

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00698 vom 26. Juni 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-06-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00698](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00698)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00698 du 26 juin 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00698 del 26 giugno 2012

## Erwägungen

### E. 2

2.1. Strittig und zu präzisieren ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

2.2. Der Beschwerdeführer bringt sinngemäss vor, auf das A.\_\_\_\_-Gutachten könne nicht abgestellt werden (Urk. 1 S. 3-5). Es rechtfertigte sich eine neutrale und objektive Abklärung (Urk. 1 S. 4). Zur Begründung verweist er auf den Bericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 24. März 2010 (Urk. 3/5) und auf den Umstand, dass er sich beim D.\_\_\_\_ und E.\_\_\_\_ in Behandlung befinde (Urk. 1 S. 5-6). Ferner macht er geltend, die A.\_\_\_\_-Gutachter hätten nicht die richtige Diagnose gestellt und nicht anerkannt, dass bei ihm eine Diskushernie im Halswirbelbereich bestehe (Urk. 14 S. 2-3). Gemäss den Ärzten des D.\_\_\_\_ liege aufgrund der ermittelten Daten und Fakten eine mittelgradige Depression vor (Urk. 14 S. 4).

2.3. Die Beschwerdegegnerin weist darauf hin, dass sich, auch wenn die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als Parkettleger als schwer und damit als nicht mehr zumutbar beurteilt und zur Festlegung des Invalideneinkommens auf Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE) abgestellt werde, beim Einkommensvergleich kein anspruchsbegründender Invaliditätsgrad ergebe (Urk. 8 S. 1). Ausgehend vom statistischen Lohn gemäss LSE 2008 für Männer, Total aller Wirtschaftszweige Ziff. 1 bis 93, Anforderungsniveau 3, sowie unter Berücksichtigung einer Leistungseinschränkung von 20 % und eines leidensbedingten Abzugs von 10 % errechnete sie ein Invalideneinkommen von Fr. 53'459.81. Gestützt auf die Angaben im Arbeitgeberfragebogen ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Valideneinkommen von Fr. 82'134.83 und damit einen Invaliditätsgrad von rund 35 % (Urk. 6 S. 2).

### 3. Â Â Â Â Â Â

3.1. 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 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 (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver

Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

3.2 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichts darf das Gericht Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C\_1055/2010 vom 17. Februar 2011 E. 4.1, mit weiteren Hinweisen). Ferner ist zu berücksichtigen, dass einer Begutachtung durch eine MEDAS die rechtlich determinierten versicherungsmedizinischen Vorgaben zugrunde liegen. Dergestalt sind die Schlussfolgerungen der MEDAS-Expertisen auf die IV-spezifischen Tatfragen zugeschnitten, was ihnen hinsichtlich der Beweiskraft oft einen entscheidenden Vorteil gegenüber (abweichenden) Berichten aus therapeutischen Zusammenhängen verschafft (BGE 137 V 210 E. 1.2.4, mit weiteren Hinweisen). In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Das gilt auch für den therapeutisch tätigen Psychiater mit seinem besonderen Vertrauensverhältnis zum Patienten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_864/2009 vom 2. Dezember 2009 E. 3, mit Hinweis auf das Urteil I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4).

3.5 Für die Beurteilung der Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung oder des Einspracheentscheides ist für das Sozialversicherungsgericht in

der Regel der Sachverhalt massgebend, der zur Zeit des Erlasses des angefochtenen Verwaltungsaktes gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen VerwaltungsverfÄ¼gung bilden (BGE 130 V 138 E. 2.1 mit Hinweis).

#### E. 4

4.1Ä Ä Ä Ä In medizinischer Hinsicht stÄ¼tzte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das A.\_\_\_-Gutachten vom 18. Oktober 2010 (Urk. 9/31, Urk. 9/32/4). Die bis zur Begutachtung im A.\_\_\_ vom 31. August 2010 aufgelegten medizinischen Akten und die bei den A.\_\_\_-Gutachten nachträ¼glich eingegangenen medizinischen Unterlagen werden im A.\_\_\_-Gutachten aufgelistet bzw. zusammengefasst (Urk. 9/31/3-6), weshalb sie an dieser Stelle nicht noch einmal wiedergegeben werden.

#### 4.2Ä Ä Ä Ä

4.2.1Ä Ä Ä Am A.\_\_\_-Gutachten vom 18. Oktober 2010 waren die Dres. med. F.\_\_\_, Internistische/allgemeinmedizinische FallfÄ¼hrung, G.\_\_\_, Facharzt fÄ¼r Neurologie, und H.\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, beteiligt (Urk. 9/31/20). GestÄ¼tzt auf die von der Beschwerdegegnerin zur VerfÄ¼gung gestellten Akten und die nachträ¼glich eingegangenen Unterlagen, die eigenen Untersuchungen des BeschwerdefÄ¼hrers (internistische/allgemeinmedizinische, psychiatrische und neurologische Untersuchungen) vom 31. August 2010 und die Schlussfolgerungen des multidisziplinÄ¼ren Konsensus (Urk. 9/31/17-20) stellten die A.\_\_\_-Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit: (1) leichte depressive Episode gemÄ¼ss ICD-10: F32.0, (2) anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung gemÄ¼ss ICD-10: F45.4 sowie (3) zervikozephal Syndrom (ICD-10: M53.1) ohne Anhalt fÄ¼r radikulÄ¼re oder medullÄ¼re Symptome bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma im Januar 2008 gemÄ¼ss ICD-10: S13.4 (Urk. 9/31/17). Ohne Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit diagnostizierten die Gutachter eine Adipositas (BMI 33 kg/m2) gemÄ¼ss ICD-10: E66.0 (Urk. 9/31/17).

4.2.2Ä Ä Ä Der Gesamtbeurteilung der A.\_\_\_-Gutachter ist hinsichtlich der ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers in der angestammten TÄ¼tigkeit und in anderen TÄ¼tigkeiten zu entnehmen, dass bei den Untersuchungen die subjektiv vom BeschwerdefÄ¼hrer angegebenen Nacken- und RÄ¼ckenschmerzen, welche seit dem Unfall vom Januar 2008 bestehen wÄ¼rden, im Vordergrund standen. Im Rahmen der neurologischen Untersuchung hÄ¼tten ausser einem myofaszial bedingten zervikozephalen Syndrom keine objektiven pathologischen Befunde erhoben werden kÄ¼nnen. Die vom BeschwerdefÄ¼hrer angegebene Minderempfindung auf der linken KÄ¼rperseite habe ebenso wie die SchwindelzustÄ¼nde nicht objektiviert werden kÄ¼nnen. Im Neurostatus hÄ¼tten sich daraus verschiedene Inkonsistenzen ergeben. Aus neurologischer Sicht seien dem BeschwerdefÄ¼hrer Ä¼berkopparbeiten nicht mehr zumutbar. FÄ¼r alle Ä¼brigen kÄ¼rperlichen leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden TÄ¼tigkeiten bestehe aus neurologischer Sicht eine vollstÄ¼ndige Arbeits- und LeistungsfÄ¼higkeit (Urk. 9/31/18). Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine leichte depressive Episode diagnostiziert worden. ZusÄ¼tzlich bestehe eine anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung. Damit kÄ¼nnten die somatisch nicht objektivierbaren Beschwerden erklÄ¼rt werden. Durch die eigenstÄ¼ndige Depression sei die ArbeitsfÄ¼higkeit aus psychiatrischer Sicht um 20 % eingeschrÄ¼nkt. Im internistischen Status sei eine Adipositas festgestellt worden. Die Ä¼brigen Befunde seien unauffÄ¼llig. Die bei den Laboruntersuchungen leicht erhÄ¼hten

Leberwerte seien unspezifisch und könnten mit der Adipositas erklärt werden. Aus internistischer und anderweitig somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht eingeschränkt (Urk. 9/31/18). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der erhobenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seit Unfall vom 26. Januar 2008 eingeschränkt sei. Retrospektiv könne aufgrund der beschriebenen Befunde für die Dauer von drei Monaten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden. Anschliessend habe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche vorerst durch das Zervikalsyndrom und im Jahr 2009 vorwiegend durch das psychische Leiden bedingt gewesen sei. Die Verbesserung der Depression habe sich allmählich eingestellt. Ein genauer Zeitpunkt könne nicht angegeben werden. Die A.\_\_\_\_-Gutachter weisen darauf hin, dass die von ihnen festgestellte Arbeitsfähigkeit sicher ab dem Untersuchungsdatum im August 2010 bestehe. Ab Anfang 2010 könne über die Zeit gemittelt von einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (Urk. 9/31/18).

## E. 5

5.1 Die Würdigung des A.\_\_\_\_-Gutachtens vom 18. Oktober 2010 ergibt, dass diese Expertise für die streitigen Belange umfassend ist und auf allseitigen, nämlich internistischen, psychiatrischen und neurologischen Untersuchungen beruht. Die A.\_\_\_\_-Gutachter erstatteten ihre Expertise unter Berücksichtigung der geklagten Beschwerden (insbes. Urk. 9/31/7, Urk. 9/31/9-10, Urk. 9/31/14) und in Kenntnis der Vorakten (Urk. 9/31/3-6). Sie nahmen ferner zu den früheren psychiatrischen Einschätzungen Stellung (Urk. 9/31/13). Die Schlussfolgerungen der A.\_\_\_\_-Gutachter sind nachvollziehbar begründet.

5.2 Anders als die A.\_\_\_\_-Gutachter stellte der behandelnde Psychiater Dr. Z.\_\_\_\_ die Diagnosen Depression, Neurasthenie, Schmerzverarbeitungsstörung, ev. Somatisierungsstörung sowie Verdacht auf unspezifische Persönlichkeitsstörung (Urk. 9/27/2, Urk. 9/27/13) und attestierte dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeit und einer solchen von über 75 % in behinderungsangepassten Tätigkeiten (Urk. 9/27/20). Rechtsprechungsgemäss sind Berichte von behandelnden Ärzten mit Zurückhaltung zu werten (E. 3.4). Die A.\_\_\_\_-Gutachter setzten sich mit der Einschätzung von Dr. Z.\_\_\_\_ auseinander und hielten dafür, dass es sich bei der Gesundheitsstörung des Beschwerdeführers nicht (mehr) um eine Schmerzverarbeitungsstörung, sondern mittlerweile um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung handle. Die psychosozialen und emotionalen Belastungen seien deutlich ausgeprägt, um sich auch in den Schmerzen ausdrücken zu können. Gegenwärtig bestehe eine leichte depressive Episode unter genauer Berücksichtigung der diagnostischen Kriterien der ICD-10. Bei einer Neurasthenie müsse stets eine depressive Episode ausgeschlossen werden. Lediglich eine Neurasthenie wirke sich aus versicherungsmedizinischer Sicht in der Regel nicht deutlich auf die Arbeitsfähigkeit aus. Die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit könne nicht gestellt werden. Beim Unfallereignis handle es sich nicht um ein deutlich schweres Ereignis, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde und die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als Spätfolge des Unfalls begründen könnte. Bei genauer Diagnosestellung habe ab Beginn der Behandlung 2009 wahrscheinlich eine mittelgradige depressive Episode bestanden. Die von Dr. Z.\_\_\_\_

angegebene Arbeitsunfähigkeit sei deshalb zu hoch eingeschätzt. Rückwirkend müsste 2009 die Arbeitsunfähigkeit mit zu 50 % angegeben werden (Urk. 9/31/13). Damit legen die A.\_\_\_\_-Gutachter in nachvollziehbarer und überzeugender Weise dar, weshalb auf die Beurteilung von Dr. Z.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden kann.

### E. 5.3

5.3.1.1. Der Beschwerdeführer erhebt verschiedene Einwände gegen das A.\_\_\_\_-Gutachten vom 18. Oktober 2010 (Urk. 9/31) und bezieht sich dabei insbesondere auf die Stellungnahme der Ärzte des D.\_\_\_\_ zum psychiatrischen Teil des A.\_\_\_\_-Gutachtens vom 9. November 2011 (Urk. 15/6).

5.3.2. Es wird mit Hinweis auf die von PD Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie, erhobenen Befunde sinngemäss vorgebracht, dass im Bereich der HWS eine Diskushernie bestehe, welcher von den A.\_\_\_\_-Gutachtern zu Unrecht nicht als wesentlicher Befund angesehen worden sei (Urk. 15 S. 3). In seinem Bericht vom 15. Juli 2009 hielt PD Dr. I.\_\_\_\_ fest, die MRT (Magnetresonanztomographie) zeige eine Diskushernie in Höhe von C5/6 mit einer Verlagerung der Nervenwurzel von C6 linksseitig (Urk. 9/31/22), und im Bericht vom 1. Oktober 2009 teilte er mit, der Beschwerdeführer habe in der Zwischenzeit Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, konsultiert. Dr. J.\_\_\_\_ gehe davon aus, dass im Bereich der HWS elektrodiagnostisch keine darstellbare Pathologie vorhanden sei (Urk. 9/31/21). Nach der Untersuchung des Beschwerdeführers am 31. August 2010 hielten die A.\_\_\_\_-Gutachter in ihrer neurologischen Beurteilung fest, es sei eine durchgehende Minderempfindung der linken Körperhälfte und multiple Schmerzen angegeben worden. Für diese Minderempfindung ergebe sich indes bei den verschiedenen Reflexen und motorischen Prüfung kein Korrelat, wie auch alle Extremitäten beidseitig regelrecht eingesetzt würden. Auch die beidseitige Beschwielenung spreche für einen regelmässigen Gebrauch der Hände. Das Ergebnis des Rey-Tests spreche ebenfalls für eine Aggravation, welche vom Gesamtbild als bewusstseinsnah eingeordnet werden könne. Es möge ein kleiner organischer Kern im Rahmen eines zervikozephalen Syndroms bestanden haben, dies sei jetzt nur wenig relevant. So komme auch der im MRI (Magnetic Resonance Imaging) der HWS 2008 erwähnten leichten Diskushernie ohne neurologisches Korrelat keine Bedeutung zu. - Diese Ausführungen sind schlüssig und überzeugend. Aus dem Hinweis auf die Diskushernie im Bereich der HWS kann der Beschwerdeführer damit nichts zu seinen Gunsten ableiten.

5.3.3. Die Ärzte des D.\_\_\_\_ bemängeln in ihrer Stellungnahme vom 9. November 2011, dass die psychiatrische Untersuchung im A.\_\_\_\_ nur rund 30 Minuten gedauert habe, was für den komplexen Sachverhalt zu kurz gewesen sei (Urk. 15/6 S. 2). Obwohl sie an anderer Stelle selber darauf hinweisen, dass der Beschwerdeführer gut deutsch spreche (Urk. 15/6 S. 3), sind diese Ärzte ferner der Auffassung, dass bei der psychiatrischen Untersuchung durch den A.\_\_\_\_-Gutachter auch ein Übersetzer hätte beigezogen werden müssen (Urk. 15/6 S. 2). Dass die psychiatrische Untersuchung im A.\_\_\_\_ nur rund 30 Minuten gedauert haben soll, ist eine blosser Behauptung. Jedenfalls waren gemäss Untersuchungsprogramm vom 31. August 2010 für die psychiatrische Untersuchung zwei Stunden eingeplant worden (Urk. 9/30/3). Abgesehen davon kann aufgrund einer kurzen Dauer der Untersuchung nicht schon auf eine Mangelhaftigkeit einer Expertise geschlossen werden. Kommt dazu, dass die A.\_\_\_\_-Gutachter durch die medizinischen Vorakten über den Leidensverlauf ausführlich dokumentiert waren (vgl. Urteil des

Bundesgerichts 8C\_504/2008 vom 10. Oktober 2008). Im  $\ddot{A}$ ussagen bestehen keine Anhaltspunkte, dass der Beschwerdeführer sich in der deutschen Sprache nicht gen $\ddot{U}$ gend verst $\ddot{A}$ ndigen k $\ddot{O}$ nnnte. Er reiste bereits im Jahre 1988 in die Schweiz ein und arbeitete im Kanton Z $\ddot{U}$ rich, wobei er zuvor in Deutschland f $\ddot{U}$ nf Jahre lang die Schule besucht hatte. In Z $\ddot{U}$ rich f $\ddot{U}$ hrte er als Selbst $\ddot{A}$ ndigerwerbender ein Bodenlegerunternehmen (Urk. 9/31/7).

$\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  Weiter kritisieren die  $\ddot{A}$ rzte des D. \_\_\_\_, dass die Medikamentenliste unvollst $\ddot{A}$ ndig und Symptome nur oberfl $\ddot{A}$ chlich aufgenommen worden seien. Die Angaben zu den Medikamenten erhielten die A. \_\_\_\_-Gutachter allerdings aufgrund der Ausf $\ddot{U}$ hrungen des Beschwerdeführers. Zudem wurde bei der Blutuntersuchung im Labor des A. \_\_\_\_ ein Medikamentenspiegel erhoben (Urk. 9/31/8), welcher  $\ddot{A}$ ber den Medikamentenkonsum des Beschwerdeführers Auskunft gab. Die Vorbringen der  $\ddot{A}$ rzte des D. \_\_\_\_ verm $\ddot{O}$ gen keinen Zweifel am psychiatrischen Teil des A. \_\_\_\_-Gutachtens vom 18. Oktober 2010 zu begr $\ddot{U}$ nden. Soweit sie ihre Beurteilung als behandelnde Psychiater den Erkenntnissen der A. \_\_\_\_-Gutachters gegen $\ddot{U}$ berstellen, verkennen sie den Unterschied zwischen Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (vgl. Urteil Bundesgericht 9C\_882/2009 vom 1. April 2010 E. 4.3).

5.4  $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  Zusammenfassend kommt der Expertise des A. \_\_\_\_ voller Beweiswert zu. Daran verm $\ddot{O}$ gen auch die  $\ddot{A}$ brigen,  $\ddot{A}$ ber weite Strecken nicht substantiierten, Vorbringen des Beschwerdeführers ("20%ige- $\ddot{A}$ " usw.) nichts zu  $\ddot{A}$ ndern.

5.5  $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  Die A. \_\_\_\_-Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer eine 20%ige Arbeitsunf $\ddot{A}$ higkeit und begr $\ddot{U}$ ndeten diese mit der von ihnen diagnostizierten "eigenst $\ddot{A}$ ndigen Depression" (Urk. 9/31/18 Ziff. 6.2). Da indes eine "leichte depressive Episode" (s. E. 4.2.1) praxisgem $\ddot{A}$ ss keine Invalidit $\ddot{A}$ t im Rechtssinne zu begr $\ddot{U}$ nden vermag und dies auch f $\ddot{U}$ r die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzst $\ddot{O}$ rung gilt (Urteil 9C\_235/2007 vom 8. Mai 2008 E. 3.3), und da das ebenfalls diagnostizierte zervikozepale Syndrom sich nicht beeintr $\ddot{A}$ chtigend auf die T $\ddot{A}$ tigkeit als Bodenleger auswirkt (vgl. Gutachten Urk. 9/31/17 Ziff. 4.2.5), hat die Beschwerdegegnerin bei der Ermittlung des Invalidit $\ddot{A}$ tgrades zu Unrecht eine 20%ige Arbeitsunf $\ddot{A}$ higkeit ber $\ddot{A}$ cksichtigt.

6.  $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  In erwerblicher Hinsicht ist nach dem Gesagten erstellt dass der Beschwerdeführer seine bisherige T $\ddot{A}$ tigkeit als Bodenleger uneingeschr $\ddot{A}$ nkt aus $\ddot{U}$ ben k $\ddot{O}$ nnnte. Damit liegt keine Invalidit $\ddot{A}$ t vor, weshalb sich die Beschwerde als unbegr $\ddot{U}$ ndet erweist, was zu deren Abweisung f $\ddot{U}$ hrt.

7.  $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das vorliegende Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabh $\ddot{A}$ ngig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1.  $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$   $\ddot{A}$  Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit auf sie eingetreten wird.

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 Dr. Kreso Glavas
- 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.