

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00460 vom 30. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00460

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00460 du 30 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00460 del 30 marzo 2010

Erwägungen

E. 2.1

Neu normiert wurde der Zeitpunkt des Rentenbeginns, der, sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind (Art. 28 Abs. 1 IVG), gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG frühestens sechs Monate nach Geltendmachung der Leistungsanspruchs nach Art. 29 Abs. 1 ATSG entsteht. Da ein allfälliger Rentenanspruch - der Beschwerdeführer, welcher sich am 6. September 2006 bei der Invalidenversicherung angemeldet hatte, macht eine anspruchrelevante gesundheitliche Einschränkung seit dem Unfall im September 2005 geltend - bereits vor dem 1. Januar 2008 entstanden wäre, wirkt sich diese Neuerung auf den hier zu prüfenden Fall jedoch nicht aus (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2009 in Sachen F., 8C-348/2008, Erw. 2.1 mit Hinweisen).

Vielmehr gelangt Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) zur Anwendung. Danach entsteht der Rentenanspruch nach Art. 28 IVG frühestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person

a. mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfähig (Art. 7 ATSG) geworden ist oder

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen war.

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. 2 IVG in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung beziehungsweise Art. 28 Abs. 1 IVG).

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG in der ab 1. Januar 2008 gültigen Fassung beziehungsweise Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu

erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.5. 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 wärdigen 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 prüfend 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.).

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid gestützt auf das Gutachten des C. vom 5. Oktober 2007 auf den Standpunkt, es liege kein Gesundheitsschaden vor, der die Arbeitsfähigkeit längerfristig einschränke. Für eine neuropsychologische Untersuchung bestehe entgegen den im Vorbescheidverfahren geltend gemachten Einwänden (Urk. 11/30/1-4) keine Notwendigkeit (Urk. 2).

Ä Dagegen liess der Beschwerdeführer im Wesentlichen vorbringen, dass das Gutachten des C. an erheblichen Mängeln leide; insbesondere fehle sowohl eine neurologische wie auch eine neuropsychologische Abklärung. Er sei heute zu 50 % arbeitsfähig, arbeite und verdiene in diesem Umfang in seiner Tätigkeit als Geschäftsführer. Dementsprechend sei er, da optimal eingegliedert, zu 50 % invalid. Sollte das Gericht wider Erwarten ab einem gewissen Zeitpunkt von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgehen, wäre die Rente allenfalls befristet auszurichten (Urk. 1).

3.2. Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren bildet einzig der Rentenanspruch des Versicherten. Dabei stehen die Parteien in Bezug auf die Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Nachtlokals im Streite; bis anhin nicht thematisiert wurde die Leistungsfähigkeit in einer den gesundheitlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit.

E. 4

4.1. Der medizinische Sachverhalt präsentiert sich aufgrund der Akten wie folgt:

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F.____, AssistenzÄrztin der Unfallchirurgie des G.____ stellte am 6. September 2005, dem Tag des ersten Unfalls, die Diagnose einer HWS-Distorsion. Der Beschwerdeführer habe über starke Kopfschmerzen vornehmlich linksseitig, starken Schwindel und Übelkeit geklagt. Dr. F.____ notierte eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis voraussichtlich 11. September 2005. Die computertomographischen Aufnahmen der HWS und des Schädels waren unauffällig (Urk. 11/7/54, 11/8/23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Hausarzt Dr. H.____ untersuchte den Beschwerdeführer am 9. September 2005. Seine Diagnose in den Berichten vom 17. und 30. September 2005 lautete auf ein HWS-Akzelerationstrauma. Neben den Kopf- und Nackenschmerzen, dem Schwindel und der Übelkeit hielt er eine schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung sowie eine Druckschmerzhaftigkeit im Bereich der gesamten HWS fest. Er bestätigte die 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 11/7/48-49 und 11/7/55). Ab 26. Oktober 2005 verfügte der Beschwerdeführer gemäss Dr. H.____ wieder über eine 10%ige und ab 14. November 2005 über eine 20%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/7/19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Bericht von Dr. H.____ vom 5. Dezember 2005 traten nach dem zweiten Unfall, welcher zu einem zweiten HWS-Akzelerationstrauma geführt habe, Nackenschmerzen und -verspannungen, Ohrenweh rechts, Schmerzen im Kreuz und interscapulär sowie eine Verstärkung der Nausea hinzu (Urk. 11/7/34). Die Arbeitsfähigkeit ab dem Tag des zweiten Unfalls lag gemäss Dr. H.____ bei 25 % (Urk. 11/7/19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Neurologe Dr. I.____ fand gestützt auf seine Untersuchung vom 16. Dezember 2005 keine neurologischen Auffälligkeiten. Insgesamt zeige der Beschwerdeführer die üblichen Beschwerden und Störungen nach Heckkollision sowie Zeichen der Besserung. Er empfahl eine möglichst rasche Mobilisierung und Rückführung in den Arbeitsprozess (Urk. 11/7/42-43). Dr. H.____ notierte am 10. Januar 2006, dass der Verlauf durch den zweiten Unfall kompliziert worden sei und die Arbeitsfähigkeit von nunmehr 25 % nur langsam erholt werden können. Der Beschwerdeführer sei vorläufig nur für administrative Aufgaben im Backoffice einsatzfähig und könne wegen der Hektik, der vielen Besucher und der lauten Musik nicht an der Front im Club eingesetzt werden (Urk. 11/7/41).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. med. J.____, Ärztin für Allgemeine Medizin/Komplementärmedizin, diagnostizierte in ihrem Bericht vom 7. Februar 2006 ebenfalls ein Akzelerationstrauma nach den beiden Unfällen und bestätigte die von Dr. H.____ bescheinigten Arbeitsunfähigkeiten (Urk. 11/7/39).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Austrittsdiagnose im Bericht der K.____ vom 22. Juni 2006 (Urk. 11/8/5) lautete auf einen Status nach zweimaligem Verkehrsunfall mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion bei persistierendem zervikocephalem Symptomenkomplex und vegetativer Dysregulation. Im rheumatologisch-orthopädischen Status zeigte sich eine Druckschmerzhaftigkeit links paravertebral der HWK 3/4, ein Triggerpunkt im Oxziput und ein deutlicher paravertebraler Hartspann sowie eine eingeschränkte, endgradig schmerzhafte HWS-Beweglichkeit beidseits. Der Neuro- wie auch der Psychostatus waren unauffällig (Urk. 11/8/9). Die neuropsychologische Testung ergab ein weitgehend normgerechtes Leistungsprofil im Gedächtnis-, Exekutiv- und räumlich-visuellen Bereich. Die berichteten kognitiven Fehlleistungen im Alltag liessen sich gemäss der zuständigen Neuropsychologin FSP am ehesten als sekundäre Folge

des persistierenden zervikocephalen Schmerzkomplexes erklären (vgl. neuropsychologischer Bericht zur stationären Untersuchung vom 29. bis 30. Mai 2006, Beilage zu Urk. 11/8/19-20). Insgesamt erachteten die zuständigen Ärzte den Beschwerdeführer bei Austritt als zu 67 % arbeitsunfähig; eine eventuelle Steigerung sei abhängig vom Verlauf und nach Massgabe der Beschwerden (Urk. 11/8/6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. H.____ bescheinigte dem Beschwerdeführer ab 14. August 2006 bei einer leichten Beschwerdeverbesserung eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Trotz aller ärztlichen und therapeutischen Bemühungen sei es nicht gelungen, den Beschwerdeführer von seinem Beschwerdebild mit Schmerzen im Nacken und Schultergürtel beidseits, ausstrahlend in den linken Kleinfinger, Kopfschmerzen links occipital und links temporal, Konzentrations- und Schlafstörungen, zu befreien. Seine hauptsächlichsten Tätigkeiten in einem lärmigen Club und am Computer seien bei seinem Beschwerdebild auch denkbar ungenügend. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit erachtete Dr. H.____ den Beschwerdeführer als zu 75 bis 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/8/1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die seit dem 23. Juni 2006 anberaumte psychiatrische Therapie bei Dr. med. L.____, Facharzt FMH für Psychiatrie, mit Gesprächstherapie und Psychopharmakotherapie bezwecke die Prävention einer depressiven Entgleisung, die Optimierung des Schmerzmanagements und eine verbesserte Ich-Abgrenzung im Betrieb. Dr. L.____ verneinte eine größere psychopathologische Auffälligkeit. Jedoch liege eine leichte bis mittelschwere Einschränkung der Konzentrationsfähigkeit und der Belastbarkeit mit konsekutiv verstärkter Affektlabilität und wenig Frustrationstoleranz sowie eine deutliche Tendenz zu depressiven Reaktionen im Kontext mit Überforderungssituationen vor. Zudem stehe der Beschwerdeführer vor dem Hintergrund seiner selbständigen Tätigkeit unter massivem Leistungsdruck. Aufgrund des Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 6. September und 28. November 2005 bescheinigte Dr. L.____ eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit seit Behandlungsbeginn. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 11/11/1-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Rahmen der Begutachtung im C.____ wurde der Beschwerdeführer am 18. und 19. Juni 2007 internistisch, orthopädisch-chirurgisch, rheumatologisch und psychiatrisch abgeklärt. Anamnestiche klagte er über unveränderte tägliche Nacken- und Kopfschmerzen; er könne aber besser damit umgehen. Da er die Ansammlung vieler Leute und den Lärm nicht mehr ertrage, arbeite er nicht mehr an der Front. Der zuständige rheumatologische Teilgutachter Dr. med. M.____ kam zum Schluss, dass der Beschwerdeführer offenbar an hartnäckigen Beschwerden suboccipital links mit zeitweise fortgeleiteten biparietalen, linksbetonten Missempfindungen leide. Mit Ausnahme von Irritationszonen C2 bis C3 links mit zusätzlich gering ausgeprägten muskuligen Triggerpoints sei der Untersuchte nicht nur des zervikalen, sondern auch des übrigen Achsenskeletts unauffällig ausgefallen. Eine solch gering ausgeprägte Veränderung erlaube es nicht, eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zu begründen. Er vertrete die Meinung, dass der Beschwerdeführer auch in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig sei. Auffallend sei, dass der Beschwerdeführer angebe, es gehe ihm besser, als vor dem zweiten Unfall, vor welchem er beinahe schon eine 80%ige Arbeitsfähigkeit erreicht gehabt habe. Dementsprechend sei aktuell mindestens eine

Ähnliche Arbeitsfähigkeit zu erwarten (Beilage zu Urk. 11/18/39-42).

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. N. ___ führte gestützt auf seine Untersuchung vom 19. Juni 2007 aus, dass der Beschwerdeführer, welcher seit dem Unfall unter chronischen linksseitigen Nacken-Kopf-Schmerzen, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und einem Libidoverlust leide, keine psychischen Symptome von Krankheitswert zeige. Die Nacken-Kopf-Schmerzen, die durch psychische Stresssituationen verstärkt würden, seien am ehesten im Sinne eines Spannungskopfschmerzes zu deuten (Urk. 11/18/34-38).

Die zusammenfassende Beurteilung des Chirurgen Dr. med. O. ___ lautete dahingehend, dass unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde keine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Gastgewerbeunternehmer vorliege. Die Diagnose laute auf eine zervikale Irritationszone C2 bis C3 links mit/bei fehlendem pathologisch-anatomischem Korrelat, fortgeleiteten linksbetonten biparietalen Missempfindungen und einem Status nach möglichen leichten HWS-Distorsionen am 6. September und 28. November 2005. Gehe man davon aus, dass der Beschwerdeführer am 6. September 2005 möglicherweise eine leichte Distorsion der HWS erlitten habe, so könne nach aller unfallmedizinischer Erfahrung vom Erreichen des status quo ante vier bis sechs Wochen nach dem Unfall ausgegangen werden (Urk. 11/18/20 ff.).

Anlässlich der neuropsychologischen Testung bei Dr. D. ___ vom 14. Januar 2008 klagte der Beschwerdeführer über bei Belastung zunehmende Kopf- und Nackenschmerzen, Konzentrationsschwierigkeiten, ein reduziertes Umstellvermögen, Vergesslichkeit, eine erhöhte Ermüdbarkeit und Lärmintoleranz. Die erhobenen Befunde wiesen gemäss Dr. D. ___ auf eine leichte kognitive Funktionsstörung im Bereich bi-fronto-basaler und tieferer Strukturen hin. Aus neuropsychologischer Sicht erachtete sie den Endzustand als noch nicht erreicht und die Arbeitsfähigkeit als zu 20 % eingeschränkt (Urk. 6/1).

Dr. E. ___ liess am 13. und 14. März 2008 ein CT der Schädelbasis und der Kopfgelenke sowie ein Funktions-CT C0 bis C7 erstellen. Gestützt darauf und auf seine klinische Untersuchung vom 13. März 2008 fand er eine linksseitige Lokalisation mit Triggerpunkten im oberen Zervikalbereich und eine Hypomobilität der segmentalen rotatorischen Bewegung links. Es könne nicht von einer freien Beweglichkeit der HWS gesprochen werden. Die neuropsychologischen Defizite seien am ehesten als Folge des persistierenden zervikocephalen Symptomenkomplexes, der Kopfschmerz als unfallbedingt zervikogen zu betrachten. Seine Diagnose lautete auf einen Status nach Auffahrkollisionen am 6. September und 28. November 2005 mit HWS-Distorsion mit muskulo-skelettaler, neurovegetativer und neuropsychologischer Symptomatik ohne psychotraumatologische Folgen. Die Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Geschäftsführer eines Nachtclubs liege bei 50 % (Urk. 6/2).

4.2 Im Lichte der höchststrichterlichen Rechtsprechung zum Beweiswert ärztlicher Berichte (BGE 134 V 231 Erw. 5.1, 125 V 352 Erw. 3a) drängen sich erhebliche Zweifel an der Beweistauglichkeit des Gutachtens des C. ___, auf welches die Beschwerdegegnerin ihre Entscheidung im Wesentlichen stützte, auf. Im Gegensatz zu sämtlichen übrigen medizinischen Beurteilungen im vorliegenden Fall wurde im Gutachten des C. ___ die Diagnose einer Distorsionsverletzung der HWS - wenn auch nicht ausdrücklich - so doch implizit in Frage gestellt. Zwar findet sich im Diagnosekatalog

diejenige eines "Status nach möglichen leichten HWS-Distorsionen am 06.09.2005 und 28.11.2005" (Urk. 11/18/20). Doch vermied nicht nur der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. M.____ (Urk. 11/18/39 ff.), sondern auch Dr. O.____ in der zusammenfassenden Beurteilung eine abschliessende Stellungnahme dazu. Dr. O.____ führte zwar zutreffend aus, dass für eine entsprechende Diagnosestellung die Würdigung der Anfangssymptomatik notwendig sei, verzichtete aber in der Folge auf eine Interpretation derselben und verwies im Wesentlichen auf die fehlende Objektivierbarkeit der Beschwerden (Urk. 11/18/21), welche aber gerade für die Diagnose einer schleudertraumatischen Verletzung der HWS typischerweise nicht zwingend ist (vgl. dazu BGE 117 V 363 Erw. 5d/aa).

Das Vorliegen einer Distorsionsverletzung der HWS sprechen jedoch nicht nur die Unfallhergänge, sondern insbesondere auch die nach den Unfällen aufgetretenen Beschwerden. Im Anschluss an den ersten Unfall traten denn auch Beschwerden auf, welche zum typischen Beschwerdebild einer Distorsionsverletzung der HWS gehören. Nach den Akten traten unmittelbar nach dem Unfall und innerhalb der für die Unfallkausalität geltenden Latenzzeit von 24 bis höchstens 72 Stunden (RKUV 2000 Nr. U 359 S. 29) Kopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindel und Übelkeit auf (Urk. 11/8/3, 11/7/50-51). Drei Tage nach dem Unfall erkannte Dr. H.____ zusätzlich eine schmerzhafte Beweglichkeitseinschränkung der HWS (Urk. 11/7/48). Bereits am 13. September 2005 erwähnte der Beschwerdeführer telefonisch Konzentrationsschwierigkeiten (Urk. 11/7/166), am 25. Oktober 2005 sodann Müdigkeit/Schlafprobleme (Urk. 11/7/121). Unter diesen Umständen besteht kein Anlass, die Diagnose einer Distorsionsverletzung der HWS zumindest aufgrund des Unfalls vom 6. September 2005 anzuzweifeln.

Das C.____-Gutachten zeigt jedoch nicht nur diesbezüglich eine verharmlosende Tendenz in der Beurteilung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers. So notierte Dr. O.____ unter anderem, dass nach dem Unfall vom 6. September 2005 lediglich eine medikamentöse Behandlung durchgeführt worden sei (Urk. 11/18/21). Diese Aussage steht in klarem Widerspruch zu den Akten, wonach der Beschwerdeführer seit dem ersten Unfall unter physiotherapeutischer und Akupunkturbehandlung steht (Urk. 11/7/55, 11/7/121, 11/7/139, 11/8/23). Weiter basiert die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mit 100 % durch den Rheumatologen Dr. M.____ ganz wesentlich auf dessen Annahme, dass der Beschwerdeführer vor dem zweiten Unfall vom 28. November 2005 bereits zu 80 % gearbeitet habe und es ihm nunmehr - gemäss eigenen Angaben - besser gehe als dannzumal (vgl. Urk. 11/18/42). Wie der Beschwerdeführer zu Recht geltend machen lässt (Urk. 1 S. 6), war er jedoch vor dem zweiten Unfall gemäss den Akten erst wieder zu 20 % arbeitsfähig. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Dr. M.____ beruht folglich auf einer irrtümlichen Annahme und es kann darauf ebenso wenig abgestellt werden, wie auf die Gesamtbeurteilung des C.____.

Dagegen rechtfertigt es sich, gestützt die übrigen medizinischen Akten, jedoch insbesondere auf den Bericht von Dr. H.____ vom 2. Oktober 2006 (Urk. 11/8/1-4) und denjenigen der K.____ vom 22. Juni 2006 (Urk. 11/8/5-20), als erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres am 6. September 2006 weiterhin an den Folgen eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas mit HWS-Distorsion, persistierendem zerviko-cephalem Symptomenkomplex und vegetativer

Dysregulation litt und dadurch ab 14. August 2006 noch zu 50 % in seiner Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer eines Nachtclubs eingeschränkt war. Gerade der Bericht der K.____ erweist sich als nachvollziehbar begründete, die geklagten Beschwerden berücksichtigende ärztliche Beurteilung, welche auf eingehenden Abklärungen gestützt auf den Eintritts- und Austrittsstatus in rheumatologisch-orthopädischer, neurologischer und psychischer Hinsicht sowie eine zweifelhafte neuro-psychologische Abklärung und den Erkenntnissen der vierwöchigen physio- und ergotherapeutischen Begleitung basiert. Die Schlussfolgerungen der K.____ decken sich im Wesentlichen mit denjenigen des Hausarztes Dr. H.____, der Ausschluss einer depressiven Stimmungslage oder einer sonstigen psychischen Auffälligkeit (Urk. 11/8/9 unten) nicht nur mit derjenigen von Dr. L.____ vom 18. Dezember 2006, welcher ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab August 2006 ausging (Urk. 11/11/1-2), sondern gar mit der Beurteilung von Dr. N.____ (Urk. 11/18/37).

Was die neuropsychologische Beurteilung anbelangt, hat Dr. phil. P.____, Neuropsychologin FSP, im Rahmen der zweifelhafte Untersuchung in der K.____ gestützt auf diverse, explizit aufgeführte neuropsychologische Testuntersuchungen (Urk. 11/8/19 unten) keine eigentliche neuropsychologische Störung feststellen können. Jedoch stellte sie Leistungsschwankungen im Aufmerksamkeitsbereich fest und ordnete die vom Beschwerdeführer geklagten kognitiven Fehlleistungen im Alltag als sekundäre Folge des persistierenden zervikocephalen Schmerzkomplexes ein (Urk. 11/8/19-20), negierte sie mithin nicht. Insofern weicht ihre Beurteilung nicht erheblich von derjenigen von Dr. D.____ vom 26. Februar 2008 ab. Auch Dr. D.____ verzichtete letztlich auf das Stellen einer eigentlichen neuropsychologischen Diagnose und begnügte sich mit der Feststellung, dass die Befunde auf eine leichte kognitive Funktionsstörung hinweisen würden (Urk. 6/1). Letztlich deckt sich auch die Beurteilung von Dr. E.____ vom 19. Mai 2008 sowohl bezüglich der neuropsychologischen Defizite (vgl. Urk. 6/2 S. 17) als auch der Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/2 S. 21) mit derjenigen der K.____. Ob die von Dr. E.____ gestützt auf ein Funktions-CT vom 14. März 2008 festgestellten segmentalen Störungen (Urk. 6/2 S. 15) auf eine organische Ursache der Beschwerden schliessen lassen, muss für die Leistungspflicht der final konzipierten Invalidenversicherung - anders als im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren (vgl. Urteil von heute im Verfahren Nr. UV.2008.00180) - letztlich nicht geklärt werden.

Damit führt die Würdigung der medizinischen Akten zum Schluss, dass der Beschwerdeführer nach Ablauf des Wartejahres in der Arbeitsfähigkeit in seiner angestammten Tätigkeit weiterhin zu 50 % eingeschränkt war. Bis zum Erlass des angefochtenen Entscheids vom 3. April 2008 sind den im Recht liegenden medizinischen Akten keine erheblichen Veränderungen des Gesundheitszustandes zu entnehmen.

4.3 Was die Arbeitsfähigkeit in einer den gesundheitlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit anbelangt, legte Dr. H.____ in seinem Bericht vom 5. Oktober 2006 dar, dass die hauptsächlichen Tätigkeiten des Beschwerdeführers in dem lärmigen Club und am Computer bei seinem Beschwerdebild denkbar ungünstig seien und sich die Beschwerden in lärmiger Umgebung verstärken würden. Aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu präferieren. Dr. H.____ erachtete den Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit als zu 75 bis 100 % arbeitsfähig (Urk.

weshalb der vertretene Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat.

Unter Berücksichtigung obiger Grundsätze ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr 1'900.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen.

Die Kosten des Verfahrens von Fr. 800.-- sind ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 3. April 2008 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfährt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. 1'900.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Cristina Schiavi
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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).

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