April 2007, I 772/06, Erw. 4.1).

4.3 Nach der Rechtsprechung ist insbesondere auch eine diagnostizierte posttraumatische Belastungsstörung nicht per se invalidisierend. Vielmehr muss auch diesbezüglich dargelegt sein, inwieweit sie nicht durch zumutbare Willensanstrengung überwindbar sein soll (Urteil des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.5, mit Hinweis auf Urteil des EVG in Sachen G. vom 20. April 2006, I 696/05, Erw. 3.2.2). Es besteht eine Vermutung, dass die posttraumatische Belastungsstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung und therapeutisch überwindbar sind. Bestimmte Umstände können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, bei welchem den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar erscheint, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (BGE 130 V 358 f. Erw. 3.3.2; Urteil des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.5). Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 mit Hinweisen; Urteil des EVG in Sachen N. vom 16. Juni 2005, Erw. 1.2, I 77/05).

4.4 Nach der Rechtsprechung ist zur Beantwortung der Frage, ob eine posttraumatische Belastungsstörung vorliegt auf die Leitlinien der ICD abzustellen (Urteile des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.4; in Sachen Z. vom 12. September 2006, U 422/05, Erw. 4.1; in Sachen B. vom 15. März 2006, U 213/04, Erw. 4.2; in Sachen P. vom 2. Februar 2006, U 381/04, Erw. 3.2 und in Sachen B. vom 27. Januar 2006, I 715/05, Erw. 6.2). Danach soll eine posttraumatische Belastungsstörung nur diagnostiziert werden, wenn sie nach einem traumatisierenden Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt (Dilling/Mambour/Schmidt, Hrsg., Weltgesundheitsorganisation, Internationale Klassifikation psychischer Störungen,

ICD-10, Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Aufl., S. 170). So hat das EVG eine posttraumatische Belastungsstörung nach einer Vergewaltigung (Urteil des EVG in Sachen S. vom 20. Oktober 2006, U 193/06) oder nach mehrmonatiger Lagerhaft (Urteil des EVG in Sachen H. vom 6. April 2006, I 803/05) bejaht, nicht jedoch zum Beispiel nach einem Verkehrsunfall (Urteile des EVG in Sachen Z. vom 12. September 2006, U 422/05; in Sachen B. vom 15. März 2006, U 213/04; in Sachen B. vom 9. November 2004, U 381/04). Die posttraumatische Belastungsstörung muss gemäß ICD-10 sodann in der Regel innert etwa sechs Monaten nach den Erlebnissen auftreten (Urteile des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.3; in Sachen B. vom 27. Januar 2006, I 715/05, Erw. 6.2).

4.5 Während Dr. C. in seinem Bericht 6. März 2003 erwähnte, dass er nicht beurteilen könne, inwiefern das Verhalten des Beschwerdeführers bewusstseinsnahe, willensfähig und absichtlich sei (Urk. 9/2/4), ging Dr. H. im Gutachten des B. vom 5. September 2005 davon aus, dass Hinweise für eine depressive Erkrankung oder für eine bewusstseinsferne Symptomproduktion fehlten, und dass eine psychische Störung und eine die Arbeitsfähigkeit einschränkende psychische Problematik nicht beständen (Urk. 9/28/19). Dr. J. ging in seinem Gutachten vom 8. März 2006 davon aus, dass sich eine klare Diagnose nicht stellen liesse, und dass eine Krankheit mit Krankheitswert nicht feststehe (Urk. 9/44/16). Demgegenüber gingen Dr. I. (Urk. 9/34/1 lit. A, Urk. 9/54/3-4), Dr. L. (Urk. 9/49/5 lit. A, Urk. 9/65) und Dr. N. (Urk. 9/67/4) davon aus, dass der Beschwerdeführer an einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung leide.

4.6 Die ärztlichen Einschätzungen zur psychisch bedingten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sind nicht einheitlich, ja widersprüchlich. Im psychiatrischen Teil des Gutachtens des B. vom August 2005 wurden keine Hinweise für eine psychische Problematik, die die Arbeitsfähigkeit einschränken würde, gefunden. Auch im früheren Bericht von Dr. C. aus dem Jahr 2003 fanden sich keine diesbezüglichen Hinweise und die Einschätzung, dass eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen mit Sicherheit ausgeschlossen sei. Während Dr. I., der den Beschwerdeführer psychotherapeutisch behandelt, in der Diagnosestellung unsicher ist, und auch der Gutachter Dr. J. keine klare Diagnose stellen konnte, gingen demgegenüber Dr. L. von der psychiatrischen Klinik K. und auch Dr. N. vom psychiatrischen Ambulatorium des Spitals M. von einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung aus.

4.7 Vorliegend ist hingegen entscheidend, dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht überzeugt. Dies ergibt sich insbesondere aus den differenzierten Erläuterungen zur Diagnosestellung von Dr. J. in seinem Gutachten vom 8. März 2006 (Urk. 9/44/3-17). Danach sprechen unter anderem das Fehlen einer Vigilanzsteigerung, die Tatsache, dass der Beschwerdeführer ohne eine psychovegetative Begleitreaktion über die ihn belastenden psychopathologischen Symptome sprechen konnte, sowie der Umstand, dass der Beschwerdeführer unter akustischen und nicht unter visuellen Wahrnehmungen leide, gegen die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung. Auf Grund zahlreicher und erheblicher Inkonsistenzen war es Dr. J. nicht möglich, eine klare Diagnose zu stellen oder eine klare psychiatrische Krankheit von Krankheitswert festzustellen (Urk. 9/44/16 Ziff. 3). Mit dieser Beurteilung durch Dr. J. stimmt die erste aktenkundige psychiatrische

Beurteilung durch Dr. C.\_\_\_\_ vom 6. März 2003 überein (Urk. 9/14/11-12), wo die später angeführten, angeblich die posttraumatische Belastungsstörung begründenden Ereignisse (Unfall der Schwester Ende der siebziger Jahre, Kriegserlebnisse Anfang der neunziger Jahre, vermeintlicher Unfalltod zweier Kinder 2001), mit keinem Wort Erwähnung fanden und keine Minderung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischen Gründen festzustellen war.

4.8 Die Beurteilung durch Dr. J.\_\_\_\_ vom 8. März 2006 (Urk. 9/44/3-17) vermag vorliegend insbesondere deshalb zu überzeugen, weil nach der auf die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 Bezug nehmenden Rechtsprechung des Bundesgerichts eine posttraumatische Belastungsstörung grundsätzlich nur dann diagnostiziert werden soll, wenn eine solche innerhalb von sechs Monaten nach einem aussergewöhnlich schweren traumatisierenden Ereignis aufgetreten ist (Urteil des EVG in Sachen Z. vom 16. Oktober 2007, I 894/06, Erw. 4; vgl. Erw. 4.4 vorstehend). Das trifft vorliegend auf die rund fünfzehn Jahre zurückliegenden Kriegserlebnisse nicht zu. Beim Auffahrunfall vom 5. Juli 2001 und beim Unfall der Schwester des Beschwerdeführers, welcher sich ereignet hatte als der Beschwerdeführer acht Jahre alt war, handelte es sich sodann nicht um Ereignisse von ausserordentlicher Schwere, weshalb diese Ereignisse im Sinne der Rechtsprechung (Urteil des EVG in Sachen B. vom 28. Dezember 2006, I 203/06, Erw. 4.3 mit Hinweisen) nicht geeignet sind, eine posttraumatische Belastungsstörung zu verursachen.

4.9 Vor diesem Hintergrund vermögen die anderslautenden Einschätzungen durch Dr. I.\_\_\_\_, den intensiv therapeutisch involvierten Psychiater, und weitere behandelnde Ärzte nicht zu überzeugen. Zudem gilt es diesbezüglich zu beachten, dass es sich sowohl bei Dr. I.\_\_\_\_ als auch bei Dr. L.\_\_\_\_ und bei Dr. N.\_\_\_\_ um den Beschwerdeführer behandelnde Fachärzte handelt. Dies schmerzt in Anbetracht der Tatsache, dass behandelnde Ärzte und Ärztinnen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), den Beweiswert ihrer Berichte, weshalb schon aus diesem Grunde vorliegend nicht entscheidend darauf abgestellt werden kann.

4.10 Im psychiatrischen Teil des Gutachtens des B.\_\_\_\_ ist sodann nur der vermeintliche Unfalltod zweier Kindern, nicht jedoch die später genannten Kriegserlebnisse erwähnt (Urk. 9/38/17-19), wobei die Behauptung des Beschwerdeführers, das entsprechende Gespräch habe nur 15 Minuten gedauert (vgl. Urk. 9/44/17), schon angesichts der ausführlich wiedergegebenen Anamnese (Urk. 9/28/17-18) nicht überzeugen kann. In formaler Hinsicht gilt es im Übrigen zu beachten, dass sowohl das Gutachten von Dr. J.\_\_\_\_ vom 8. März 2004 (Urk. 9/44/3-17) als auch das Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 5. September 2005 und die darin enthaltenen Teilgutachten (Urk. 9/28/1-25) den vorstehend unter Erw. 1.4 erwähnten, von der Rechtsprechung an eine medizinische Expertise gestellten Kriterien genügen. Denn die Gutachter setzten sich eingehend mit den Beschwerdeschilderungen des Beschwerdeführers auseinander, berücksichtigten im Rahmen der Anamneseerhebung die medizinischen Vorakten und begründeten ihrer Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise. Die Beurteilung durch die Ärzte des B.\_\_\_\_ vermag auch insofern zu überzeugen, als sie dem Beschwerdeführer die Ausübung behinderungsangepasster, vorwiegend sitzender, das linke Knie nicht belastender Tätigkeiten (Urk. 9/28/22) und insbesondere die Ausübung seiner bisherigen

Tätigkeit als Geschäftsführer eines Lebensmittelfachgeschäfts (Urk. 9/28/24) vollzeitlich ohne Leistungseinbusse zumuten. Darauf ist vorliegend abzustellen.

5. Der Sachverhalt erscheint daher als rechtsgenügend abgeklärt, weshalb sich weitere Beweismassnahmen erübrigen (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b, 122 V 162 Erw. 1d, 119 V 344 Erw. 3c je mit Hinweisen). Die Frage, ob es sich bei der von der Beschwerdegegnerin angeordneten stationären beziehungsweise halbstationären psychiatrischen Hospitalisation um eine dem Beschwerdeführer zumutbare Massnahme handelte, sowie die Frage, ob der Beschwerdeführer durch Nichtbefolgen dieser Anordnung die ihm obliegenden Schadenminderungspflicht verletzte, können vorliegend demnach offen bleiben.

6. Nach Gesagtem steht fest, dass der Beschwerdeführer in Ausübung seiner angestammten Tätigkeit als stellvertretender Geschäftsführer eines Lebensmittelfachgeschäfts keine gesundheitsbedingte Einkommenseinbusse erleiden würde beziehungsweise, dass ihm eine ganztägige angepasste Arbeit zuzumuten ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. November 2006 auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtete (vgl. BGE 115 V 133 Erw. 2; Urteil des Bundesgerichts in Sachen U vom 10. Juli 2007, 9C\_155/2007, Erw. 3.4). Der Invaliditätsgrad beträgt jedenfalls 0 %. Im Ergebnis ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung 17. November 2006 (Urk. 2) einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneinte, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

7. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Kosten sind unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Rechtsanwalt Daniel Christe
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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 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.