

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01230 vom 7. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01230

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01230 du 7 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01230 del 7 marzo 2012

Erwägungen

E. 3.1

3.1.1. Im Bericht der Universitätsklinik C.____ an die Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2008 wurde ausgeführt, anlässlich der ambulanten Untersuchung in der Schulter-/Ellbogensprechstunde vom 6. August 2008 habe sich ein schleppender Verlauf bei noch Restbeschwerden der rechten Schulter gezeigt. Bezüglich Arbeitsfähigkeit könne festgehalten werden, dass die Schulter zur Zeit noch nicht belastbar sei. Sie wussten jedoch, dass insbesondere nach AC- Gelenksresektion die Schmerzen sechs bis neun Monate anhalten könnten. Formell sei der Beschwerdeführer für schulterbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig, für leichte Tätigkeiten jedoch nicht. Genaueres könnten sie nach der nächsten Kontrolle mitteilen (Urk. 7/10/7).

Im Verlaufsbericht der Universitätsklinik C.____ vom 18. Dezember 2008 wurden persistierende Schmerzen rechts bei Status nach Schulterarthroskopie rechts, Akromioplastik sowie AC-Gelenksrevision vom 19. Oktober 2007 und ein Status nach Schulterarthroskopie rechts, Bizepsstenotomie und AC-Gelenksrevision vom 24. April 2008 erhoben (Urk. 7/13/1). Die vom Beschwerdeführer versparten Schmerzen seien acromio-claviculär konzentriert. Zusätzlich liege ein subacromiales Impingement vor. Sie planten eine Infiltration acromio-claviculär und subacromial, jeweils mit Kenacort. Die nächste Kontrolle finde in drei Monaten statt. Eine spezifische Therapie sei im Moment nicht indiziert (Urk. 7/13/2).

Im Verlaufsbericht der Universitätsklinik C.____ vom 12. März 2009 wurde bei gleichen Diagnosen festgehalten, es liege eine Schmerzpersistenz vor. Die Infiltrationen hätten keinerlei Effekt gezeigt. Auffallend sei im MRI vom November 2008 die doch beachtliche Grösse der Zyste im Humeruskopf, welche durchaus degenerativer Art sein könne. Zum Ausschluss einer Progression dieser Zyste sei eine Arthro-MRI-Untersuchung gerechtfertigt (Urk. 7/14).

Gemäss den Angaben im Verlaufsbericht der Universitätsklinik C.____ vom 30. März 2009 ergab das daraufhin durchgeführte Arthro-MRI keine neuen Aufschlüsse. Im Prinzip persistierten heute unklare Schulterschmerzen rechts bei Status nach zweimaliger Schulterarthroskopie. Verschiedene Infiltrationen hätten die Beschwerden nicht konklusiv lokalisieren können. Die Zyste im Humeruskopf sei aller Wahrscheinlichkeit nach degenerativ und passe nicht zu den vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden, da diese Zysten allermeistens asymptomatisch seien. Insgesamt könnten sie dem Beschwerdeführer keine chirurgisch-orthopädische Therapie anbieten, um die Beschwerden mit guter Wahrscheinlichkeit nachhaltig zu bessern. Es sei

wohl kaum realistisch, eine Stelle mit schwer körperlicher Tätigkeit zu suchen. In einer leichten bis mittelschweren angepassten Tätigkeit ohne das Heben von schweren Gewichten und ohne repetitive Schulterbelastung, insbesondere nicht über Brusthöhe, wäre der Beschwerdeführer aber mindestens zu 50 %, wahrscheinlich sogar zu 100 % arbeitsunfähig (richtig: arbeitsfähig [Urk. 7/15/7; vgl. Urk. 1 Seite 3]).

3.1.2. Y. ___ führte in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2008 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Restbeschwerden im rechten Schultergelenk bei Status nach Schulterarthroskopie rechts, Akromioplastik, AC-Gelenksrevision vom 9. Oktober 2007 sowie Status nach Schulterarthroskopie rechts, Bizepsstenotomie und AC-Gelenksrevision vom 24. April 2008 an (Urk. 7/11/2). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig, wenn auch nicht völlig (Urk. 7/11/4). In seiner bisherigen Tätigkeit als Magaziner bei der Firma E. ___ sei er seit dem 9. Oktober 2007 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Dies sei von der Universitätsklinik C. ___ so festgesetzt worden (Urk. 7/11/2). Es bestehe in der bisherigen Berufstätigkeit noch keine Arbeitsfähigkeit (Urk. 7/11/6).

3.1.3. Z. ___ erhob in seinem orthopädischen Gutachten vom 22. Mai 2009 (1) chronisch rezidivierende Schulterbeschwerden beidseits, rechts zweimal operiert, bei Impingementsyndrom, (2) einen Verdacht auf ein CTS rechts, (3) eine Hyperurikämie bei Verdacht auf Aethylabusus, (4) anamnestisch wiederholt Nierensteine und Vorderarmfraktur rechts etc. sowie (5) eine psychosoziale Problematik (Urk. 7/18/5). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers scheine seit Jahren nicht besonders gut, er wirke irgendwie resigniert und scheine von sich aus keine beruflichen Perspektiven zu sehen. Um die medizinischen Aspekte des Falles näher unter die Lupe zu nehmen, wäre vermutlich eine stationäre Abklärung und Behandlung in einer Rehaklinik (kombiniert mit neurologischer und internistischer Beurteilung) am besten geeignet. In diesem Zusammenhang könnte dann auch eine praktisch-funktionelle Testung erfolgen und die Restarbeitsfähigkeit für leichtere Arbeit besser eingeschätzt werden (Urk. 7/18/6). In der bisherigen Tätigkeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestehe bei adäquater Behandlung voraussichtlich eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % (eventuell bis 100 % [Urk. 7/18/7-8]).

3.1.4. Im Gutachten des D. ___ vom 13. Juli 2010 wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (1) eine Arthralgie der rechten Schulter bei Status nach arthroskopischer Revision Oktober 2007 (AC-Plastik, AC-Resektion) und April 2008 (Tenotomie der langen Bizepssehne, AC-Gelenksrevision), verbleibende deutliche Funktionseinschränkung und Minderbelastbarkeit sowie (2) eine Periarthritis humeroscapularis der linken Schulter, derzeit ohne wesentlich messbares Bewegungsdefizit, jedoch aus rein präventiver Sicht mit eingeschränkter Belastbarkeit und als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (3) eine leichte Irritation des unteren Armnervenplexus als leichtgradiges Thoracic-outlet-Syndrom/Scalenussyndrom rechts bei Zustand nach zweimaliger Schulter-OP, (4) eine leichte Hyperpathie der proximalen Oberarminnenseite infolge wahrscheinlicher, geringer Läsion eines Hautastes, (5) röntgenologische Veränderungen im Sinne eines durch altersassoziierte osteochondrotische und spondylotische Veränderungen geprägten cervicovertebralen Syndroms, ohne wesentliche Funktionseinbußen, (6) einen Status nach zweimaliger Fraktur des linken Fußes 1984, ohne Folgen, (7) einen Status nach Vorderarmfraktur rechts, osteosynthetisch versorgt 2003, ohne wesentliche Folgen, (8) einen Status nach

Lipomentfernung im Bereich der vorderen Thoraxwand 2002, ohne Folgen, sowie (9) eine Hyperuricämie mit Urolithiasis und fortlaufender urologischer Behandlung (Steinabgang 1971, 1991 und 2001), derzeit ohne relevanten Folgen gestellt (Urk. 7/32/13). In den bisherigen Tätigkeiten im Reinigungsdienst, als Magaziner sowie als Kommissionierer bestehe keine Arbeitsfähigkeit mehr. Geeignet seien leichte Tätigkeiten, welche ohne einen besonderen Einsatz der Schultergelenke und insbesondere mit Schonung des rechten Schultergelenkes realisiert werden könnten. Das rechte Schultergelenk sollte nicht mehr in Außenerschulterhöhe und das linke Schultergelenk nicht mehr in Außenberkopfhöhe belastet werden müssen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem rechten und/oder linken Arm sei mit jeweils 10 Kilogramm limitiert. Wegen der beschriebenen vorrangigen Schulterpathologie rechts und links sollten Tätigkeiten mit stereotypen und repetitiven Bewegungsanforderungen an die Schultergelenke gemieden werden. Bei Würdigung der vorbeschriebenen qualitativen Einschränkungen könne der Beschwerdeführer bei uneingeschränktem Pensum Arbeiten auf einem 100%-Niveau verrichten (Urk. 7/32/15). Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen seien derzeit nicht mehr in Sicht (Urk. 7/32/18).

3.1.5. In den Akten liegt im Weiteren der seitens des Beschwerdeführers am 10. Dezember 2010 bei der Beschwerdegegnerin eingereichte Bericht der Universitätsklinik C. vom 7. Dezember 2010 (Urk. 7/50).

Darin wurden (1) eine bursaseitige kleine Partialruptur der Supraspinatussehne rechts, (2) ein Impingement subacromial Schulter rechts, (3) ein Status nach Schulterarthroskopie rechts, Bicepstenotomie und AC-Gelenksrevision am 24. April 2008 sowie (4) ein Status nach Schulterarthroskopie rechts, Acromioplastik, AC-Gelenksrevision am 9. Oktober 2007 diagnostiziert (Urk. 7/50/1). Im Weiteren wurde festgehalten, dass bei Schmerzpersistenz klinisch am ehesten subacromialen Ursprungs sowie MR-radiologischem Korrelat einer bursaseitigen Partialruptur die Indikation zur diagnostischen und therapeutischen Infiltration gestellt werde. Sollte die Infiltration eine Beschwerdelinderung erbringen, diese jedoch von ungenügender Dauer sein, seien mit dem Beschwerdeführer die Rearthroskopie und subacromiale Dekompression sowie Döbrident zu besprechen. Die klinische Verlaufskontrolle finde in drei Monaten statt (Urk. 7/50/2).

E. 3.2

3.2.1. Art. 43 Abs. 1 ATSG statuiert die Sachverhaltsabklärung von Amtes wegen, wobei es im Ermessen des Versicherungsträgers liegt, darüber zu befinden, mit welchen Mitteln diese zu erfolgen hat. Im Rahmen der Verfahrensleitung kommt ihm ein grosser Ermessensspielraum bezüglich Notwendigkeit, Umfang und Zweckmässigkeit von medizinischen Erhebungen zu. Die für die Beurteilung des Leistungsanspruches von Amtes wegen durchzuführenden notwendigen Abklärungen im Sinne von Art. 43 ATSG beinhalten indessen rechtsprechungsgemäss nicht das Recht des Versicherungsträgers, eine Second opinion zum bereits in einem Gutachten festgestellten Sachverhalt einzuholen, wenn ihm dieser nicht passt (Urteil des Bundesgerichtes 8C_957/2010 vom 1. April 2011 E. 6.1 mit Hinweisen).

3.2.2. Z. wies in seinem orthopädischen Gutachten vom 22. Mai 2009 (Urk. 7/18) darauf hin, dass es im Falle des heute 47-jährigen Beschwerdeführers schwierig sei, aufgrund einer einmaligen Untersuchung und relativ wenig aktuellen medizinischen

Befunden eine für die Zwecke der Beschwerdegegnerin brauchbare Beurteilung abzugeben. Er empfahl deshalb eine stationäre Abklärung und Behandlung in einer Rehaklinik (kombiniert mit neurologischer und internistischer Beurteilung) und - zur besseren Einschätzung der Restarbeitsfähigkeit für leichtere Arbeiten - die Durchführung einer praktisch-funktionellen Testung. Im Weiteren stellte er sich auf den Standpunkt, dass die zukünftige und längerfristige Arbeitsfähigkeit erst richtig eingeschätzt werden könne, nachdem schon einmal eine adäquate Behandlung zumindest angelaufen sei (Urk. 7/18/6). Seine - vage - Einschätzung der gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit (mindestens 50 % bis maximal 100 %) stellte er ebenfalls unter Vorbehalt einer adäquaten Behandlung (Urk. 7/18/7). Schliesslich führte er aus, dass die Frage nach dem Verlauf der Arbeitsfähigkeit seit Beginn der Einschränkung in der bisherigen sowie einer angepassten Tätigkeit (inkl. Belastungsprofil) aufgrund der ihm zur Verfügung stehenden Unterlagen nicht abschliessend beantwortet werden könne. Klar erscheine ihm lediglich, dass die Kündigung anfangs 2008 aus betrieblichen (richtig: gesundheitlichen [Urk. 7/12/4]) Gründen habe erfolgt sein sollen und die bisherigen Behandlungen keine nachhaltige Besserung herbeigeführt hätten. Es müssten also ab sofort weitere Abklärungen (unter anderem Neurologe, Internist) erfolgen und umgehend eine adäquate Behandlung eingeleitet werden (Urk. 7/18/7-8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dieses Gutachten erfüllt die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen (BGE 125 V 352 E. 3 mit Hinweisen; vgl. Erwägung 1.5) fraglos nicht. Zunächst geht daraus nicht hervor, ob Z. ___ überhaupt im Besitze sämtlicher damals vorhandenen Vorakten, namentlich der von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Berichte der Universitätsklinik C. ___ vom 6. Oktober 2008, 18. Dezember 2008, 12. März 2009 und 30. März 2009 (Urk. 7/10/7, Urk. 7/13, Urk. 7/14 und Urk. 7/15/7) sowie des Berichtes von Y. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2008 (Urk. 7/11/1-6), welchem diverse weitere Arztberichte beilagen (Urk. 7/11/7-36), war. Auseinandergesetzt hat er sich damit jedenfalls nicht, ebenso wenig mit den Ergebnissen der in der Universitätsklinik C. ___ durchgeführten Röntgenuntersuchungen; die betreffende CD konnte gemäss seinen Angaben auf seinem PC nicht gelesen werden (Urk. 7/18/5). Die ihm gestellten Fragen hat Z. ___ weitgehend offen gelassen, und auf die - berechnete - Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin hat er nicht reagiert (Urk. 7/23 und Urk. 7/39/4). Seine weitestgehend in blossen Empfehlungen bestehenden Schlussfolgerungen erscheinen mangels Begründung nicht nachvollziehbar. Dies gilt insbesondere für seine Beurteilung, wonach die Durchführung einer adäquaten Behandlung unabdingbare Voraussetzung für jegliche Verwertung des funktionellen Leistungsvermögens des Beschwerdeführers sein soll. Aufgrund der von ihm erhobenen klinischen und radiologischen Befunde (Urk. 7/18/4-5) ist jedenfalls nicht ersichtlich, weshalb beim Beschwerdeführer im Untersuchungszeitpunkt nur bei adäquater Behandlung eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit bestanden haben soll.

3.2.3 Ä Ä Der Beschwerdegegnerin resp. A. ___ vom RAD (Urk. 7/39/5) kann somit ohne Weiteres darin beigelegt werden, dass das Gutachten von Z. ___ nicht verwertbar ist. Es kann deshalb nicht beanstandet werden, dass sie eine erneute Begutachtung veranlasst hat.

E. 3.3

3.3.1 Ä Ä Das polydisziplinäre Gutachten des D. ___ vom 13. Juli 2010 (Urk. 7/32) basiert auf umfassenden fachärztlichen Untersuchungen (orthopädisch, neurologisch,

psychiatrisch) und wurde in Kenntnis der sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben.

3.3.2.2. Unter dem Titel "Versicherungsmedizinische Beurteilung und Synthese" führten die Gutachter zusammenfassend aus, nach zwei operativen Revisionen der rechten Schulter sei es trotz umfangreicher physiotherapeutischer Nachbehandlung bei einer deutlichen Funktionseinschränkung und Minderbelastbarkeit verblieben, einhergehend mit nachvollziehbaren Ruhe- und vor allem Belastungsschmerzen. Die rechte Schulter sei deutlich bewegungsdefizitär und gestatte nur noch Arbeiten bis maximal Schulterhöhe. Tätigkeiten mit Nebenschulterhöhe sollten dauerhaft gemieden werden. Im Bereich der gegenseitigen linken Schulter handle es sich um einen endgradigen Bewegungsschmerz. Der Befund sei als initiales PHS-Syndrom zu interpretieren. Aus rein präventiver Sicht sollte auch die linke Schulter vor statisch besonders belastenden Arbeiten geschont werden. Mit der linken Schulter sollten Arbeiten in Neberkopfhöhe gemieden werden. Im Bereich des übrigen Bewegungsapparates seien orthopädisch keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Befunde auszumachen. Insbesondere seien die Funktionen der Halswirbelsäule (HWS) ebenso wie deren Röntgenmorphologie unauffällig. Die in der Anamnese mitgeteilten Unfallverletzungen des linken Fusses zweimal 1984 und des rechten Vorderarmes 2003 hätten keine wesentlichen Folgen hinterlassen. Ein Status nach Nasenseptumkorrektur-Operation 1997 sowie ein Status nach Entfernung von mehreren Lipomen im Bereich der vorderen Thoraxwand galten als nicht funktionsrelevante Nebenbefunde. Darüber hinaus werde die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht weitergehend beeinträchtigt. Neben den beschriebenen orthopädischen Befunden fanden sich keine weiteren neurologischen und/oder psychiatrischen Befunde. Der Beschwerdeführer gelte im Rahmen des beschriebenen Zumutbarkeitsprofils (vgl. Urk. 7/32/14-15) als uneingeschränkt arbeitsfähig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung, welche auf den Erhebungen im orthopädischen Hauptgutachten (Urk. 7/32/3-20) einerseits und in den Teilgutachten (neurologisches vom 10. Juni 2010 [Urk. 7/32/21-25], psychiatrisches vom 24. Juni 2010 [Urk. 7/32/27-32]) andererseits beruht, erscheint aufgrund der nachfolgenden Erwägungen überzeugend.

3.3.3.2. B., FMH Orthopädie, wies im orthopädischen Hauptgutachten vorab darauf hin, dass in der letzten MRI-Abklärung des rechten Schultergelenkes in der Universitätsklinik C. (Urk. 7/32/10; vgl. Urk. 7/15/6) übliche postoperative Befunde im Sinne von Artefakten bei reseziertem AC-Gelenk sowie subacromial und eine leichte Tendinopathie der Supraspinatussehne beschrieben worden seien. Aktuell röntgenologisch (Röntgenaufnahmen beider Schultern ap. und lateral vom 17. Juni 2010, Röntgeninstitut Brunnhof [Urk. 7/32/10-11]) zeige sich ein Status nach Resektion der Pars acromialis claviculae rechts. Ansonsten hätten sich eine normale Darstellung des rechten Schultergelenkes und keine Hinweise für eine periarticuläre Kalkifizierung ergeben. Links hätten sich altersentsprechende normale Strukturen des Schultergelenkes, ebenfalls keine periarticulären Verkalkungen sowie allenfalls leichte, degenerative Veränderungen des AC-Gelenkes gefunden. Die Beweglichkeit der HWS sei klinisch unauffällig. Röntgenologisch (Röntgenaufnahmen der HWS ap./seitlich vom 17. Juni 2010, Röntgeninstitut Brunnhof [Urk. 7/32/11]) hätten sich altersentsprechende knöchernen Strukturen bei leichter Streckhaltung und keine signifikanten degenerativen Veränderungen gezeigt. Von einem ätiopathogenetischen Zusammenhang der Schulterbeschwerden mit der HWS sei somit nicht auszugehen. Im Bereich des übrigen

Bewegungsapparates lässen nur blande Befunde vor (Urk. 7/32/11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Übereinstimmung mit diesen Feststellungen sowie den von ihm erhobenen klinischen Befunden (Urk. 7/32/9-10) gelangte B. zum Überzeugenden Schluss, dass aus rein orthopädisch somatischer Sicht die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (nur) durch die persistierende Schultergelenksproblematik beeinträchtigt werde (Urk. 7/32/11).

3.3.4 Ä Ä Im neurologischen Teilgutachten vom 10. Juni 2010 (Urk. 7/32/21-26) wurde ausgeführt, dass die vom Beschwerdeführer nebst der erheblichen Schmerzsymptomatik im Bereich der rechten Schulter angegebene diffuse Kraftminderung im gesamten rechten Arm aus rein neurologischer Perspektive organisch nicht objektivierbar sei. Sie entspreche vielmehr einem algohoben Selbstlimitierungsprozess. Die Reflexe seien in allen Knebenen unauffällig, lediglich der Scapulareflex sei reduziert. Dies beruhe aber aller Wahrscheinlichkeit nach auf Operationseffekten, nicht auf einem Nervenschaden oder einer radikulären Störung. Eine leichte lokale Nervenschädigung möge an der Oberarmseite bestehen, hier werde ein leichter neuropathischer Schmerz angegeben, jedoch sei dieser vom Umfang und der Intensität derzeit nicht als relevant zu bewerten. Die Schmerzsymptomatik der rechten Schulter selber sei nicht auf neurogene Schäden zurückzuführen, sondern primär im orthopädischen Fachgebiet zu werten. Darüber hinaus sei bezüglich der früheren und gemäss Dossier beschriebenen Rückenleiden derzeit keine relevante Schmerzsymptomatik erkennbar, insbesondere sei auf neurologischem Fachgebiet kein Hinweis für eine Radikulopathie zu erheben. Gemäss Gutachter Z. werde der Verdacht auf ein CTS rechts geschildert. Diesbezüglich ergebe sich lediglich ein geringgradiges positives Phalen-Zeichen, jedoch kein relevantes Tinel-Zeichen. Insbesondere erkläre sich daraus auch keine Sensibilitätsstörung, die gemäss den Angaben des Beschwerdeführers auch den kleinen Finger erfasse. Vielmehr sei plausibel, dass eine leichte Irritation des unteren und mittleren Armplexus im Rahmen der Schulterproblematik vorliegen dürfte. Äberkopf-Tätigkeiten seien aus diesem isolierten Aspekt heraus zu vermeiden. Im Übrigen beschreibe der orthopädische Arztbericht der Universitätsklinik C. vom 18. Dezember 2008 (vgl. Urk. 7/13/1) ebenfalls eine weitgehend intakte Neurologie (Urk. 7/32/24). Aus rein neurologischer Sicht heraus sei keine Diagnose mit versicherungsmedizinischer Relevanz zu eruieren. Diesbezüglich bestehe für die frühere Tätigkeit aus rein neurologischer Perspektive eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Allerdings seien Äberkopf-Tätigkeiten zu vermeiden wegen einer leichten Irritation des unteren und mittleren Armplexus im Rahmen der Schulterproblematik. Entsprechend seien Verweisungstätigkeiten ebenfalls zu 100 % durchführbar. Bezüglich des Fähigkeitsprofils seien lediglich Äberkopfarbeiten zu vermeiden (Urk. 7/32/25).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Beurteilung steht mit den erhobenen - weitgehend unauffälligen - klinischen neurologischen Befunden (Urk. 7/32/22-23) in Einklang und erscheint Überzeugend.

3.3.5 Ä Ä Ebenso verhält es sich bei der im psychiatrischen Teilgutachten vom 24. Juni 2010 (Urk. 7/32/26-32) vorgenommenen Einschätzung, wonach der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist (Urk. 7/32/31). Mit Blick auf den in diesem Teilgutachten angeführten - unauffälligen - psychischen Befund (Urk. 7/32/29-30) besteht in der Tat

kein Grund zu Annahme, dass der Beschwerdeführer aus psychischen Gründen in seiner Arbeitsfähigkeit massgeblich beeinträchtigt sein könnte. Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gilt dies umso mehr, als nicht aktenkundig ist und vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht wurde, dass er sich bislang je einer psychopharmakologischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hat.

3.3.6.1.1 Wie erwähnt, kamen die Gutachter des D.____ im Rahmen der Gesamtbeurteilung zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer die bisherigen Tätigkeiten im Reinigungsdienst, als Magaziner und zuletzt als Kommissionierer nicht mehr zumutbar sind, er jedoch leichte Tätigkeiten ohne Belastung des rechten Schultergelenkes in Ärmerschulterhöhe und des linken Schultergelenkes in Ärmelkopfhöhe, ohne Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit dem rechten und/oder linken Arm von über 10 Kilogramm sowie ohne stereotype und repetitive Bewegungsanforderungen an die Schultergelenke bei uneingeschränktem Pensum auf einem 100%-Niveau verrichten kann. Mit dieser Beurteilung haben die Gutachter des D.____ den erhobenen - objektiven - Befunden und Diagnosen angemessen Rechnung getragen, weshalb sie überzeugt.

3.3.7.1.1 Es trifft zu, dass für eine valide Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und Zumutbarkeit in manchen Fällen neben den medizinischen Diagnosen auch eine arbeitsorientierte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) wünschbar oder sogar erforderlich ist (vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C_547/2008 vom 16. Januar 2009 E. 4.2.1 und 8C_125/2009 vom 27. April 2009 E. 3.2.2). Dies ist jedoch nicht in allen Fällen notwendig (Urteil des Bundesgerichtes 8C_730/2010 vom 10. Dezember 2010 E. 2.3.1). Vorliegend besteht gemäss den auf umfassenden bildgebenden und klinischen Untersuchungen beruhenden Feststellungen der Gutachter des D.____ lediglich im Bereich der Schultern eine massgebliche Funktionsbeeinträchtigung. Die daraus seitens der Gutachter des D.____ gezogene Schlussfolgerung, wonach der Beschwerdeführer in einer ihrem - detaillierten - Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit ganztags arbeitsfähig ist, leuchtet ohne Weiteres ein. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers ist deshalb nicht zu beanstanden, dass auf die Durchführung einer EFL verzichtet wurde. Dass Z.____ in seinem orthopädischen Gutachten vom 22. Mai 2009 (Urk. 7/18) eine solche angeregt hatte (vgl. Erwägung 3.2.2), ändert daran nach dem Gesagten nichts.

3.3.8.1.1 Zum Zeitpunkt des Eintritts des Gesundheitsschaden und dessen Verlauf hielten die Gutachter fest, die im Vordergrund stehende Schulterpathologie sei im Dossier erstmals Mitte 2007 (genauer: 30. August 2007 [Bericht der Universitätsklinik C.____, Urk. 7/11/22) erwähnt. Somit bestehe die schulter spezifische Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit zumindest seit dem 30. August 2007 und habe sich seither nicht gebessert. Den weiteren Akten ist indessen zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit de facto erst ab dem 9. bzw. 5. Oktober 2007 arbeitsunfähig war (Urk. 7/11/2; vgl. Urk. 7/12/5). Wie A.____ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 10. August 2010 zu Recht bemerkte, dürfte nach den Operationen im Oktober 2007 und April 2008 vorübergehend auch in einer angepassten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit bestanden haben. Seiner Beurteilung nach kann ab August 2008 (Rehabilitation nach der zweiten Schulteroperation [Urk. 7/39/7]) von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer dem gutachterlichen Belastungsprofil entsprechenden Tätigkeit ausgegangen werden, was überzeugend erscheint.

E. 3.4

3.4.1.1.1 Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine Angaben, welche die in den vorstehenden Erwägungen gezogenen Schlussfolgerungen in Frage stellen.

3.4.2.1.1 Die in den Berichten der Universitätsklinik C.____ an die Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2008, 18. Dezember 2008, 12. März 2009 und 30. März 2009 (Urk. 7/10/7, Urk. 7/13, Urk. 7/14 und Urk. 7/15/7) sowie im Bericht von Y.____ an die Beschwerdegegnerin vom 25. Oktober 2008 (Urk. 7/11/1-6) aufgeführten Befunde und Diagnosen stimmen im Wesentlichen mit denjenigen im Gutachten des D.____ vom 13. Juli 2010 (Urk. 7/32/13) überein. Bezüglich deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hielt Y.____ im genannten Bericht fest, in der angestammten Tätigkeit sei dem Beschwerdefahrer seitens der Universitätsklinik C.____ seit dem 9. Oktober 2007 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (Urk. 7/11/4). Zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit hat er sich nicht konkret geäussert (Urk. 7/11/6). Er scheint jedoch die 100%ige Ausübung einer leichten/feinmotorischen Tätigkeit ohne Arbeiten über Kopfhöhle zumindest nicht auszuschliessen (Urk. 7/11/4-5). Die Ärzte der Universitätsklinik C.____ hatten dem Beschwerdefahrer sowohl nach der Schulteroperation vom 9. Oktober 2007 als auch nach derjenigen vom 24. April 2008 je eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis zur klinischen Nachkontrolle sechs Wochen postoperativ attestiert (Urk. 7/11/18-19 und Urk. 7/11/15). In ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 6. Oktober 2008 bemerkten sie, dass der Beschwerdefahrer formell für schulterbelastende Tätigkeiten arbeitsunfähig sei, für leichte Tätigkeiten jedoch nicht. Genaueres könnten sie nach der nächsten Kontrolle mitteilen. In den Berichten an die Beschwerdegegnerin vom 18. Dezember 2008 und 12. März 2009 (Urk. 7/13-14) machten sie in der Folge keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit. Im Bericht vom 30. März 2009 (Urk. 7/15) hielten sie jedoch, wie erwähnt, fest, es sei wohl kaum realistisch, eine Stelle mit schwer körperlicher Tätigkeit zu suchen. In einer leichten oder mittelschweren angepassten Tätigkeit ohne das Heben von schweren Gewichten und ohne repetitive Schulterbelastung, insbesondere nicht über Brusthöhle, wäre der Beschwerdefahrer aber mindestens zu 50 %, wahrscheinlich jedoch zu 100 % arbeitsunfähig (richtig: arbeitsfähig). Sie schlossen somit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ebenfalls nicht aus.

3.5.1.1.1 Objektive Anhaltspunkte dafür, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdefahrers seit dem Gutachten des D.____ vom 13. Juli 2010 bis zum Erlass der - rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden (BGE 130 V 446 E. 1.2 mit Hinweisen) - Verfügung vom 1. Dezember 2010 (Urk. 2) massgeblich verschlechtert haben könnte, liegen nicht vor. Dass seitens der Universitätsklinik C.____ anlässlich der Untersuchung vom 24. November 2010 neue Massnahmen (diagnostische und therapeutische Infiltration) als indiziert betrachtet wurden (Urk. 7/50/2), lässt jedenfalls keine Rückschlüsse auf eine im Verfügungszeitpunkt (1. Dezember 2010 [Urk. 2]) bestehende (dauerhafte) Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu, zumal dem Beschwerdefahrer im betreffenden Bericht der Universitätsklinik C.____ an die Beschwerdegegnerin vom 7. Dezember 2010 keine (neuerliche) Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde. Der Umstand, dass in der Folge offenbar beschlossen wurde, im Februar

2011 erneut eine Schulteroperation in der Universitätsklinik C.____ durchzuführen (Urk. 1 Seite 4), ändert daran nichts.

3.6. Demnach kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer seit dem 9. Oktober 2007 in seiner bisherigen Tätigkeit als Kommissionierer nicht mehr arbeitsfähig ist, für angepasste (dem gutachterlichen Belastungsprofil entsprechende) Tätigkeiten aber zumindest seit August 2008 eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Von weiteren medizinischen Abklärungen sind - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - keine entscheiderelevanten neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_945/2009 vom 23. September 2010 E. 10.3).

E. 4

4.1. Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

4.2. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

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 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, so ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (Urteil des Bundesgerichtes 8C_361/2011 vom 20. Juli 2011 E. 6.1 unter Hinweis auf BGE 126 V 75 E. 5b und BGE 134 V 322 E. 5.2).

E. 4.3

4.3.1. Die Beschwerdegegnerin ermittelte das Valideneinkommen des Beschwerdeführers aufgrund des Lohnes, welchen dieser im Gesundheitsfall in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kommissionierer bei der Firma E.____ erzielt hätte, was seitens des Beschwerdeführers zu Recht nicht beanstandet wurde (Urk. 1 Seite 4). Gemäss deren Angaben im "Fragebogen für den Arbeitgeber" vom 4. Dezember 2008 (Urk. 7/12/5) hätte dieser im Jahr 2008 (Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns [Urk. 7/11/2; Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung]) Fr. 56'940.-- (= Fr. 4'380.-- x 13) betragen.

4.3.2. Zur Bemessung des Invalideneinkommens des Beschwerdeführers zog die Beschwerdegegnerin den Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) beschäftigten Männer im privaten Sektor gemäss LSE des Bundesamtes für Statistik heran, was seitens des Beschwerdeführers zu Recht ebenfalls nicht in Frage wurde. Dieser betrug im Jahre 2008 Fr. 4'806.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2008 Tabelle TA1 Seite 26), was bei einer im Jahre 2008 durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden (vgl. die Volkswirtschaft 1-2/2012, Tabelle B9.2 Seite 94) einem Verdienst von Fr. 4'998.20 pro Monat resp. einem Jahresverdienst von Fr. 59'978.40 (= Fr. 4'998.20 x 12) entspricht.

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. Dies wirkt sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau aus. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters, der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie und - da dem Beschwerdeführer eine vollschichtige Tätigkeit zumutbar ist - der Teilzeitbeschäftigung. Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % als angemessen.

4.3.3. Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2008 ist demgemäss auf Fr. 53'980.60 (= 0,9 x Fr. 59'978.40) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2008 von Fr. 56'940.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'959.40 resp. ein Invaliditätsgrad von 5 %. Dem Beschwerdeführer steht demnach keine Rente zu (Art. 28 Abs. 2 IVG).

Die Beschwerde erweist sich daher als unbegründet und ist abzuweisen.

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.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- CAP Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft AG
- 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.