

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01097 vom 7. Juni 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-06-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.01097](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.01097)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01097 du 7 juin 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.01097 del 7 giugno 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Der 1952 geborene, als Kurierfahrer bei der Y. GmbH tätige und dadurch bei der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA) gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versicherte X. verdrehte sich am 2. Juni 2006 beim Ausliefern eines Koffers den rechten Arm und die rechte Schulter (Urk. 12/10/8). Der behandelnde Arzt, Dr. med. Z., Facharzt für Chirurgie, diagnostizierte ein Distorsionsstrauma der rechten Schulter mit partieller Supraspinatussehnenruptur (Bericht vom 30. September 2006 [Urk. 12/11/1]). X. war in der Folge teilweise arbeitsunfähig. Die SUVA erbrachte gesetzliche Leistungen.

1.2. Unter Hinweis auf seit Jahren bestehende Rücken- und Schulterbeschwerden sowie auf Unfallfolgen meldete sich X. im Juli 2006 (Urk. 12/1) zum Leistungsbezug an. Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte zunächst einen Anspruch von X. auf eine Invalidenrente, da ein allfälliger Rentenanspruch frühestens ab 1. Juni 2007 bestehe (Verfügung vom 20. Februar 2007 [Urk. 12/15]). Nach Erhalt der Akten der SUVA (Urk. 12/19/1-103) und der Wiederanmeldung von X. von April 2009 (Urk. 12/26) traf die IV-Stelle weitere erwerbliche und medizinische Abklärungen und holte insbesondere Stellungnahmen ihres Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) ein (Urk. 12/66). Gestützt darauf verneinte die IV-Stelle nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren mit Verfügung vom 13. September 2011 den Anspruch von X. auf eine Invalidenrente erneut (Urk. 12/79 = 2); siehe auch Feststellungsblätter vom 27. Juni 2011 [Urk. 12/66] und vom 13. September 2011 [Urk. 12/78]).

1.3. Mit Urteil des hiesigen Gerichts im unfallversicherungsrechtlichen Verfahren UV.2009.00404 vom 24. Dezember 2010 wurde die Beschwerde von X. gegen den Einspracheentscheid der SUVA vom 15. Oktober 2009 (Urk. 12/40), mit welchem diese einen Anspruch von X. auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung verneint hatte, abgewiesen. Das Gericht stellte dabei in medizinischer Hinsicht insbesondere auf die Beurteilung von SUVA-Kreisarzt Dr. med. A., Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 25. August 2008 ab (Urk. 3/2 E. 3.2), gemäss welcher bezogen auf Unfallfolgen eine angepasste Tätigkeit ganztags zumutbar sei (Urk. 12/19/7).

### E. 1.2

1.2.1. Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen

Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt.

Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

1.2.2.2 Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr 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 längerdauernde 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 (BGE 130 V 352). Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C\_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5), bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C\_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4), bei einer HWS-Verletzung (Schleudertrauma) ohne organisch nachweisbare Funktionsfälle (BGE 136 V 279) sowie bei nicht organischer Hypersomnie (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen) analog angewendet.

1.3.3.3 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:  
a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. Während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

1.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). Auch den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte und Ärztinnen kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen. Die Tatsache allein, dass der befragte Arzt oder die befragte Ärztin in einem Anstellungsverhältnis zum Versicherungsträger steht, lässt nicht schon auf mangelnde Objektivität und auf Befangenheit schliessen. Es bedarf vielmehr besonderer Umstände, welche das Misstrauen in die Unparteilichkeit der Beurteilung objektiv als begründet erscheinen lassen. Im Hinblick auf die erhebliche Bedeutung, welche den Arztberichten im Sozialversicherungsrecht zukommt, ist an die Unparteilichkeit des Gutachters oder der Gutachterin allerdings ein strenger Massstab anzulegen (RKUV 1999 Nr. U 356 S. 572; BGE 122 V 157 E. 1c; vgl. auch 123 V 331 E. 1c, zur Beweiskraft von Stellungnahmen der RAD vgl. etwa auch Bundesgerichtsurteil 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 E. 4; BGE 137 V 210 E. 1.2.1).

1.5 Nach ständiger Rechtsprechung beurteilt das Sozialversicherungsgericht die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene Abweisung des Rentenbegehrens damit, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 75 % zumutbar sei. Dabei - unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 15 % auf dem Tabellenlohn - könnte er ein Invalideneinkommen von Fr. 39'407.30 pro Jahr erzielen. Dies führe bei einem Valideneinkommen von Fr. 62'607.40 zu einem Invaliditätsgrad von 37 %, bei welchem kein Rentenanspruch bestehe (Urk. 2). In der Vernehmlassung (Urk. 11) verwies die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf die RAD-Stellungnahme 25. Mai 2010 (Urk. 12/66/3).

2.2. Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er auch in einer Verweisungsfähigkeit nicht mehr als 50 % arbeitsfähig sei (Urk. 1). Dabei weist der Beschwerdeführer auf den Bericht des Zentrums B. \_\_\_ vom 4. Oktober 2011 hin (Urk. 8).

### E. 3

3.1. Als Allgemein- beziehungsweise Vorzustand (in Bezug auf das Ereignis vom 2. Juni 2006) gab der behandelnde Dr. Z. \_\_\_ am 15. August 2006 ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, ein Handgelenksganglion rechts radial, eine Adipositas per magna sowie einen Nikotinabusus an und diagnostizierte ein unfallkausales Distorsionstrauma der rechten Schulter mit Verdacht auf eine partielle Rotatorenmanschettenruptur rechts (Urk. 12/10/3).

3.2. Vom 22. Februar bis 29. März 2007 weilte der Beschwerdeführer zur stationären Rehabilitation in der Rehaklinik C. \_\_\_, wo folgende Diagnosen gestellt wurden: Distorsionstrauma der rechten Schulter mit partieller Ruptur der ansatznahen Supraspinatussehne (nach Unfall vom 2. Juni 2006), chronisches Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS, Handgelenksganglion rechts radial sowie Adipositas per magna. Es wurde ausgeführt, acht Monate nach dem Distorsionstrauma beständen beim Beschwerdeführer belastungsabhängige Schmerzen in der rechten Schulter bei insgesamt nur leichtgradig eingeschränkter Schulterbeweglichkeit. Ein zur weiteren Abklärung durchgeführtes Arthro-MRI der rechten Schulter habe eine Unterflächendehnung der Supraspinatussehne ansatznah ergeben, jedoch keine transmurale Ruptur. Zusätzlich beständen eine diskrete Tendinopathie der Subscapularis- und Infraspinatussehne sowie eine AC-Gelenksdegeneration. Bei Austritt wurde - bei festgestellter Tendenz zur Selbstlimitierung - eine leichte bis mittelschwere Arbeit als ganztags zumutbar erachtet, unter Vermeidung von repetitiven Überkopfarbeiten und unter Angabe einer Gewichtslimite für das Tragen mit der rechten Hand von 7,5 kg (Austrittsbericht vom 20. April 2007 [Urk. 12/19/78-83]).

3.3. Dr. Z. \_\_\_ berichtete am 11. September 2007 über eine unveränderte Schulterproblematik und eine deutliche Progredienz des lumbovertebralen Syndroms. Die Abklärungsuntersuchungen hätten den Befund einer Discopathie L4/L5 und L5/S1 bei Osteochondrose dieser Segmente ergeben, ferner eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance. Dr. Z. \_\_\_ attestierte eine unfallfremd erhaltene Arbeitsunfähigkeit (Urk. 12/19/55-56).

3.4. Der SUVA-Kreisarzt Dr. A. \_\_\_ führte am 8. Januar 2008 eine Untersuchung durch. Anamnestisch gab er an, der Beschwerdeführer sei gegenwärtig im Umfang von 50 % als Kurierfahrer bei der Firma Y. \_\_\_ berufstätig. Die gegenwärtige Arbeitsunfähigkeit gehe mit 25 % zu Lasten des Unfallversicherers und mit 25 % zu Lasten des Krankenversicherers (Urk. 12/19/28). Angaben des Versicherten. In seiner Beurteilung hielt Dr. A. \_\_\_ eine persistierende Bewegungseinschränkung und eine verminderte Belastungstoleranz am rechten Schultergelenk bei traumatischer AC-Gelenksarthrose rechts und bei partieller Unterflächendehnung der ansatznahen Supraspinatussehne fest. Als unfallfremde Diagnosen gab er ein Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS mit Lumboischialgie rechts, einen belastungsabhängigen Handgelenksschmerz bei vorbekanntem Handgelenksganglion rechts, einen beginnenden Morbus Dupuytren

beiderseits, eine Adipositas per magna, einen langjährig Nikotinabusus sowie einen Verdacht auf eine Arthrose des Sternoclaviculargelenkes links an. Dr. A.\_\_\_\_ führte aus, die Tendenz zur Selbstlimitierung, wie auch in möglicherweise geringerem Ausmass zur Symptomausweitung, erschwere die Einschätzung der Unfallfolgen am rechten Schultergelenk etwas, und bat zusätzlich um Abklärung der Indikation einer Resektionsarthroplastik.

3.5. Am 6. Mai 2008 berichtete Dr. Z.\_\_\_\_ (Urk. 12/27/4-5), der Beschwerdeführer leide seit Jahren an einem chronisch rezidivierenden lumbo-vertebralen Syndrom mit vor allem belastungsabhängigen Beschwerden. Ab Oktober 2006 habe die Arbeitsfähigkeit auf 50 % erholt und nach einem stationären Aufenthalt im Frühjahr 2007 sogar auf 75 % gesteigert werden können. Infolge progredienter Rückenbeschwerden seit Mai 2007 - dem Beschwerdeführer habe vor allem das längere Sitzen beim beruflichen Autofahren grosse Probleme bereitet - habe ab 16. August 2007 wieder eine höhere Arbeitsunfähigkeit von 50 % bestanden. Diese zusätzliche Arbeitsunfähigkeit von 25 % sei jedoch unfallfremd.

3.6. Darauf folgten orthopädische und neurologische Abklärungen in der D.\_\_\_\_ Klinik. Aus orthopädischer Sicht wurde am 27. Mai 2008 als Hauptdiagnose ein subacromiales Impingementsyndrom rechts bei hypertropher AC-Gelenksarthrose rechts und ventraler PASTA-Läsion angegeben und differentialdiagnostisch eine transmurale Supraspinatussehnenruptur rechts mit Myogelosen periscapular rechts und im Trapeziusbereich rechts festgehalten. Als Nebendiagnosen wurden ein Verdacht auf Arthrose des Sternoclaviculargelenks links, ein Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der LWS mit Lumboischialgie rechts, belastungsabhängige Handgelenksschmerzen bei bekanntem Handgelenksganglion rechts, ein beginnender Morbus Dupuytren beidseits, Adipositas per magna, langjähriger Nikotinabusus (40 py) angegeben (Urk. 12/19/17-19). Aus neurologischer Sicht wurde am 1. Juli 2008 als weitere Hauptdiagnose ein rechtsbetontes zervikozepales Syndrom bei leicht degenerativen Erscheinungen im Gelenk C1/2 rechts angeführt und dazu erklärt, das Röntgenbild der HWS vom 1. Juli 2008 habe eine leichte bilaterale Gelenksarthrose rechtsbetont C1/2 gezeigt, daneben bestehe eine Verknöcherung im Bereich des vorderen Bands C4/6. Die restlichen Facettengelenke seien wohl nicht relevant degenerativ verändert. Neben der Hauptproblematik im Schulterbereich rechts liege somit ein zervikozepales Schmerzsyndrom rechts vor (Urk. 12/19/11-12).

3.7. Der SUVA-Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ definierte am 25. August 2008 folgendes Zumutbarkeitsprofil: mittelschwere Tätigkeit ganztags, wobei Lasten mit dem rechten Arm nur bis auf Brusthöhe hantiert werden sollten. Unterhalb dieser Höhe könnten auch mittelschwere Lasten gehandhabt werden. Bei Tätigkeiten über Kopf sollten kein länger andauerndes Kopfarbeiten rechts und kein kraftvoller Einsatz des rechten Armes erfolgen (Urk. 12/19/7).

3.8. Dr. Z.\_\_\_\_ erklärte am 11. März 2009 gegenüber der Krankenkasse E.\_\_\_\_, beim Beschwerdeführer bestehe seit 2. Mai 2008 wieder eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, welche sich aus einer 25%igen krankheitsbedingten (Rückenbeschwerden) und einer 25%igen unfallbedingten (Schulterbeschwerden) Arbeitsunfähigkeit zusammensetze (vgl. Zusatzfrage in Urk. 12/27/2).

3.9. Am 3. September 2009 bemass Dr. Z. \_\_\_ die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Chauffeur aufgrund von belastungsabhängigen Beschwerden gemäss den vorerwähnten Diagnosen und bei einer leichten beginnenden Coxarthrose beidseits sowie einer beginnenden medial betonten Gonarthrose links (vgl. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) mit 50 % (Urk. 12/39/1; vgl. auch gleichlautenden Bericht vom 13. April 2011 [Urk. 12/62/3-4]).

3.10. Die RAD-Ärztin Dr. med. F. \_\_\_, Praktische Ärztin, stellte am 25. Mai 2010 fest (Urk. 12/66/3), beim seit April 2007 zu 50 % als Kurierfahrer (Transport leichter Güter) tätigen Beschwerdeführer seien ein Distorsionstrauma der rechten Schulter mit ansatznaher, nicht transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne (nach Sturz auf die rechte Schulter vom 2. Juni 2006), ein lumbovertebrales Syndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule, ein Handgelenksganglion rechts radial, Adipositas per magna und Nikotinabusus diagnostiziert worden. Zusätzlich habe Dr. Z. \_\_\_ im Bericht vom 3. September 2009 den Verdacht auf Arthrose des Sternoclaviculargelenks geussert und ein Lumbovertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Lumboischialgie rechts sowie einen beginnenden Morbus Dupuytren beidseits angegeben. Aufgrund der objektiven Befunde (mittels Ultraschall nachgewiesener ansatznaher, nicht transmuraler Ruptur der Supraspinatussehne, degenerativer Veränderung der Wirbelsäule) sei nachvollziehbar, dass ab Juni 2009 eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (bezogen auf ein volles Pensum) des Versicherten für die bisherige Tätigkeit als Kurierfahrer ausgewiesen sei. Ebenfalls ab Juni 2009 sei eine Arbeitsfähigkeit von 75 % für eine angepasste Tätigkeit ausgewiesen (bezogen auf ein Pensum von 100 %). Dabei sei analog zur Angabe von Dr. Z. \_\_\_ vom 3. September 2009 folgendes Belastungsprofil zu berücksichtigen: leichte Wechselbelastung ohne Bücken, Über-Kopf-Arbeiten, Kauern, Ersteigen von Leitern und Gerästen, Heben beziehungsweise Tragen von Lasten über 15 kg (kurzfristig Belastung) beziehungsweise über 4 kg (längerdauernde Belastung).

3.11. Im nachgereichten Bericht des Zentrums B. \_\_\_ vom 4. Oktober 2011 (Urk. 8) stellten die Dres. med. G. \_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, H. \_\_\_, Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie, I. \_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie, J. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. phil. K. \_\_\_, Klinischer Psychologe, folgende Diagnosen:

- Lumbovertebralsyndrom m/b
- Spondylarthrose der unteren LWS-Segmente mit Lumboischialgie re.
- Chondrosen L3/4
- Chondrosen L4/5
- L4 li. Knochenödem (Dr. Z. \_\_\_ 03.09.09)
- Schmerzen re. Schulter m/b
- partieller Unterflächentraktur der ansatznahen Supraspinatussehne
- traumatischer Gelenksarthrose re. (Dr. Z. \_\_\_ 03.09.09)
- belastungsabhängiger Handgelenksschmerz m/b
- Handgelenksganglion (Dr. Z. \_\_\_ 03.09.09)

- beginnender Morbus Dupuytren bds. (Dr. Z.\_\_\_\_ 03.09.09)
- HÄ½ftschmerzen bds. m/b
- beginnender VerschmÄ¼lerung des Gelenkspaltes
- subchondraler Sklerose an den PfannendÄ¼chern, bilateral symmetrischer Befund (Dr. Z.\_\_\_\_ 03.09.09)
- Adipositas per magna (E66.0. BMI=39)
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10. F32.1)
- anhaltende somatoforme SchmerzstÄ¼rung (F45.4)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus psychosomatischer Sicht wurden folgende aktuelle Beschwerden genannt: Der BeschwerdefÄ¼hrer habe angegeben, seit dem Unfall vom 2. Juni 2006 an Schmerzen in der rechten Schulter und tÄ¼glichen Kopfschmerzen zu leiden. Zudem bestÄ¼nden SchlafstÄ¼rungen (2 Std. Durchschlaf), Lust- und Interesselosigkeit, MÄ¼digkeit, KonzentrationsstÄ¼rungen, Sinnlosigkeitsgedanken, Vergesslichkeit, Gedankenkreisen, Verlust von Selbstvertrauen, deutliche NervositÄ¼t, Aggressionen, Appetitzunahme (127 kg bei 180 cm). Sodann wurden folgende psychosomatische Befunde festgehalten: 59-jÄ¼hriger Patient, Ä¼usserlich geordnet, adipÄ¼s, sehr gut deutsch sprechend, kÄ¼nne nicht lange auf dem Stuhl sitzen bleiben, altersentsprechend, bewusstseinsklar und allseits orientiert; in der emotionellen Kontaktaufnahme abwartend, sachlich, aktiv im Spontanverhalten, Stimmung depressiv-resigniert, affektiv unkontrolliert; im GesprÄ¼chsverlauf verbal in Zusammenhang mit unbekannter Ursache beziehungsweise dem Unfall, schildere er sein Symptomerleben und -verhalten in Zusammenhang mit dem Unfall. Kognitiv in Aufmerksamkeit, Konzentration, MerkfÄ¼higkeit und GedÄ¼chtnis verlangsamt beziehungsweise deutlich eingeschrÄ¼nkt, deutliche Vergesslichkeit, Denken formal beweglich, inhaltlich problemzentriert. Keine Anhaltspunkte fÄ¼r psychotische Erlebnisweisen (Wahn, Wahrnehmungs- oder Ich-stÄ¼rungen). Anamnestisch deutlichere Suizidgedanken/-wÄ¼nsche, keine Suizidversuche, keine konkreten AusfÄ¼hrungsplÄ¼ne, aktuell keine akute SuizidalitÄ¼t.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In ihrer Stellungnahme zur ArbeitsfÄ¼higkeit (Konsensbeurteilung somatisch und psychiatrisch) erklÄ¼rten die Ä¼rzte des Zentrums B.\_\_\_\_, der BeschwerdefÄ¼hrer sei aus anÄ¼sthesistischer, orthopÄ¼disch-chirurgischer, rheumatologischer und psychiatrischer Sicht aufgrund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der Depression in der bisherigen oder einer angepassten TÄ¼tigkeit zu 50 % arbeitsfÄ¼hig.

#### E. 4

4.1 Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die unfallbedingten (Schulter-)Beschwerden ist gestÄ¼tzt auf das zuverlÄ¼ssige kreisÄ¼rztliche Zumutbarkeitsprofil von SUVA-Kreisarzt Dr. A.\_\_\_\_ vom 25. August 2008 (Urk. 12/19/7) eine angepasste, mittelschwere TÄ¼tigkeit ganztags als dem BeschwerdefÄ¼hrer zumutbar zu betrachten und es besteht eine ganztÄ¼gig mÄ¼gliche LeistungsfÄ¼higkeit.

4.2 Ä Ä Ä Ä In Bezug auf die unfallfremden, krankheitsbezogenen Beschwerden erfÄ¼llt die Stellungnahme von RAD-Ä¼rztin Dr. F.\_\_\_\_ die rechtsprechungsgemÄ¼ssen Anforderungen, welche an beweistaugliche medizinische Berichte gestellt werden. Ihre Berichte beruhen insbesondere auf zuverlÄ¼ssigen Vorakten und die darin enthaltenen

Schlussfolgerungen leuchten ein. Zudem stimmen die RAD-Ärztlichen Stellungnahmen vom 25. Mai 2010 und 4. Mai 2011, gemäss welchen ab Juni 2009 eine Arbeitsfähigkeit von 75 % für eine angepasste Tätigkeit ausgewiesen sei (Urk. 12/66/3-4), mit der von Dr. Z. \_\_\_ angegebenen krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit von 25 % (vgl. Urk. 12/27/2-3, 12/27/5) überein. Dabei ist die entsprechende RAD-Ärztliche Arbeitsunfähigkeit von 25 % als grosszügig zu bewerten, da sich die Arbeitsunfähigkeitsangaben von Dr. Z. \_\_\_ insbesondere auf die nicht angepasste Tätigkeit als Autokurier bezogen hatten.

4.3.1 Was den vom Beschwerdeführer neu aufgelegten anderslautenden Bericht des Zentrums B. \_\_\_ vom 4. Oktober 2011 (Urk. 8) angeht, wurde dieser zwar nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. September 2011 (Urk. 2) erstattet, doch ist die Beurteilung gleichwohl zu berücksichtigen, soweit sie Rückschlüsse auf die Zeit vor Verfügungserlass erlaubt. Allerdings weichen die darin beschriebenen somatischen Befunde und Diagnosen kaum von den bereits aktenkundigen, insbesondere von den Ärzten der D. \_\_\_ Klinik und von Dr. Z. \_\_\_ erhobenen, Feststellungen ab, welche in das RAD-Ärztliche Zumutbarkeitsprofil eingeflossen sind (vgl. Urk. 12/66/3). Dass und gegebenenfalls inwiefern aus den neuerdings in Betracht gezogenen psychiatrischen Diagnosen (mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32.1] und anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]) eine höhere Arbeitsunfähigkeit resultieren sollte, ist nicht ersichtlich. Im übrigen wäre in Bezug auf die Diagnosen mittelgradige depressive Episode und anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestützt auf die weiteren Angaben im Bericht des Zentrums B. \_\_\_ die ausnahmsweise Unüberwindbarkeit ohnehin zu verneinen. Eine psychische Komorbidität (von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung) liegt aufgrund der ärztlichen Stellungnahmen nicht vor (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2 mit Hinweisen). Sodann besteht insbesondere auch kein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, hatte der Beschwerdeführer doch eine andauernde Berufstätigkeit und eine gute Ehe beziehungsweise Freundschaft angegeben (vgl. Tagesablauf und Biographie, siehe auch Sozialanamnese aus rheumatologischer Sicht, Urk. 8 S. 2). Wesentliche körperliche Begleiterkrankungen bestehen ebenfalls nicht. Zwar kann der mehrjährige, chronifizierte Krankheitsverlauf nicht verkannt werden; jedoch ist dieses Kriterium nicht allzu stark zu gewichten, weshalb insgesamt nicht auf eine ausnahmsweise Unzumutbarkeit der willentlichen Überwindung der psychischen Störung geschlossen werden kann.

4.3.2 Demnach vermag die Stellungnahme zur zumutbaren Arbeitsfähigkeit des Zentrums B. \_\_\_ die RAD-Stellungnahmen nicht zu entkräften.

4.3.3 Für die Invaliditätsbemessung ist demnach von einer - wie erwähnt grosszügig bemessenen - Arbeitsunfähigkeit von 25 % (Arbeitsfähigkeit: 75 %) in behinderungsangepasster Tätigkeit auszugehen.

## E. 5

5.1.1 Beim Einkommensvergleich ging die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Entscheid - in Abweichung von der Regel, dass die Vergleichseinkommen auf zeitidentischer Grundlage und für den massgebenden Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns zu erheben sind (BGE 129 V 222) - von einem in masslicher Hinsicht unbestrittenen auf den Einkommensverhältnissen des Jahres 2005 beruhenden und der seitherigen Nominallohnentwicklung bis 2011 angepassten Valideneinkommen von Fr.

62'607.40 und für die Ermittlung des Invalideneinkommens von einem massgebenden, der Nominallohnentwicklung zugunsten des Beschwerdeführers nur bis 2010 angepassten, für Männer des Anforderungsniveaus 4 in Tabelle TA1 der LSE 2008 erhobenen Durchschnittswert von Fr. 62'607.40 respektive Fr. 39'407.30 aus (vgl. Urk. 2 S. 2, Urk. 1 S. 4 f., Urk. 12/65, 12/77).

5.2. Der von der Beschwerdegegnerin zugestandene behinderungsbedingte Abzug von 15 % für unmittelbar leidensbezogene Nachteile sowie für das Alter und die Teilzeitbeschäftigung ist als eher grosszügig zu beurteilen. Das Merkmal Alter (Jahrgang 1952) spielt beim Anforderungsniveau 4 eine ebenso geringe Rolle wie dasjenige der Dienstjahre (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 654/05 vom 22. November 2006 E. 10.2.1 f.). Weitere Nachteile sind beim seit vielen Jahren in der Schweiz erwerbstätigen Versicherten nicht zu ersehen.

Ein höherer als der von der Beschwerdegegnerin grosszügig mit 37 % bemessene Invaliditätsgrad ist somit nicht ausgewiesen. Folglich besteht kein Rentenanspruch.

Demzufolge erweist sich die angefochtene Verfügung als rechtmässig, was zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde führt.

Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG auszufällende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 700.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Jörg Baur

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung 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

Vertreter 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.