

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00156 vom 11. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-11, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00156

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00156 du 11 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00156 del 11 maggio 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Die Ärzte der Rehaklinik Z.____ stellten in ihrem Bericht vom 16. Februar 2010 (Urk. 12/19/5-12 = Urk. 12/20/6-13 = Urk. 12/21/2-9) folgende Diagnosen (S. 1):

- Unfall vom 23. September 2009: Personenwagen-Heckauffahrkollision durch LKW
- Halswirbelsäulen-Distorsion QTF II
- 1. Oktober 2009 Röntgen Halswirbelsäule unauffällig
- A1 unspezifisches zervikales Syndrom in Regredienz
- A2 leichte Anpassungsstörung mit depressiven und fraglich auch ängstlichen Anteilen
- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom der Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Komponente
- 1. Oktober 2009 Röntgen Lendenwirbelsäule: Osteochondrose der Bandscheibe L3/4. Status nach Morbus Scheuermann thorakolumbal
- 31. Juli 2008: CT Lendenwirbelsäule: mediobilaterale subligamentäre Diskushernie in Höhe L4/5 ohne Einengung des Neuroforamens. Geringgradige konzentrische Protrusion der osteochondrotisch verschmälerten Bandscheibe L3/4, Flachrücken und minimale linkskonvexe Skoliose lumbosakral. Residuen nach durchgemachtem Morbus Scheuermann (vgl. Urk. 3/3)
- Unfall vom 4. Januar 2010: Supinationstrauma Fuss rechts
- 10. Februar 2010: Röntgen OSG: beginnende degenerative Veränderung am Malleolus medialis und an der ventralen Talusrolle rechtes OSG, zusätzlich auch am Talonavikularspalt degenerative Veränderungen
- arterielle Hypertonie

Als aktuelle Probleme nannten die Ärzte regrediente bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen, intermittierend unspezifische Lumbalgien sowie belastungs- und bewegungsabhängige Fersenschmerzen rechts und eine psychosoziale Belastungssituation (S. 1).

Die festgestellte psychische Störung begründete keine arbeitsrelevante Leistungsminderung. Für die Nebentätigkeit als Taxichauffeur bestehe keine Einschränkung. In der angestammten Tätigkeit als Kassierer/Lagerist sei wegen der längeren Arbeitsunfähigkeit ab dem 15. Februar 2010 ein Einstieg mit 25 % Arbeitsunfähigkeit zu empfehlen; nach 4 Wochen, d.h. ab dem 15. März 2010, bestehe

auch hier eine volle Arbeitsfähigkeit. Jegliche anderen mittelschweren Tätigkeiten seien dem Beschwerdeführer zumutbar. Mit Blick auf die Halswirbelsäule (Unfall) seien in den nächsten drei Monaten noch länger dauernde Tätigkeiten über Kopfhöhe sowie mit Zwangshaltung im Nackenbereich zu vermeiden, ansonsten bestehe keine Einschränkung. In Bezug auf das Lendenwirbelleiden seien mittelschwere Tätigkeiten, wechselbelastend ohne häufige und länger dauernde vorgeneigte Rumpfhaltung, zumutbar (S. 2).

3.2 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. A. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, führte in seinem Bericht vom 2. März 2010 (Urk. 12/20/5, Urk. 12/22) aus, dass der Beschwerdeführer wegen posttraumatisch eingeschränkter Leistungsfähigkeit als Lagerist, aktuell als Kassierer, in einem Y.___-Markt tätig sei. In dieser Tätigkeit sei er ab April 100 % arbeitsfähig. Seiner Meinung nach leide der Beschwerdeführer an einer reaktiven Depression im Sinne einer etwas hypochondrischen Grundhaltung. Er habe ihm Mut gemacht, dass er wieder seine volle Arbeitsfähigkeit erlangen werde. Zur Zeit sei der Beschwerdeführer aber in einem gewissen seelischen Tiefzustand und habe Mühe, seine körperliche Gesundheit als solche zu sehen und zu akzeptieren. Eine Beurteilung seines Leistungsspektrums bei einer berufsberatenden Stelle der IV wäre sehr günstig, um ihm berufliche Möglichkeiten aufzuzeigen, wie er seine Lebens- und Einkommenssituation verbessern könnte (S. 1).

3.3 Der neue Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. B. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 6. Mai 2010 (Urk. 12/25/1-5) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- Halswirbelsäulen-Distorsion QFT II, bei Autounfall am 23. September 2009
- chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom
- depressive Stimmung

Der Beschwerdeführer sei seit dem 9. April 2010 bei ihm in ambulanter Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 6. Mai 2010 erfolgt sei (Ziff. 1.2). Er sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiter und Kassierer von den anderen Kollegen krank geschrieben worden (Ziff. 1.6). Die Belastbarkeit des Beschwerdeführers sei sowohl von der somatischen wie auch von der psychischen Seite her deutlich eingeschränkt (Ziff. 1.7). Nach einer erfolgreichen beruflichen Umschulung könnte eventuell eine volle Arbeitsfähigkeit wieder hergestellt werden (Ziff. 1.8). Die Ausübung von rein sitzenden oder wechselbelastenden Tätigkeiten erachtete Dr. B. ____, im Umfang eines zirka 40%igen Pensums als zumutbar (Ziff. 3).

3.4 Die Ärzte des Medizinischen Zentrums C. ____, stellten in ihrem Bericht vom 26. Mai 2010 (Urk. 12/26/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1):

- mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F 32.1), Verdacht auf schwere depressive Episode
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F.45.4)
- Stimmung durch Tabak (ICD-10 F17.2)
- lumbovertebrales Syndrom der Lendenwirbelsäule

- Osteochondrose der Bandscheibe L3/4
- mediobilaterale subligamentäre Diskushernie in Höhe L4/5
- Hüftschmerzen rechts: Tendinosis calcarea im Insertionsbereich der Gluteus-medius-Sehne rechts
- Status nach Halswirbelsäulen-Distorsion
- Supinationstrauma Fuss rechts

Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie einen Status nach psychopathologischem Glücksspiel. Der Beschwerdeführer sei seit dem 30. März 2010 bei ihnen in Behandlung, die letzte Kontrolle sei am 25. Mai 2010 erfolgt (S. 2 Ziff. 1.1).

Die berichtenden Ärzte führten weiter aus, dass bis heute eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Die Schmerzen im Rücken, in den Schultern, im Nacken, im Kreuz und in den Knien begrenzten die Beweglichkeit und Belastbarkeit des Beschwerdeführers stark. Er leide an einer Depression und unter Antriebslosigkeit, die zu einer Verminderung der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsleistung sowie zu den damit verbundenen Stimmungsschwankungen führe. Er spüre eine rasche Erschöpfbarkeit und Müdigkeit. Dazu kämen Schlafprobleme, Ängste, Sinnlosigkeit und Gedankenkreisen. Ihrer Meinung nach sei derzeit die Arbeitsfähigkeit im Erwerbsbereich unmöglich. Diese könne, sofern die weiteren Behandlungen Erleichterung brächten, leicht gesteigert werden (S. 1).

Die eheliche Beziehung sei gespannt wegen der Spielsucht. Psychosozial belastend sei der apoplektische Insult der Mutter, der Tod des Vaters 2010 sowie die Kündigung des Arbeitsverhältnisses per 31. Mai 2010. Seit dem 23. September 2009 bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Verschiedene Arbeitsversuche seien gescheitert. Seine Ehefrau habe eine IV-Rente (IV-Grad 51 %) wegen Herzproblemen. Er habe im März 2010 deutliche Suizidideen gehabt, jedoch keinen Suizidversuch unternommen. Es bestehe keine akute Suizidalität (S. 2 f. Ziff. 1.4). Der Beschwerdeführer fühle sich körperlich und psychisch krank. Die starken Schmerzen, die Depression und der allgemeine schlechte psychische Zustand verminderten seine Leistungsfähigkeit und seine Belastbarkeit stark. Die Ausübung der bisherigen Tätigkeit sei aus medizinischer Sicht in diesem Zustand nicht möglich (S. 4 Ziff. 1.7). Über eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit und Erhaltung der Einsatzfähigkeit könne derzeit überhaupt nicht diskutiert werden (S. 4 Ziff. 1.9).

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 27. Mai 2010 zuhanden von Dr. B.____ (Urk. 12/39/1-2) folgende Diagnosen (S. 1):

- schweres depressives Syndrom, vermutlich reaktiv
- Distorsionstrauma der Halswirbelsäule Grad II bis III September 2009
- chronisches Zervikalsyndrom
- Nikotinabusus

Dr. D.____ führte aus, dass ein protrahierter Verlauf mit deutlich depressiver Entwicklung nach einer geringfügigen Auffahrkollision vorliege. Körperlich habe der Beschwerdeführer die Kündigung erhalten, was auf die Beschwerden

wiederum potenziierend wirke. Der Beschwerdeführer betreibe seither wieder einen Nikotinabusus mit zwei Päckchen täglich. Das schwere depressive Syndrom werde psychiatrisch angegangen. Vermutlich handle es sich hier um eine posttraumatische Belastungsstörung (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht vom 31. Mai 2010 (Urk. 12/39/3) stellte Dr. D.____ fest, dass die Magnetresonanztomographie des Neurokraniums (vgl. Urk. 12/39/4) bis in alle Einzelheiten regelrecht sei und postkontusionelle Läsionen ebenso wenig wie Hämosiderinreste nachgewiesen werden könnten. Er führte aus, dass das schwere depressive Syndrom im Vordergrund stehe und die Beschwerden somatoform wirkten. Eine psychiatrische Therapie sei wesentlich (S. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.____ führte in seinem Bericht vom 3. August 2010 (Urk. 12/39/5) aus, dass in der Klinik X.____ eine Infiltration der Facettengelenke erfolgt sei. Die beschriebenen degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule seien nicht invalidisierend. Wesentlich sei ein schweres depressives Syndrom, vermutlich reaktiv nach Distorsionstrauma und weiter potenziert durch die Kündigung vom Mai 2010. Neurologisch seien keine neuen Gesichtspunkte, keine radikuläre Symptomatik und keine fokalen Ausfälle aufgetreten. Seines Erachtens komme der Beschwerdeführer für eine IV-Rente nicht in Frage und eine Wiedereingliederung sei wesentlich. Die lange Arbeitsunfähigkeit sei ungünstig. Er empfehle eine stationäre Rehabilitation und Behandlung, beispielsweise in Z.____ (S. 1).

3.6 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des medizinischen Zentrums C.____ präzisierten in ihrem Bericht vom 9. Mai 2011 (Urk. 17/3) die in ihrem Bericht vom 26. Mai 2010 gestellten Diagnosen (vgl. E. 3.4) dahingehend, dass sie den Verdacht auf eine schwere depressive Episode nicht bestätigten, jedoch zusätzlich folgende Diagnosen nannten (S. 1):

- posttraumatische Belastungsstörung, nach Autounfall vom 23. September 2009
- Zervikal- und Lumbalsyndrom seit Oktober 2010
- degenerative Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule mit mehrfachen leichtgradigen Bandscheibenprotrusionen, seit einigen Jahren
- koronare Eingeweiserkrankung, koronare Herzkrankheit seit Februar 2011
- diastolische Dysfunktion Grad 1

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach wie vor sei der Beschwerdeführer aus fachpsychiatrischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Zu den bisherigen Leiden seien vor kurzem noch Herzprobleme und Desorientiertheit mit Amnesie gekommen, die den Beschwerdeführer stark ängstlich und unsicher gemacht hätten. Es sei im Moment nicht möglich, eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit und die Erhaltung der Einsatzfähigkeit zu bestimmen, genauso wenig wie eine Arbeitsaufnahme in angepasster Tätigkeit (S. 2 Ziff. 2). Es bestehe eine deutliche Komorbidität durch die Depression. Der Beschwerdeführer habe sich vollständig zurückgezogen. Weiter liege ein deutlich verfestigter innerseelischer Verlauf vor, und es sei bisher kaum zu einer Veränderung des Zustandsbildes gekommen. Zudem leide der Beschwerdeführer an einer koronaren Herzkrankheit Ä Ä (S. 2 f. Ziff. 3).

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung und in diesem Zusammenhang insbesondere die Frage, wie es sich mit seiner Arbeitsfähigkeit in der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit verhält.

4.2 Aufgrund der Akten - insbesondere gestützt auf die Ausführungen der Ärzte der Rehaklinik Z.____ im Bericht vom Februar 2010 (vgl. Urk. 2 S. 1 f.), der den praxisgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beurteilungsgrundlage genügt (vgl. E. 1.6 hiervor) - ist davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht die Ausübung von körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten (wechselbelastend ohne häufige und länger dauernde vorgeneigte Rumpfhaltung; S. 2) ab 15. März 2010 - zumindest bis zum Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2011 (BGE 131 V 9 E. 1 S. 11, 130 V 445 E. 1.2 S. 446 je mit Hinweisen) - im Umfang eines Vollzeitpensums zumutbar war. Dies muss umso mehr gelten, als die Auffassung der Ärzte der Rehaklinik Z.____ sowohl durch die Angaben des ehemaligen Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. A.____, der den Beschwerdeführer ab April 2010 als Kassierer ebenfalls wieder als voll arbeitsfähig einschätzte (vgl. E. 3.2), bestätigt wurde, als auch durch die Ausführungen von SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.____, orthopädische Chirurgie FMH, der den Beschwerdeführer am 2. September 2010 untersuchte (vgl. Bericht vom 3. September 2010; Urk. 12/34 S. 7). Dr. D.____ äusserte sich zwar nicht ausdrücklich zur Arbeitsfähigkeit, aber auch er vertrat im August 2010 die Meinung, dass der Beschwerdeführer für eine IV-Rente nicht in Frage komme, wobei er eine Wiedereingliederung und eine psychiatrische Therapie für wesentlich erachtete (vgl. E. 3.5). Etwas Anderes wird - soweit ersichtlich - auch vom Beschwerdeführer nicht, oder jedenfalls nicht ausdrücklich geltend gemacht (vgl. Urk. 1, 7, 16).

4.3 Zu präzisieren bleibt, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht verhält. Gemäss Bericht der Rehaklinik Z.____ vom 16. Februar 2010 (Urk. 12/19/5-12) leidet der Beschwerdeführer an einer leichten Anpassungsstörung mit depressiven und fraglich auch ängstlichen Anteilen (S. 1), die jedoch keine arbeitsrelevante Leistungsminderung begründe (S. 2). Demgegenüber diagnostizierten die Ärzte des Medizinischen Zentrums C.____ in ihren Berichten vom 26. Mai 2010 und vom 9. Mai 2011 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung sowie eine mittelgradige (eventuell schwere) depressive Episode (Urk. 12/26/6-9 S. 2 Ziff. 1.1) beziehungsweise eine posttraumatische Belastungsstörung (Urk. 17/3 S. 1) und gingen mit Blick darauf von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus.

4.4 Wie das psychische Beschwerdebild diagnostisch einzustufen ist, muss nicht abschliessend geklärt werden. Offen bleiben kann auch, ob mit der diagnostizierten depressiven Episode, neben der Schmerzproblematik (als pathogenetisch ätiologisch unklarem syndromalem Zustand) eine psychische Komorbidität vorliegt (vgl. BGE 131 V 49 E. 1.2 S. 50 f. mit Hinweisen), da deren Erheblichkeit, das heisst die Eignung, ausnahmsweise auf die Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerzüberwindung schliessen zu lassen (BGE 130 V 352 E. 3.3.1 S. 358), ohnehin zu verneinen wäre. In erster Linie existieren keine genügenden Anhaltspunkte für die Annahme, dass die Schmerzproblematik auf Grund der geltend gemachten psychischen Komorbidität eine invalidisierende Wirkung zeitigt. Die gegenteilige Würdigung des medizinischen

Sachverhalts erweist sich als - in wesentlichen Teilen - nicht nachvollziehbar. Zum Einen ist zu beachten, dass mittelgradige depressive Episoden praxisgemäss regelmässig als keine - von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare - andauernde Depression im Sinne eines verselbstständigten Gesundheitsschadens betrachtet werden, welche es der betroffenen Person verunmöglichten, die Folgen der bestehenden Schmerzproblematik zu überwinden (so unter anderem Urteile des Bundesgericht 9C_124/2011 vom 18. April 2011 E. 3.2, 8C_958/2010 vom 25. Februar 2011 E. 6.2.2.2, 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1 und 9C_803/2008 vom 29. Mai 2009 E. 5.3.2 mit Hinweisen). Dazu kommt, dass das Beschwerdebild im zu beurteilenden Fall gemäss Bericht des Medizinischen Zentrums C.____ vom 26. Mai 2010 (Urk. 12/26/6-9) in nicht unerheblichem Masse von - grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteile des Bundesgerichts 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.1, 9C_272/2009 vom 16. September 2009 E. 5.2 mit Hinweisen, in: SVR 2010 IV Nr. 19 S. 58, und 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1) - psychosozialen Belastungsfaktoren (Spielsucht, Schulden, angespannte eheliche Beziehung, Hirnschlag der Mutter, Tod des Vaters, Kündigung des Arbeitsverhältnisses und verschiedene gescheiterte Arbeitsversuche; vgl. Urk. 12/26/7 f. Ziff. 1.4) mitbestimmt beziehungsweise verstärkt wird.

4.5 Neben der fehlenden erheblichen psychischen Komorbidität sind auch die übrigen Umstände für eine ausnahmsweise invalidisierende somatoforme Schmerzstörung nicht erfüllt (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354). Chronische Begleiterkrankungen sind zu verneinen, da sich das diagnostizierte lumbospondylogene und zervikale Schmerzsyndrom als zu wenig erheblich zeigt, um Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu haben. Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ist ebenfalls zu verneinen, zumal der Beschwerdeführer im täglichen Kontakt zu seiner Ehefrau und seinem Sohn steht, mit denen er zusammen lebt. Daneben geht er - gemäss seinen eigenen Angaben gegenüber Dr. med. E.____ (vgl. Bericht vom 3. September 2010; Urk. 12/34 S. 3 f.) - auch regelmässig spazieren und zusammen mit der Familie einkaufen. Schliesslich sind auch die unbefriedigenden Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen zu verneinen, da aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung, welcher kein Krankheitswert zukommt, diese sowohl im rheumatologischen wie auch im psychiatrischen Bereich kaum Erfolge hatten. Somit ist eine zumutbare willentliche Überwindbarkeit wegen Fehlens der Kriterien, welche dieser ausnahmsweise entgegenstehen (BGE 130 V 352), zu bejahen.

4.6 Anzumerken bleibt, dass der erlittene Auffahrunfall vom 23. September 2009 (vgl. Urk. 12/13/35 ff.) - entgegen der Auffassung der Ärzte des Medizinischen Zentrums C.____ (Urk. 17/3) - auch nicht geeignet ist, eine invalidisierende posttraumatische Belastungsstörung zu bewirken. Eine solche wird nur anerkannt, wenn sie nach einem traumatischen Ereignis von aussergewöhnlicher Schwere auftritt, wie beispielsweise nach Vergewaltigung oder mehrmonatiger Lagerhaft, nicht aber nach einem Verkehrsunfall (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 203/06 vom 28. Dezember 2006 E. 4.4 mit Hinweisen; vgl. auch die entsprechende Umschreibung in der ICD-10-Klassifikation, Kapitel V, F43.1, wonach eine Situation mit aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmass vorausgesetzt wird, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde"; vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation

psychischer Störungen, 8. A., 2011, S. 207). Dass der Beschwerdeführer den Unfall subjektiv möglicherweise als äusserst traumatisch erlebt hat, ändert daran nichts (Urteil des Bundesgerichts 9C_775/2009 vom 12. Februar 2010 E. 4.1).

4.7 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 12. Januar 2011 zu Recht auf die schlüssige und überzeugende Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte der Rehaklinik Z. im Bericht vom Februar 2010 abgestellt hat (vgl. Urk. 2 S. 1 f.). Vor diesem Hintergrund sind von den beantragten - zusätzlichen medizinischen Abklärungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb im Sinne antizipierter Beweiswürdigung darauf verzichtet werden kann (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69; 136 I 229 E. 5.3 S. 236). Demnach steht fest, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit als Kassierer/Lagerist (beziehungsweise als Detailhandelsangestellter) - wie auch in sämtlichen anderen mittelschweren Tätigkeiten - lediglich vorübergehend zu 25 % eingeschränkt und ab dem 15. März 2010 wieder voll arbeitsfähig war, währenddem in der Tätigkeit als Taxifahrer nie eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte (vgl. E. 3.1).

5. Nach dem Gesagten war die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers im massgebenden Zeitpunkt weder im angestammten Beruf noch in vergleichbaren Verweisungstätigkeiten gesundheitsbedingt eingeschränkt. Dies schliesst den Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung ohne Weiteres aus, da wer nicht mindestens teilweise arbeitsunfähig ist, auch nicht erwerbsunfähig und mithin nicht invalid im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sein kann (BGE 105 V 141 E. 1b; ZAK 1985 S. 224 E. 2b; vgl. auch BGE 115 V 133). An diesem Ergebnis ändert auch der Hinweis des Beschwerdeführers auf neu hinzugekommene Herzprobleme nichts, zumal diese, soweit ersichtlich, nicht den gerichtlich massgebenden Prüfungszeitraum bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 12. Januar 2011 betreffen (BGE 131 V 407 E. 2.1.2.1 S. 412; 116 V 246 E. 1a S. 248). Eine seitherige Verschlechterung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit ist vielmehr auf dem Weg einer Neuanmeldung (Art. 87 Abs. 4 in Verbindung mit Abs. 3 IVV) geltend zu machen.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

6. Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie 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 Kurt Pfändler
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Bundesamt für Sozialversicherungen

