

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01277 vom 11. Juni 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-06-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.01277

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01277 du 11 juin 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.01277 del 11 giugno 2009

Erwägungen

E. 2

2.1 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).

2.2 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 konnte; 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).

2.3 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).

2.4 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine

zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 131 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352).

E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich gestützt auf die orthopädische Beurteilung von Dr. B. ___ vom 29. Juni 2005 (Urk. 8/26) und das psychiatrische Gutachten von Dr. D. ___ vom 14. Mai 2007 (Urk. 8/65) auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit ohne Schwerarbeit und Kniebelastung zu 90 % arbeitsfähig sei (Urk. 2).

3.2 Der Beschwerdeführer lässt dem entgegen halten, dass sowohl Dr. E. ___ des Z. ___ als auch Dr. A. ___ zu einer wesentlich ungünstigeren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % in einer sitzenden Tätigkeit gelangt seien als Dr. B. ___. Obwohl letzterer eine massiv abweichende Beurteilung vorgenommen habe, habe er sich mit den Einschätzungen von Dr. E. ___ und Dr. A. ___ nicht auseinandergesetzt, weshalb sein Gutachten nicht zu überzeugen vermöge. Dr. C. ___ halte den Beschwerdeführer aus psychiatrischen Gründen zu mindestens 70 % arbeitsunfähig. Sollte die Beschwerde nicht bereits aufgrund der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit aus orthopädischen Gründen gutgeheissen werden, wäre im Rahmen einer neuerlichen Begutachtung auch ein psychiatrisches Gutachten anzuordnen (Urk. 1).

3.3 Strittig ist, ob dem Beschwerdeführer bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 5. September 2007, welcher rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (BGE 129 V 4 Erw. 1.2, 169 Erw. 1), Rentenleistungen zustehen. Dabei ist aufgrund der Parteivorbringen und der Akten zunächst der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu prüfen.

E. 4

4.1 Die medizinischen Akten zeigen auf, dass der Beschwerdeführer seit Jahren an einer beidseitigen Knieproblematik leidet, welche ihren Anfang mit einem Distorsions- und Rotationstrauma des rechten Knies beim Fussballspiel am 15. August 1993 nahm. Dabei erlitt der Beschwerdeführer eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes sowie des medialen Seitenbandes und eine laterale Meniskushinterhornläsion mit folgender arthroskopischer Resektion des vorderen rupturierten Kreuzbandes und einer Teilresektion des lateralen Meniskus (Urk. 8/14/21-23) sowie einer nachfolgenden operativen Sanierung des Kreuzbandes (vgl. Urk. 8/26/4). Am 1. Juli 1999 wurde im Z. ___ eine weitere Arthroskopie mit Teilmeniskektomie durchgeführt, welche eine Knorpelschädigung Grad II-III im Femoropatellargelenk aufzeigte (Urk. 8/14/18, 8/26/5).

Die Problematik im linken Kniegelenk nahm ebenfalls beim Fussballspielen und zwar im Jahr 1995 ihren Anfang (Urk. 8/26/6, vgl. auch Krankengeschichte des Z.____ vom 27. Oktober 2003, 8/65). Nach einem weiteren Vorfall während der Arbeit vom 7. Juni 2000 unterzog sich der Versicherte am 13. September 2000 im Z.____ einer Kniearthroskopie mit subtotaler medialer Meniskektomie links. Am 19. September 2000 wurde ausserdem eine Bakerzyste links exzidiert (Urk. 8/14/34-35). Die Diagnose von Oberarzt Dr. F.____ im Operationsbericht vom 10. Oktober 2000 lautete auf eine VKB (vorderes Kreuzband)-Ruptur, eine mediale und laterale Meniskusläsion sowie eine Bakerzyste (Urk. 8/14/31). Ärztlicherseits wurde vom 7. Juni 2000 bis am 18. Dezember 2000 eine zunächst 100%ige und anschliessend 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestatigt (vgl. Bericht von Dr. A.____ vom 18. Juni 2000, Urk. 8/14/8, und Bericht des Z.____ vom 29. Juni 2000, Urk. 8/14/7, sowie Urk. 8/14/28-30, Urk. 8/14/37).

Am 1. Oktober 2001 unterzog sich der Beschwerdeführer einer weiteren Kniearthroskopie im Z.____. Dabei wurde eine erneute Teilmeniskektomie und eine Punktion der Baker-Zyste notwendig (Urk. 8/14/25-27). Ab 12. November 2001 war der Beschwerdeführer seitens der zuständigen Ärzte des Z.____ wieder zu 100 % arbeitsfähig geschrieben (Urk. 8/14/11).

Am 24. März 2004 untersuchte Dr. E.____, Leitender Arzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Z.____, den Beschwerdeführer und diagnostizierte eine Pangenarthrose beidseits. Der Beschwerdeführer zeige beidseits, links betont, eine zunehmende Schmerzproblematik bei bekannten Gonarthrosen. Längerfristig werde mit Sicherheit nur der endoprothetische Ersatz des Gelenkes in Frage kommen. Im Moment könne eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit im Gastronomiegewerbe nicht korrigiert werden. Für eine adaptierte Arbeitsstelle sei die Arbeitsfähigkeit möglicherweise höher (Urk. 8/12/5-6). Diese Einschätzung bestatigte Dr. E.____ am 2. August 2004 (Urk. 8/12/3-4).

Die Hausärztin Dr. A.____ notierte in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. Oktober 2004 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 28. März bis 19. Mai 2003, vom 20. Mai bis 15. Juni 2003 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit und ab 16. Juni 2003 eine anhaltende 70%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Arbeitsunfähigkeit ab 28. März 2003 begründete sie mit einem erneuten Rotationstrauma des linken Knies beim Fussballtraining und seither starken Schmerzen beim Gehen und längeren Stehen sowie mit einer rezidivierenden Ergussbildung und einer grossen Bakerzyste links. Für eine sitzende Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 50 % arbeitsfähig. Eine 100%ige Arbeitsfähigkeit werde er wegen der Knieschmerzen nach längerem Sitzen mit angewinkelten Knien kaum erreichen (Urk. 8/14/5-6).

Dr. B.____ erstellte sein orthopädisches Gutachten gestützt auf seine Untersuchung vom 11. Juni 2005 und die ihm zur Verfügung gestellten Akten der Unfallversicherung SWICA. Er bestatigte diagnostisch die manifeste beidseitige Pangenarthrose bei alten vorderen Instabilitäten und wiederholter Meniskusschädigungen. Hinsichtlich der Entwicklung der Beschwerden stellte er sich auf den Standpunkt, dass sich nach dem Kündigungsschreiben des Sportzentrumsbesitzers vom 30. September 2003 plötzlich ein ganz anderes klinisches Bild gezeigt habe. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Beschwerdeführer ansonsten innert kürzester Zeit von einem Fussballer zu einem Alltagsbehinderten geworden sein soll. Die abrupten

Änderungen in den beruflichen Rahmenbedingungen hätten die Gesundheitsmanifestation sicher wesentlich mitgeprägt und den Beschwerdeführer in eine persönliche Krise gestürzt. Beim aktuellen Schweregrad der Kniearthrose erachtete Dr. B. den Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Wirt zu mindestens 50 %, maximal 66 2/3 % arbeitsfähig, wobei darauf zu achten sei, dass er nicht viel Treppensteigen und keine Getränkeharassen tragen müsse. Gewichte über 10 Kilogramm während 30 Sekunden könnten limitierend sein. In vollem Umfang sei der Beschwerdeführer in einer wechselbelastenden Tätigkeit einsetzbar, solange keine belastenden Flexionen einwirken würden. Im Ausdauerbereich sei er bei Gehstrecken von wiederholt einem Kilometer deutlich limitiert (Urk. 8/26 insbesondere S. 17 und S. 18).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss ambulantem Bericht von Dr. med. G., Assistenzärztin der Chirurgischen Klinik und Poliklinik des Z., vom 9. Oktober 2005 erlitt der Beschwerdeführer am 9. Oktober 2005 eine Rissquetschwunde an der Stirn und am Haaransatz links. Dem Beschwerdeführer sei eine Bierflasche an den Kopf geworfen worden. Weder sei eine Bewusstlosigkeit noch Amnesie oder Erbrechen und Kopfschmerzen aufgetreten. Auch liege keine Amnesie für das Ereignis vor (Urk. 8/44).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit ärztlichem Zeugnis vom 18. Oktober 2005 schrieb Dr. C. den Beschwerdeführer ab diesem Zeitpunkt zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/27). In seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 22. Dezember 2006 diagnostizierte Dr. C. eine mittelgradige depressive Störung mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), ein postcommotionelles Syndrom (ICD-10 F07.2) und ein chronifiziertes Schmerzsyndrom nach wiederholten Verletzungen des linken Knies. Aus rein psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer seit 18. Oktober 2005 zu 70 % arbeitsunfähig. Nachdem der Beschwerdeführer beim Ereignis vom 9. Oktober 2005 durch einen Aschenbecher, den ihm ein Mann an den Kopf geworfen habe, verletzt worden sei, sei er im ersten Moment verwirrt gewesen, habe starke Kopfschmerzen verspürt und sich erbrochen. Die Beschwerden seien nach der Erstversorgung im Z. geblieben. Neben den Kopfschmerzen seien Schwindelgefühle und starke Konzentrationsstörungen aufgetreten. Er habe sich erschöpft gefühlt, sei äusserst gereizt gewesen und habe unter starken Schlafstörungen sowie Schuld- und Minderwertigkeitsgefühlen gelitten, weil er nicht mehr habe arbeiten können. Gemäss dem von Dr. C. erhobenen Befund (letzte Untersuchung am 8. Dezember 2006) war der Beschwerdeführer lust- und interessenlos, im Antrieb vermindert, gleichzeitig angespannt. Er leide unter starken Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen und wirke im Gespräch sehr müde. Er, Dr. C., habe einen depressiven Zustand mit intensiven Ängsten und einer Störung der kognitiven Funktionen festgestellt. Die bisherige Therapie (medikamentös und psychotherapeutisch) habe zu keiner Besserung geführt (Urk. 8/60/1-3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D. begutachtete den Beschwerdeführer am 12. Dezember 2007. Gestützt auf den von ihm erhobenen Psychostatus, seine Testdiagnostik, die erhobenen Laborwerte und die bisherigen Akten kam Dr. D. zum Schluss, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2005 an einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) leide; ausserdem stellte er die Diagnose einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10 Z73.1) (Urk. 8/65/34). Das Resultat des BDI-Fragebogens spreche zwar für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven

Episode, doch stehe es in deutlichem Gegensatz zum klinischen Gesamteindruck einer leichten depressiven Episode. Aufgrund des Unfalles vom 9. Oktober 2005 sei der Beschwerdeführer im Zusammenhang mit seinen akzentuierten narzisstischen Persönlichkeitszügen in eine depressive Episode gefallen, aufgrund welcher er in der Arbeitsfähigkeit bei ganzjährigem Arbeitspensum leichtgradig im Rahmen von 10 % eingeschränkt sei (vgl. insbesondere Urk. 8/65/41f.). Weiter nahm Dr. D. ___ zur Beurteilung von Dr. C. ___ Stellung und wies unter anderem darauf hin, dass sich für das Vorliegen des von Dr. C. ___ festgehaltenen postcommotionellen Syndroms keine Hinweise in den IV-Akten finden. Zudem stuft er den Grad der depressiven Episode schwächer ein, da einige Symptome, welche von Dr. C. ___ als depressiv eingeschätzt worden seien, von ihm im Rahmen der Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen eingestuft würden (Urk. 8/65/43).

Dr. C. ___ sodann erklärte in seiner Stellungnahme vom 28. September 2007 unter anderem, dass die Beschreibung des depressiven Zustandes durch Dr. D. ___ auch nach der ICD-10-Klassifikation einer mittleren depressiven Episode entspreche und in einem adäquaten Verhältnis zum Befund vom BDI-Fragebogen stehe. Auch scheine Dr. D. ___ allzu leicht über die Störungen der kognitiven Funktionen hinwegzugehen (Urk. 3/5).

4.2 Aufgrund der medizinischen Akten steht fest, dass der Beschwerdeführer an deutlich geschädigten Kniegelenken in Form von schmerzhaften Pangen-arthrosen beidseits nach mehrfachen Verletzungen der Kniegelenke leidet und dass er seit dem 29. März 2003 in der Ausübung seiner angestammten Tätigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in Verbindung mit Art. 29 ter IVV ununterbrochen eingeschränkt gewesen war. Die Wartezeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG wurde zu diesem Zeitpunkt eröffnet, und es bleibt die Arbeitsfähigkeit von da an näher zu prüfen, wobei zunächst die Phase bis zum 18. Oktober 2005, ab welchem Zeitpunkt zusätzlich psychische gesundheitliche Beeinträchtigungen geltend gemacht werden, zu prüfen ist.

Zum von der Beschwerdegegnerin als relevant erachteten Gutachten von Dr. B. ___ vom 29. Juni 2005 (Urk. 8/26) ist festzuhalten, dass er seine von Dr. E. ___ (vgl. Urk. 8/12/3-6) und Dr. A. ___ (Urk. 8/14/5-6) erheblich abweichende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sowohl im angestammten Beruf als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mit einer unterschiedlichen Würdigung der Schädigungen in beiden Kniegelenken begründete. Vielmehr beurteilte er offensichtlich die Überwindbarkeit und Erträglichkeit der Schmerzen anders und begründete dies im Wesentlichen mit der seiner Ansicht nach grundsätzlich positiv sportlichen Lebenseinstellung des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/26/18), welche eine entsprechende Leistungsfähigkeit ermöglichen müsste. Dieser Begründung fehlt es im Lichte der höchstrichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert einer ärztlichen Beurteilung (BGE 131 V 231 Erw. 5.1 S. 232; 125 V 351 Erw. 3a S. 352) an Nachvollziehbarkeit, setzt sich doch Dr. B. ___ weder im Rahmen der Erhebung des klinischen Befundes (Urk. 8/26/11) noch in der abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/26/18) konkret mit der Schmerzhaftigkeit des Gesundheitsschadens und den daraus resultierenden effektiven Einschränkungen unter Einbezug der Ergebnisse der bildgebenden Verfahren - insbesondere der Röntgenbilder vom 15. Juni 2005 - auseinander. Angesichts der erheblichen Abweichung seiner Beurteilung von derjenigen von Dr. E. ___ und Dr. A. ___

Überzeugt der blosser Hinweis auf die sportliche Lebenseinstellung des Beschwerdeführers nicht. Ausserdem helfen die Ausführungen bezüglich der Auswirkungen des Kündigungsschreibens vom 30. September 2003 auf die Gesundheitsmanifestationen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 8/26/17) nicht weiter. Einerseits nahm die anhaltende Verschlechterung des Gesundheitszustandes gemäss den medizinischen Akten nicht erst nach dem Kündigungsschreiben seinen Lauf, sondern nach dem Ereignis vom 29. März 2003; andererseits ist den Ausführungen von Dr. B. nicht abschliessend zu entnehmen, ob sich dieselben lediglich auf die für das unfallversicherungsrechtliche Verfahren relevante Kausalitätsfrage beziehen, oder ob er von einer Symptomausweitung oder gar einer Simulation ausgeht. Damit aber fehlt es der Beurteilung von Dr. B. an Nachvollziehbarkeit und Schlüssigkeit. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ab 29. März 2003 kann nicht darauf abgestellt werden.

Die Beurteilungen von Dr. E. vom 24. März 2004 (Urk. 8/12/5-6) und vom 2. August 2004 (Urk. 8/12/3-4) und diejenige von Dr. A. vom 3. respektive 10. Oktober 2004 (Urk. 8/14/1-7) stimmen hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von anhaltend 70 % überein. Hieran rechtfertigen sich grundsätzlich keine Zweifel, zumal selbst Dr. B. davon ausging, dass bei einer Leistungsfähigkeit von 50 % erhebliche zusätzliche Einschränkungen beim Treppensteigen und Lastentragen anfielen (Urk. 8/26/18). Was die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer den gesundheitlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit anbelangt, blieb Dr. E. vage, und auch auf die Einschätzung von Dr. A. kann letztendlich nicht abgestellt werden. Dr. A. beschränkte sich darauf, die Arbeitsfähigkeit in einer rein sitzenden Tätigkeit zu beurteilen, obwohl sie eine solche Arbeit aufgrund der Knieschmerzen nach längerem Sitzen mit angewinkelten Knien offensichtlich selber als nicht optimal erachtete. Auch ist sie als Internistin für die Beurteilung eines orthopädischen Problems nicht geeignet.

Zusammenfassend ist damit festzuhalten, dass die momentane medizinische Aktenlage eine abschliessende Beurteilung der Folgen der beidseitigen Pangenarthrose auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ab 29. März 2003 nicht zulässt und die Beschwerdegegnerin hierzu weitere medizinische Abklärungen vorzunehmen haben wird.

4.3 Was die nach dem Ereignis vom 9. Oktober 2005 aufgetretenen psychischen Beschwerden anbelangt, zeigt die Würdigung der ärztlichen Berichte, dass der Beschwerdeführer seither mit überwiegender Wahrscheinlichkeit an einer depressiven Störung leidet. Uneinigkeit besteht ärztlicherseits in Bezug auf die Beurteilung der Schwere der depressiven Störung wie auch zusätzlicher psychischer Störungen und deren Auswirkungen.

Was die Beurteilung von Dr. C. vom 22. Dezember 2006 anbelangt, könnte seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit selbst dann kein Beweiswert zu, wenn mit überwiegender Wahrscheinlichkeit als erstellt zu betrachten wäre, dass der Beschwerdeführer - wie von Dr. C. vertreten - an einer mittelgradigen depressiven Störung litt. Denn das von Dr. C. neben der mittelgradigen depressiven Störung mit somatischen Symptomen und einem chronifizierten Schmerzsyndrom diagnostizierte postcommotionelle Syndrom (ICD-10 F07.2), kann keineswegs als erstellt betrachtet werden. Entgegen der Annahme von Dr. C., welcher sich diesbezüglich offensichtlich

einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers verlassen hatte (vgl. insbesondere Urk. 3/5 S. 2), ist gestützt auf den Bericht des Z.____ vom 9. Oktober 2005 (Urk. 8/44) ohne Weiteres davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Ereignis vom selben Tag kein Schädelhirntrauma erlitten hatte, wurde ein solches weder diagnostiziert, noch sprechen die anamnestischen Angaben des Beschwerdeführers dafür. Dr. C.____ jedoch mass dem von ihm diagnostizierten postcommotionellen Syndrom im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eindeutig Bedeutung zu, weshalb auf seine diesbezügliche Einschätzung nicht abgestellt werden kann.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Begründet aber erscheint die Kritik von Dr. C.____ (Urk. 3/5) am Gutachten von Dr. D.____. Zu Recht wies er darauf hin, dass die von Dr. D.____ geschilderten depressiven Beschwerden wie Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, Gereiztheit, Freude- und Interessenverlust, frühmorgendliches Erwachen, erhöhte Ermüdbarkeit und phasenweise Selbstmordgedanken (vgl. Urk. 8/65/37) aufgrund des ausgedehnten Beschwerdespektrums eher für das Vorliegen einer mittelgradigen denn einer leichten depressiven Störung nach ICD 10-F32.1 (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 5. Auflage, Bern, 2005, S. 139 ff.) sprechen. Die Behauptung von Dr. D.____, dass das Ergebnis des BDI-Fragebogens, welches ebenfalls für das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode sprach, in deutlichem Gegensatz zum klinischen Gesamteindruck stehe (vgl. Urk. 8/65/37), vermag angesichts dessen nicht zu überzeugen. Seine Ausführungen zur abweichenden Einschätzung des Grades der Depression von derjenigen von Dr. C.____ scheinen zwar insofern nachvollziehbar, als er darlegte, dass einige Symptome, welche er der Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen zugeordnet habe, von Dr. C.____ als depressiv eingestuft worden seien (Urk. 8/65/43), doch ist seiner Beurteilung keine effektive diesbezügliche Zuordnung der Symptome zu entnehmen. Vielmehr beschränkte sich Dr. D.____ auf eine theoretische Darlegung narzisstischer Persönlichkeitsmerkmale (vgl. Urk. 8/65/36).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zweifel an der graduellen Einschätzung der depressiven Störung durch Dr. D.____ ergeben sich zudem aus dem Umstand, dass eine leichte depressive Episode (ICD-10: F.32.0) grundsätzlich nicht geeignet ist, eine leistungsspezifische Invalidität (Art. 4 Abs. 2 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu begründen, und bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 50). Ä Dr. D.____ aber misst der von ihm diagnostizierten leichten depressiven Störung eine Leistungseinschränkung seit Oktober 2005, wenn auch nur von 10 %, bei. Auch das Gutachten von Dr. D.____ hält folglich den Anforderungen an den Beweiswert einer ärztlichen Beurteilung nicht stand.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit erweist sich der medizinische Sachverhalt auch in Bezug auf die psychischen Beschwerden als ungenügend abgeklärt. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie ein externes orthopädisches und psychiatrische Gutachten einhole, welches die Fragen nach der Arbeitsfähigkeit in einer Verweisungstätigkeit ab 29. März 2003 aufgrund der Pagonarthrose beidseits sowie des psychischen Gesundheitsschadens und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ab Oktober 2005 klärt. Dabei wird sie gegebenenfalls eine ärztliche

Gesamteinschätzung der Arbeitsfähigkeit einzuholen haben. Bei diesem Verfahrensstand kann auf weitere Ausführungen zum strittigen Validen-einkommen verzichtet werden.

Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

Anzuführen bleibt, dass sich ein koordiniertes Vorgehen mit der Unfallversichererin SWICA, welche ebenfalls noch im Abklärungsverfahren steht (vgl. Telefonnotiz vom 22. Mai 2009, Urk. 10), und mit weiteren Unfallversicherern hinsichtlich der andern Vorfälle als sinnvoll erweisen könnte.

E. 5

5.1 Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 600.-- festzulegen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

5.2 Nach Art. 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen (§ 34 Abs. 3 GSVGer).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verurteilung als vollständiges Obsiegen (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3), weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung obiger Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 5. September 2007 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verurteilt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 2'200.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Urs Leemann

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

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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