

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00073 vom 6. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00073

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00073 du 6 juillet 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00073 del 6 luglio 2011

Erwägungen

E. 4

4.1.1 Zur - rechtlichen - Frage der Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung, ist vorab Folgendes zu bemerken:

E. 4.2

4.2.1.1 Nach der neusten Rechtsprechung (BGE 133 V 549 ff.) besteht für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung im Sinne von BGE 126 V 288 und ist die IV-Stelle dementsprechend nicht zur Einsprache gegen die Verfügung und zur Beschwerde gegen den Einspracheentscheid des Unfallversicherers über den Rentenanspruch als solchen oder den Invaliditätsgrad berechtigt. Im erwähnten Bundesgerichtsurteil wurde dargelegt, dass der BGE 126 V 288 zu Grunde liegende koordinationsrechtliche Gesichtspunkt bereits dadurch an Bedeutung verloren habe, dass in BGE 131 V 362 eine Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Invalidenversicherung für die Unfallversicherung verneint wurde. Da einerseits weder der Invaliditätsbemessung der Invalidenversicherung noch derjenigen der Unfallversicherung Priorität zukomme und andererseits die Voraussetzungen für eine Rente in diesen Sozialversicherungszweigen trotz des grundsätzlich gleichen Invaliditätsbegriffs verschieden seien, sei auch eine Bindungswirkung im umgekehrten Sinn zu verneinen (BGE 133 V 549 Erw. 6.2 S. 554).

4.2.2.1 Im vom Beschwerdeführer zitierten Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 17. Februar 2009 in Sachen S., 9C_858/2008, Erwägung 2, wurde im Wesentlichen ausgeführt, es gehe nicht an, dass die Invalidität in den einzelnen Sozialversicherungszweigen völlig unabhängig von allenfalls schon getroffenen Entscheiden anderer Versicherer festgelegt werde. Zumindest rechtskräftig abgeschlossene Invaliditätsschätzungen dürften nicht einfach unbeachtet bleiben. Vielmehr müssten sie als Indiz für eine zuverlässige Beurteilung gewertet und als solche in den Entscheidungsprozess erst später verfallender Versicherungssträger miteinbezogen werden. Unter bestimmten Umständen (siehe die Aufzählung der Gründe in BGE 126 V 288 E. 2b S. 292 und E. 2d S. 294) könne auch von einer rechtskräftigen Invaliditätsschätzung eines anderen Versicherers abgewichen werden. In BGE 133 V 459 E. 6.2 - 6.4 habe das Bundesgericht alsdann eine solche Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung insbesondere mit der Begründung verneint, dass die Bemessung der Unfallversicherung im Gegensatz zur Invalidenversicherung lediglich die natürlich und adäquat kausalen gesundheitlichen und erwerblichen Unfallfolgen berücksichtige. Diese Begründung gelte im Verhältnis zwischen der Militärversicherung und der

Invalidenversicherung nicht. Es bestehe daher kein Anlass, soweit es um die Invaliditätsbemessung von Militärversicherung und Invalidenversicherung gehe, ebenfalls von der in BGE 126 V 288 im Ergebnis weitgehend bestehenden Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung des einen Sozialversicherers für den anderen abzuweichen, soweit allein Gesundheitsschäden in Frage ständen, für welche die Militärversicherung die Bundeshaftung anerkenne.

Das Urteil 9C_858/2008 vom 17. Februar 2009 beschließt somit die Invaliditätsbemessung von Militär- und Invalidenversicherung, weshalb sich daraus von vornherein nicht ableiten lässt, dass für die Invalidenversicherung eine Bindungswirkung an die Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung besteht (vgl. Urteile der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 27. März 2008 in Sachen A., 8C_206/2007, E. 3.3.1, sowie vom 7. Juni 2010 in Sachen S., 8C_652/2009, E. 3.5, je mit Hinweisen).

Ausserdem ist den - im Rahmen des Beschwerdeverfahrens - beigezogenen Akten des Unfallversicherers (Urk. 25) zu entnehmen, dass dessen Invaliditätsbemessung auf einer Übereinkunft der Parteien beruht (Urk. 25/A82-A88, Urk. 25/A89 Seiten 1 und 3). Bei einer auf einem Vergleich beruhenden Festsetzung des Invaliditätsgrades durch die Unfallversicherung ist aber rechtsprechungsgemäss keine Bindungswirkung für die Invalidenversicherung gegeben, selbst wenn bekannt ist, von welchen Überlegungen sich der Unfallversicherer bei der vergleichweisen Einigung hat leiten lassen (Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 5. September 2008 in Sachen P., 8C_106/2008 E. 3, mit Hinweisen).

E. 5

5.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass sich der Beschwerdeführer am 9. August 2004 beim Sturz von einer Leiter Vorderkanten-Impressionsfrakturen LWK 1, 3 und 4 zuzog. Vom 9. bis 11. August 2004 war er zur konservativen Behandlung mit physiotherapeutisch angeleiteter Mobilisation unter Analgesie in der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals O. hospitalisiert. Die radiologische Verlaufskontrolle drei Tage nach der Mobilisation zeigte eine unveränderte Stellung der Wirbelkörperfrakturen (Urk. 8/11/52). Das am 24. Januar 2005 im Institut für Diagnostische Radiologie des Spitals O. durchgeführte MRI der Lendenwirbelsäule ergab eine progrediente anteriore Sinterung von LWK3 mit korrespondierend zunehmender intraspongiärer Bandscheiben-Herniation im Frakturbereich, weiterhin ein Knochenmarködem L3, minim auch L4, sowie eine leichte Bandscheiben-Protrusion L4/5 ohne Wurzelaffektion. Nachweise einer Achsenabknickung oder einer diskoligamentären Verletzung fanden sich nicht (8/13/9). Das dort am 8. Februar 2005 erstellte CT der Lendenwirbelsäule zeigte vollständig konsolidierte Frakturen in LWK1, LWK3 und LWK4 mit Keilwirbelwinkeln bei L1 von 8 Grad, bei L3 von 14 Grad und bei L4 von 6 Grad. Das Alignment war regelrecht. Im Weiteren ergab sich ein anlagebedingt enger Spinalkanal. Jedoch fanden sich keine wesentliche Degeneration und kein Hinweis für eine Nervenwurzelbeeinträchtigung (Urk. 8/11/21). Am 12. Mai 2005 wurde in der Klinik P. eine CT-gesteuerte provokative Discographie L2, L3 und L3/4 mit Kontrollniveau L4/5 vorgenommen, wobei im Bandscheibenniveau L2/3 eine positive, provokative Schmerzantwort resultierte; der Schmerz wurde vom Beschwerdeführer als atypisch, verstärkt und mit seinen üblichen Schmerzen nicht vergleichbar beschrieben (Urk. 8/13/10). Seitens der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals O. wurde daraufhin von

einer chirurgischen Intervention abgeraten und weiterhin eine konservative Therapie mit Physiotherapie und analgetisch unterstützenden Massnahmen empfohlen (Bericht vom 19. Mai 2005 [Urk. 8/11/36]). Auf Zuweisung von Y.____ hin wurde der Beschwerdeführer am 5. Juli 2005 von G.____, FMH Orthopädische Chirurgie, von der Klinik Q.____ untersucht (Urk. 8/13/11-12). Vom 30. August bis 10. Oktober 2005 nahm der Beschwerdeführer am Ambulanten Interdisziplinären Schmerz-Programm (AISP) der Rheumaklinik des Spitals O.____ teil, wobei dieses im gegenseitigen Einvernehmen vorzeitig (vgl. Urk. 8/11/19) abgeschlossen wurde (AISP-Abschlussbericht vom 27. Oktober 2005, Urk. 8/13/13-14). Das am 2. und 6. November 2006 im Zentrum S.____ durchgeführte funktionelle MRI der Lendenwirbelsäule zeigte einen Zustand nach Kompressionsfraktur LWK 1, 3 und 4, eine minimale kyphotische Fehllhaltung zwischen L1 und L4, eine moderate Diskusdegeneration L2/3 und L4/5, eine minimale Diskusprotrusion L2/3 und keine Neurokompression (Urk. 25/M28).

E. 5.2

5.2.1.1. G.____ von der Klinik Q.____ erhob in seinem Bericht an Y.____ vom 5. Juli 2005 ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom beidseits bei Status nach Sturz von einer Leiter am 9. August 2004, Fraktur der Vorderkante der LWK 1, 3 und 4, Konsolidation der Keilwirbel L1, L3 und L4, persistierendem Knochenmarködem des Wirbelkörpers L3, weniger L4 (MRI vom 24. Januar 2005), sowie minimaler diffuser Protrusionen L4/5 und L5/S1 (Urk. 8/13/12). Die genaue Genese sei unklar, möglicherweise bestehe ein degenerativer Bandscheibenschmerz, offensichtlich habe aber die Discographie keine genügende Aussagekraft gehabt, um hier eine Operationsempfehlung auszusprechen. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungen könne er sich der Beurteilung des Spitals O.____ anschliessen; er empfehle ebenfalls vorerst die Ausweitung bzw. Fortführung der konservativen Therapie soweit als möglich (Urk. 8/13/12).

5.2.2. Der Hausarzt, Y.____, hielt in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2005 - bei gleichen Diagnosen wie im Bericht der Klinik Q.____ vom 5. Juli 2005 (Urk. 8/13/11) - fest, der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär. In der bisherigen Tätigkeit als Herrenkonfektionsverkäufer sei er seit dem 21. September 2004 bis heute grundsätzlich zu 50 % arbeitsunfähig, wobei vom 4. Oktober bis 7. November 2004 eine 20%ige und vom 6. bis 20. Januar 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe (Urk. 8/13/1).

5.2.3. Z.____ und A.____ von der Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation des Spitals R.____ diagnostizierten in ihrem - im Auftrag des Unfallversicherers erstatteten - Gutachten vom 7. September 2006 chronische Kreuzschmerzen bei ventraler Impression ausgeprägt am dritten Lendenwirbelkörper (14°) und leichter am ersten (8°) und vierten (6°) Lendenwirbelkörper, leichter thorakal rechts-konvexer Skoliose sowie Status nach Sturz von einer Leiter am 9. August 2004 (Urk. 8/21/19). Die genaue Ursache der heute geschilderten Schmerzen sei nicht sicher eruierbar (Urk. 8/21/21). Die Einschätzung der aktuellen Arbeitsfähigkeit als Verkäufer im V.____ sei aus rheumatologischer Sicht sehr schwierig festzulegen. Grundsätzlich schein sie keine Einschränkung, was der Ansicht des Beschwerdeführers widerspreche. Die Befunde einer Kyphosierung wegen alten Impressionsfrakturen der Lendenwirbelkörper seien grundsätzlich nicht dazu angetan, eine körperlich leichte Arbeit als eingeschränkt einzuschätzen. Jedoch seien sie für rezidivierende Schmerzen und Ermüdungserscheinungen verantwortlich zu machen. Arbiträr würden sie die

Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 10 % bis maximal 30 % festlegen, wobei sie davon ausgingen, dass diese Arbeitsfähigkeit gesteigert werden könne und längerfristig keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Verkäufer im V.____ bestehen werde (Urk. 8/21/22 und Urk. 8/21/26). Diese Tätigkeit sei günstig mit ständigem Herumgehen, ohne schwerem Heben und Tragen und ohne repetitivem Bücken. Dementsprechend sei es schwierig, eine geeignetere Tätigkeit anzugeben (8/21/31).

5.2.4.4 Im - ebenfalls im Auftrag des Unfallversicherers erstellten - interdisziplinären Gutachten des Schmerz-/Gutachtenszentrums der Klinik Q.____ vom 26. Februar 2008 wurde ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei Status nach LWK3-Deckplatten-Impressionsfraktur mit Keilformität und Status nach LWK1/4-Deckplatten-Impression ohne signifikante Deformität erhoben (Urk. 8/26/31). Hinweise auf eine Psychopathologie, insbesondere eine somatoforme Schmerzstörung, fanden sich nicht, weshalb keine psychiatrische Diagnose gestellt werden könne (Urk. 8/26/38). Vom behandelnden Psychiater/Psychotherapeut, B.____, sei eine gute Motivation des Beschwerdeführers bestätigt worden. Eine solche sowie eine uneingeschränkte Mitarbeit sei auch anlässlich der Begutachtung festgestellt worden, so im Besonderen bei der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL), wo keine Anhaltspunkte für Aggravation oder andere die Leistung/Anpassung beeinflussende Faktoren hätten gefunden werden können. Die Schmerzen, im Besonderen deren Zunahme und Linderung, würden bei der aktuellen Begutachtung vom Beschwerdeführer durchaus adäquat beschrieben und entsprechen dem, was in der klinischen Routine von einem Grossteil gut integrierter Patienten mit vergleichbaren Verletzungen angegeben werde. Es handle sich um belastungs/-haltungsabhängige Schmerzen im lumbalen Bereich ohne radikuläre Ausstrahlung, bei welchen das Vermeiden von höheren Belastungen und einer anhaltenden Zwangsposition im Besonderen der lumbalen Region (sei es beim Stehen oder beim Sitzen) helfen könne, die Beschwerden auf einem vergleichsweise tiefen Niveau zu halten (Urk. 8/26/30). In der bisherigen Tätigkeit als Verkäufer Herrenkonfektion bei V.____ sei der Beschwerdeführer zur Zeit zu 50 % arbeitsfähig. Diese Tätigkeit erscheine als ideale Beschäftigung (Urk. 8/26/32). Die tägliche maximale Arbeitszeit beschränke sich auf vier bis fünf Stunden, da nach Ablauf dieser Zeit auch bei wechselnder körperlicher Stellung und Vermeiden von unangünstigen körperlichen Arbeiten Schmerzen und Ermüdungserscheinungen im Lendenwirbelsäulenbereich auftraten. Diese dürften auf die gestörte Mechanik des Segmentes L2/3 zurückzuführen sein (Urk. 8/26/35).

5.2.5.4 F.____ führte im - zuhanden der Beschwerdegegnerin verfassten - orthopädischen Gutachten vom 28. Mai 2009 als Diagnosen (1) ein chronifiziertes lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, (2) einen Status nach LWK-3 Impressionsfraktur mit Keilformität (9. August 2004) sowie einen Status nach LWK-1 und LWK-4-Deckplattenimpression mit Keilformität (9. August 2004) an (Urk. 8/44/5). Im bisherigen Arbeitsverhältnis als Herrenmode-Berater erachte er eine 80%ige Arbeitsfähigkeit als zumutbar, und dies seit dem Jahre 2006. Die Tätigkeit in der Herren-Mode-Branche betrachte er als angepasste Tätigkeit (Urk. 8/44/7).

5.2.6.4 In den Akten liegt im Weiteren der vom Beschwerdeführer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht der Klinik Q.____ vom 23. November 2009 (Urk. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Darin wurden Schulterschmerzen rechts (dominant) bei symptomatischer ausgeprägter AC-Gelenksarthrose diagnostiziert und festgestellt, dass Indikation zur arthroskopischen Dekompression und AC-Gelenksresektion bestehe. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer nicht attestiert.

5.3.1.1

5.3.1.1 Vorwegzunehmen ist, dass die Beschwerdegegnerin - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - in somatischer Hinsicht zu Recht nicht auf das bidisziplinäre Gutachten der Klinik Q.____ vom 26. Februar 2008 (Urk. 8/26) abgestellt hat.

5.3.2.2 Wohl basiert dieses Gutachten auf umfassenden Untersuchungen (inkl. Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit) und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Im Weiteren wurden in somatischer Hinsicht detaillierte Befunde und Diagnosen erhoben, wobei diese im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten des Spitals R.____ vom 7. September 2006 (Urk. 8/21) übereinstimmen; auch die klinische orthopädische Untersuchung sowie die bildgebenden Abklärungen in der Klinik Q.____ ergaben weitestgehend unauffällige Befunde (Urk. 8/26/24-28). Insbesondere fanden sich keine Nachweise einer Bandscheibendegeneration, einer Spinalkanalstenose oder einer Neurokompression (Urk. 8/26/28).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie bereits G.____ von der Klinik Q.____ in seinem Bericht vom 5. Juli 2005 (Urk. 8/13/12) sowie - sinngemäss - auch die Gutachter Spitals R.____ (Urk. 8/21/19) diagnostizierten die Gutachter der Klinik Q.____ - lediglich - ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom (Urk. 8/26/31). Bei einem "Syndrom" handelt es sich um die Benennung eines Symptomenkomplexes

(vgl. Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflage, Berlin 2004, Seite 1767), und es geht beim lumbospondylogenen Syndrom um die Benennung eines Schmerzzustandes (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. August 2006 in Sachen P., U 58/06, E. 4.2.1, mit Hinweisen). Schmerzen heben aber das funktionelle Leistungsvermögen grundsätzlich nicht auf (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 29. August 2007 in Sachen E. I 994/06, Erw. 3.3 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä E.____, beratender Arzt des Unfallversicherers, sowie H.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, vom RAD bemerkten in ihren Stellungnahmen vom 26. März 2008 (Urk. 8/26/4-9) resp. 14. April 2004 (Urk. 8/48/7-8) zu Recht, dass aufgrund der objektivierbaren Untersuchungsergebnisse nicht nachzuvollziehen ist, weshalb die maximal zumutbare tägliche Arbeitszeit des Beschwerdeführers auch bei wechselnder körperlicher Stellung und Vermeiden von unangenehmen körperlichen Arbeiten lediglich vier bis fünf Stunden betragen soll. Die dahingehende Einschätzung der Gutachter der Klinik Q.____ (Urk. 8/26/35) steht sodann insbesondere auch im Widerspruch zum von ihnen selbst erstellten Zumutbarkeitsprofil (Urk. 8/26/34-36). Danach ist dem Beschwerdeführer (bezogen auf Kopf, Halswirbelsäule, Rücken, Becken und Hüfte einerseits und auf den Gehapparat andererseits) Folgendes zuzumuten: Intermittierendes Tragen von maximal 20 Kilogramm in gerader Körperstellung, Rotation Oberkörper intermittierend während 4 Stunden, vorgeneigtes Sitzen maximal 60 Minuten am Stuhl, vorgeneigtes Stehen maximal 30 bis 45 Minuten am Stuhl, Bücken vereinzelt, längerdauerndes Sitzen 1 - 1,5 Stunden, längerdauerndes Stehen ca. 4 Stunden, Gehen 6 Stunden, Treppen steigen intermittierend,

Leitern besteigen vereinzelt (Urk. 8/26/34-35); Tragen von Gewichten bis maximal 20 Kilogramm in aufrechter Stellung, Knien vereinzelt mit intermittierenden Pausen, Kniebeugen nur vereinzelt, längerdauerndes Sitzen 1 - 1,5 Stunden, längerdauerndes Stehen 3 - 4 Stunden, Gehen 4 - 6 Stunden, Treppen steigen intermittierend während 4 Stunden (Urk. 8/26/36). Eine wechselbelastende (sitzend und gehend) Tätigkeit wäre dem Beschwerdeführer demnach auch nach Auffassung der Gutachter der Klinik Q.____ während 6 Stunden pro Tag zumutbar. Es entsteht daher der Eindruck, dass die Gutachter der Klinik Q.____ bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgeblich auf die Schmerzklagen des Beschwerdeführers abgestellt haben, ohne diese kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber erforderlich gewesen. Wohl beurteilten I.____, FMH Rheumatologie, sowie J.____, Physiotherapeutin, von der Klinik Q.____ in ihrem Bericht vom 22. Januar 2008 betreffend die von ihnen gleichentags durchgeführte EFL die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers als zuverlässig und die Konsistenz in den Tests als gut (Urk. 8/26/44); Anhaltspunkte für Aggravation oder andere die Leistung/Anpassung beeinflussende Faktoren fanden sie nicht (Urk. 8/26/50-52, Urk. 8/26/30). Auch sie wiesen aber ausdrücklich darauf hin, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Diagnose nur zum Teil erklären lasse (Urk. 8/26/44). Ausserdem hatten bereits die Ärzte des Spitals R.____ in ihrem Gutachten vom 7. September 2006 (Urk. 8/21) festgestellt, dass die genaue Ursache der vom Beschwerdeführer geschilderten Schmerzen nicht sicher eruierbar sei. Ohne Zweifel bestehe eine Wirbels ulenfehlform aufgrund der drei ventralen Impressionsfrakturen mit der Möglichkeit des gelegentlichen Auftretens von diesbezüglichen, vor allem posturalen Beschwerden. Aus rheumatologischer Sicht sei indessen nicht verständlich, dass der Beschwerdeführer immer noch 250 Milligramm (mg) Tramadol täglich einnehmen müsse und dennoch nur zu 50 % einen körperlich wenig belastenden Beruf ausüben könne. Die Komplexbewegungen während der Untersuchung und Besprechung seien hervorragend gewesen (Urk. 8/21/21). Mit diesen (grundsätzlich überzeugenden [vgl. auch Stellungnahme von C.____, beratender Arzt des Unfallversicherers, vom 24. Oktober 2010, Urk. 25/M26]) Feststellungen der Ärzte des Spitals R.____ sowie deren - abweichenden - Einschätzung, wonach dem Beschwerdeführer derzeit die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sowie einer (anderen) angepassten Tätigkeit zu 70 bis 90 % (mit Besserungsm glichkeit) zumutbar sei (Urk. 8/21/31), haben sich die Gutachter der Klinik Q.____ nicht auseinander gesetzt.

                Das Gutachten der Klinik Q.____ vom 26. Februar 2008 (Urk. 8/26) stellt deshalb keine zuverlässige Grundlage zur Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers dar (vgl. Erw rgung 2.5).

5.4        

5.4.1     Das Gutachten von F.____ vom 28. Mai 2009 (Urk. 8/44) basiert auf einer fachärztlichen Untersuchung und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Wohl hat F.____ das Gutachten sehr knapp gefasst. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seiten 13 und 14) resp. von Y.____ (Urk. 8/51) hat er aber durchaus vollständige somatische Befunde und damit in Einklang stehende Diagnosen erhoben (Urk. 8/44/2-5). Sodann hat er sich auch zur abweichenden Beurteilung im Gutachten der Klinik Q.____ vom 26. Februar 2008 geäussert und zwar dahingehend, dass

diese ihm zu pessimistisch erscheine und von ihm nicht nachvollzogen werden könne. Es bestehe die Möglichkeit, dass den subjektiven Angaben des Beschwerdeführers etwas zu viel Gewicht beigemessen worden sei (Urk. 8/44/8).

5.4.2.2. Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbrachte, er sei von F. ___ während lediglich 25 Minuten untersucht worden (Urk. 1 Seite 13, Prot. Seite 3), ist zu bemerken, dass von der Dauer der Untersuchung nicht auf die Zuverlässigkeit der ärztlichen Stellungnahme geschlossen werden kann (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 20. Januar 2006 in Sachen F., I 748/05, Erwägung 2.2.4).

Auch seinem Einwand, wonach das Gutachten mit tendenziösen Bemerkungen und Unterstellungen, die nachweislich falsch seien, gespickt sei (Urk. 21 Seite 5), kann nicht gefolgt werden. Die geräteten Formulierungen ("angebliche" Schmerzen, "angeblich" gestörte Nachtruhe [Prot. Seite 4]) erscheinen zwar ungeschickt. Aus dem Kontext geht jedoch hervor, dass damit einfach die vom Beschwerdeführer selbst erwähnten Beschwerden gemeint sind. Auch die Bemerkung von F. ___, wonach er bei seiner Befragung und Untersuchung stets den Eindruck einer subjektiven Verdeutlichung der objektiv noch vorhandenen Restbeschwerden hatte (Urk. 8/44/6), ist nicht zu beanstanden. Im genannten EFL-Bericht der Klinik Q. ___ vom 22. Januar 2008 war, wie erwähnt, ebenfalls darauf hingewiesen worden, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Diagnosen nur zum Teil erklären lasse (Urk. 8/26/44). Die Vorbringen des Beschwerdeführers sind deshalb nicht geeignet, Zweifel an der Unabhängigkeit und Unvoreingenommenheit von F. ___ aufkommen zu lassen.

5.4.3. Mit seiner Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer in angepasster Tätigkeit seit 2006 zu 80 % arbeitsfähig ist, hat F. ___ den ausgewiesenen objektiven Befunden angemessen Rechnung getragen. Sie erscheint deshalb überzeugend, zumal sie sich auch mit der im Gutachten des Spitals R. ___ vom 7. September 2006 (Urk. 8/21) vorgenommenen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers und dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in Einklang bringen lässt.

5.5. Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine Angaben, welche die Beurteilung von F. ___ in Frage zu stellen vermöchten. Dies gilt insbesondere auch für die Berichte von Y. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 5. Dezember 2005 (Urk. 8/13) sowie an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 22. August 2009 (Urk. 8/51), zumal es einer Erfahrungstatsache entspricht, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen). Die Berichte von Y. ___ enthalten denn auch keine objektiv-eigenen Feststellungen, aufgrund welcher sich seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehen lässt.

Die - vom Beschwerdeführer zur Begründung seines Standpunktes angeführten (Urk. 1 Seite 15, Urk. 21 Seite 5) - Berichte des Spitals O. ___ stammen allesamt aus dem Jahre 2005 (vgl. Prot. Seite 4). Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers finden sich dabei lediglich in den Berichten der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals O. ___ vom 11. August 2004 (100%ige Arbeitsunfähigkeit

vom 9. August bis 20. September 2004 [Urk. 8/26/11]), vom 21. März 2005 (weiterhin arbeitsunfähig 50 % bis zur Nachkontrolle in der Wirbelsäulensprechstunde am 12. April 2005 [Urk. 8/13/9]) sowie vom 21. April 2005 (Belastungslimite [50 % Arbeit], Urk. 8/26/1). Im letzten Bericht der Klinik für Unfallchirurgie des Spitals O. ___ vom 19. Mai 2005 wurde dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert (Urk. 8/11/36), ebensowenig im AISP-Abschlussbericht der Rheumaklinik des Spitals O. ___ vom 27. Oktober 2005 (Urk. 8/13/13-14, s. auch Urk. 25/A12).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum Bericht der Klinik Q. ___ vom 23. November 2009 (Urk. 3) ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer auch gegenüber F. ___ über gelegentlich auftretende Schulterschmerzen rechts geklagt und dieser das Schultergelenk klinisch untersucht hatte (Urk. 8/44/4). Anhaltspunkte dafür, dass sich die Schulterbeschwerden seither massgeblich verschlechtert haben könnten, liegen nicht vor. Wohl ist seitens der Klinik Q. ___ nunmehr eine AC-Gelenksarthrose diagnostiziert und festgestellt worden, dass die Indikation zur arthroskopischen Dekompression und AC-Gelenksresektion besteht. Gleichzeitig wurde aber bemerkt, der Beschwerdeführer habe auf die gleichentags durchgeführte Infiltration gut angesprochen. Eine Arbeitsunfähigkeit wurde dem Beschwerdeführer im Bericht vom 23. November 2009, wie erwähnt, nicht attestiert. Auf ein operatives Vorgehen wurde bislang offenbar verzichtet. Im Rahmen der Ausführungen, welche der Beschwerdeführer anlässlich der Verhandlung vom 18. Mai 2011 gemacht hat, hat er zwar die Rückenproblematik ausführlich und detailliert beschrieben. Dass er darüber hinaus unter Schulterbeschwerden leidet, welche ihn in seiner Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, hat er von sich aus aber nicht erwähnt (Prot. Seite 2 ff.). Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass die Schulterproblematik nicht im Vordergrund steht und keinen massgeblichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hat.

5.6 Ä Ä Ä Ä In somatischer Hinsicht kann nach dem Gesagten ohne Weiteres von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgegangen werden. Namentlich auch aufgrund der Ausführungen des Beschwerdeführers anlässlich der Verhandlung vom 18. Mai 2010 (Prot. Seiten 7 und 8) stellt sich allerdings die Frage, ob es sich bei seiner Tätigkeit als Herrenkonfektionsverkäufer beim V. ___, welche er weitestgehend stehend und gehend zu verrichten hat, tatsächlich um eine seinem Leiden - optimal - angepasste Tätigkeit handelt. Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, kann diese Frage aber offen gelassen werden.

E. 5.7

5.7.1 Ä Ä Was den psychischen Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sowie dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit betrifft, so kamen die Gutachter der Klinik Q. ___ in ihrem Gutachten vom 26. Februar 2008 (Urk. 8/26) zum Schluss, dass sich keine Psychopathologie nachweisen lässt und dementsprechend keine psychiatrische Diagnose gestellt werden kann (Urk. 8/26). Dies ist im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wohl erscheinen die von L. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik APPM, von der Klinik Q. ___ im psychiatrischen Teil des Gutachtens (Urk. 8/26/19-23) vorgenommenen Erhebungen etwas dürftig und oberflächlich (vgl. Stellungnahme von D. ___, beratender Arzt des Unfallversicherers, vom 16. April 2008 [Urk. 8/26/2-3]). So verfügte L. ___ offenbar nicht einmal über die vollständigen Berichte des damals behandelnden Psychiaters, B. ___ (Urk. 8/26/16). Sodann hat er auch

keinen eigentlichen - objektiven - Psychostatus erhoben. Die von L.____ im Weiteren wiedergegebenen - ausführlichen - Angaben des Beschwerdeführers zum Unfallhergang, zur Entwicklung der Beschwerden danach, zu den aktuellen Beschwerden sowie zur momentanen sozialen Situation (Urk. 8/26/19-23) lassen allerdings in der Tat nicht auf das Vorliegen einer relevanten psychischen Problematik schliessen.

5.7.2.2 Die - in den beigezogenen Unfallakten (Urk. 25) nunmehr vollständig dokumentierten - Berichte von B.____ vom 3. Januar 2007 (Urk. 25/M29), 20. März 2007, 11. Mai 2007 (Urk. 25/M32) und 8. Juni 2007 (Urk. 25/M33) enthalten keine Angaben, welche auf das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert hindeuten.

In seinem Bericht an den Unfallversicherer vom 3. Januar 2007 (Urk. 25/M29) erhob B.____ eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (ICD-10 F43.23) auf dem Hintergrund der subjektiv starken Schmerzen. Im Weiteren hielt er fest, ausser den Schmerzen mit den entsprechenden Verhaltensweisen (häufige Lagewechsel beim Sitzen und Aufstehen zur Rückenentlastung, wobei keine Aggravationszeichen objektivierbar seien) wirke der Beschwerdeführer psychisch kompensiert, ohne Anzeichen einer Depression. Er zeige sich verständlicherweise besorgt um seine Zukunft, da trotz reduziertem, 50%igem Arbeitspensum und unzähligen Therapieversuchen die Schmerzen mit leicht steigendem Ausmass persistierten und ihn erheblich behinderten. Zur Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht führte er an, dass nebst den angegebenen Schmerzen keine weiteren arbeitslimitierenden Symptome zu erkennen seien. Die Schmerzsymptomatik, welche ihren Ursprung in einem organischen Problem habe, wirke sich limitierend auf die allgemeine Leistungsfähigkeit aus, weshalb eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % gerechtfertigt erscheine (Urk. 25/M29).

In seinem Verlaufsbericht vom 8. Juni 2007 (Urk. 25/M33) hielt B.____ - bei gleicher Diagnose - fest, es habe sich bezüglich Schmerz- und psychischer Symptomatik nichts geändert. Die medikamentöse Behandlung (ab anfangs März 2007: Gabapentin, danach ab 16. April 2007 SSRI-Antidepressivum Claropram im Sinne einer Schmerzdistanzierung) habe die Schmerzwahrnehmung sowie die psychischen Reaktionen auf die Schmerzen nicht beeinflusst. Der Beschwerdeführer sei aufgrund seines Schmerzsyndroms an seinem Arbeitsplatz zu maximal 50 % arbeitsfähig (Urk. 25/M33).

B.____ erhob somit zwar eine psychiatrische Diagnose (Anpassungsstörung nach ICD-10 F 43.23). Zumindest in seinem Bericht vom 3. Januar 2007 (Urk. 25/M29) mass er aber ausdrücklich nicht dieser, sondern der organisch bedingten Schmerzsymptomatik Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers bei. B.____ scheint somit die von ihm diagnostizierte Anpassungsstörung selbst nicht als krankheitswertig eingestuft zu haben. Aus rechtlicher Sicht ist festzuhalten, dass isoliert diagnostizierte Anpassungsstörungen nach ICD-10 F43.2 in der Regel keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu begründen vermögen. Die Diagnose nach ICD-10 F43.2 ist im Übrigen allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertig im Sinne des Gesetzes und potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 15. September 2008 in Sachen A., 9F_9/2007, Erwägung 4.2.1, mit Hinweis).

5.7.3. Schliesslich machten weder der Beschwerdeführer noch sein Vertreter je geltend, dass eine massgebliche psychische Problematik bestehe.

5.7.4. Es kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass kein psychisches Leiden mit Krankheitswert besteht. Weitere Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern könnten (vgl. BGE 130 V 352), sind ebenfalls nicht ersichtlich.

5.8. Der Vollständigkeit halber ist zu bemerken, dass der Beschwerdeführer zwar im Verlaufe des Jahres 2005 mit dem Psychopharmakum Saroten behandelt worden war. Dieses wurde aber wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt. Gemäss den Angaben im ASIP-Abschlussbericht des Spitals O. vom 27. Oktober 2005 war der Beschwerdeführer nicht mehr bereit, sich im Rahmen des Schmerzprogramms mit einem Antidepressivum behandeln zu lassen (Urk. 8/13/14). Wohl begab er sich im Oktober 2006 in psychiatrische Behandlung bei B. Aus dessen Bericht vom 8. Juni 2007 geht jedoch hervor, dass ab dem 23. Oktober 2006 (Behandlungsbeginn) bis zum 8. Juni 2007 insgesamt - lediglich - 12 Therapiesitzungen stattfanden (Urk. 25/M33). Im Zeitpunkt der Begutachtung in der Klinik Q. (Februar 2008) stand er offenbar immer noch in Behandlung bei B. und nahm - nebst dem Schmerzmittel Tramundin - Cymbalta ein (Urk. 8/26/21). Wie lange und in welchen Abständen die Sitzungen bei B. in der Folge noch fortgeführt wurden, ist nicht aktenkundig. Auch der Beschwerdeführer konnte dazu anlässlich der Verhandlung vom 18. Mai 2011 keine genauen Angaben machen (Prot. S. 6). Es steht aber fest, dass er sich seit längerer Zeit keiner psychiatrischen Behandlung (auch keiner psychopharmakologischen) mehr unterzieht (Prot. S. 5). Er steht lediglich in hausärztlicher Betreuung bei Y. und nimmt "nur" noch das Schmerzmittel Tramundin ein, wobei er anlässlich der Verhandlung vom 18. Mai 2011 selbst bemerkte, er sei davon abhängig (Prot. Seite 3).

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im Gebiet der Invalidenversicherung ganz allgemein der Grundsatz "(Selbst-)Eingliederung vor Rente" gilt. Nach diesem aus der allgemeinen Schadenminderungspflicht fliessenden Grundsatz hat die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern. Deshalb besteht kein Rentenanspruch, wenn die versicherte Person selbst ohne Eingliederungsmassnahmen zumutbarerweise in der Lage wäre, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Kann die versicherte Person ihre erwerbliche Beeinträchtigung in zumutbarer Weise selber beheben, so besteht gar keine Invalidität, womit es an der unabdingbaren Voraussetzung für jegliche Leistung der Invalidenversicherung fehlt (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 7. Juni 2006 in Sachen N., I 816/05, Erw. 2.2, mit Hinweisen).

5.9. Demnach ist dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Schmerzen bei Aufbietung allen guten Willens (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50 mit Hinweisen) und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht (BGE 123 V 230 Erw. 3c S. 233, 117 V 275 Erw. 2.b S. 278, 394 Erw. 4b Seite 400, je mit Hinweisen; AHI 2001 Seite 282 f. Erw. 5/a/aa) die erwerbliche Verwertung einer Leistungsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit zumutbar.

6.

Der Unfallversicherer hielt in seiner Verfügung vom 29. Oktober 2008 (Urk. 8/29/3) demgemäss fest, gemäss den Angaben der Arbeitgeberin hätte der Beschwerdeführer heute eine Führungsposition inne und könnte in dieser Position einen Jahreslohn von Fr. 73'000.-- erzielen. Obwohl der konkrete Nachweis einer Karriereplanung seitens der Arbeitgeberin bisher nicht habe erbracht werden können, sei er bereit, diesen Karriereschritt beim Valideneinkommen zu berücksichtigen, sofern die Verfügung in Rechtskraft erwachse.

Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung vom 10. Dezember 2009 - "analog UVG-Einkommensvergleich" (Urk. 8/48/9) - von einem Valideneinkommen 2008 von Fr. 73'000.-- aus. Da - wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen - auch bei einem Valideneinkommen in dieser Höhe kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiert, kann offen bleiben, ob die genannten Voraussetzungen für die Berücksichtigung des hypothetischen beruflichen Aufstiegs des Beschwerdeführers beim V. ___ tatsächlich erfüllt sind.

6.3

6.3.1 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. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 E. 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 wörtlich 41,9 Stunden, seit 2009 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 E. 4.3.2, 126 V 77 f. E. 3b/bb, 124 V 322 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

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 nunmehr 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 E. 5.2).

6.3.2. Die Beschwerdegegnerin setzte das mutmassliche Invalideneinkommen auf 80 % des Valideneinkommens von Fr. 73'000.--, mithin auf Fr. 58'400.--, fest (Urk. 2 und Urk. 8/48/9). Da nach dem Gesagten fraglich ist, ob es sich bei der Tätigkeit als Herrenkonfektionsverkäufer resp. Filialleiter bei V.____ tatsächlich um eine leidensangepasste Tätigkeit handelt, erscheint indessen angezeigt, das Invalideneinkommen aufgrund der LSE zu berechnen.

6.3.3. Angesichts der Tatsache, dass der Beschwerdeführer über eine abgeschlossene Lehre (Verkäufer) sowie über eine langjährige Berufserfahrung verfügt, ist vom Zentralwert für die im Jahre 2008 im Anforderungsniveau 3 beschäftigten Männer im privaten Sektor auszugehen. Dieser betrug bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 5'789.-- (LSE 2008, TA1 Seite 26), was bei einer betriebsüblichen durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 im Jahre 2008 (vgl. Die Volkswirtschaft 6/2011, Tabelle B9.2 Seite 94) einen Monatslohn von Fr. 6'020.60 resp. einen Jahreslohn von Fr. 72'247.20 (= Fr. 6'020.60 x 12) ergibt. Bei einem Beschäftigungsumfang von 80 % resultiert somit ein Jahreseinkommen von Fr. 57'797.80 (= 0,8 x Fr. 72'247.20).

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt ist, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Gleiches gilt für den Umstand, dass er lediglich einen Beschäftigungsumfang von 80 % versehen kann. Nicht gegeben sind hingegen die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 19. März 2010 in Sachen E., 8C_190/2010, Erw. 3.4) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 25. Juli 2005 in Sachen N., I 174/05, Erw. 2.7, mit Hinweisen). Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen ein Abzug von maximal 15 % angemessen.

6.4. Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2008 ist demgemäss auf Fr. 49'128.10 (= 0,85 x Fr. 57'797.80) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2008 von Fr. 73'000.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 23'871.90 resp. ein Invaliditätsgrad von 33 %. Dem Beschwerdeführer steht somit keine Invalidenrente zu (Art. 28 Abs. 2 IVG).

7. Es ergibt sich somit, dass die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers im Ergebnis zu Recht verneint hat, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

8. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung

von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 1'000.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese 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. 1'000.-- 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 Kaspar Gehring
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Pensionskasse der V.____

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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.