

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01119 vom 19. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01119

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01119 du 19 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01119 del 19 giugno 2009

Erwägungen

E. 3

3.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 13. September 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

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

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50

Erw. 1.2 mit Hinweisen).

3.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

3.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

4. Die IV-Stelle

4.1 Die IV-Stelle führte in der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2007 aus, aufgrund der medizinischen Beurteilung sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Da er noch leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten ausüben könne, reduziere sich das Invalideneinkommen um 15 % (Leidensabzug), woraus ein Invaliditätsgrad von 17 % resultiere. Bei der Beurteilung habe sie sich teilweise auf die Abklärungen und Akten der SUVA gestützt (Urk. 2, Urk. 10/37). In der Beschwerdeantwort vom 23. November 2007 hielt die Beschwerdegegnerin

ergänzend fest, gemäss der nachvollziehbaren und schlüssigen Beurteilung anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik A.____ (A.____) sei der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten eher schweren Tätigkeit als Hilfsmetzger gänzlich arbeitsunfähig, in einer leichten wechselbelasteten Tätigkeit jedoch ganzjährig arbeitsfähig. Dr. med. B.____, FMH Allgemeinmedizin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst sei unter Würdigung der gesamten Aktenlage zu demselben Schluss gekommen. Nicht zu überzeugen vermöge Dr. Z.____s Bericht vom 15. März 2007. Dieser attestiere dem Beschwerdeführer aufgrund des Unfalls vom 25. September 2004 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Erwerbstätigkeit. Diese Einschätzung sei offenbar überwiegend aufgrund der Verdachtsdiagnose eines Beschleunigungstraumas erfolgt, welches in allen übrigen Berichten nicht habe diagnostiziert werden können. Dasselbe gelte für die behaupteten psychischen Beschwerden. Dass solche im entscheidungsrelevanten Zeitraum eingetreten seien, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht ausgewiesen. Ein Bericht über die angebliche Behandlung bei Dr. med. C.____ liege trotz entsprechenden Aufforderungen nicht vor (Urk. 9 mit Hinweis auf Urk. 10/15 S. 5 f., Urk. 10/36, Urk. 10/45).

Demgegenüber lässt der Beschwerdeführer vorbringen, er habe am 25. September 2007 (richtig: 2004) einen Verkehrsunfall erlitten und sei seit diesem Datum arbeitsunfähig. Er sei in Angst und Schrecken versetzt worden und habe sich seither nicht erholt. Die Beschwerdegegnerin begründe den ablehnenden Entscheid aufgrund der Untersuchung, welche die SUVA veranlasst habe. Der Fall sei bei der SUVA aber noch längst nicht abgeschlossen. Er - der Beschwerdeführer - stehe in ständiger ärztlicher Behandlung (Urk. 1 mit Hinweisen auf Urk. 10/12, Urk. 3 = Urk. 10/45 und einen Bericht von Dr. C.____, der nicht bei den Akten liegt).

Strittig und zu prägen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

E. 5

5.1 Dr. med. D.____, Assistenzarzt, und Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, A.____, diagnostizierten am 9. Dezember 2004 gegenüber der IV-Stelle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine untere und eine obere Schambeinastfraktur links und eine Längsfraktur des Sacrum links. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie eine vorbestehende leichte Coxarthrose beidseits und einen Verdacht auf Rippenfraktur circa 10. Rippe rechts fest. Aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu prägen (Urk. 10/9 S. 4 f.). Im Austrittsbericht vom 10. Dezember 2004 erhoben sie dieselben Diagnosen wie im Bericht vom Vortag (vgl. soeben und Urk. 10/8 S. 1-3 = 10/9 S. 5, 7-9) und stellten fest, dass zurzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vorliege und bei guter Konsolidierungstendenz nach einem weiteren Monat (4 Monate posttraumatisch) zumindest eine Teilarbeitsfähigkeit für die leichtere Arbeit in der Metzgerei gegeben sein sollte (Urk. 10/8 S. 1-3 = 10/9 S. 7-9).

5.2 Dr. med. F.____, FMH Chirurgie, Chefarzt der Chirurgie im Spital G.____, führte am 7. Januar 2005 zuhanden der IV-Stelle an, der Beschwerdeführer habe sich aufgrund einer Fraktur des oberen und unteren Schambeinastes links und einer Längsfraktur des Sacrum links und eines Verdachts auf Rippenfraktur 10. Rippe rechts im Spital G.____ aufgehalten. Es sei davon auszugehen, dass die bestehenden Diagnosen

vollständig ausheilen werden und in diesem Sinne bestehe kein Anhaltspunkt für eine Invalidität (Urk. 10/10 S. 3).

5.3 Die Hausärztin, Dr. med. H. ____, Allgemeine Medizin FMH, stellte in ihrem Bericht vom 4. Februar 2005 - nachdem sie im November 2004 aufgrund der erst kurzen Behandlungsdauer noch keine Angaben machen wollen - folgende Diagnosen: untere und obere Schambeinastfraktur links, Längsfraktur des Sacrum links, Verdacht auf Rippenfraktur circa 10. Rippe rechts und Depression. Ob und in welchem Umfang berufliche Massnahmen angezeigt seien und ab welchem Zeitpunkt eine Erwerbstätigkeit unter Berücksichtigung der vorhandenen Einschränkungen noch zumutbar sei, sei nach Besserung zu bestimmen. Eventuell sei der Beschwerdeführer nach der Heilung im angestammten Beruf wieder arbeitsfähig (Urk. 10/12, Urk. 10/6).

5.4 Prof. Dr. med. I. ____, Chefarzt und FMH Radiologie, und Dr. med. J. ____, Assistenzarzt, Spital K. ____, berichteten der A. ____ am 13. Mai 2005 über die computertomographische (CT) Untersuchung des Beckens vom Vortag: die Ursache für die Gehproblematik sei vermutlich eine nicht konsolidierte obere Schambeinastfraktur linksseitig im Sinne einer Pseudoarthrose. Die untere Schambeinastfraktur linksseitig sowie die Sacrumfraktur links seien vollständig konsolidiert (Urk. 10/16 S. 28). Prof. Dr. med. L. ____, Chefarzt und FMH Radiologie und Nuklearmedizin, und Dr. med. M. ____, Oberarzt und FMH Radiologie, Spital N. ____, informierten die A. ____ am 23. Mai 2005 über die MRI-Arthrographie (MRI) des linken Hüftgelenks vom 19. Mai 2005 und hielten fest, es seien Subchondrale zystische Veränderungen in den Femurköpfen beidseitig sowie eine Knorpelverschmälerung linksbetont festzustellen, was vereinbar sei mit einer leichten linksbetonten Coxarthrose. Es gebe keinen Nachweis einer Labrumläsion oder von posttraumatischem Bone bruise (Urk. 10/15 S. 12 f. = Urk. 10/16 S. 26 f.).

5.5 Dr. med. O. ____, Assistenzarzt, und Dr. E. ____, A. ____, erhoben im Austrittsbericht vom 21. Juni 2005 folgende Diagnosen: Untere und obere Schambeinastfraktur links, Längsfraktur des Sacrum links, Verdacht auf Rippenfraktur circa 10. Rippe rechts, vorbestehende leichte Coxarthrose beidseits, aktuell pathologisches Gangbild bei Pseudoarthrose oberer Schambeinastfraktur links (CT 12. Mai 2005), leichter linksbetonter Coxarthrose (MRI 19. Mai 2005) und Dekonditionierung und Schwäche bei chronischem Schmerzzustand und Dermatose/Vitiligo (Urk. 10/15 S. 5 = Urk. 10/16 S. 19). Eine Rückkehr in den angestammten körperlich schweren Beruf des Hilfsmetzgers sei nicht zumutbar. Sofern keine weiteren medizinischen Massnahmen mehr erfolgten, wäre aufgrund der objektivierbaren Befunde eine leichte wechselbelastende Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Hüften ganztags zumutbar (Urk. 10/15 S. 7 = Urk. 10/16 S. 21; vgl. mit ähnlichem Inhalt Dr. O. ____s Kurzbericht vom 30. Mai 2005 [Urk. 10/16 S. 18]).

5.6 Dr. med. P. ____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Teamleiter Hüftchirurgie, Klinik Q. ____, diagnostizierte in einem an den Vertrauensarzt der SUVA gerichteten Schreiben vom 2. August 2005 Frühcoxarthrose beidseits aufgrund eines femoroacetabulären Impingement-Syndroms, links symptomatisch, Status nach Beckenkompressionsverletzung mit oberer und unterer Schambeinastfraktur und Sacrum Längsfraktur links und aktuell Pseudoarthrose. Je nach Leidensdruck werde der Patient früher oder später ein künstliches Hüftgelenk brauchen (Urk. 10/15 S. 2 f.).

5.7. Der SUVA-Kreisarzt Dr. med. R.____, Facharzt FMH Chirurgie, untersuchte den Beschwerdeführer am 20. September 2005 und führte gleichentags aus, es sei aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht nachvollziehbar, wieso der Beschwerdeführer immer noch an 2 Stücken gehen müsse (Urk. 10/16 S. 8). Dasselbe hatte er schon aufgrund einer Untersuchung vom 26. April 2005 festgestellt und den Beschwerdeführer deswegen einer nochmaligen stationären Rehabilitation zugewiesen (Urk. 10/13 S. 4).

5.8. SUVA-Arzt Dr. med. S.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH und SA Manuelle Medizin SAMM, kam in seiner ärztlichen Beurteilung vom 10. August 2006, unter Einbezug der Resultate der in der Klinik für Radio-Onkologie und Nuklearmedizin am Stadtspital Triemli durchgeführten 3-Phasen-Ganzkörperperspektiv-Szintigraphie (Urk. 10/28 S. 3 f.) zum Schluss, radiologisch gesehen seien die Schambeinastfrakturen geheilt, wobei der obere Schambeinast noch insgesamt regrediente Umbauvorgänge zeige. Die szintigraphische Aktivität im Hüftgelenk selbst entspreche auch radiologisch dem klinisch vorhandenen Befund eines anlagebedingten femoroacetabulären Impingement-Syndroms mit beginnender Coxarthrose. Die Hauptbeschwerden des Beschwerdeführers dürften nun eindeutig auf dieser beruhen und nicht mehr auf den abgeheilten Schambeinastfrakturen. Als Unfallfolge liege noch ein bestehender aber abnehmender Knochenumbau nach Fraktur des oberen Schambeinastes vor, wogegen ein solcher im unteren kaum mehr nachweisbar sei. Auch klinisch müssten die beiden Schambeinastfrakturen als geheilt betrachtet werden. Ob im Bereich des oberen Schambeinastes noch, insbesondere bei Wetterwechsel, Beschwerden beständen, bleibe dahingestellt, sehr stark könnten sie aufgrund des radiologischen Befundes sicher nicht sein. Erfahrungsgemäss verschwinden solche szintigraphischen Anreicherungen nach Frakturen im Laufe von ein bis zwei Jahren. Mittelfristig werde man wahrscheinlich um eine operative Taillierung bei dem femoroacetabulären Impingement-Syndrom nicht herumkommen (Urk. 10/32 S. 2 f.)

5.9. Dr. Z.____ diagnostizierte mit Bericht zuhanden des Beschwerdeführervertreters vom 15. März 2007 ein Cervico-cephales Syndrom mit radikulärer Ausstrahlung in den linken Arm mit Begleitschwindel und Verdacht auf neuropsychologische Defizite bei Status nach einem Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule (HWS), Gefühlsstörungen an den linken Extremitäten und eine Schwäche der linken Hand, eine cervicale Myelopathie und ein Lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule (LWS). Die neurologischen Ausfälle mit Gefühlsstörungen der linken Extremitäten sowie die Schwäche der linken Hand deuteten auf eine Läsion des Cervicalmarks hin. Die MRI-Untersuchung der HWS zeige eine leicht- bis mittelgradige Spinalkanalstenose, am ausgeprägtesten auf Höhe C3/C4 und C4/C5 mit Zeichen einer Myelopathie. Die Untersuchungen zeigten degenerative Veränderungen der LWS mit Discopathie L5/S1 sowie einer Ventrolisthesis L5. Hauptbefunde seien eindeutig die neurologischen Ausfälle an der linken Extremität (sensomotorisch) cervicaler Myelopathie bei Status nach Beschleunigungstrauma. Diese Befunde seien eindeutig als Unfallfolgen im Rahmen des HWS-Traumas vom 25. September 2004 zu betrachten. Therapeutisch sei eine stationäre Rehabilitation indiziert. Aufgrund der invalidisierenden Beschwerden mit neurologischen Ausfällen und der neuropsychologischen Beschwerden mit stark erhöhter Ermüdbarkeit, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche, verminderter

Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit könne dem Beschwerdeführer aus physischen und psychischen Gründen zurzeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden (Urk. 3 = Urk. 10/45).

E. 6

6.1 Es ist zwischen den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit als Hilfsmetzger zu 100 % arbeitsunfähig ist (Urk. 2, Urk. 10/15, Urk. 10/16). Umstritten ist die Frage, ob der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeitsfähig wäre. Die untersuchenden Ärzte stimmen darin überein, dass der Beschwerdeführer an Hüftproblemen leidet, die Hauptbeschwerden des Beschwerdeführers darauf zurückzuführen sind, und dass er aufgrund dieser Einschränkung nicht mehr zu Erwerbstätigkeiten fähig ist, die schwere körperliche Arbeit beinhalten (Urk. 10/8 S. 1-3 = 10/9 S. 7-9, Urk. 10/10 S. 3, Urk. 10/12, Urk. 10/15 S. 2 f., Urk. 10/15 S. 5 = Urk. 10/16 S. 19, Urk. 10/15 S. 12 f. = Urk. 10/16 S. 26 f., Urk. 10/16 S. 28). Die sich zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äussernden Ärzte (insbesondere die Hausärztin Dr. H. ___ wollte sich vor der Heilung nicht zur zukünftigen Arbeitsfähigkeit äussern, ging jedoch noch am 4. Februar 2005 davon aus, dass der Beschwerdeführer nach der Genesung möglicherweise wieder seine angestammte Tätigkeit ausüben können [Urk. 10/12 S. 4]) stimmen jedoch im Wesentlichen auch darin überein, dass der Beschwerdeführer aufgrund der objektivierbaren Befunde und nach mehr oder weniger Übergangszeit leichte Arbeit ohne Zwangshaltung für die Hüften ab seinem Austritt aus der A. ___ am 21. Juni 2005 ganztags ausüben könne (Urk. 10/8 S. 3 = Urk. 10/9 S. 9, Urk. 10/9 S. 4, Urk. 10/10 S. 3, Urk. 10/15 S. 5 und 7 = Urk. 10/16 S. 19, Urk. 10/15 S. 11). Aufgrund dieser Übereinstimmungen in den vielen Arztberichten und mangels anderslautender Hinweise in den Akten ist dem zu folgen.

6.2 Der Arztbericht von Dr. Z. ___ vom 15. März 2007 (Urk. 3 = Urk. 10/45) vermag an der Glaubwürdigkeit der übrigen Berichterstattung nichts zu ändern. Die Diagnosen stimmen - wie soeben in Erw. 6.1 erwähnt - in allen relevanten Berichten im Wesentlichen überein. Dr. Z. ___s Diagnose eines Beschleunigungstraumas, die anscheinend auf der Annahme eines HWS-Schleudertraumas beruht, findet in den übrigen umfangreichen medizinischen Akten keine Stütze. Auch stehen die beiden Berichte Dr. Z. ___s in einem markanten Widerspruch: In seinem ersten Bericht vom 15. März 2007 gab er als Hauptbefund neurologische Ausfälle an der linken Extremität und eine cervicale Myelopathie bei Status nach Beschleunigungstrauma an (Urk. 3 = Urk. 10/45; vgl. vorstehend Erw. 5.9). Diesen Befund musste er jedoch in seinem Bericht vom 17. Oktober 2008 revidieren, da der Beschwerdeführer von Dr. med. T. ___ genau abgeklärt worden und dieser zum Schluss gekommen sei, dass es sich nur um eine leichte cervicale Myelopathie von klinisch untergeordneter Bedeutung handle (Urk. 13). Aus den Berichten von Dr. Z. ___ geht nicht hervor, ob sie auf eigenen Untersuchungen basieren oder aufgrund von Unterlagen oder Angaben des Beschwerdeführers erstellt wurden, wobei die knappen Ausführungen und die hauptsächlich die Diagnosen wiedergebende Beurteilung darauf schliessen lassen, dass die Berichte nicht auf eigenen Untersuchungen beruhen. Dr. Z. ___ begründet ferner seine Einschätzung der 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers für jegliche Tätigkeit nicht näher (Urk. 3 S. 2 = Urk. 10/45 S. 2). Dies ist insbesondere störend, da diese Einschätzung klar im Widerspruch zu den übrigen, umfangreichen medizinischen Akten steht. Der

Arztbericht vom 15. März 2007 erfüllt nach dem Gesagten die hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes von der Rechtsprechung als entscheidend eingestuft Kriterien (vgl. vorstehend Erw. 3.4) nicht in befriedigender Weise, weshalb er keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage darstellt.

6.3 Was die geklagten psychischen Beschwerden anbelangt, so war davon erst im Bericht von Dr. Z.____ vom 17. Oktober 2008 konkret die Rede, indem dieser eine mittelgradig depressive Episode diagnostizierte (Urk. 13). Zwar erwähnte die Hausärztin Dr. H.____ in ihrem Bericht vom 4. Februar 2005 eine Depression, verneinte aber gleichzeitig die Notwendigkeit ergänzender medizinischer Abklärungen (Urk. 10/12 S. 1 und 2). Sämtliche durch die IV-Stelle bei den behandelnden Ärzten eingeholten Berichte erachteten weitere medizinische Abklärungen als unnötig (vgl. Urk. 10/9, 10/10 und 10/12). Zudem ist aus dem Bericht nicht ersichtlich, worauf er - nicht Facharzt in diesem Bereich - die Diagnose der mittelgradigen depressiven Episode stützt. Und zu guter Letzt datiert der Bericht von über einem Jahr nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2007 und somit dem entscheiderelevanten Zeitpunkt und scheint aufgrund fehlender anderslautender Ausführungen auch erst ab diesem Zeitpunkt Gültigkeit zu haben.

6.4 Nach dem Gesagten ist auf die beantragte Einholung eines weiteren medizinischen Gutachtens zu verzichten, da der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt ist. Es ist für den vorliegend relevanten Zeitraum mit der Beschwerdegegnerin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (leichte wechselbelastende Arbeit ohne Zwangshaltungen für die Höfen) auszugehen.

7. Es bleibt die Prüfung allfälliger erwerblicher Auswirkungen der Einschränkungen aufgrund eines Einkommensvergleichs. Die Berechnung des Invaliden- und des Valideneinkommens durch die IV-Stelle ist unbestritten und nicht zu beanstanden. Somit ist von einem Valideneinkommen von Fr. 59'954.80, einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 49'577.00 (unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 %) und somit von einem Invaliditätsgrad von 17 % auszugehen (zur Berechnung vgl. Urk. 2, Urk. 10/36, 10/49). Die Anspruchsverneinung durch die IV-Stelle ist demnach nicht zu beanstanden.

8. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 600.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zuzüglich unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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 Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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