

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00981 vom 28. März 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00981

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00981 du 28 mars 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00981 del 28 marzo 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 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 erging am 20. August 2008, 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 abzustellen.

1.2 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).

1.3 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG (beziehungsweise Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültigen Fassung) 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.

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG 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).

1.5 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).

1.6 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Strittig und im vorliegenden Verfahren zu überprüfen ist der Anspruch auf eine Invalidenrente.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel nicht mehr arbeitsfähig sei, wohingegen in einer leidensangepassten Tätigkeit von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden könne (Urk. 9/72 S. 3, Urk. 2 S. 1).

2.3 Der Beschwerdeführer brachte sinngemäss vor, dass er weder in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel noch in einer leidensangepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei (vgl. Urk. 9/19/3-4 S. 2 Ziff. 6, Urk. 9/63 S. 15 Ziff. 6.4).

E. 3

3.1 Dr. med. Z., FMH für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Rheumatologie, Oberarzt, Dr. med. A., Assistenzarzt, und B., Ergotherapeutin, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, Universitätsspital C. (C.), führten in ihrem Bericht vom 12. Juli 2005 (Urk. 9/4/11-24 = Urk. 9/64/11-24) aus, sie hätten den Beschwerdeführer am 6. Juli 2005 untersucht (S. 1).

Als Diagnosen nannten sie die folgenden (S. 1):

- chronisches lumbovertebrales bis spondylogenes Schmerzsyndrom
- muskuläre Dysbalance
- retrospondylolisthesis Lendenwirbel (L) 4 Grad 1
- Hyperlordose lumbal
- Verdacht auf Überbelastung Facettengelenke L4/5 oder L5/S1 beidseits rechts mehr als links
- mögliche Hypermobilität im Segment L4/5 (Funktionsaufnahmen vom Juni 2005)

Die Ärzte gaben an, der Beschwerdeführer habe geschildert, dass er seit drei bis vier Jahren unter Rückenschmerzen leide. Die Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein hätten seit sechs Monaten zugenommen und seien insbesondere bei der Arbeit teilweise massiv und unerträglich (S. 5 Ziff. 2.2).

Die Ärzte fährten aus, die Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel sei mittel- bis längerfristig aus rheumatologischer Sicht nicht mehr möglich (S. 10 Ziff. 4.3). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit, also einer solchen ohne Heben von Lasten über 27.5 kg, werde von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgegangen (S. 11 Ziff. 4.4).

3.2 In seinem Bericht vom 2. September 2005 (Urk. 9/4/8-9 = Urk. 9/64/7-9) nannte der behandelnde Dr. med. D.____, FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, als Diagnose ein rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom und einen nichtentzündlichen Kniegelenkserguss linksseitig (Ziff. 2).

Dr. D.____ fährte aus, dem Beschwerdeführer sei von der Weiterausübung der bisherigen Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel abzuraten. Eine leidensangepasste Tätigkeit, also eine solche mit Belastungslimiten für das Heben von Lasten über 27.5 kg, sei grundsätzlich zumutbar (Ziff. 6).

In einem weiteren Bericht vom 31. Oktober 2005 (Urk. 9/8) fährte Dr. D.____ aus, in der bisherigen Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel liege seit 16. August 2005 keine Arbeitsfähigkeit mehr vor (lit. B). Zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit äußerte sich Dr. D.____ nicht, fährte indes an, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig (lit. C.1).

In einem weiteren Bericht vom 12. Mai 2006 (Urk. 9/19/3-4 = Urk. 9/64/28-29 = Urk. 9/64/53-54) fährte Dr. D.____ bei gleichlautender Diagnose aus, dass er im jetzigen Zeitpunkt Mühe habe, die aktuell noch bestehenden Schmerzen im Rahmen der strukturellen Befunde zu erklären. Zukünftig sei ein multimodales Behandlungskonzept in Betracht zu ziehen (Ziff. 5). In der angestammten Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel liege keine Arbeitsfähigkeit mehr vor. In einer leidensangepassten Tätigkeit, also einer körperlich mittelschweren Tätigkeit mit Belastungseinschränkungen bei vorgeneigtem Stehen, erachte er eine Arbeitsfähigkeit als zumutbar (Ziff. 6).

In einem weiteren Bericht vom 6. Dezember 2006 (Urk. 9/64/40) fährte Dr. D.____ aus, dass sich im August 2006 zwei Unfälle ereignet hätten. Dabei handle es sich einerseits um einen Fahrradunfall mit Frontalkollision und um einen Sturz. Aufgrund dieser Unfallereignisse seien seine früheren Beurteilungen nicht mehr aktuell; es seien bereits

entsprechende Abklärungen im Gange.

Am 5. April 2007 erstattete Dr. D.____ erneut Bericht (Urk. 9/64/31). Darin führte er aus, dass sich zwischenzeitlich bezüglich des Beschwerdebildes keine wesentlichen Änderungen ergeben hätten. Es beständen weiterhin die chronischen lumbalen Schmerzen und die seit den beiden Unfallereignissen im August 2006 manifesten zervikalen Beschwerden mit begleitenden Kopfschmerzen, Schwindel und Photophobie sowie die linksseitigen Schulterschmerzen. Zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. D.____ keine Angaben.

3.3 Dr. med. E.____, FMH für Allgemeine Medizin, führte im Bericht vom 5. September 2006 (Urk. 9/64/47) aus, dass sich der Beschwerdeführer am 22. August 2006 bei einem Fahrradunfall (mit einer Frontalkollision mit einem anderen Fahrradfahrer und Sturz) eine Halswirbelsäulekontusion und ein Halswirbelsäuleinklinationstrauma zugezogen habe (Urk. 9/64/47).

Die Erstkonsultation habe am Unfallfolgetag stattgefunden und es hätten sich folgende Befunde ergeben: Halswirbelsäule in Vorhalte- und Inklinationsschonhaltung, keine Amnesie, Bewusstseinslage unauffällig, starke HWS-Schmerzen interspinal sowie mit Ausstrahlung gegen die Levatoren beidseits, Kinn-Sternum-Abstand (KSA) 0/12 cm, Rotation nach rechts um einen Drittel und nach links um die Hälfte eingeschränkt, Lateroflexion beidseits um die Hälfte eingeschränkt, neurologisch leichte Schwäche des Deltoideus links, Bizepssehnenreflex (BSR) rechts normal, links schwer auslösbar. Trizepssehnenreflex (TSR) beidseits schwer auslösbar, Parästhesien: keine, sensible Defizite: keine (Urk. 9/64/47).

Zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. E.____ keine Angaben.

In einem weiteren Bericht vom 25. September 2006 (Urk. 9/64/46) führte Dr. E.____ im Wesentlichen aus, es bestehe ein Status nach axialem Stauchungstrauma der HWS mit dafür typisch zervikozepalem Beschwerdebild. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. E.____ nicht.

Am 24. Oktober 2006 (Urk. 9/41/1-2 = Urk. 9/64/41-42) erstattete Dr. E.____ einen weiteren Bericht. Darin führte er unter anderem aus, dass seit dem Verkehrsunfall eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit bestehe (S. 2).

3.4 Dr. med. F.____, FMH für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 14. September 2006 (Urk. 9/41/3-5 = Urk. 9/64/50-52) aus, dass er den Beschwerdeführer am 12. September 2006 untersucht habe.

Dr. F.____ nannte als Diagnose einen Status nach axialem Stauchungstrauma der Halswirbelsäule am 22. August 2006 (S. 1).

Dr. F.____ führte aus, der Beschwerdeführer habe durch die Frontalkollision Prellungen erlitten und es seien sofort starke Schmerzen im Nacken und auch Kopfweg aufgetreten. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass diese im Verlauf gleich geblieben, jedoch Schwindelgefühle hinzugetreten seien und er manchmal einen Aussetzer gehabt habe (S. 1).

Sodann führte Dr. F.____ aus, die Röntgenbilder der HWS des Beschwerdeführers vom 23. August 2006 zeigten eine auffällige Streckhaltung der Halswirbelsäule. Frakturen seien darauf keine erkennbar (S. 2). Betreffs der vom Beschwerdeführer

geschilderten Aussetzer habe sich kein neurologisches Korrelat finden lassen (S. 2).

Zur Arbeitsfähigkeit machte Dr. F. ___ keine Angaben.

3.5 Prof. Dr. med. G. ___, FMH für Radiologie, Chefarzt, Universitätsklinik H. ___, führte in seinem Bericht vom 27. September 2006 (Urk. 9/41/6-7 = Urk. 9/64/48-49) aus, er habe den Beschwerdeführer gleichentags untersucht.

Prof. Dr. G. ___ diagnostizierte degenerative Veränderungen der unteren Halswirbelsäule mit einer gewissen foraminale Einengung C5/6 und C6/7 links sowie eine wenig ausgeprägte Form einer Dandy-Walker-Fehlbildung in der hinteren Schädelgrube (S. 2).

Anhand der bildgebenden Untersuchungen und den klinischen Angaben hätten sich folgende Befunde ergeben: Degenerative Veränderungen der Bandscheiben C5/6 und C6/7 mit diffuser Protrusion, keine Beeinträchtigung des Myelons, eine deutliche foraminale Stenosierung C6/7 und weniger eindeutig C5/6, das Myelon mit normalem Signalverhalten, keine Fraktur und kein Weichteilhämatom. Ferner bestehe eine gewisse Fehlbildung in der hinteren Schädelgrube mit einer Megazisterna magna mit eher hochstehender Vermis cerebelli, ein weites Foramen occipitale magnum, keine lokale Läsion des Gehirns und eine leichte Schleimhautschwellung in den Ethmoidalzellen (S. 1).

Zur Arbeitsfähigkeit machte Prof. Dr. G. ___ keine Angaben.

3.6 Dr. med. I. ___, FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Teamleiter Wirbelsäulenchirurgie, und Dr. med. J. ___, Fellow, Universitätsklinik H. ___, führten in ihrem Bericht vom 13. Dezember 2006 (Urk. 9/64/38-39) aus, dass sie den Beschwerdeführer tags zuvor ambulant untersucht hätten (S. 1).

Die Ärzte diagnostizierten Zervikozephalgien sowie Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten Halswirbelkörper (HWK) 5/6 und HWK6/7 (S. 1).

Die Ärzte führten sodann aus, dass die Halswirbelsäule in alle Richtungen schmerzbedingt eingeschränkt beweglich sei. Eine Reklination der Halswirbelsäule sei kaum durchführbar. Es bestehe beidseits der Halswirbelsäule ein paravertebraler Muskelhartspann mit Druck- und Klopfempfindlichkeit. Bei den Kraftproben hätte sich linksseitig eine Deltoideusschwäche, welche am ehesten auf eine traumatische Schulterluxation vom 10. August 2006 zurückzuführen sei, gezeigt. Es beständen keine sensiblen Defizite (S. 2 f.).

Zur Arbeitsfähigkeit äusserten sich die Ärzte nicht.

Am 1. Februar 2007 (Urk. 9/64/34-35) stellte Dr. J. ___ in einem weiteren Bericht folgende Diagnosen (Ziff. 1.3):

- HWS Distorsionstrauma mit Zervikozephalgien
- Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten HWK5/6 und HWK6/7
- traumatische Schulterluxation links

Dr. J. ___ führte aus, wegen des Halswirbelsäuledistorsionstraumas bei starken Zervikozephalgien bestehe derzeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit des

Beschwerdeführers. Zur Beurteilung der weiteren Arbeitsunfähigkeit müsste der weitere Verlauf abgewartet werden. Hinsichtlich der bestehenden langjährigen Lumbalgien sei es durch den Unfall zu keiner Zunahme der Beschwerdesymptomatik gekommen (S. 2 Ziff. 5).

Zur Arbeitsfähigkeit machte Prof. Dr. K.____ keine Angaben.

3.7. Dr. med. L.____, FMH für Ophthalmologie, Oberarzt, und Dr. med. M.____, Assistenzärztin, Augenklinik, Universitätsspital C.____, führten in ihrem Bericht vom 6. Februar 2007 (Urk. 9/48/1-2) aus, dass sie den Beschwerdeführer am 23. Januar 2007 ambulant untersucht hätten.

Die Ärzte stellten als Diagnose eine beidseitige Photophobie und Kopfschmerzen unklarer Ätiologie bei Status nach Velounfall am 22. August 2006 (S. 1).

Sodann führten sie aus, in der Untersuchung habe sich kein klinisches Korrelat finden lassen. Zur Arbeitsfähigkeit machten sie keine Angaben.

3.8. Dr. med. N.____, FMH für Anästhesiologie, Konsiliararzt, Dr. med. O.____, FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, Dr. med. P.____, FMH für Neurologie, Oberarzt, Dr. med. Q.____, FMH für Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation, Konsiliararzt, Dr. med. R.____, FMH für Anästhesiologie, Assistenzärztin, und Dr. med. S.____, Assistenzärztin, Universitätsspital C.____, hielten in ihrem Bericht vom 30. Januar 2008 (Urk. 9/64/55-61) fest, dass sie den Beschwerdeführer im Rahmen der interdisziplinären Schmerzprechstunde gemeinsam beurteilt hätten.

Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 5):

- Gonarthrosen beidseits (rechts stark ausgeprägt)
- lumbospondylogenes Syndrom rechts bei
- Fehlf orm und Feh lhaltung der Wirbelsäule (Flachrücken, Skoliose, Beinlängendifferenz)
- degenerativen Veränderungen
- Verdacht auf Instabilität L4/5
- Verdacht auf Hüftimpingement beidseits rechts-betont
- Status nach Oberschenkelfrakturen beidseits
- chronische Schulterschmerzen links mit/bei
- Status nach zweimaliger Luxation
- leichte sensible Axillarislation
- degenerative Veränderungen
- Analgetikaübergebrauchkopfschmerzen
- Status nach leichtem Schädel-Hirn-Trauma
- leichte bis mittelgradige depressive Episode

Sie machten Vorschläge zum weiteren Vorgehen (S. 5 unten); zur Arbeitsfähigkeit machten sie keine Angaben.

3.9. Die Ärzte des Instituts Y. (Y.), Dr. med. T., FMH für Allgemeine Medizin, Dr. med. U., FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. V., FMH für Neurologie, stellten in ihrem polydisziplinären Gutachten vom 10. Juni 2008 (Urk. 9/63) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 12 Ziff. 5.1):

- multifaktorielles Kopfschmerzsyndrom
- Analgetikaüberkonsum
- Status nach leichtem HWS-Stauchungstrauma (2006)
- HWS-Syndrom
- klinisch ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik
- radiomorphologisch degenerative Veränderungen der unteren HWS (MRI September 2006)
- lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- klinisch ohne radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik

Ferner stellten die Gutachter folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 13 Ziff. 5.2):

- Schmerzverarbeitungsstörung
- Status nach Axillarisläsion links
- persistierendes leichtes sensibles Defizit
- Status nach zweimaliger Schulterluxation links
- Gonarthrose rechts

Betreffend das jetzige Leiden wurde ausgeführt, der Beschwerdeführer gebe an, Rückenschmerzen habe er schon lange, langsam zunehmend. Er habe deshalb seine Tätigkeit als Getränkehändler aufgegeben. Seit dem Unfall vom 22. August 2006 habe er zusätzlich Kopfschmerzen und eine Lichtüberempfindlichkeit. Die Rückenschmerzen seien dauernd vorhanden und würden verstärkt, wenn er sich nicht bewegen könne. Er könne nicht lange sitzen, stehen oder gehen. Haushaltarbeiten oder leichte Gartenarbeiten könne er machen, wenn er sich Zeit lasse; Rasenmähen würde er mit einem selbst fahrenden Gerät (S. 5 Ziff. 3.2.1).

In den Akten würden als Beschwerden Kopfschmerzen, Lichtempfindlichkeit, Schwindel und chronische Rückenschmerzen angegeben (S. 5 Ziff. 3.2.1 am Ende).

Im psychiatrischen Teil des Gutachtens hielt Dr. U. fest, der Beschwerdeführer habe geschildert, dass er weder längere Zeit sitzen, stehen oder gehen könne. Abends nehme er 50 mg Surmontil und regelmässig Schmerzmittel ein. Morgens gehe er mit dem Hund spazieren, zwei- bis dreimal pro Woche treffe er sich mit Kollegen in einem Café, anschliessend erledige er Einkäufe und bereite das Mittagessen zu. Auch nachmittags gehe er mit dem Hund spazieren, ein- bis zweimal pro Woche besuche er ein Fitnesscenter, einmal pro Woche gehe er schwimmen und ein- bis zweimal pro Woche fahre er mit dem Fahrrad um den W.-See. An den Wochenenden begleite er oft seinen Sohn zu Velorennen (S. 7).

Zusammenfassend hielt Dr. U. ___ fest, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser einer Schmerzverarbeitungsstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 9 Ziff. 4.1.5).

Im neurologischen Teil des Gutachtens hielt Dr. V. ___ fest, der Beschwerdeführer habe über erhebliche Rückenschmerzen geklagt. Seit August 2006 leide er zudem an Kopfschmerzen und unter einer Lichtüberempfindlichkeit der Augen. Vor drei Wochen habe er sich ferner eine Verletzung am Ringfinger der linken Hand zugezogen. Ferner leide er unter Kniegelenksbeschwerden (S. 10 ff.).

Dr. V. ___ hielt zusammenfassend fest, aus neurologischer Sicht würden sich keine Hinweise für eine hirnorganische Störung oder anderweitige Folgen des erlittenen Schädel-Hirn-Traumas ergeben (S. 11 Ziff. 4.2.4).

Insgesamt seien dem Beschwerdeführer aufgrund der Befunde am Bewegungsapparat aus neurologischer Sicht körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Daraus folge eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als selbständiger Getränke-Depositor. Für körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten ohne andauernde Überkopparbeiten und Zwangshaltungen der Wirbelsäule bestehe aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit (S. 13 Mitte Ziff. 6.2).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt (S. 13 unten).

Die Gutachter hielten zusammengefasst fest, dass in der bisherigen Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getränkehandel seit Juli 2005 keine Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. In einer leidensangepassten Tätigkeit, also einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit, bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 15 Ziff. 6.8).

3.10. Am 12. Januar 2009 unterbreitete das Gericht den Y. ___-Gutachtern Zusatzfragen (Urk. 12). Einerseits wurde ihnen der beschwerdeweise erhobene Einwand zur Stellungnahme unterbreitet, es wäre der Einbezug eines Rheumatologen zwingend gewesen (Erw. 2.1). Andererseits wurden sie gefragt, warum eine im März 2007 mittels MRI diagnostizierte Schulterläsion im Gutachten erwähnt wurde, jedoch nicht Eingang in die gestellten Diagnosen gefunden habe (Erw. 2.2).

3.11. Die Y. ___-Gutachter beantworteten die Zusatzfragen am 15. Januar 2009 (Urk. 14).

Die Gutachter Sie führten aus, bei jedem Gutachten würden aufgrund einer primären Sichtung der Akten die notwendigen Spezialdisziplinen aufgeboten, mit internistischer beziehungsweise allgemeinmedizinischer Fallführung und zusätzlichen Gutachtern, in der Regel immer einem psychiatrischen und in diesem Fall gemäss den bekannten führenden Diagnosen in den Akten ein Neurologe. Es könne vorkommen, dass nach der primären Untersuchung sich durch die involvierten Gutachter nicht beantwortbare Fragestellungen ergeben oder solche verblieben, so dass ein zusätzlicher Teilgutachter aufgeboten werde (S. 1 Mitte).

Entscheidend dafür, welche Probleme bei den untersuchten Versicherten vorhanden seien, seien nicht nur die Akten, sondern auch die subjektiv

geklagten Beschwerden. Tatsächlich habe der Beschwerdeführer in den aktuellen Untersuchungen, wie auch dem Gutachten im allgemeinmedizinischen und neurologischen Teil zu entnehmen sei, obwohl explizit nach sämtlichen Beschwerden gefragt, nicht über spezifische Probleme am Bewegungsapparat, die jetzt vorgebracht würden, geklagt. Es könne vorkommen, dass in der Vorgeschichte beispielsweise frühere Operationen vorhanden oder früher Gelenkprobleme aktiv gewesen seien, die nun remittiert seien und somit keine Funktionseinschränkung mehr zur Folge hätten. Da der Beschwerdeführer keine subjektiven Beschwerden vorgebracht habe, die eine funktionelle Behinderung zur Folge gehabt hätten, wie sie nun moniert würden, sei dies im Schulter- oder im Kniebereich, habe dies zum Untersuchungszeitpunkt auch keine weiteren Fragen nach sich gezogen (S. 1 unten).

Hätte der Beschwerdeführer subjektive, funktionseinschränkende Beschwerden angegeben, die durch die erfolgten Untersuchungen nicht abgedeckt gewesen wären oder hätten sich bei der klinischen Untersuchung unklare Befunde ergeben, so wäre eine zusätzliche Untersuchung, orthopädisch oder rheumatologisch ausgerichtet, veranlasst worden (S. 2 oben).

Eine früher durchgeführte MRI-Untersuchung der linken Schulter sei zur Kenntnis genommen worden. Aus einem früheren MRI-Befund, welchen viele Leute einer Durchschnittsbevölkerung bei früher durchgemachten Schulterproblemen ebenfalls aufweisen könnten, könne nicht eine bleibende Funktionseinschränkung automatisch abgeleitet werden. Es gebe Personen mit ausserordentlich eindrücklichen bildgebenden Befunden, die in ihrer Funktion, vor allem auch in der Berufsfunktion, nicht eingeschränkt seien (S. 2 Mitte).

Überdies sei festzustellen, dass sie beim Beschwerdeführer eine Einschränkung anerkannt hätten, indem sie eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert hätten. Adaptierte Tätigkeiten erachteten sie jedoch als vollumfänglich zumutbar. Das Zumutbarkeitsprofil ohne Überkopfarbeiten würde übrigens auch auf eine leichte Schulterläsion zutreffen (S. 2).

Der Beschwerdeführer äusserte sich am 4. Februar 2009 ein weiteres Mal (Urk. 17).

Er stellte sich weiterhin auf den Standpunkt, eine rheumatologische Untersuchung wäre nötig gewesen; zur Begründung verwies er auf zwischen dem 2. September 2005 und dem 12. Mai 2006 erstellte Berichte (S. 1).

Es stimme nicht, dass er nicht über rheumatologische Beschwerden geklagt habe. Auf Seite 6 des Gutachtens sei nämlich festgehalten, dass die Bewegungsprüfung der Beine Schmerzen ausgelöst habe und auf Seite 10, dass er sich darüber beklagt habe, dass sein ganzes Gestell nicht in Ordnung sei (S. 2 oben).

Der MRI-Bericht vom Mai 2007 sei zwar in den allgemeinen Akten aufgeführt. Da er im neurologischen Teilgutachten nicht erwähnt worden sei, sei davon auszugehen, dass der neurologische Gutachter ihn nicht gesehen habe (S. 2 Mitte).

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer Entscheidung auf das Y. ___-Gutachten (vgl. Urk. 9/72/3-4), während der Beschwerdeführer seinerseits detaillierte Kritik am Gutachten übt (Urk. 1 S. 5 ff. Ziff. B.1-8), das er als

unvollständig qualifizierte, weil es nicht alle seine Gesundheitsschäden berücksichtigte oder diese nicht richtig einordnete (Urk. 1 S. 5 Ziff. B.1).

Demgegenüber ist es angezeigt, die Beweistauglichkeit des Y. ___-Gutachtens vorab zu beurteilen.

Zum Einwand, eine rheumatologische Beurteilung wäre zwingend gewesen (Urk. 1 S. 5 Ziff. B.2) beziehungsweise, die Haftproblematik hätte mit einer rheumatologischen/orthopädischen Begutachtung abgeklärt werden müssen (Urk. 1 S. 7 Ziff. B.6), haben die Y. ___-Gutachter Stellung genommen. Es ist ihnen darin beizustimmen, dass die Frage, welche einzelnen Fachdisziplinen zur Begutachtung erforderlich sind, aus medizinischer Sicht zu prüfen und zu beantworten ist, und sie haben schlüssig dargelegt, wie sie diesbezüglich in der Regel vorgehen und im konkreten Fall vorgegangen sind. Wo der Beschwerdeführer beziehungsweise sein Rechtsvertreter die fachliche Kompetenz hernehmen will, in der erfolgten Art über medizinische Fragen zu urteilen, ist nicht nachvollziehbar.

Gleiches gilt, wenn der Beschwerdeführer frühere medizinische Berichte und darin genannte Befunde aufgreift, darlegt, wie sie zu verstehen seien und weshalb daraus auf Mängel im Y. ___-Gutachten zu schließen sei. Bestimmte Befunde (...) deuten auf ein schweres Problem hin (Urk. 1 S. 6 Ziff. B.3) oder legen aus rheumatologischer Sicht jedoch nahe (Urk. 1 S. 6 Ziff. B.4), sollten weitere (in früheren Arztberichten angeregte und nach Meinung des Beschwerdeführers erforderliche) Abklärungen die vermutete Instabilität bestärken, müsste die Arbeitsfähigkeit auch bei leichten und wechselbelastenden Arbeiten neu beurteilt werden (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. B.5) sind von nicht medizinischer Seite getätigte Äusserungen zu Aspekten, die primär medizinischer Art sind. Es erbringt sich deshalb, weiter darauf einzugehen.

Dass die Y. ___-Gutachter bei der Untersuchung des Abdomens dieses als unauffällig taxierten, während früher abklärungsbedürftige Befunde erhoben waren, ist eine Feststellung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 7 Ziff. B.7), deren Eignung, einen Mangel des Y. ___-Gutachtens aufzuzeigen, nicht ersichtlich ist. Gleiches gilt für die Feststellung, der psychiatrische Gutachter sei von den Aussagen des Beschwerdeführers ausgegangen (Urk. 1 S. 8 Ziff. B.8).

4.2 Zusammengefasst bleibt festzuhalten, dass keiner der vom Beschwerdeführer gegenüber dem Y. ___-Gutachten erhobenen Kritikpunkte zu überzeugen vermag.

Das Gutachten genügt sämtlichen praxisgemässen Kriterien (vorstehend Erw. 1.6) vollumfänglich, so dass darauf abzustellen ist.

4.3 Demnach ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass für - näher umschriebene - leidensangepasste Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsfähigkeit besteht.

E. 5

5.1 Der Beschwerdeführer hat sodann geltend gemacht, es sei von einem höheren als dem von der Beschwerdegegnerin eingesetzten Valideneinkommen auszugehen (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. B.9). Damit verhält es sich wie folgt:

Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umständen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis), wobei für die Vornahme des Einkommensvergleichs grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Dr. D. ___ attestierte dem Beschwerdeführer ab 16. August 2005 in seiner angestammten Tätigkeit als selbständiger Depositär im Getreidehandel eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (vgl. Urk. 9/8). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. August 2006 entstehen (Art. 29 aIVG).

Aus der medizinischen Aktenlage ergibt sich, dass sich die Rückenbeschwerden des Beschwerdeführers seit dem Jahre 2001 zunehmend verschlimmert haben (vgl. Urk. 9/4/11-24 S. 5 Ziff. 2.2). Daher sind die in den Jahren 1998 bis 2000 im individuellen Konto eingetragenen Einkommen des selbständig erwerbenden Beschwerdeführers für die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens heranzuziehen (Urk. 9/7). Es ist demnach von einem Valideneinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 1998 in Höhe von Fr. 59'300.--, im Jahr 1999 in Höhe von Fr. 50'000.-- und im Jahr 2000 in Höhe von Fr. 50'900.-- auszugehen, welches - unter Berücksichtigung der männerspezifischen generellen Nominallohnentwicklung - im Zeitpunkt des frühestmöglichen mutmasslichen Rentenbeginns im Jahre 2006 bei durchschnittlich rund Fr. 58'434.-- liegt.

Für die Ermittlung des Invalideneinkommens ist die Tabelle TA1 der Lohnstrukturerhebung (LSE) heranzuziehen und es ist auf das mittlere von Männern im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige des privaten Sektors mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen abzustellen. Dieses belief sich im Jahr 2006 auf monatlich Fr. 4'732.-- (LSE 2006, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, Tab. TA 1, Total, Anforderungsniveau 4). Unter Berücksichtigung der wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2006 von 41.7 Stunden ergibt dies ein Einkommen für das Jahr 2006 von Fr. 4'933.10 pro Monat (Fr. 4'732.--: 40 x 41.7), mithin rund Fr. 59'197.-- pro Jahr (Fr. 4'933.10 x 12).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer

dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Der Beschwerdeführer war im Zeitraum von August 2005 bis zu den beiden Unfallereignissen im August 2006 erst 45 beziehungsweise 46 Jahre alt (vgl. Urk. 9/1 Ziff. 1.3). Als selbständiger Depositär im Getreidehandel war er im damaligen Zeitpunkt seit rund 8 Jahren tätig. Zuvor war er bei verschiedenen Arbeitgebern in verschiedenen Wirtschaftszweigen angestellt und zwischendurch auch schon mehrmals selbständig erwerbend tätig gewesen (Urk. 9/7). Die im Zumutbarkeitsprofil formulierten positionellen Anforderungen und Gewichtslimiten schränken das in Frage kommende (Lohn-) Spektrum nicht ein, da der Beschwerdeführer in jeder körperlich mittelschweren Tätigkeit mit Belastungseinschränkungen zu 100 % arbeitsfähig war. Der Beschwerdeführer verfügt über langjährige Erfahrung im Verkaufsbereich. Indem der Tabellenlohn mit Anforderungsniveau 4 (einfache und repetitive Tätigkeiten) zur Anwendung gebracht wurde, sind geringfügige gesundheitlich bedingte Einschränkungen bereits mehr als kompensiert.

Vorliegend rechtfertigt es sich somit nicht, einen leidensbedingten Abzug vorzunehmen, weshalb als Invalideneinkommen ein Betrag von Fr. 59'197.-- einzusetzen ist.

5.3 Aus der Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 58'434.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 59'197.-- ergibt sich keine Einkommenseinbusse und es besteht kein Rentenanspruch.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit erweist sich die angefochtene Verfügung als zutreffend und die dagegen erhobene Beschwerde ist abzuweisen.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren kostenpflichtig und die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.
3. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Dr. Markus Krapf
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Allianz Suisse Versicherungsgesellschaft
- Helvetia Patria Schweizerische Lebensversicherungs-Gesellschaft

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.