

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01156 vom 27. November 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-11-27, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.01156](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01156)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01156 du 27 novembre 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01156 del 27 novembre 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die Beurteilung sind jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen, 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). Da die angefochtene Verfügung am 28. Oktober 2008 erging (Urk. 2) und Rentenleistungen aufgrund des am 17. Juni 2004 erlittenen Unfalles in Frage stehen, gelangen, soweit sich die Anspruchsgrundlagen geändert haben, bis zum 31. Dezember 2007 die altrechtlichen, und ab 1. Januar 2008 die revidierten materiellen Vorschriften zur Anwendung (BGE 130 V 445).

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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 (bis Ende 2007: Art. 7 ATSG, ab 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG).

Die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Art. 7 Abs. 2 ATSG stellt dies weiterhin klar, dass für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen sind. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein

solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4 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 (bis Ende 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG, ab 1. Januar 2008: Art. 28 Abs. 2 IVG).

1.5 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG; seit 1. Januar 2008: in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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).

## E. 2

2.1 Die IV-Stelle verneinte den Rentenanspruch im Wesentlichen unter Hinweis insbesondere auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_ vom 2. Juli 2007 (Urk. 8/29 S. 3-83) mit der Begründung, der Beschwerdeführer, bei dem mehrfach eine erhebliche Symptomausweitung festgestellt worden sei und dessen subjektiver Eingliederungswille als fraglich erscheine (vgl. Urk. 7 S. 1, Urk. 20 S. 1), sei in der Lage, zu 100 % einer leidendangepassten Tätigkeit nachzugehen und damit ein 24 % unter dem Valideneinkommen liegendes - und damit rentenausschliessendes - Salär zu erzielen (vgl. Urk. 8/54, Urk. 2 S. 1 f., Urk. 7).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, die IV-Stelle habe bei der Beurteilung seiner Leistungsfähigkeit zu Unrecht auf das - sowohl aus materiellen wie auch aus formellen Gründen nicht beweiskräftige - Gutachten des Begutachtungsinstituts V. abgestellt (vgl. Urk. 1 S. 4 f., S. 6 ff.). Gestützt einerseits auf die Ergebnisse der Abklärung in der Klinik U. (vgl. Urk. 8/29 S. 129-139) und andererseits auf die Einschätzungen der - ihn rheumatologisch beziehungsweise psychiatrisch behandelnden - Ärzte Dr. Y. und Dr. Z. sei davon auszugehen, dass er zu 100 % arbeitsunfähig sei und demnach ab dem 1. Juni 2005 - jedenfalls bis 31. Januar 2007 - Anspruch auf eine ganze Rente habe (vgl. Urk. 1 S. 10 ff.). Die im Auftrag der zuständigen Regionalen Arbeitsvermittlungsstelle (RAV) zwischenzeitlich erfolgte Abklärung durch die Institution W. (vgl. Urk. 12, Urk. 17) habe im Übrigen ergeben, dass er hochmotiviert und durchaus willens sei, sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren, er aufgrund der persistierenden gesundheitlichen Beeinträchtigung indes weiterhin erheblich in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (vgl. Urk. 11, Urk. 16).

### E. 3

3.1. Aus den medizinischen Akten geht im Wesentlichen Folgendes hervor:

Nachdem sich der Beschwerdeführer vom 24. Januar bis 21. Februar 2005 stationär in der Rehaklinik T. hatte behandeln lassen, stellten die Ärzte im Austrittsbericht vom 13. März 2005 (Urk. 8/29 S. 193-197) folgende Diagnose (vgl. Urk. 8/29 S. 193):

- Zustand nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Juli [richtig: Juni] 2004 mit chronischem zervikospodylogem und panvertebralem Schmerzsyndrom sowie unspezifischem Schwindel

Der Patient habe angegeben, seit dem im Sommer des Vorjahrs erlittenen Auffahrunfall unter konstant vorhandenen Schmerzen im Bereich des Nackens, beider Schultern mit Ausstrahlung in den Okzipitalbereich und beider oberer Extremitäten sowie unter Dauerschwindel zu leiden (vgl. Urk. 8/29 S. 193).

Die extremen Dauerschmerzen (VAS 7-8/10) ohne nennenswertes Ansprechen auf therapeutische Massnahmen und die normale Alltagsfunktionalität wiesen auf eine Schmerzverarbeitungsstörung mit zunehmender Schmerzverselbständigung hin. Während des Rehabilitationsaufenthalts habe wohl eine verbesserte HWS-Beweglichkeit, aber keine wesentliche Schmerzreduktion erzielt werden können (vgl. Urk. 8/29 S. 194).

Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich eine deutlich reduzierte Konzentrationsfähigkeit sowie eine schwankende und insgesamt verlangsamte Reaktionsgeschwindigkeit gezeigt. Im Sinne einer erhöhten Ermüdbarkeit sei auch die Daueraufmerksamkeit beeinträchtigt. Die Schwierigkeiten betreffend die Konzentrationsfähigkeit würden verstärkt durch die Einnahme einer nicht unerheblichen Menge Tramal; eine Reduktion der entsprechenden Medikation habe bis Klinikaustritt bedauerlicherweise nicht erreicht werden können (vgl. Urk. 8/29 S. 194).

Es sei ein Ausweitungs- und Chronifizierungsprozess im Gange, den der willige und kooperative Patient selbst kaum aufzuhalten in der Lage sei. Es sei daher eine psychotherapeutische Begleitung indiziert. Angesichts der aktuell reduzierten

Konzentrationsfähigkeit sei der Beschwerdeführer derzeit als Lastwagenfahrer nicht arbeitsfähig; in diesem Zusammenhang sei eine Reduktion des Medikamentenkonsums dringend angezeigt. Dem Patienten seien eine Berufsberatung durch die Invalidenversicherung (IV) sowie die Einnahme eines schmerzdistanzierenden Antidepressivums empfohlen worden (vgl. Urk. 8/29 S. 194).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Anbetracht des chronifizierten Beschwerdebilds ohne wesentliches Ansprechen auf ambulante und stationäre Therapiemaßnahmen sei - unter Vorbehalt einer anderslautenden psychiatrischen Beurteilung - der Fallabschluss zu erwägen. Eine ambulante Physiotherapie erscheine nicht mehr als sinnvoll; dagegen solle der Patient das erlernte Heimprogramm mit Einbezug des im Fitnesscenter zu absolvierenden Trainings weiterführen. Zu einem späteren Zeitpunkt könne der Beschwerdeführer seine angestammte Tätigkeit als LKW-Fahrer wohl durchaus wieder ausüben (vgl. Urk. 8/29 S. 195).

3.2 Ä Ä Ä Ä Dr. med. Y. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, stellte am 22. April 2005 nachstehende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen (vgl. Urk. 8/14 S. 1):

- Chronisches zervikospondylogenes/-zephalisches Syndrom bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 17. Juni 2004
- neuropsychologischen Defiziten
- Reaktive Depression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Lastwagenchauffeur sei der Patient seit 17. Juni 2004 und bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/14 S. 1). In einer behinderungsangepassten Tätigkeit bestehe seit April 2005 - im Rahmen eines Pensums von acht bis zehn Stunden wöchentlich - wieder eine Teilarbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/14 S. 4). Der Gesundheitszustand verschlechtere sich zusehends; medizinische Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit fielen in Betracht. Eine ergänzende medizinische Abklärung erscheine als sinnvoll (vgl. Urk. 8/14 S. 2). Die Leistungsfähigkeit sei nicht nur in physischer Hinsicht eingeschränkt (vgl. Urk. 8/14 S. 3), sondern bedingt durch die Depression bestehe auch eine Beeinträchtigung sämtlicher psychischer Funktionen (Konzentrations- und Auffassungsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit; vgl. Urk. 8/14 S. 4).

3.3 Ä Ä Ä Ä Dr. med. Z. \_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, die den Beschwerdeführer ab dem 19. April 2005 behandelte (vgl. Urk. 8/18 S. 5), stellte in ihrem Bericht vom 1. August 2005 nachstehende, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen (vgl. Urk. 8/18 S. 1):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma mit chronischem zervikospondylogem und panvertebralem Schmerzsyndrom sowie unspezifischem Schwindel
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F.31.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit dem 17. Juli [richtig wohl: Juni] 2004 sei der Patient in der angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/18 S. 1). Die Arbeitsfähigkeit lasse sich therapeutisch nicht verbessern; es seien berufliche Maßnahmen angezeigt. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (vgl. Urk. 8/18 S. 2, S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Trotz der medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlung klage der - einen schwer depressiven Eindruck mit ausgeprägten Existenzängsten erweckende - Patient über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden (Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultergegend, ständige Kopfschmerzen, Müdigkeit, Erschöpfung, Reizbarkeit, Lärmempfindlichkeit, Nervosität, Vergesslichkeit, Konzentrationsschwäche und Niedergeschlagenheit). Angesichts der erst kurzen Behandlungsdauer sei die Prognose noch ungewiss (vgl. Urk. 8/18 S. 5).

3.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die Ergebnisse der im April und Mai 2005 durchgeführten psychosomatischen und testpsychologischen Abklärungen, die medizinischen Vorakten sowie die telefonischen Auskünfte einerseits von Dr. Y.\_\_\_\_ und andererseits der Case Managerin stellte Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Arbeitsmedizin und Psychosomatik, diplomierte Berufsberaterin, Psychotherapeutin SPV, in ihrem Gutachten vom 5. August 2005 (Urk. 8/23 S. 9-18) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/23 S. 14):

- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Juli [richtig: Juni] 2004 mit/bei
- chronischem zervikogenem und panvertebralem Schmerzsyndrom
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit/bei
- Tendenz zu Symptomausweitung
- psychosozialer Belastungssituation (Arbeitslosigkeit, hohe finanzielle Verpflichtungen)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Explorand, der über seit der Auffahrkollision persistierende Schmerzen im ganzen Oberkörper, im Rücken und von Ohr zu Ohr sowie vegetative Beeinträchtigungen (Schwindel usw.), rasche Ermüdung und verminderte Belastbarkeit klage, sei nicht in der Lage, seine Beschwerden, die sich im Laufe der Zeit nicht gebessert, sondern chronifiziert und gar ausgeweitet hätten, genau zu beschreiben beziehungsweise präzise zu lokalisieren. Es müsse daher von mehrheitlich unspezifischen körperlichen Beschwerden im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung mit - angesichts der geschilderten neu aufgetretenen Gesundheitsstörungen (beispielsweise Gefäßstörung im linken Bein) - zusätzlicher Ausweitung der Symptome ausgegangen werden (vgl. Urk. 8/23 S. 14).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Anschluss an das HWS-Distorsionstrauma sei es zu einem verzögerten Heilungsverlauf mit Symptom- und Schmerzausweitung sowie zunehmender Chronifizierung gekommen. Während aus somatischer Sicht keine gravierenden objektivierbaren Befunde erhoben werden könnten, bestünden psychosoziale Faktoren in Form beispielsweise der Arbeitslosigkeit und der dadurch bedingten finanziellen und existenziellen Sorgen, die den fortschreitenden Chronifizierungsprozess zu erklären vermöchten. Eine Besserung sei nur möglich, wenn der Beschwerdeführer das Schonverhalten aufgebe und durch geeignete Übungen (medizinische Trainingstherapie [MTT], kognitives Training, Wiederaufbau einer Tagesstruktur durch Mithilfe im Haushalt, Wiederübernahme von Verantwortung bei alltäglichen Verrichtungen in Haushalt und Familie, Arbeitstraining, Einsatzprogramm usw.) seine kognitive und körperliche Belastbarkeit wieder aufbaue. Es sei daher von erheblicher Bedeutung, dass beim noch jungen Beschwerdeführer alles daran gesetzt werde, den Chronifizierungsprozess aufzuhalten und eine Reintegration in ein normales berufliches und soziales Leben zu erreichen (vgl. Urk. 8/23 S. 16).

3.4. Eine mittelschwere Tätigkeit, die kein Heben oder Tragen von Lasten über 15 kg erfordere, sei dem Exploranden in Anbetracht dessen gut ausgebauter Muskulatur in einem Pensum von 60 % durchaus wieder zumutbar. Einschränkend auf die Leistungsfähigkeit wirkten sich derzeit noch die verminderte körperliche (Ausdauer, Dekonditionierung) und kognitive (Konzentration) Belastbarkeit, die Folge der eingetretenen Chronifizierung seien, aus. Die aktuell bestehende Arbeitsfähigkeit lasse sich - unabhängig von der gewünschten Tätigkeit - durch eine Belastungssteigerung erhöhen. Anzumerken sei, dass die Arbeit als LKW-Chauffeur dem Beschwerdeführer im gleichen Ausmass zumutbar sei wie das private Autofahren, betreffend das ihm die Bewilligung nicht entzogen worden sei (vgl. Urk. 8/23 S. 17).

3.5. In seinem Verlaufsbericht vom 23. Januar 2006 (Urk. 8/22) gab Dr. Y. an, der Gesundheitszustand habe sich - bei unveränderten Diagnosen - zwischenzeitlich noch verschlechtert. So sei es zu einer Zunahme der Zervikalgien, des Schwindels, der Zephalaea und der neuropsychologischen Defizite gekommen; daneben leide der Patient unter einer Depression (vgl. Urk. 8/22 S. 1). Während dem Beschwerdeführer die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit unzumutbar sei, sei er imstande, einer seinen Leiden Rechnung tragenden Arbeit im Umfang von sechs bis acht Stunden pro Woche nachzugehen (vgl. Urk. 8/22 S. 4).

3.6. Dr. Z. gab am 20. Februar 2006 an, betreffend die Diagnosen habe sich keine Änderung ergeben. Mittlerweile habe der Beschwerdeführer - den im Hinblick auf die Fahrlehrerprüfung besuchten - Deutschkurs abgeschlossen. Allerdings habe Dr. Y. Bedenken betreffend die genannten beruflichen Pläne des Patienten geäussert, worauf dieser mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit reagiert habe (vgl. Urk. 8/24 S. 3).

3.7. Im November 2005 sei es auch zu einer Verschlechterung des - an sich stationären - Gesundheitszustands gekommen. So habe der Patient unter starken Rückenschmerzen, Schwindelgefühl, rechtsbetonten Nacken- und Schulterverspannungen, Müdigkeit sowie Erschöpfung gelitten und habe seinen Kopf nicht richtig halten können. Nach einer Spritzen Therapie habe er sich dann wieder besser gefühlt und sich erneut mit der Planung seiner Zukunft beschäftigt. Als er gemerkt habe, dass die in Betracht gezogene Ausbildung zum Wächter bei der D. eine - sich mit seinen gesundheitlichen Einschränkungen nicht vereinbaren lassende - Kampfprüfung beinhalte, habe sich seine letzte Hoffnung zerschlagen, und es sei zu einer psychischen Dekompensation gekommen (vgl. Urk. 8/24 S. 3).

3.8. Es erfolge eine körperorientierte Psychotherapie mit medikamentöser Behandlung. Es sei von einer günstigen Prognose auszugehen. Der Beschwerdeführer sei derzeit demoralisiert und deprimiert, weil sich seine Zukunftspläne als illusorisch erwiesen hätten. Nach wie vor erschienen aber berufliche Massnahmen als sinnvoll; unklar sei allerdings, ob der Beschwerdeführer in der aktuellen Situation fähig wäre, davon zu profitieren. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht erforderlich (vgl. Urk. 8/24 S. 4).

3.9. Vom 3. April bis zum vorzeitigen Abbruch der Massnahme am 12. Mai 2006 (statt am 30. Juni 2006) wurde der Beschwerdeführer in der Klinik U. abgeklärt. In der Folge stellten die Ärzte in ihrem Bericht vom 22. Mai 2006 (Urk. 8/29 S. 129-134) folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/29 S. 131):

- Kraniozervikales Beschleunigungstrauma am 17. Juni 2004

- chronisches zervikovertebrales und panvertebrales Schmerzsyndrom
- Konsekutive somatoforme Schmerzstörung

Es bestanden nachstehende Beeinträchtigungen der Körperfunktionen (vgl. Urk. 8/29 S. 131):

- Schmerzen nuchal und okzipital, zeitweise Schulterschmerzen
- Reduzierte körperliche, mentale und psychische Belastbarkeit
- Schwindel, Ohrendruck
- Erhöhte Lärmempfindlichkeit
- Depressive Symptomatik

Hinsichtlich der Aktivitäten und der Partizipation am Sozialleben wirkten sich die Gesundheitsstörungen wie folgt aus (vgl. Urk. 8/29 S. 131):

- Mobilität: Autofahren derzeit bis zu einer Dauer von zirka einer Stunde möglich
- Bedeutende Lebensbereiche: die im Rahmen der Abklärung in der Klinik U.\_\_\_\_ erfolgten Arbeitseinsätze von jeweils vier Stunden habe der Beschwerdeführer als streng erlebt; dennoch habe er die dreimonatige Abklärung durchhalten wollen
- Gemeinschaft und soziales Leben: Klare Einbussen

Der Einschätzung der Gutachterin Dr. A.\_\_\_\_ könne an sich beigepflichtet werden, betreffend deren Arbeitsfähigkeitsbeurteilung sei allerdings anzumerken, dass diese aufgrund des Umstands, dass sich der Patient noch nicht von seinen Berufswünschen (Fahrlehrer, Wächter bei der D.\_\_\_\_) habe lösen können, theoretischer Natur sei (vgl. Urk. 13/72 S. 4).

Angeichts der schlechten, im Laufe der Abklärung eher noch sinkenden, die Leistungsfähigkeit massiv einschränkenden Belastbarkeit sei der vorzeitige Abschluss der Massnahme per 12. Mai 2006 beschlossen worden. Der Beschwerdeführer habe sich oft sehr schlecht gefühlt und - in Form von Schwitzen und einer Zittrigkeit - eine vegetative Dysregulation gezeigt, während der kurzen Arbeitsphasen aber gute Arbeit geleistet. Dr. Y.\_\_\_\_ habe angegeben, während der Abklärung häufiger vom Patienten, der offensichtlich an der Belastungsgrenze gestanden beziehungsweise diese überschritten habe, konsultiert worden zu sein. Dabei hätten weichteilrheumatische Beschwerden, insbesondere mit Muskelverspannungen im Nacken/Schultergürtel, die ihrerseits - sich negativ auf die Konzentrationsfähigkeit auswirkende - Spannungskopfschmerzen ausgelöst hätten, im Vordergrund gestanden. Zur Linderung seien lokale Infiltrationen durchgeführt worden; eine Reduktion des hohen Analgetikakonsums sei unter diesen Umständen nicht realistisch gewesen (vgl. Urk. 8/29 S. 132).

Aufgrund der im Rahmen der beruflichen Abklärung gezeigten Leistungen sei derzeit nicht an die Aufnahme einer Tätigkeit in der freien Wirtschaft zu denken. Langfristig sei indes zu beachten, dass der Beschwerdeführer über auf dem Arbeitsmarkt durchaus nützliche Fähigkeiten respektive Ressourcen verfüge. Zu bedenken sei auch, dass positive Erfahrungen beziehungsweise Erfolgserlebnisse für den Aufbau des schwer angeschlagenen Selbstvertrauens, der Belastbarkeit und damit auch der

Lebensqualität von essenzieller Bedeutung seien. Negative Auswirkungen auf die Befindlichkeit hätten aktuell die offenen versicherungstechnischen Fragen (vgl. Urk. 8/29 S. 133).

Î Î Î Î Î Î Î Î In Anbetracht des bisherigen Verlaufs sei von einer erneuten stationären Rehabilitation abzuraten. Dem Beschwerdeführer sei nahegelegt worden, sich eine Tagesstruktur zu erarbeiten und die Belastung zu steigern. Nebst der Weiterführung der Physio- und Psychotherapie könnten allenfalls ein leichtes Fitnesstraining sowie Angebote aus dem paramedizinischen Bereich der Verbesserung des Wohlbefindens dienen, wobei eine Reduktion des hohen Analgetikakonsums anzustreben sei. Sinnvoll erschienen Tätigkeiten, die viel Wechselbelastung mit sich bräuchten. Idealerweise werde dem Beschwerdeführer die Möglichkeit geschaffen, im Sinne eines Arbeitsversuchs einem handwerklich tätigen Kollegen stundenweise zu helfen, was sich auch insofern positiv auswirke, als Ersterer damit seine sozialen Beziehungen erweitern könnte (vgl. Urk. 8/29 S. 133).

3.8 Î Î Î Î Î Î Î Î Nachdem sie den Beschwerdeführer am 18., 24. und 25. Januar 2007 internistisch, rheumatologisch, neurologisch und psychiatrisch untersucht hatten, stellten die Ärzte des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_ in ihrem Gutachten vom 2. Juli 2007 (Urk. 8/29 S. 3-83) nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/29 S. 24):

- Chronisches zervikovertebrales bis zervikozephalales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2/M53.0) bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 17. Juni 2004
- kleiner medianer bis mediolateraler Diskushernie rechts bei degenerativen Bandscheibenveränderungen, ohne Einengung des Spinalkanals, ohne Nervenwurzelkompression (MRI vom 7. September 2004)
- pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ohne sensomotorisches radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom
- Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulärer Dysbalance

Î Î Î Î Î Î Î Î Keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit hätten folgende Diagnosen (vgl. Urk. 8/29 S. 24):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01)

Î Î Î Î Î Î Î Î Die geklagten Beschwerden liessen sich - zumindest in ihrer Ausprägung - mit dem Unfall allein nicht erklären und seien eher im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung bis hin zur Aggravation zu interpretieren (vgl. Urk. 8/29 S. 28). Die somatisch und neuropsychologisch fassbaren Gesundheitsstörungen träten gegenüber der psychischen Fehlverarbeitung klar in den Hintergrund. Der psychischen Störung komme indes kein Krankheitswert beziehungsweise keine einschränkende Wirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Ausprägung der Symptome und die dadurch angegebene subjektive Einschränkung der Leistungsfähigkeit lasse sich mit den Ergebnissen der somatischen und neuropsychologischen Untersuchungen nicht begründen und sei vielmehr Ausdruck einer hochgradigen, an Aggravation grenzenden Symptomausweitung (vgl. Urk. 8/29 S. 28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Behandlungsmassnahmen, die noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes erwarten liessen, könnten keine empfohlen werden. Im Vordergrund ständen aus therapeutischer Sicht eine interdisziplinäre, multimodale und psychotherapeutische Intervention und die Rückkehr zu einer normalen Alltagsaktivität. Zur Vermeidung einer Beschwerdeverschlimmerung seien Massnahmen zur somatischen Kräftigung sowie eine Aktivierungstherapie indiziert (vgl. Urk. 8/29 S. 29).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die bisherige Tätigkeit als Lastwagenchauffeur erscheine derzeit aufgrund der rheumatologischen Befunde als ungeeignet. Inwieweit auch neuropsychologische Gründe gegen eine entsprechende Arbeit sprächen, könne angesichts der nicht konklusiven beziehungsweise unverwertbaren (vgl. Urk. 8/29 S. 23, S. 24 S. 26) diesbezüglichen Abklärungsergebnisse nicht beurteilt werden (vgl. Urk. 8/29 S. 29). In einer leichten bis gelegentlich mittelschwer belastenden Tätigkeit in wirbelsäulenadaptierten Wechsellagen sei der Beschwerdeführer aktuell respektive ab Juli 2007 (vgl. Urk. 8/29 S. 32) zu 80 % arbeitsfähig. Grund für die 20%ige Einschränkung sei der vermehrte Pausenbedarf bei chronisch generalisiertem Schmerzsyndrom. Nach einer ein- bis drei- (vgl. Urk. 8/29 S. 29) beziehungsweise drei- bis sechsmonatigen Rekonditionierungsphase (vgl. Urk. 8/29 S. 32) sei - bei genügender Motivation - formal-theoretisch wieder von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis gelegentlich mittelschweren Tätigkeit auszugehen (vgl. Urk. 8/29 S. 29). Die psychische Störung bedinge keine Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit (vgl. Urk. 8/29 S. 31).

3.9 Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme zum Gutachten des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_\_ vom 2. Juli 2007 (Urk. 13/98 im Prozess Nr. UV.2008.00099) hielt Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, am 28. August 2007 fest, die in der Expertise gestellten neurologischen Diagnosen ständen im Wesentlichen im Einklang mit den selbst gestellten (posttraumatisches zervikales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom bei Status nach Überdehnungstrauma der HWS am 17. Juni 2004 sowie leichtes neuropsychologisches Defizit). Die geklagten Beschwerden entsprächen den für ein HWS-Distorsionstrauma typischen Beeinträchtigungen und ständen in einem ursächlichen Zusammenhang zum fraglichen Unfall (vgl. Urk. 13/108 S. 1 im Prozess Nr. UV.2008.00099).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Was die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit betreffe, sei diese als versicherungsfreundlich zu taxieren. Wenn die genaue Bezifferung auch nicht leicht falle, so stehe aufgrund der medizinischen Sachlage jedenfalls fest, dass in einer hinderungsangepassten Tätigkeit eine deutliche, wohl mindestens 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Der Endzustand sei erreicht (vgl. Urk. 13/108 S. 2 im Prozess Nr. UV.2008.00099).

3.10 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem der Beschwerdeführer vom 21. Januar bis 14. Februar 2008 im Auftrag der IV-Stelle in der Abklärungsstelle S. \_\_\_\_ abgeklärt worden war, gaben die zuständigen Fachpersonen im Schlussbericht vom 13. März 2008 (Urk. 8/44 = Urk. 8/49 S. 7-18) an, die fragliche Massnahme sei, nachdem der Beschwerdeführer, der sehr stark mit sich und seinen Beschwerden beschäftigt gewesen sei (vgl. Urk. 8/44 S. 6), die ihm gemachten Vorgaben betreffend Arbeitstraining nicht eingehalten habe, nach rund drei Wochen vorzeitig beendet worden (vgl. Urk. 8/44 S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der gezeigten generellen Belastungsintoleranz und der bis anhin zunehmenden Therapieresistenz ohne Beeinflussungsmöglichkeit von Schmerzverhalten und psychovegetativer Symptomatik lasse sich eine behinderungsadaptierte berufliche Wiedereingliederung derzeit kaum erfolgreich umsetzen (vgl. Urk. 8/44 S. 9).

3.11 Ä Ä Dr. Y.\_\_\_\_ stellte am 5. Mai 2008 nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 8/49 S. 2):

- Chronisches zervikozephal-/spondylogenes Syndrom mit/bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 17. Juni 2004
- neuropsychologischen Defiziten
- Chronische Depression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Seit dem 17. Juni 2004 und bis auf Weiteres sei der Patient als Lastwagenchauffeur zu 100 % arbeitsunfähig (vgl. Urk. 8/49 S. 2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm ab Mai 2008 im Umfang von zwei bis drei Stunden pro Woche wieder zumutbar (vgl. Urk. 8/49 S. 6). Verschiedene entsprechende Abklärungen hätten eine stark verminderte Belastbarkeit bei Arbeitseinsätzen gezeigt (vgl. Urk. 8/49 S. 3). Der Gesundheitszustand sei stationär; die Arbeitsfähigkeit lasse sich mittels medizinischer Massnahmen nicht verbessern. Während die Fahrtauglichkeit gegeben sei (vgl. Urk. 8/49 S. 4), seien die physischen und psychischen Ressourcen des Beschwerdeführers in erheblichem Masse eingeschränkt (vgl. Urk. 8/49 S. 4 f.). Mit der medikamentösen Behandlung, der Physio- und der Psychotherapie nehme der Patient sämtliche indizierten Behandlungsmöglichkeiten wahr (vgl. Urk. 8/49 S. 6).

3.12 Ä Ä Dr. Z.\_\_\_\_ stellte am 27. Mai 2008 nachstehende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/51 S. 3):

- Chronisches zervikovertebrales bis zervikospondylogenes/zervikozephal Schmerzsyndrom, bestehend seit 17. Juni 2004, bei/mit
- Status nach HWS-Distorsion am 17. Juni 2004
- kleiner medianer bis mediolateral rechtsseitiger Diskushernie C5/C6 bei degenerativen Bandscheibenveränderungen, ohne Spinalkanaleinengung und ohne Nervenwurzelkompression
- Wirbelsäulenfehlhaltung
- muskulärer Dysbalance

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere aus folgenden, ebenfalls seit 17. Juni 2004 bestehenden Diagnosen (vgl. Urk. 8/51 S. 3):

- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4
- Leichte bis zur Zeit mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, ICD-10 F32.02

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Patient klagt über im Wesentlichen unveränderte Beschwerden in Form von Kopfschmerzen sowie durch Wetterwechsel akzentuierter Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultergegend, geringer Belastbarkeit und rascher Überforderung, wobei sich die beiden letztgenannten Beeinträchtigungen auch in psychovegetativen Symptomen manifestierten (vgl. Urk. 8/51 S. 6).

Der Umstand, dass die Abklärung in der Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ vorzeitig abgebrochen worden sei, habe den Beschwerdeführer, der der Ansicht sei, man habe ihm kaum eine Chance gegeben und keine Geduld mit ihm gehabt, schwer getroffen und deprimiert. Er hoffe, dennoch ein Arbeitstraining absolvieren und hernach in einer geeigneten Tätigkeit wieder ein 50%-Pensum erreichen zu können (vgl. Urk. 8/51 S. 6).

Mit Ausnahme des Auffassungsvermögens seien sämtliche psychischen Funktionen (Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit, Belastbarkeit) eingeschränkt. Eine berufliche Umstellung erscheine als sinnvoll. In der angestammten Tätigkeit beziehungsweise als Schulbus- oder eventuell Kehrtriefwagenfahrer (vgl. Urk. 8/50 S. 1) bestehe ab dem 1. Juni 2008 wieder eine - sich steigern lassende - Arbeitsfähigkeit von 30 %. Einer behinderungsangepassten Tätigkeit nachzugehen (in Betracht fielen gemäss Abklärung in der Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ Kontroll- und Verpackungsarbeiten, vgl. Urk. 8/51 S. 7) sei der Beschwerdeführer ab dem nämlichen Datum wieder halbtags in der Lage; im Laufe der Zeit könne das Pensum nach und nach erhöht werden (vgl. Urk. 8/50 S. 1).

3.13 In seiner gestützt auf die Akten verfassten Stellungnahme (Urk. 8/52 S. 5 f.) hielt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, Arzt des Regionalärztlichen Dienstes (RAD) der IV, am 12. Juni 2008 fest, angesichts des Umstands, dass die von Dr. Y.\_\_\_\_ im Mai 2008 erhobenen rheumatologischen Befunde im Wesentlichen identisch seien mit den am 2. Juli 2007 von den Experten des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ festgestellten, könne eine seit der fraglichen Begutachtung eingetretene Verschlechterung ausgeschlossen werden. Auf die Expertise des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_, die eine aus psychiatrischen oder neuropsychologischen Gründen bestehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in Übereinstimmung mit der Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ negiere, könne abgestellt werden. Insofern sei davon auszugehen, dass, während dem Beschwerdeführer die angestammte Tätigkeit als Lastwagenchauffeur aufgrund der rheumatologischen Befunde nicht mehr zumutbar sei, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wieder eine 80%ige Arbeitsfähigkeit bestehe, wobei die 20%ige Einschränkung sich aus dem vermehrten Pausenbedarf ergebe. Diese Einschränkung gelte gemäss dem Gutachten des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ ab dem Unfallereignis vom 17. Juni 2004 (vgl. Urk. 8/52 S. 6).

#### **E. 4**

4.1 Aus den zitierten medizinischen Akten geht übereinstimmend hervor, dass der Beschwerdeführer sich bei einer am 17. Juni 2004 erlittenen Auffahrkollision eine Distorsion der HWS zuzog und seither über diverse physische Beschwerden klagt, deretwegen ihm ab dem Unfalltag eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Aktenkundig ist sodann, dass es im Laufe der Zeit - trotz intensiver ambulanter wie auch stationärer Behandlungen - eher zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands kam, wobei sich im Rahmen verschiedener Untersuchungen keine objektivierbaren organischen Befunde erheben liessen, welche die angegebenen Beeinträchtigungen zu erklären vermocht hätten. Wohl wurde am 7. September 2004 eine Diskushernie C5/C6 degenerativer Natur nachgewiesen (vgl. Urk. 8/29 S. 24), diese wurde aber von den Ärzten einhellig für asymptotisch gehalten; insofern entbehrt das Vorbringen des Beschwerdeführers, er leide nebst Unfallfolgen auch unter - nicht näher spezifizierten - degenerativ bedingten Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 1 S. 9), einer Grundlage in den medizinischen Akten.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der vorhandenen Arztberichte steht überdies fest, dass der Beschwerdeführer unter einer psychischen Gesundheitsstörung leidet. Dass diese sowohl von der seit 19. April 2005 behandelnden (vgl. Urk. 8/18 S. 5) Psychiaterin Dr. Z.\_\_\_\_ (vgl. Bericht vom 27. Mai 2008, Urk. 8/51 S. 3) als auch von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ (vgl. Expertise vom 2. Juli 2007, Urk. 8/29 S. 24) - unter die Diagnosen einer somatoformen Schmerzstörung und einer leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom subsumiert wurde, vermag nicht nur wegen der einleuchtenden Begründung der genannten Ärzte, sondern auch angesichts der weiteren medizinischen Akten zu überzeugen. So bescheinigten - nachdem die Ärzte der Rehaklinik T.\_\_\_\_, bei denen der Beschwerdeführer vom 24. Januar bis 21. Februar 2005 in stationärer Behandlung gestanden hatte, am 13. März 2005 Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung geussert und auf einen Ausweitungsprozess hingewiesen hatten (vgl. Urk. 8/29 S. 194) - in der Folge am 5. August 2005 auch Dr. A.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/29 S. 169) und am 22. Mai 2006 die Ärzte der Klinik U.\_\_\_\_ (vgl. Urk. 8/29 S. 131) dem Beschwerdeführer eine somatoforme Schmerzstörung. Diese Einschätzungen werden noch gestützt durch den Umstand, dass in den medizinischen Akten im Laufe der Zeit immer wieder auf eine Therapieresistenz (vgl. Berichte Dr. Y.\_\_\_\_ vom 7. September 2004 [Urk. 8/29 S. 269], vom 23. August 2005 [Urk. 8/29 S. 180], vom 17. Dezember 2005 [Urk. 8/29 S. 159] und vom 5. Mai 2008 [Urk. 8/49 S. 6], Bericht Dr. B.\_\_\_\_ vom 26. Oktober 2004 [Urk. 8/29 S. 230], Austrittsbericht Rehaklinik T.\_\_\_\_ vom 13. März 2005 [Urk. 8/29 S. 194], Bericht der Klinik U.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2006 [Urk. 8/29 S. 133], Bericht Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ vom 13. März 2008 [Urk. 8/44 S. 9]) beziehungsweise eine Verschlimmerung und Ausweitung der Symptomatik trotz einerseits wenig erheblicher somatischer Befunde und andererseits adäquater Behandlung (vgl. Bericht Spital R.\_\_\_\_ vom 27. Oktober 2004 [Urk. 8/29 S. 220], Austrittsbericht Rehaklinik T.\_\_\_\_ vom 13. März 2005 [Urk. 8/29 S. 194], Gutachten Dr. A.\_\_\_\_ vom 5. August 2005 [Urk. 8/29 S. 169], Bericht Dr. Z.\_\_\_\_ vom 19. Februar 2006 [Urk. 8/29 S. 155], Gutachten des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2007 [Urk. 8/29 S. 28], Bericht Dr. Y.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2008 [Urk. 8/49 S. 6]), das mit der beim Unfall zugezogenen Verletzung kaum erklärbare Ausmass der angegebenen Schmerzen (vgl. etwa Austrittsbericht Rehaklinik T.\_\_\_\_, Urk. 8/29 S. 194) sowie die starke Fokussierung des Beschwerdeführers auf sein Schmerzerleben (vgl. etwa Bericht Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ vom 13. März 2008, Urk. 8/44 S. 6) hingewiesen wurde und die Ärzte weder degenerativ noch anderweitig krankheitsbedingte Befunde erheben konnten, die als Ursache für die geusserten Schmerzen in Betracht gefallen wären. Dass der Internist und Rheumatologe Dr. Y.\_\_\_\_ aus psychischer Sicht nicht von einer somatoformen Schmerzstörung, sondern (ausschliesslich) von einer reaktiven beziehungsweise chronischen Depression ausging (vgl. Berichte vom 22. April 2005 [Urk. 8/14 S. 1] und vom 5. Mai 2008 [Urk. 8/49 S. 2]), vermag angesichts des fehlenden fachärztlichen Ausweises dieses Arztes und des Fehlens einer Begründung für die gestellte Diagnose nicht zu überzeugen.

## **E. 4.2**

4.2.1 Ä Was die Auswirkungen der somatischen und psychischen Gesundheitsstörungen auf die Leistungsfähigkeit anbelangt, ging die IV-Stelle im Wesentlichen - gestützt insbesondere auf die Expertise des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2007 (Urk. 8/29 S. 3-83) einerseits und den Bericht der Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ vom 13. März 2008 (Urk. 8/44) andererseits - davon aus, dass der Beschwerdeführer in einer seinen psychischen Leiden angemessen Rechnung tragenden



Syndrom unter keiner zur somatoformen Schmerzstörung hinzutretenden psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer leidet und dass auch sonst keine Gründe vorliegen, die auf die Unzumutbarkeit des Wiedereinsteigs in den Arbeitsprozess schliessen liessen (vgl. hierzu Erw. 1.2), ist von einer aus psychischer Sicht uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Etwas anderes machte - zumindest explizit - denn auch der Beschwerdeführer nicht geltend (vgl. Urk. 1). Was die von diesem gerügte mangelhafte Qualifikation der - als Dr. med. statt als pract. med. bezeichneten - mit der psychiatrischen Begutachtung des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ befassten Ärztin betrifft, erscheint zwar die Anmassung eines Dokortitels als stossend (vgl. Urk. 1 S. 7), angesichts des Umstands, dass das Gutachten auch von einem sowohl über den Doktor- als auch den Facharzttitel als Psychiater vergebenden (Ober-)Arzt mitunterzeichnet wurde (vgl. Urk. 8/29 S. 25) und die - in psychischer Hinsicht seitens des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ gezogenen Schlussfolgerungen einerseits überzeugend begründet sind und andererseits in den weiteren medizinischen Akten ihre Bestätigung finden, besteht kein Anlass für zusätzliche entsprechende Abklärungen (vgl. Urk. 1 S. 11).

4.2.3 Hinsichtlich der Auswirkungen der körperlichen Befunde auf die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführer gingen die Gutachter des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ am 2. Juli 2007 davon aus, dass der Beschwerdeführer aus rheumatologischen Gründen insofern eingeschränkt sei, als ihm aufgrund der verminderten Belastbarkeit der Nacken-/Schulterregion ausschliesslich noch leichte bis gelegentlich mittelschwer belastende Arbeiten in wirbelsäulenadaptierten (Tätigkeiten, die regelmässige Entlastungspositionen zulassen und kein schweres Heben und Tragen von Lasten, keine vorgeneigte Körperhaltungen, kein langdauerndes Heben der Arme und keine lang dauernde sitzende Körperhaltung mit repetitiven HWS-Rotationen erfordern; vgl. Urk. 8/29 S. 44) Wechselpositionen zumutbar seien (weshalb die Wiederaufnahme der angestammten Tätigkeit als Lastwagenchauffeur ausser Betracht falle). In einer geeigneten Tätigkeit bescheinigten die Experten des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer - nach einer Rekonditionierungsphase mit vermehrten Pausen - wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/29 S. 29).

Mit diesem Zumutbarkeitsprofil, das im Wesentlichen identisch ist mit den von Dr. A.\_\_\_\_ am 5. August 2005 (vgl. Urk. 8/23 S. 17) und dem von der Abklärungsstelle S.\_\_\_\_ am 13. März 2008 (vgl. Urk. 8/44 S. 8 f.) verfassten entsprechenden Beurteilungen, wurde den rheumatologischen Befunden - insbesondere auch der eingeschränkten HWS-Beweglichkeit (vgl. Urk. 1 S. 9) - gebührend Rechnung getragen. Dass aus somatischen Gründen weitergehende Funktionseinschränkungen beständen, geht auch aus den weiteren medizinischen Akten - einschliesslich des Gutachtens der Klinik U.\_\_\_\_ vom 22. Mai 2006 (Urk. 8/29 S. 132 f.) - nicht hervor. Insbesondere gibt es keinerlei Anhaltspunkte für - vom Beschwerdeführer nicht näher konkretisierte - die Arbeitsfähigkeit einschränkende Befunde degenerativer Genese, die, weil das Gutachten vom Unfallversicherer in Auftrag gegeben worden war, von den Experten des Begutachtungsinstituts V.\_\_\_\_ ausser Acht gelassen worden wären (vgl. Urk. 1 S. 9).

Was die von Dr. B.\_\_\_\_ - lediglich unter Hinweis auf die "medizinische Sachlage" - mit mindestens 50 % bezifferte Arbeitsunfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit betrifft (vgl. Urk. 13/108 S. 2 im Prozess Nr.

UV.2008.00099), vermochte der genannte Arzt keine konkreten Gründe für die weitergehende als die von den Gutachtern des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_ festgestellte Arbeitsunfähigkeit anzuführen. Angesichts des Umstands, dass sich Dr. B. \_\_\_s Kritik an der fraglichen Expertise überdies im Wesentlichen darauf beschränkte, diese als - da von der SUVA in Auftrag gegeben - versicherungsfreundlich zu bezeichnen, gibt dessen Stellungnahme vom 28. August 2007 (Urk. 13/108 im Prozess Nr. UV.2008.00099) keinen Anlass, die gutachterliche Einschätzung in Zweifel zu ziehen. Entsprechendes gilt auch für die Berichte von Dr. Y. \_\_\_ (Urk. 8/14, Urk. 8/22, Urk. 8/49), aus denen nicht hervorgeht, aus welchen Untersuchungsbefunden die attestierte Einschränkung resultiert und die - wie bereits dargelegt - unter Ausserachtlassung der somatoformen Schmerzstörung ergingen. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang auch, dass aus den verschiedenen Beurteilungen von Dr. Y. \_\_\_ teilweise Widersprüchliches hervorgeht; so lässt sich etwa kaum nachvollziehen, weshalb dieser, nachdem der Beschwerdeführer den im Hinblick auf die Fahrlehrerprüfung absolvierten Deutschkurs erfolgreich abgeschlossen hatte, von der weiteren Verfolgung der entsprechenden Berufspläne abriet (und damit eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes auslöste [vgl. Bericht Dr. Z. \_\_\_ vom 20. Februar 2006, Urk. 8/24 S. 3]), seinem Patienten am 5. Mai 2008 jedoch eine unbeeinträchtigte Fahrtauglichkeit bescheinigte (vgl. Urk. 8/49 S. 4).

Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung von Dr. Z. \_\_\_, auf die sich der Beschwerdeführer berief (vgl. Urk. 1 S. 12), lässt sich sodann durchaus mit derjenigen der Gutachter des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_ (vgl. Urk. 8/29 S. 29) vereinbaren, ging die genannte Ärztin doch davon aus, dass die psychische Symptomatik gar keine und die körperliche Gesundheitsstörung lediglich insofern eine Arbeitsunfähigkeit zeitige, als sie den Einstieg in eine geeignete Tätigkeit nicht mit einem vollen, sondern mit einem 50%igen, in der Folge indes (wohl auf 100 %) steigerbaren Pensum zulasse (vgl. Bericht vom 27. Mai 2008, Urk. 8/51 S. 6). Gestützt wird die im Gutachten des Begutachtungsinstituts V. \_\_\_ statuierte leidensangepasste Arbeitsfähigkeit (vgl. Urk. 8/29 S. 29) schliesslich auch von den Ergebnissen der im Januar/Februar 2008 erfolgten Abklärung in der Abklärungsstelle S. \_\_\_, denen - entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 1 S. 6) - auch eine fachärztliche somatische Untersuchung (vgl. Urk. 8/44 S. 12) zugrunde liegt, wurde dem Beschwerdeführer im Schlussbericht der Abklärungsstelle S. \_\_\_ vom 13. März 2008 doch zugemutet, in einer geeigneten Tätigkeit nach einer Rekonditionierungsphase wieder zu 100 % zu arbeiten (vgl. Urk. 8/44 S. 9). Anzumerken ist in diesem Zusammenhang einerseits, dass auch die nicht über einen Arzttitel verfügenden Fachpersonen der Abklärungsstelle S. \_\_\_ aufgrund ihrer einschlägigen Erfahrung grundsätzlich durchaus in der Lage sind, zu beurteilen, inwieweit ein Explorand sein Potential mit den im Rahmen der stationären Abklärung gezeigten Leistungen ausschöpft, und dass der Beschwerdeführer andererseits während der ersten Woche der Abklärung ansprechende Arbeitsergebnisse vorzuweisen in der Lage war (vgl. Urk. 8/44 S. 4 und S. 7), was ihm, hätte man Unzumutbares von ihm verlangt, nicht möglich gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S. 5 f.). Die Berichte der Institution W. \_\_\_ vom 26. Februar 2009 (Urk. 12) und vom 24. August 2009 (Urk. 17) bringen insofern keine neuen Erkenntnisse, als das anlässlich des fraglichen Arbeitseinsatzes vom Beschwerdeführer gezeigte im Wesentlichen identisch ist mit dem in den Berichten betreffend die Abklärungen in der (vgl. Urk. 8/29 S. 129-134) und in der Abklärungsstelle S. \_\_\_ (vgl. Urk. 8/44) dokumentierten - und bereits gewürdigten - Verhalten.



Volkswirtschaft 10-2009, Tabellen B9.2 und B10.2, S. 91 und S. 92) und eines - angesichts der bestehenden Beeinträchtigungen (vgl. Urk. 8/29 S. 29), der Zumutbarkeit eines 100%-Pensums und der Tatsache, dass der Beschwerdeführer eine Niederlassungsbewilligung C verfolgende (vgl. Urk. 8/3 S. 1) Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Beginns eines allfälligen Rentenanspruchs erst 35 Jahre alt war - als grosszügig erscheinenden leidensbedingten Abzugs von 20 % (vgl. Urk. 8/47 S. 2, Urk. 2 S. 2) errechnete die IV-Stelle für das Jahr 2005 ein Invalideneinkommen von Fr. 46'265.-- beziehungsweise einen - rentenausschliessenden - Invaliditätsgrad von 24 %. Dieses Vorgehen ist nicht zu beanstanden. Die Verfolgung der IV-Stelle vom 28. Oktober 2008 (Urk. 2) erweist sich demnach als rechtmässig.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen abweichend von Art. 61 lit. a ATSG vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 900.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alex Beeler, unter Beilage eines Doppels von Urk. 20

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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.