

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00111 vom 31. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-31, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00111](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00111)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00111 du 31 août 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00111 del 31 agosto 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. 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 (seit 1. Januar 2008: Art. 7 Abs. 1 ATSG; entspricht dem bis 31. Dezember 2007 in Kraft gestandenen Art. 7 ATSG). Gemäss dem im Rahmen der 5. IV-Revision neu eingefügten, im Wesentlichen dem bisherigen Recht entsprechenden (vgl. BGE 135 V 215 E. 7; ferner Kieser, ATSG-Kommentar, 2. Aufl., Zürich 2009, Rz. 6 zu Art. 7) und seit 1. Januar 2008 in Kraft stehenden Art. 7 Abs. 2 ATSG sind für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist.

1.2. In BGE 136 V 279 hat das Bundesgericht entschieden, es sei aus Gründen der Rechtsgleichheit geboten, sämtliche pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage den gleichen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen zu unterstellen. Daher rechtfertigt es sich, die in BGE 130 V 352 im Zusammenhang mit somatoformer Schmerzstörung entwickelten Kriterien auch für die Beurteilung der invalidisierenden Wirkung einer spezifischen HWS-Verletzung ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle analog anzuwenden. Nach BGE 130 V 352 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, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde 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 therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. 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 (Urteil des Bundesgerichts 8C\_103/2011 vom 1. Juni 2011 E. 2, mit Hinweisen).

## E. 2

2.1 Die IV-Stelle verneinte den Rentenanspruch - unter Hinweis auf das Gutachten des Begutachtungsinstituts W.\_\_\_\_ vom 27. August 2008 beziehungsweise vom 24. März 2009 (Urk. 7/112, Urk. 7/138) - mit der Begründung, der Beschwerdeführer sei als Geschäftsführer einer Heizungsfirma zu 70 % arbeitsfähig und damit in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu generieren (Urk. 2, Urk. 6).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber im Wesentlichen auf den Standpunkt, selbst wenn man auf die Beurteilung der Gutachter des Begutachtungsinstituts W.\_\_\_\_, die ihm zu Unrecht eine 70%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten beziehungsweise der Tätigkeit als Geschäftsführer attestiert hätten (Urk. 1 S. 3 f.), abstelle, bestehe Anspruch jedenfalls auf eine Viertelsrente (Urk. 1 S. 6). Gestützt auf die Beurteilungen der behandelnden Ärzte sei indes davon auszugehen, dass er als Geschäftsführer noch zu 20 % arbeitsfähig und einer behinderungsangepassten Tätigkeit im Umfang von maximal 50 % nachzugehen imstande sei. Demnach habe er Anrecht auf eine ganze, zumindest aber auf eine Dreiviertelsrente (Urk. 1 S. 3 ff.).

## E. 3

3.1 Die Ärzte des Universitätsspitals V.\_\_\_\_, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 23. Mai 2004 (Urk. 7/8 S. 124) eine HWS- und BWS-Distorsion. Die radiologische Untersuchung der HWS und der BWS habe - mit Ausnahme eines osteolytisch imponierenden linksseitigen Pedikels BWK 7 - einen unauffälligen Befund ergeben.

3.2 Die Ärzte des Kantonsspitals U.\_\_\_\_, Chirurgische Klinik und Poliklinik, gaben am 18. Juni 2004 an, angesichts der aus der erneuten Untersuchung resultierten unauffälligen Befunde liessen sich die hartnäckigen Schmerzen im Bereich der linken Hand - wenn sie auch glaubhaft seien - klinisch schwer fassen (Urk. 7/3 S. 57 f.).

3.3 Das CT der BWS vom 8. Juli 2004 zeigte eine mässige S-förmige skoliotische Fehllage der BWS. Hinweise auf einen knöchernen Destruktionsprozess beziehungsweise eine posttraumatische Läsion ergaben sich keine (Urk. 7/8 S. 115).

3.4 Nachdem sie den Beschwerdeführer am 7. Juli 2004 untersucht hatten, stellten die Ärzte des Kantonsspitals U.\_\_\_\_, Gefässzentrum, am 12. Juli 2004 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/3 S. 48):

- Status nach wenig dislozierter Metakarpale III und IV-Fraktur links am 5. Juni 2001
- komplexes regionales Schmerzsyndrom CRPS I
- Normale Ruhedurchblutung im Bereich der oberen Extremität beidseits

Es habe sich eine normale Durchblutung im Bereich der Hände und Finger beidseits gezeigt. Die Genese der Beschwerden in der linken Hand bleibe unklar (Urk. 7/3 S. 49).

3.5 Gestützt auf die Ergebnisse seiner Untersuchung vom 15. September 2004 gelangte Dr. med. Y.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Chirurgie, stellvertretender Kreisarzt der SUVA, zum Schluss, dass angesichts der szintigraphisch nachgewiesenen Minderperfusion der Weichteile der rechten Hand und des Fehlens jeglicher anderweitiger objektivierbarer Befunde von einem diffusen Restschmerz nach Algodystrophie im Bereich der Mittelhand und der Finger III und IV links auszugehen sei. Allerdings bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen der mühelosen aktiven Bewegung aller Strukturen im Ratschow-Test und den subjektiven Schmerzangaben. Insofern sei die vom Patienten geltend gemachte hochgradige Funktionseinschränkung der linken Hand schmerzbedingt und lasse sich morphologisch - auch mit den Sudeck-Residuen - nicht plausibel erklären (vgl. Bericht vom 16. September 2004, Urk. 7/3 S. 32-35). Hinsichtlich der Beschwerden im Bereich der HWS habe sich im Rahmen der Untersuchung in Normalposition zwar keine relevante Behinderung für Aktivitäten, die keine körperliche Belastung mit sich brächten, feststellen lassen; angesichts des angegebenen starken Schwindels und der Schmerzen bei Reklination sei indes von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 7/3 S. 34).

3.6 Vom 27. Oktober bis 24. November 2004 liess sich der Beschwerdeführer stationär in der Rehaklinik Z.\_\_\_\_ behandeln. In ihrem Austrittsbericht vom 2. Dezember 2004 (Urk. 7/3 S. 7-15) stellten die Ärzte folgende Diagnosen (Urk. 7/3 S. 7):

-

## E. 5

Juni 2001: Einklemmung linke Hand bei Demontage eines Heizkessels

- Quetschtrauma linke Mittelhand mit Metakarpalefrakturen III und IV - konservative Therapie

- im Verlauf CRPS I in der linken Hand, abgeheilt

- 23. Mai 2004: Auffahrkollision als Beifahrer erlitten

- Distorsion der HWS und BWS

- Dupuytren-Kontraktur Strahl IV linke Hand

Die an der linken, voll beweglichen Hand persistierenden leichten Dauerschmerzen, die sich unter Belastung und in Kälte verstärkten, liessen sich mit den - abgesehen von einer leichten Unterköhlung - unauffälligen klinischen Befunde nicht erklären, seien aber glaubhaft und wohl am ehesten als Folgen des durchgemachten CRPS I zu interpretieren. Therapeutisch lasse sich wohl keine Besserung mehr erzielen.

Schmerzbedingt sei der Beschwerdeführer nicht mehr in der Lage, die in der angestammten Tätigkeit anfallenden manuellen Arbeiten auszuüben (Urk. 7/3 S. 10). Konkret beständen betreffend die linke Hand insofern Einschränkungen, als diese für manuell anstrengende Arbeiten nur selten und auf höchstens einer mittelschweren Tätigkeit entsprechendem Belastungsniveau eingesetzt werden können. Nicht zumutbar seien überdies mit Schlägen oder Vibrationen auf die linke Hand sowie mit Kälteexposition einhergehende Tätigkeiten (Urk. 7/3 S. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Betreffend die HWS habe sich eine recht gute und - auch feinkoordinatorisch befriedigende - flächige Beweglichkeit gezeigt. Eine Einschränkung bestehe insofern noch, als Reklinationsbewegungen in der Endphase von Trämmele begleitet werden. Überdies seien sämtliche muskuloligamentäre Strukturen vom Hinterhauptansatz bis zur Mitte der BWS rechtsbetont deutlich schmerzhaft empfindlich, wobei sich keine spezifische Niveaudifferenzierung ausmachen lasse. Mittels physio- und ergotherapeutischer Massnahmen habe im Laufe des Klinikaufenthalts eine Steigerung der Arbeitszeit am PC ohne Schmerzverstärkung von 10 auf 45 bis 50 Minuten erreicht werden können (Urk. 7/3 S. 8). Ab 25. November 2004 liessen die HWS- und BWS-Beschwerden eine Tätigkeit im Büro wieder im Umfang von 50 % zu (Urk. 7/3 S. 7).

3.7 Ä Ä Ä Ä Am 21. März 2005 bezeichneten sich die Ärzte der Rehaklinik Z. \_\_\_ als ausserstande, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aktuell und längerfristig zu beurteilen, da sie keine Kenntnis vom Verlauf nach Klinikaustritt hätten. Insbesondere betreffend die HWS- und BWS-Symptomatik habe sich wohl zwischenzeitlich eine Besserung eingestellt (Urk. 7/12 S. 5).

3.8 Ä Ä Ä Ä Dr. med. A. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte am 5. April 2005 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/14 S. 1):

- Metakarpalfrakturen III und IV links, bestehend seit 5. Juni 2001
- Schleudertrauma der HWS, bestehend seit 23. Mai 2004

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ohne Umschulung werde der Beschwerdeführer keinen über 50 % liegenden Arbeitsfähigkeitsgrad mehr erlangen (Urk. 7/14 S. 2).

3.9 Ä Ä Ä Ä Gestützt auf die Ergebnisse des MRI vom 21. April 2005 und die anlässlich der Untersuchung vom 28. April 2005 erhobenen Befunde stellten die Ärzte des Kantonsspitals U. \_\_\_, Chirurgische Klinik und Poliklinik, am 3. Mai 2005 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/18 S. 6):

- Unklare Handgelenksschmerzen links
- Status nach Hand- und Handgelenksquetschtrauma vom 5. Juni 2001
- Verdacht auf luno-triquetralen Bandriss
- Verdacht auf skapholunäre Bandriss

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Patient leide einerseits - in Form von dauernden Schmerzen am Handrücken und einer Kälteempfindlichkeit - unter Folgen des CRPS und andererseits unter Handgelenksschmerzen, die auf einen oder mehrere Bänderisse zurückzuführen seien. Damit die Integrität der Bänder und die Qualität des Knorpels besser beurteilt werden könnten, sei dem Patienten eine Handgelenksarthroskopie empfohlen worden (Urk. 7/18 S. 7).

3.10 Ä Ä Am 18. Mai 2005 hielten die Ärzte des Kantonsspitals U. \_\_\_, Chirurgische Klinik und Poliklinik, fest, in einer Brötigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit; in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer zu zirka 40 % arbeitsunfähig (Urk. 7/18 S. 5 und S. 4).

3.11 Ä Ä Am 9. Juni 2005 wurde der Beschwerdeführer erneut kreisärztlich untersucht. In seinem tags darauf verfassten Bericht (Urk. 7/23 S. 13-18) hielt Dr. med. B. \_\_\_, Facharzt

FMH für Chirurgie, fest, an der HWS liessen sich keine organischen Unfallfolgen objektivieren. Die vom Beschwerdeführer als heftig geschilderten Beschwerden könnten mit den erhobenen klinischen Befunden nicht vollständig erklärt werden. Der neurologische und der chirurgische Status seien unauffällig (Urk. 7/23 S. 17). Der Patient verrichte derzeit - im Umfang von zwei bis maximal fünf Stunden täglich - ausschliesslich Büroarbeiten, wozu er ein Stehpult benutze; länger als eine Stunde am PC zu sitzen sei ihm gemäss eigenen Angaben nicht möglich (Urk. 7/23 S. 15). Der Beschwerdeführer habe - unter Hinweis darauf, dass die Physiotherapie noch immer erhebliche Verbesserungen bringe, angegeben, im Begriffe zu sein, seine Arbeitsleistung zu steigern; wegen der HWS- und Handgelenksbeschwerden halte er allerdings die Wiederaufnahme seiner manuellen Tätigkeit im eigenen Betrieb für weitgehend ausgeschlossen (Urk. 7/23 S. 17). Der somatische Befund an der HWS vermöge indes eine weitere Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel zu begründen (Urk. 7/23 S. 18).

Was die Handverletzung anbelange, sei - vier Jahre nach den Frakturen der Metakarpalia III und IV links und des in der Folge aufgetretenen Morbus Sudeck - nun von einem Dauerzustand auszugehen. Die geklagten Beschwerden seien wohl nur teilweise auf die von den Handchirurgen festgestellte Ruptur des dorsalen Anteils des luno-triquetralen Ligaments zurückzuführen. In einer leidensangepassten Tätigkeit (kein repetitives Heben und Tragen von ein Gewicht von 10 kg übersteigenden Lasten mit der linken Hand, keine Arbeiten mit vibrierenden oder Vibrationen erzeugenden Maschinen mit der linken Hand, keine Arbeiten mit wiederholter Abstutzfunktion der linken Hand) bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/23 S. 17).

3.12 Die radiologische Untersuchung der HWS vom 9. Juni 2005 ergab folgende Befunde (Urk. 7/23 S. 19)

- Normale HWS-Haltung
- Initiale Osteochondrosis C5/6
- Leichte Spondylarthrosis C7/Th1
- Frühosteophyten im Atlantoaxial-Gelenk

Weitere nennenswerte degenerative Veränderungen oder posttraumatische Läsionen wurden keine festgestellt. Auf den Funktionsaufnahmen zeigte sich eine leichte Einschränkung der Segmentbeweglichkeit C4-C6; eine posttraumatische Gefäßlockerung wurde nicht nachgewiesen.

3.13 Die Ärzte der Klinik T., Wirbelsäulenzentrum, stellten am 8. Mai 2006 nachstehende Diagnosen (Urk. 7/41):

- Chronisches zervikozephalales sowie zervikospondylogenes Syndrom beidseits, rechtsbetont, mit/bei
- Status nach HWS-Distorsionstrauma am 23. Mai 2004
- Wirbelsäulenfehlhaltung/-fehlform: thorakal linkskonvexe S-förmige Torsionsskoliose, lumbaler Flachrücken, Kopfprotraktion
- myofaszialer Schmerzausweitung
- Zeichen der Symptomausweitung

- Verdacht auf hypomobile Dysfunktion der oberen HWS
- hypomobiler Dysfunktion Th2/3
- degenerativen Veränderungen der HWS mit Unkovertebralspondylose der mittleren HWS
- Spondylarthrosen der gesamten HWS mit Betonung tiefzervikal; Knickbildung C4/5 in Flexion, jedoch keine Hinweise für eine Instabilität
- unauffälliger MRI-Untersuchung der HWS
- Verdacht auf luno-triquetralen sowie skapholunären Bandriss bei Status nach Hand- und Handgelenksquetschtrauma vom 5. Juni 2001 mit/bei
- ausgeprägter Algodystrophie im Verlauf
- persistierenden Handgelenks- und PIP-Schmerzen
- dislozierter Metakarpale-Fraktur III und IV links

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch bestanden seit der am 23. Mai 2004 erlittenen Auffahrkollision zervikale Schmerzen rechts paravertebral mit Ausstrahlung paravertebral und in die rechte Schulter, wobei es beim Gehen und in Linksseitenlage zu einer Schmerzabnahme komme. Klinisch dominierten die myofaszialen Befunde; die schmerzlose tiefe Palpation respektive Mobilisation sei nicht möglich. Das MRI der HWS habe - abgesehen von degenerativen Veränderungen - einen unauffälligen Befund ergeben.

3.14 Ä Ä Im Auftrag der SUVA wurde der Beschwerdeführer am 21. Februar 2007 konsiliarisch von den Ärzten der Klinik T., Schmerz-/Gutachtenzentrum, untersucht. In ihrer gleichentags verfassten Beurteilung (Urk. 7/62) hielten diese fest, der Patient klage weiterhin über im Rahmen eines zervikobrachialen Syndroms zu interpretierende Beschwerden, die ihn sowohl bei der Arbeit (20%ige Tätigkeit, hauptsächlich in der Akquisition) als auch bei Freizeitaktivitäten, sozialen Kontakten und Aktivitäten in der Gemeinde (Schulpflege) deutlich einschränkten. Die zudem erwähnten psychischen und kognitiven Beeinträchtigungen entsprächen keinem psychopathologischen Syndrom. Angesichts des Umstands, dass sich innert des letzten Jahres trotz durchaus adäquater und konsequent durchgeführter Therapien keine relevante Besserung mehr eingestellt habe, sei vom Erreichen des Endzustandes auszugehen (Urk. 7/62 S. 1).

3.15 Ä Ä Dr. med. C., Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, Psychosomatische Medizin SAPP, Sonographie, stellte am 27. April 2008 folgende Diagnosen (Urk. 7/88 S. 2):

- Skoliose der BWS
- Zustand nach Schleudertrauma der HWS am 23. Mai 2004
- Chronifizierter Zustand nach Quetschverletzung der linken Hand und sekundärem Sudeck 2001
- Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Grad I

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Während in letzter Zeit keine Beschwerden im Zusammenhang mit dem Morbus Sudeck mehr aufgetreten seien, habe sich hinsichtlich der chronischen somatisierten Schmerzstörung mit Myalgie und Brachialgie kaum eine Veränderung

eingestellt. Nachdem wiederholte Arbeitsversuche jeweils zu einer Verschlechterung der Symptomatik geföhrt hätten, sei weiterhin von einer 20%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Geschäftsführer auszugehen. Dabei habe selbst die leichte Arbeit am PC schon wiederholt in einer massiven Verschlimmerung der Beschwerden resultiert (Urk. 7/88 S. 2).

3.16 Am 28. und 30. Juli 2008 wurde der Beschwerdeführer von den Ärzten des Begutachtungsinstituts W.\_\_\_\_ multidisziplinär untersucht. In ihrer Expertise vom 27. August 2008 (Urk. 7/112) stellten diese folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/112 S. 16):

- Chronisches Zervikalsyndrom mit zephaler Komponente (ICD-10 M53.0)
- Status nach Auffahrunfall (Heckkollision) mit HWS-Distorsionstrauma am 23. Mai 2004 (ICD-10 S13.6)
- muskuläre Dysbalance im Nacken-/Schultergürtelbereich (ICD-10 M62.9)
- Wirbelsäulenfehlform (ICD-10 M41.8)
- leichte degenerative HWS-Veränderungen (ICD-10 M50.3)

Zwar liessen sich die geklagten Beschwerden mit den klinisch objektivierbaren Befunden grundsätzlich erklären; allerdings seien weder das geltend gemachte Ausmass der Beeinträchtigungen noch die gemäss dem Exploranden damit verbundene Einschränkung der Leistungsfähigkeit nachvollziehbar. Es bestehe daher Verdacht auf eine Schmerzfehlverarbeitung (Urk. 7/112 S. 17). Angesichts der im Rahmen der neurographischen Untersuchung der linken Hand festgestellten normalen Werte (Urk. 7/112 S. 14 f.) resultiere weder aus den residuellen unklaren linksseitigen Handschmerzen (ICD-10 M79.6) noch aus der Dupuytren-Kontraktur Strahl IV der linken Hand (ICD-10 M72.0) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/112 S. 16 und S. 17). Die Arbeitsfähigkeit sei aus neurologischer Sicht insofern eingeschränkt, als aufgrund der Nackenproblematik körperlich schwere oder das Heben und Tragen von ein Gewicht von 10 kg übersteigende Lasten bedingende, mit Zwangshaltungen oder einer Armhaltung über der Horizontalen einhergehende Tätigkeiten sowie Arbeiten, die keine Möglichkeiten böten, die Position zu wechseln, mithin auch die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur (Urk. 7/112 S. 18), nicht mehr zumutbar seien (Urk. 7/112 S. 17). In einer leidensangepassten, leichten bis intermittierend schweren Tätigkeit bestehe - seit dem Unfall vom 23. Mai 2004 (Urk. 7/112 S. 18) - eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Aus psychischer Sicht sei der Beschwerdeführer uneingeschränkt leistungsfähig (Urk. 7/112 S. 17). Berufliche Massnahmen könnten aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers keine empfohlen werden (Urk. 7/112 S. 18).

Auf entsprechende Zusatzfragen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers (Urk. 7/79) hin und nach erneuter Untersuchung des letzteren am 12. Februar 2009 hielten die Gutachter des Begutachtungsinstituts W.\_\_\_\_ am 24. März 2009 ergänzend fest, die derzeitige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Heizungsmonteur sei zu zwei Dritteln der Handverletzung und zu einem Drittel den aus dem zweiten Unfall resultierenden Nackenbeschwerden zuzuschreiben. Die in einer Bänderverletzung bestehende Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit resultiere zu 20 % aus der linksseitigen Handläsion und zu 80 % aus

der Symptomatik im Bereich des Nackens (Urk. 7/138 S. 3).

3.17.1. Im Rahmen der Rheumatologischen Interdisziplinären Schmerz-Sprechstunde (RISS) wurde der Beschwerdeführer vom 3. bis 19. März 2009 ambulant im Universitätsklinikum V., Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, ärztlich, physio- und ergotherapeutisch sowie psychologisch abgeklärt. In ihrem Bericht vom 19. März 2009 (Urk. 7/140 S. 6-11) stellten die Ärzte daraufhin nachstehende Diagnosen (vgl. Urk. 7/140 S. 6):

- Chronisches myofasiales zervikospondylogenes und zervikozepales Schmerzsyndrom bei
- HWS-Distorsionstrauma Grad II (QTF) im Mai 2004
- Fehlstellung der Hals- und Brustwirbelsäule
- degenerativen Veränderungen der HWS
- vorwiegend neuropathischer Schmerzkomponente
- Status nach CRPS I der linken Hand bei/mit
- Temperaturdifferenz zur Gegenseite
- Quetschverletzung 2001
- Verdacht auf Omarthrose beidseits (klinischer Befund)
- Verdacht auf Medikamenten-Misgebrauchs-Kopfschmerz (MKS)
- Leichte depressive Episode

Die Schmerzen in der linken Hand seien in den Hintergrund getreten (Urk. 7/140 S. 8). Die Beschwerden im Nacken- und Halsbereich seien teilweise neuropathischer Natur mit einer sekundären nozizeptiven Komponente in Form einer deutlichen muskulären Dysfunktion (ungünstige motorische Stereotypen, erhöhte Aktivität der phasischen und Abschwächung der tonischen Haltemuskulatur des gesamten Gesichts-, Mund-, Hals- und Nackenbereichs). Aufgrund der Schmerzen beziehungsweise der damit im Zusammenhang stehenden verminderten Präsenzzeiten in der eigenen Firma leide der Beschwerdeführer unter Existenzängsten und Unzufriedenheit; auch die sozialen Kontakte und die Freizeitaktivitäten (namentlich Sport) seien durch die gesundheitliche Situation beeinträchtigt. Mit der Tätigkeit in der Schulpflege habe sich der Patient einen Ausgleich zur Arbeit geschaffen. Positiv auf den brennenden Schmerz im Schulter- und Nackenbereich wirkten sich Stehen und (mehrfach) Laufen aus (Urk. 7/140 S. 6). Betreffend die Auffassungsgabe und Konzentrationsfähigkeit hätten sich keine Einschränkungen feststellen lassen (Urk. 7/140 S. 7). Die lange Schmerzgeschichte, der Streit mit der Haftpflichtversicherung und die daraus resultierenden Existenzängste machten dem Patient, der mittlerweile unter einer - gegenwärtig leichten - depressiven Episode leide, schwer zu schaffen (Urk. 7/140 S. 7).

4.

4.1. Was die linksseitige Handverletzung anbelangt, steht aufgrund der medizinischen Akten fest, dass die Metakarpalefrakturen in der Folge unter konservativer Therapie wieder verheilten und auch der Morbus Sudeck, der den Heilungsverlauf

verzögerte, schliesslich - zumindest weitestgehend - wieder abklang (Urk. 7/3 S. 7, Urk. 7/18 S. 4 f., Urk. 7/23 S. 17, Urk. 7/112 S. 112 S. 16 f., Urk. 7/140 S. 6 ff.). Gestützt auf die Ergebnisse der umfassenden Untersuchungen, die im Laufe der Zeit durchgeführt wurden, ist davon auszugehen, dass den weiterhin geklagten Handbeschwerden keine objektivierbaren organischen Befunde, aus denen eine nennenswerte Funktionseinschränkung resultierte, zugrunde liegen (vgl. hierzu insbesondere Urk. 7/3 S. 48 f., Urk. 7/3 S. 57 f., Urk. 7/3 S. 32-35, Urk. 7/3 S. 7 und S. 10, Urk. 7/23 S. 17, Urk. 7/112 S. 17 sowie Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. November 2009 im Prozess Nr. UV.2008.00123 E. 5). Auch hinsichtlich der im Zusammenhang mit der erlittenen HWS- und BWS-Distorsion noch geklagten Symptomatik geht aus den aktenkundigen Berichten der behandelnden und untersuchenden Ärzte einhellig hervor, dass sich im Rahmen der umfassenden entsprechenden Abklärungen kein organisches Korrelat für die seit der fraglichen Auffahrkollision persistierenden Gesundheitsstörungen eruieren liess (Urk. 7/8 S. 124, Urk. 7/8 S. 115, Urk. 7/3 S. 7-15, Urk. 7/23 S. 17, Urk. 7/23 S. 19, Urk. 7/41, Urk. 7/112 S. 15; vgl. auch Urteil des hiesigen Gerichts vom 30. November 2009 im Prozess Nr. UV.2008.00123 E. 6.1). Von invalidenversicherungsrechtlicher Bedeutung sind die geklagten körperlichen Beeinträchtigungen demnach nur unter der Voraussetzung, dass die in BGE 130 V 352 entwickelten Kriterien erfüllt sind.

4.2 Die am 19. März 2009 von den Ärzten des Universitätsspitals V. \_\_\_\_, Rheumklinik und Institut für Physikalische Medizin, diagnostizierte leichte depressive Episode (Urk. 7/140 S. 6) ist nicht als psychische Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zu qualifizieren (vgl. hierzu etwa Urteil des Bundesgerichts 8C\_285/2009 vom 7. August 2009 E. 3.3.2, mit Hinweis). Sodann stellen - angesichts des Fehlens eines organischen Korrelats - weder die linksseitigen Handbeschwerden noch die Beeinträchtigungen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule eine chronische körperliche Begeleiterkrankung dar. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist ebenfalls zu verneinen. So pflegt der in zweiter Ehe verheiratete Beschwerdeführer, der noch während täglich rund zwei Stunden seiner Tätigkeit als Geschäftsführer nachgeht und daneben als Schulpfleger amtiert sowie eine Liegenschaftsverwaltung präsidiert (Urk. 7/112 S. 10, S. 13, und S. 17, Urk. 7/10 S. 3), noch regelmässig soziale Kontakte mit Kollegen und Bekannten (Urk. 7/112 S. 10). Auch auf einen primären Krankheitsgewinn lassen die medizinischen Akten nicht schliessen. Der Beschwerdeführer hat sich - im Zusammenhang sowohl mit den Hand- als auch mit den zervikalen Beschwerden - vom 27. Oktober bis 24. November 2004 einer stationären Behandlung in Z. \_\_ unterzogen. Nach Lage der Akten befanden die Ärzte in der Folge betreffend die linke Hand weitere therapeutische Massnahmen nicht mehr für erforderlich (Urk. 7/3 S. 8, Urk. 7/23 S. 5). Hinsichtlich der Symptomatik im Bereich von HWS und BWS unterzog sich der Beschwerdeführer seit dem am 23. Mai 2004 erlittenen Unfall im Wesentlichen medikamentösen sowie physikalischen Massnahmen beziehungsweise einer medizinischen Trainingstherapie (MTT) und absolvierte ein Heimprogramm. Im März 2008 wurde die Physiotherapie eingestellt; seither werden noch lokale Infiltrationen und eine analgetische Behandlung durchgeführt (Urk. 7/112 S. 8 und S. 9). Der Beschwerdeführer, bei dem berufliche Massnahmen gemäss den Gutachtern des Begutachtungsinstituts W. \_\_ aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung als aussichtslos erscheinen (Urk. 7/112 S. 18), klagt über seit langem im Wesentlichen unveränderte Schmerzen und rechnet selbst mit keiner Beschwerdebesserung mehr (Urk. 7/112 S. 9). Sofern überhaupt vom Scheitern einer konsequent durchgeführten

ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person gesprochen werden kann, ist dieses Kriterium angesichts der geschilderten Umstände jedenfalls nicht in derart ausgeprägter Weise erfüllt, dass es auf die ausnahmsweise Unzumutbarkeit der willentlichen Schmerzüberwindung schliessen lässt.

4.3 Die Beschwerde (Urk. 1) erweist sich demnach als unbegründet.

5. 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. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hermann Rieg
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Swiss Life
- 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.