

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00925 vom 24. Februar 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-02-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00925

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00925 du 24 février 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00925 del 24 febbraio 2010

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen erhob X. am 12. September 2008 Beschwerde und beantragte sinngemäss die Aufhebung des angefochtenen Entscheides sowie die Ausrichtung einer Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin mit Beschwerdeantwort vom 16. Oktober 2008 (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-34) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 17. Oktober 2008 (Urk. 8) geschlossen.

2.3. Am 3. April 2009 zeigte Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur die Mandatsübernahme im laufenden Verfahren an (Urk. 9).

3. Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1. Strittig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.2. Die Beschwerdegegnerin hatte gestützt auf die Akten der SUVA eine leidensangepasste Tätigkeit als vollumfänglich zumutbar erachtet. Damit sei der Beschwerdeführer in der Lage, unter Berücksichtigung eines Abzuges von 10 % ein Invalideneinkommen von Fr. 53'277.-- zu erzielen, was im Vergleich zum Valideneinkommen zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 10 % führe. Daran, dass kein Anspruch auf Rente bestehe, änderten auch die ergänzenden psychiatrischen Abklärungen nichts, hätten diese doch eine Restarbeitsfähigkeit von 80 bis 90 % ergeben (Urk. 2 S. 2).

1.3. Demgegenüber machte der Beschwerdeführer sinngemäss geltend, aufgrund physischer und psychischer Beschwerden habe er Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1).

2.

2.1. 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 Übergangsrechtliche 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). Die angefochtene Verfügung ist am 24. Juli 2008 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

2.2 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).

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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).

2.4 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 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 Während eines Ferienaufenthaltes in B.____ erlitt der Beschwerdeführer am 8. Juli 2006 bei einem Sturz aus etwa 2,5 Meter Höhe eine Rippenfraktur 8 links sowie einen Pneumothorax, welcher mittels Saug-Drainage vom 8. bis zum 16. Juli 2006 behandelt wurde (Urk. 7/11/130). Nach seiner Rückkehr in die Schweiz berichtete Dr. med. C.____, Arzt für allgemeine Medizin FMH, eindeutige Hinweise auf eine BWS-Fraktur hätten sich nicht finden lassen (Bericht vom 8. September 2006, Urk. 7/11/125), und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 7/11/122).

3.2 In der Folge wurden im Spital D.____ mittels MRI-Untersuchung eine leichte Deckplattenimpressionsfraktur ventral beim Brustwirbelkörper (BWK) 5 und eine leichte Deckplattenimpressionsfraktur BWK 6 mit leichter keilförmiger Höhenverminderung des Wirbelkörpers ohne Einengung des Spinalkanals (Urk. 7/11/109) diagnostiziert und der Befund einer unklaren Diffusionsstörung in der Lungenfunktionsprüfung festgehalten (Bericht vom 23. Oktober 2006, Urk. 7/11/112-113). Die Ärzte berichteten, unter intensiver physiotherapeutischer Mobilisation und Analgesie hätten sich die Beschwerden deutlich verringert. Die noch andauernde Ateminsuffizienz sei wahrscheinlich schmerzbedingt und entspreche einem Status nach Saugdrainageeinlage (Urk. 7/11/112). Es sei von einem komplikationslosen Heilungsverlauf und davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer seine gewohnte Arbeit nach üblichem Verlauf wieder aufnehmen könne. Abschliessend attestierten die Ärzte für weitere zwei Wochen nach Hospitalisation (21. September bis 5. Oktober 2006) eine vollständige Arbeitsunfähigkeit; danach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % mit empfohlener Steigerung auf 100 % gemäss Verlauf (Urk. 7/11/113).

3.3 Nachdem der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. Z.____, mit Bericht vom 8. Januar 2006 (richtig: 2007, Urk. 7/11/88) eine leichte Besserung festgehalten und die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit zu 50 % (Gewichte 10 bis 15 kg) ab 11. Dezember 2006 als zumutbar erachtet hatte, brach der Beschwerdeführer den Arbeitsversuch infolge Rücken- und Kopfschmerzen am 16. Dezember 2006 ab (Urk. 7/11/86).

3.4 SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.____, Orthopädische Chirurgie FMH, erklärte aufgrund der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 5. Februar 2007 (Urk. 7/11/80-83), objektiv gesehen seien die Thoraxverletzung abgeheilt und die Wirbelfrakturen konsolidiert. Die zusätzliche Kyphosierung der bereits anlagebedingt deutlich kyphotischen BWS sei gering. Die klinische Untersuchung habe sich bei demonstrativem Verhalten des Beschwerdeführers als erschwert gezeigt. Für die demonstrierte Schwäche des rechten Beines habe kein objektivierbares Korrelat gefunden werden können (Urk. 7/11/82). Zudem sei aufgrund der erlittenen Verletzungen die Schmerzhaftigkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule (LWS) nicht erklärbar. Dr. E.____ bestätigte vorläufig eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und hielt einen stationären Aufenthalt in der Rehaklinik F.____ für angezeigt (Urk. 7/11/83).

3.5. Während laufendem Rehabilitationsaufenthalt informierte der Berufsberater der Rehaklinik F. ___ die SUVA am 17. April 2007 dahingehend (Urk. 7/11/60), dass der Beschwerdeführer vorzeitig entlassen werde. Es habe sich gezeigt, dass er sich gegen eine Wiedereingliederung stemme und sich nicht als arbeitsfähig betrachte. Aufgrund fehlender Motivation und Mitwirkung sowie fehlenden Willens sei die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit praktisch kaum umsetzbar.

3.6.

3.6.1. Mit Austrittsbericht vom 30. April 2007 der Rehaklinik F. ___ (Urk. 7/11/41-47) - der Beschwerdeführer hatte sich dort vom 15. März bis zum 20. April 2007 in stationärer Therapie befunden - diagnostizierten Dr. med. G. ___, Assistenzärztin, und Dr. med. H. ___, Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, neben den bereits bekannten Diagnosen der Deckplattenimpressions- und Rippenfraktur ein thoracospondylogenes Schmerzsyndrom, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion bei anhaltender Schmerzproblematik sowie ein lumbospondylogenes und zervicovertebrales Schmerzsyndrom (Urk. 7/11/41). Sie notierten, der Beschwerdeführer habe über ruhe- und belastungsverstärkte Schmerzen im oberen BWS-Bereich mit Ausstrahlung in alle Fingerspitzen, Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Kribbelgefühl in der rechten Fusssohle bei längerem Laufen, Atemschwierigkeiten beim Bergauflaufen sowie Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen, depressive Störungen, Gräbeln, Schlafstörungen und Nervosität geklagt (Urk. 7/11/45-46).

3.6.2. Dem Bericht ist sodann zu entnehmen, dass die konventionell-radiologische Röntgenuntersuchung im Bereich der LWS, vor allem bei L3/4 und L4/5, deutlich degenerative Veränderungen visualisierte. Daneben hätten sich eine starke Retrolisthesis des Oberkörpers und eine leichte Rotationskomponente im oberen LWS-Bereich gezeigt. Diese Befunde erklärten die Beschwerden jedoch nur zum Teil. Klare Hinweise für eine Coxarthrose hätten gefehlt, und die oft geäusserten Kopfschmerzen seien nach mehrmaliger Untersuchung als Verspannungskopfweg und Nackenschmerzen interpretiert worden (Urk. 7/11/43). Im Weiteren habe sich im psychosomatischen Konsilium (Urk. 7/11/48-51) ergeben, dass der Beschwerdeführer an einer Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion bei anhaltender Schmerzproblematik und multiplen psychosozialen Belastungsfaktoren leide (Urk. 7/11/42). Die Ärzte erklärten, bei massiger Leistungsbereitschaft und Kooperation bei den Test und Therapien habe nur eine geringfügige Leistungssteigerung erreicht werden können. Trotz deutlicher Verbesserung der HWS-Beweglichkeit sei die Schmerzsymptomatik unverändert und der Beschwerdeführer auf seine Schmerzen fixiert geblieben. Das aktuelle Zustandsbild werde durch die depressive Reaktion und von psychosozialen Belastungsfaktoren (Erkrankung der Ehefrau, Ambivalenz bezüglich Remigration, Urk. 7/11/50) dominiert. Möglicherweise noch fortbestehende geringfügige somatische Restbeschwerden würden dadurch stark überlagert (Urk. 7/11/43). Die Ärzte hielten fest, infolge Symptomausweitung und Selbstlimitierung - teilweise vor dem Hintergrund der psychischen Problematik erklärbar - seien die Resultate der physischen Leistungstests nur teilweise verwertbar. Aus somatischer Sicht könne das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkung mit den wenig relevanten objektivierbaren pathologischen Befunden nur zum Teil erklärt werden. Was

den psychischen Zustand des Beschwerdeführers betreffe, so liege zwar eine Störung mit Krankheitswert vor; diese vermöge aber keine arbeitsrelevante Leistungsverminderung zu begründen (Urk. 7/11/42). Damit sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Lagerist - mit der Einschränkung, dass das Hantieren von Lasten über 15 kg auf ein notwendiges Minimum reduziert werde - ab 21. April 2007 zu 50 % und eine leichte bis mittelschwere Beschäftigung ganztags zumutbar, wobei auch hier Tätigkeiten mit länger dauernd vorgeneigtem und/oder verdrehtem Oberkörper und länger dauernde Arbeiten über Schulterhöhe zu vermeiden seien (Urk. 7/11/42). Ergänzend wiesen sie darauf hin, zwischen der Zumutbarkeit aus medizinischer Sicht sowie der Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in Bezug auf seine Leistungsfähigkeit bestehe eine wesentliche Diskrepanz, weshalb der Fallabschluss empfohlen werde, sollte sich in den nächsten Monaten keine berufliche Perspektive ergeben (Urk. 7/11/43).

3.7. Trotz der von der Rehaklinik ab dem 21. April 2007 attestierten Arbeitsfähigkeit von 50 % in bisheriger Tätigkeit (Urk. 7/11/53; Erw. 3.6), erklärte der Beschwerdeführer am 2. Mai 2007 gegenüber dem Unfallversicherer, er sehe sich aufgrund vermehrter Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein ausserstande, selbst leichte Arbeiten in reduziertem Umfang zu verrichten. Er wisse nicht, wie es weiter gehen solle. Berufliche Perspektiven sehe er mit Blick auf seine erheblichen Rückenschmerzen keine (Urk. 7/11/39).

3.8. Dr. med. I.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, seit 13. Januar 2007 behandelnder Psychiater, präsentierte sich ein bewusstseinsklarer, innerlich verspannt und sehr ängstlich wirkender Beschwerdeführer (Bericht vom 10. Juli 2007, Urk. 7/11/4-6). Er habe spontan produziert, mit leiser und unsicherer Stimme erzählt und ein eingegengtes Denken und Kreisen um vorhandene Probleme gezeigt. Im Gespräch angespannt, ängstlich, unkonzentriert und innerlich unruhig, habe der Beschwerdeführer auch Schuldgefühle seiner Familie gegenüber sowie Zukunftsängste geäussert. Suizidgedanken hätten gefehlt. Dr. I.____ diagnostizierte eine mittelgradig depressive Störung (ICD-10: F32.11) auf dem Boden einer ängstlichen Persönlichkeit (ICD-10: F60.6), eine Anpassungsstörung (ICD-10: 43.23) nach Unfall mit schweren körperlichen Verletzungen sowie eine Panikstörung (ICD-10: F41.0). Citalopram und Remeron hätten keine Wirkung gezeigt. Das psychische Leiden sei von Krankheitswert und habe die Tendenz der Chronifizierung und Invalidisierung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

3.9. Anlässlich einer weiteren kreisärztlichen Untersuchung durch Dr. E.____ vom 11. Juli 2007 (Urk. 7/11/7-12), während welcher der Beschwerdeführer über eine Schmerzsymptomatik in der ganzen rechten Körperseite klagte, liessen sich ausser einem deutlichen Rundrücken keine pathologischen Befunde erheben. Der Kreisarzt erklärte, die linksseitige Rippen- und minimale Kompressionsfraktur der BWK seien - auch nach radiologischen Kriterien - konsolidiert. Er könne sich die angegebene Schmerzhaftigkeit organisch-strukturell nicht erklären, seien doch die Verletzungen objektivierbar abgeheilt. Inwieweit die Psyche eine Rolle spiele, könne er nicht abschätzen. Dr. E.____ notierte, er stimme in der Zumutbarkeitsbeurteilung mit den Ärzten der Rehaklinik F.____ überein. Abschliessend hielt er fest, ein regelmässiges körperliches Training oder eine Arbeitsaufnahme würde zu einer verbesserten Funktion der Paravertebralmuskulatur und damit wahrscheinlich auch zu einer Verbesserung der

3.11.3 Zusammenfassend nannte er die Diagnosen der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen mit Aggravation (ICD-10: F68.0) und einer leichten depressiven Stimmung (ICD-10: F32.0) und hielt dafür, dass - sofern es sich bei der bisherigen Tätigkeit als Lagerist um leichte, wechselbelastende Arbeit handle - diese dem Beschwerdeführer spätestens seit April 2007 zu 80 bis 90 % zumutbar sei. Gleiches gelte für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (Urk. 7/27/16-17).

E. 4

4.1 Dass dem Beschwerdeführer, wie sich sinngemäss aus seinem Hinweis auf die Einschätzungen der Dres. I. ___ und Z. ___ ergibt, keinerlei Tätigkeit (Erw. 3.8) oder höchstens noch eine solche im Umfang von 25 % (Erw. 3.10) zumutbar wäre, kann mit Blick auf die umfangreiche Aktenlage nicht geschlossen werden. Im Gegenteil fällt auf, dass - nach Abheilen der Unfallfolgen - nur wenige objektivierbare Befunde erhoben werden konnten, demgegenüber aber die psychosoziale Situation des Beschwerdeführers stark ins Gewicht zu fallen schien. Bereits im Oktober 2006, mithin knapp vier Monate nach dem Unfallereignis vom 8. Juli 2006, gingen die Ärzte des Spitals D. ___ von einem komplikationslosen Heilungsverlauf aus und hielten die Arbeitsaufnahme im Umfang von 50 % ab Ende Oktober 2006 für möglich. Die Steigerung auf 100 % empfahlen sie in Abhängigkeit des Heilungsverlaufes (Erw. 3.2). Der Beurteilung, eine 50%ige Arbeitsfähigkeit sei zumutbar, schloss sich vorerst auch der Hausarzt Dr. Z. ___ an (Erw. 3.3). Der weitere Verlauf ist jedoch durch einen Rückfall, welcher nach sieben Tagen zum Abbruch eines ersten Arbeitsversuches führte (Erw. 3.3), und durch Hinweise auf fehlende Motivation (Erw. 3.5) sowie demonstratives Verhalten des Beschwerdeführers (Erw. 3.4) gekennzeichnet. Wenngleich die Ärzte der Rehaklinik F. ___ die von ihnen genannte Symptomausweitung und Selbstlimitierung als teilweise durch die psychische Problematik erklärbar erachteten (Erw. 3.6), bezeichneten sie dennoch das demonstrierte Ausmass der physischen Einschränkungen als nur teilweise nachvollziehbar und die Selbsteinschätzung des Beschwerdeführers in Diskrepanz zu ihrer eigenen Einschätzung stehend. Zudem erhellt aus ihren Aufzeichnungen, dass die Situation des Beschwerdeführers nicht unwesentlich durch psychosoziale - und damit invalidenversicherungsrechtlich unbeachtliche - Faktoren bestimmt wird (Erw. 3.6.2).

Mit Blick auf diese Aktenlage ergibt sich mithin keinerlei Grund, von der Beurteilung, wie sie von den Ärzten der Rehaklinik vorgenommen wurde, abzuweichen. Dies umso weniger, als Kreisarzt Dr. E. ___ mit dem Hinweis darauf, die unfallbedingten Verletzungen seien konsolidiert und die angegebenen Schmerzen organisch-strukturell nicht erklärbar, deren Einschätzung als nachvollziehbar bezeichnete und darüber hinaus eine Arbeitsaufnahme bezüglich einer Verbesserung der Schmerzsituation als günstig erachtete (Erw. 3.9). Verwies selbst Dr. Z. ___ bei weitgehend unauffälliger Befunderhebung unter anderem auf den Bericht der Rehaklinik F. ___ (Erw. 3.10), so vermag seine abweichende Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit nicht durchzudringen und keine Zweifel an jener der Reha-Ärzte zu begründen.

Infolgedessen ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer zumindest aus somatischer Sicht in einer leidensangepassten Tätigkeit vollumfänglich arbeitsfähig ist (Erw. 3.6.2).

4.2 Sodann fehlt es im Weiteren an einer erheblichen Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers aus psychischer Sicht. Das von Dr. A. ___

erstellte Gutachten beruht auf umfassenden Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten erstellt. Die Schlussfolgerung ist begründet sowie nachvollziehbar. Damit erweist sich das Gutachten als beweiskräftige Entscheidungsgrundlage (vgl. Erw. 2.4), weshalb darauf abzustellen ist.

Die davon abweichende Einschätzung von Dr. I.____ vermag das im Übrigen aktuellere Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen, ist die Befunderhebung des behandelnden Arztes doch auf wenige Zeilen beschränkt (Urk. 7/11/5) und fehlt es sowohl an einer Berücksichtigung der Vorakten als auch an einer schlüssigen Begründung für die attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (Erw. 3.8). Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Haus- und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Es ist damit davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aus psychischer Sicht eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 80 bis 90 % zumutbar ist.

4.3 Zusammenfassend und in Anbetracht der Schadenminderungspflicht ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 90 % seit April 2007 zumutbar ist.

E. 5

5.1 Mithin bleibt abzuklären, wie sich die auf eine behinderungsangepasste Tätigkeit beschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers mit einem Pensum von 90 % in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit 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).

Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 131 V 51 Erw. 5.1.2). Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (BGE 134 V 322 Erw. 4.1; Urteil des Bundesgerichts in Sachen H. vom 15. Juni 2009, 8C_1028/2008, Erw. 5.1). Davon abzuweichen besteht vorliegend kein Anlass. Gemäss Angaben des

Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden im Jahre 2007 (mutmasslicher Rentenbeginn) ein Jahressalarium von Fr. 59'800.-- erzielt (Urk. 7/6/3). Das in den früheren Jahren erwirtschaftete Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb (vgl. IK-Auszug, Urk. 7/2/4) hat dabei unberücksichtigt zu bleiben, gab der Beschwerdeführer diese Tätigkeit offenbar bereits vor dem Unfallereignis auf (Urk. 7/3/5; Urk. 7/16/3). Selbst wenn der Beschwerdeführer diesen Nebenerwerb weitergeführt hätte, könnte auf eine Aufrechnung verzichtet werden, da eine solche auch beim Invalideneinkommen zu erfolgen hätte (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 18. Februar 2008, 9C_883/2007, Erw. 2.3f.).

5.3 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Weil der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die obenerwähnte LSE abzustellen. Gemäss TA1 der LSE 2006 (S. 25) erzielten mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigte Männer einen Median von Fr. 4'732.-- im Monat, welcher praxisgemäss auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche im Jahre 2007 anzupassen ist, was Fr. 4'933.-- ergibt (Die Volkswirtschaft 10-2009 Tabelle B9.2, S. 90). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 35 Punkten (Die Volkswirtschaft, 7-8/2009, Tab. B10.3 S. 91, 2006: 2014 Punkte, 2007: 2049 Punkte) ergibt sich ein Invalideneinkommen von Fr. 5'019.-- beziehungsweise ein solches von Fr. 60'228.-- pro Jahr.

5.4 Selbst ein maximal möglicher Abzug vom Invalideneinkommen von 25 % (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) führte nicht zu einem rentenbegründenden Invaliditätsgrad, womit sich diesbezügliche weitere Ausführungen erübrigen:

In einer behinderungsangepassten Tätigkeit wäre es dem Beschwerdeführer folglich möglich, ein Invalideneinkommen von Fr. 40'654.-- (Fr. 60'228.-- x 0.9 [für ein 90%-Pensum] x 0.75 [leidensbedingter Abzug von 25 %]) zu erzielen, was im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 60'228.-- zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 19'574.-- und damit zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 32,5 % führte.

6. Zu Recht hat damit die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers verneint, was zur vollständigen Abweisung der Beschwerde führt.

7. 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 bis IVG) und auf Fr. 600.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 9

- 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.