

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00102 vom 28. März 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_BV.2010.00102

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00102 du 28 mars 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT BV.2010.00102 del 28 marzo 2012

Erwägungen

E. 1

1.1. Der 1965 geborene X. war ab Mai 1989 bei der Y. AG als angelernter Elektromonteur tätig (Urk. 13/7) und in dieser Eigenschaft bei deren Personalvorsorge BVG berufsvorsorgeversichert. Nachdem er bei einem Arbeitsunfall am 14. August 2002 einen Teilriss im medialen Seitenband des rechten Knies erlitten hatte (Urk. 13/9/2; Urk. 13/12/65), meldete er sich am 5. September 2003 bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zum Leistungsbezug (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsvermittlung, Rente) an (Urk. 13/3). Nach erwerblichen und medizinischen Abklärungen, im Rahmen derer X. an der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Z. am 14. und 15. Dezember 2004 begutachtet worden war (Expertise vom 27. Juli 2005, Urk. 13/33), wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren des Versicherten mit Verfügung vom 15. August 2005 (Urk. 13/38), bestätigt durch Einspracheentscheid vom 4. Juli 2006 (Urk. 13/61), ab. Mit Urteil vom 28. November 2007 (Urk. 13/67) hob das Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich den Einspracheentscheid der IV-Stelle auf und wies die Streitsache zu ergänzender Abklärung in Bezug auf die Beschwerdesituation an der Lenden- (LWS) und Halswirbelsäule (HWS) an die IV-Stelle zurück (E. 4.3 des Urteils, Urk. 13/67/26).

1.2. Mit Einspracheentscheid vom 28. April 2006 (Urk. 13/57) bestätigte die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt (SUVA) ihre Verfügung vom 27. August 2004, wonach deren Leistungen per 1. September 2004 eingestellt würden. Dieser Entscheid wurde vom Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich bestätigt (Urteil vom 28. November 2007, UV.2006.00246) und erwuchs mit Urteil des Bundesgerichts vom 18. März 2008 (8C_104/2008) in Rechtskraft.

1.3. Nach erneuter Begutachtung von X. an der RehaClinic A. am 6. Mai 2008 (Gutachten vom 17. Juni 2008, Urk. 13/75) sprach die IV-Stelle dem Versicherten mit Verfügung vom 3. Juni 2009 (Urk. 17/96) ab 1. Juni 2008 eine halbe Rente der Invalidenversicherung sowie drei Kinderrenten zu.

E. 2

2.1. Anspruch auf Invalidenleistungen haben gemäss Art. 23 des Bundesgesetzes über die berufliche Alters-, Hinterlassenen und Invalidenvorsorge, BVG, Personen, die im Sinne der Invalidenversicherung zu mindestens 40 Prozent invalid sind und bei Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, deren Ursache zur Invalidität geführt hat, versichert waren. Nach Art. 24 Abs. 1 BVG hat der Versicherte Anspruch auf eine volle Invalidenrente, wenn er im Sinne der Invalidenversicherung mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn er mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn er

nichts Abweichendes vorsehen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 17. Mai 2005 i.S. L., B 33/03, E. 3.2 mit Hinweisen).

2.4 Nach "Reglement BVG" vom 12. Oktober 2001 (Urk. 9/2) hat Anspruch auf eine Invalidenrente, wer infolge Krankheit oder Unfall vorübergehend oder dauerhaft invalid wird (Art. 14 Abs. 1 des Reglements, Urk. 9/2 S. 13), wobei die volle Invalidenrente 40 % des versicherten Lohnes beträgt (Abs. 2). Die Rente beginnt mit dem Vorliegen des Entscheides der Invalidenversicherung (IV), frühestens jedoch nach Ablauf von Lohnersatzleistungen im Umfang von 40 % des entgangenen Lohns (Abs. 3).

Gemäss den Allgemeinen Bestimmungen des Reglements "Art. 4 Begriffe 5) Invalidität" gelten folgende Definitionen:

Invalidität richtet sich nach den Bestimmungen der Invalidenversicherung (IV) und liegt vor, wenn die versicherte Person infolge medizinisch nachweisbarer Krankheit, Zerfalls der geistigen und körperlichen Kräfte oder Unfalls ganz oder zeitweise ausserstande ist, ihren Beruf oder eine andere Erwerbstätigkeit auszuüben (Abs. 1). Anspruch auf die vollen Leistungen besteht, wenn der Invaliditätsgrad mindestens 66 % beträgt. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % werden die halben Leistungen und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Viertel der Leistung entrichtet. Eine Invalidität von weniger als 40 % begründet keinen Anspruch auf Leistungen (Abs. 2).

E. 3

3.1 Mit Urteil vom 28. November 2007 (Urk. 13/67) stellte das hiesige Gericht fest, der medizinische Sachverhalt erweise sich einzig in Bezug auf die Beschwerdesituation an der LWS und HWS als ungenügend abgeklärt, wobei sich insbesondere die Frage stelle, ob und allenfalls seit wann eine Nervenwurzelkompression L5/S1 beziehungsweise C6-C7 bestehe (Urk. 13/67/26). Hinsichtlich der Diagnosen betreffend beide Kniegelenke sei auf das Gutachten der MEDAS vom 27. Juli 2005 und mithin auf eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit abzustellen (Urk. 13/67/22). Was sodann den psychischen Gesundheitszustand des Klägers betreffe, so komme der diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode keine invalidisierende Wirkung zu (Urk. 13/67/24, 26).

3.2 Gestützt auf das am 26. November 2004 durchgeführte MRI der LWS und HWS erklärte PD Dr. med. D., Spezialärztin für Neuroradiologie, Klinik E., (Urk. 13/38/21-22), der Kläger leide an der HWS unter degenerativen Veränderungen. Auffällig seien vor allem die deutliche Osteochondrose, die Uncarthrose, die Spondylarthrose sowie die Protrusion auf der Höhe C6/C7 mit mässiggradiger foraminaler Einengung jedoch ohne Wurzelkompression rechts und links (Urk. 13/38/21). Zudem beständen Chondrosen bei C3/C4 und C5/C6 sowie eine zirkuläre Protrusion bei C5/C6. Eine fokale Hernie sei nicht vorhanden. In Bezug auf die LWS weise der Kläger geringe Osteochondrosen auf der Höhe L4/L5 und L5/S1 und zirkuläre Protrusionen auf der Höhe L4/L5 und L5/S1 auf. Zudem seien kleine fokale Diskushernien L5/S1 median und paramedian beidseits sowie sehr kleine fokale Hernien median auf der Höhe L4/L5 vorhanden. Beide Hernien bewirkten keine Wurzelkompression. Der Spinalkanal sei nicht eng (Urk. 13/38/22).

3.3 Betreffend die Beschwerden an HWS und LWS ergibt sich aus dem Gutachten der MEDAS Z. vom 27. Juli 2005 (Urk. 13/33), dass bei

neuroradiologischem Ausschluss einer Spinalkanalstenose und Nachweis mehrsegmentaler degenerativer Veränderungen klinisch leichtgradige segmentale Funktionsstörungen im Bereich der mittleren LWS bestanden, welche in der funktionellen Bewegungsprüfung indes nicht auffielen. Eine akute Engpasssymptomatik sei auszuschliessen. Im Bereich der HWS habe eine weitgehend freie HWS-Beweglichkeit bei fehlenden Kompressionszeichen und unauffälligem Weichteilbefund mit der beklagten ulnarseitigen ausstrahlenden Schmerzsymptomatik kontrastiert. Eine Beeinträchtigung der Nervenwurzel im Bereich der degenerativ am stärksten veränderten Foramina erscheine als möglich, habe bisher jedoch nicht zu einer eindeutig radikalen Symptomatik geführt. Monoradikal zuzuordnende sensible oder motorische Defizite bestanden klinisch keine. Die beklagten Ausstrahlungen seien nicht dem diesbezüglich zu erwartenden Dermatome zuzuordnen, so dass in Anbetracht des passiven, sorgfältig beobachtenden und abwartenden Verhaltens des Klägers bei fehlender Korrelation der als invalidisierend beklagten Beschwerden mit dem klinischen Befund von einer deutlichen Symptomausweitung auszugehen sei. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe bei derzeit weitgehend reizlosem Zustand des Kniegelenkes je nach Belastungsprofil in mittelschweren Arbeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 80 %. Körperlich leichte Tätigkeiten ohne schweres Heben und Tragen sowie ohne Kniegelenksbelastung durch längeres Gehen, Stehen, Treppensteigen oder Laufen in unebenem Gelände seien vollumfänglich möglich. Die intermittierend symptomatischen Nacken- und Rückenbeschwerden korrelierten mit der desolaten Körperhaltung, welche bei angemessener Rekonditionierung nicht als rentenrelevante lange Krankheit zu qualifizieren sei (Urk. 13/33/9-10).

3.4.4. Prof. Dr. med. F.____, Orthopädischer Chirurg, Belgrad, berichtete am 13. September 2005 (Urk. 13/38/3-7), die Beschwerden an den Kniegelenken und der Wirbelsäule seien Folgen des Unfallereignisses vom 14. August 2002 und würden die Arbeitsfähigkeit des Klägers in hohem Grad einschränken. Eine schwere Arbeit sei ihm nicht mehr zumutbar. Zudem dürfe er keine Gewichte über 5 kg tragen, keine Treppen steigen oder in steilem Gelände oder längere Zeit in ebenem Gelände gehen sowie nicht lange sitzen (Urk. 13/38/5).

3.5.4. Am 13. Juni 2006 (Urk. 13/63/16-17) erklärte Prof. Dr. F.____, im Vergleich zur Voruntersuchung sei mit Bezug auf die Kniegelenke und die LWS eine Verschlechterung festzustellen. Insbesondere hätten sich seit drei Monaten die Schmerzen im Bereich der LWS verstärkt. Die Beschwerden seien auf das Unfallereignis vom 14. August 2002 zurückzuführen, welches zu klinisch registrierten Verletzungen der Wirbelsäule geführt habe, wovon jedoch keine Bildaufnahmen erstellt worden seien (Urk. 13/63/19). Nachdem am 26. November 2004 ein erstes MRI angefertigt worden sei, habe man nun am 30. Mai 2006 ein neues MRI gemacht, welches die bereits bekannten Befunde bestätige und zusammen mit der am 28. April 2006 angefertigten Elektromyoneurographie (EMNG) eine Kompression der Nervenwurzel auf Höhe L5/S1 beidseits sichtbar mache (Urk. 13/63/20).

3.6.4. Aufgrund des am 1. Juni 2007 erhobenen EMNG-Befundes (Urk. 13/65/4-6) kam Dr. G.____, Belgrad, zum Schluss, beim Kläger seien schwere chronische, proximale, axiale, neurogene Läsionen der Nervenwurzel C6-C7 links, C7 beidseits und L5/S1 rechts vorhanden. Damit habe sich die Situation seit der letzten EMNG-Untersuchung verschlechtert.

3.7. Gestützt auf die ebenfalls am 1. Juni 2007 (Urk. 13/65/7-9) durchgeführte Duplexuntersuchung der extrakraniellen Gefässe schloss Dr. H. ____, ebenfalls Belgrad, es liege ein Hinweis auf eine extravaskuläre, kompressive eventuell degenerative Veränderung an der Halswirbelsäule und auf eine Hypertrophie des Musculus Scalenus oder des Musculus Longus Colli vor.

3.8. Dr. med. I. ____, Facharzt für Neurologie, J. ____, gab in seinem Kurzbericht vom 9. Juli 2007 (Urk. 13/66/3) zuhanden von Dr. med. K. ____, Praktische Ärztin FMH, an, der Kläger leide an einem chronifizierten, sensomotorischen, axonalen und demyelinisierenden Reiz- und Ausfallsyndrom L5 links, einer Läsion der Wurzel S1 rechts, bilateralen Zervicobrachialgien, Kopfschmerzen vom Drucktyp mit Übergang zu einer Migräne, rezidivierenden Drehschwindelattacken und rezidivierenden Stürzen mit Bewusstlosigkeit sowie einer Depression.

3.9. Mit Bericht vom 6. August 2007 (Urk. 13/66/4-5) notierte Dr. med. L. ____, FMH Physikalische Medizin, in letzter Zeit seien immer häufiger Schwindelattacken mit wiederholten Stürzen aufgetreten, wobei eine Epilepsie ausgeschlossen worden sei. Der Kläger fühle sich unsicher und klage über Orientierungsprobleme nach den Schwindelattacken sowie zunehmende Kopfschmerzen, die tagelang anhielten. In Anbetracht der gesamten Situation ging Dr. L. ____, davon aus, dass der Kläger in einer adaptierten Tätigkeit ohne Belastung der unteren Extremitäten sowie des Rückens für 40 % arbeitsfähig sei. Demnach sei der Kläger zu 60 % invalid.

E. 3.10.1

Im Auftrag der IV-Stelle erstattete Dr. med. M. ____, FMH Rheumatologie, FMH Innere Medizin, Leitender Arzt der RehaClinic A. ____, am 17. Juni 2008 (Urk. 13/75) ein rheumatologisches Gutachten, wozu er sich auf die zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 13/75/2-13) sowie auf die anlässlich der Untersuchung des Klägers vom 6. Mai 2008 gemachten Angaben und erhobenen Befunde stützte. Ihm gegenüber klagte der Kläger über beidseitige Kniebeschwerden sowie Beschwerden an HWS und LWS seit dem Unfallereignis vom 14. August 2002. Alle Beschwerden hätten kontinuierlich zugenommen. Am Untersuchungstag standen Schmerzen im Bereich des Nackens mit Ausstrahlung bis in beide Hände und Finger, im Bereich des Kreuzes mit Ausstrahlung in beide Beine, rechts weniger als links, und Schmerzen vor allem im linken Knie im Vordergrund (Urk. 13/75/14). Zudem gab der Kläger chronische Kopfschmerzen, vom Nacken her aufsteigend, sowie Schwindel, welcher durch Blick nach oben und Zurückneigen des Kopfes ausgelöst werden könne, an.

E. 3.10.2

Dr. M. ____, erhob einen guten Allgemeinzustand und hielt fest, Reklination und Seitneigung der Wirbelsäule seien unter starker Schmerzangabe häufig eingeschränkt gewesen. Im Liegen hätten sich konkordante Untersuchungsergebnisse gezeigt, und die Reklination sei - auch in Rückenlage - nicht durchführbar gewesen (Urk. 13/75/15). Der Arzt testete 5 von 5 Waddellzeichen positiv. An den Kniegelenken stellte er weder einen Erguss noch eine Rötung oder Überwärmung fest. Jedoch notierte er, 8 von 9 Punkten der Hypermobilität nach Beighton hätten sich als erfüllt gezeigt. Neben einer uneingeschränkten Muskelkraft an Extremitäten und Rumpf erhob der Rheumatologe eine diffuse Hypästhesie an der ganzen linken Hand, welche sich keinem Dermatome zuordnen liess. Die Muskeleigenreflexe waren an den oberen und unteren Extremitäten

symmetrisch lebhaft auslösbar (Urk. 13/75/16). An Diagnosen nannte Dr. M.____ (1) ein zervikospondylogenes Syndrom beidseits, (2) ein lumbospondylogenes Syndrom beidseits, (3 und 4) chronische Kniegelenkschmerzen links und rechts, (5) eine erhebliche Hypermobilität sowie (6) ein kleines, inzidentelles Meningeom über dem mittleren Ethmoiddach (MRI Gehirn vom 15. Mai 2008). In Zusammenfassung der Befunde notierte der Gutachter Dr. M.____, bereits im MRI vom 26. November 2004 hätten sich in der LWS leicht- bis mässiggradige degenerative Veränderungen mit einer medianen bis paramedianen Diskushernie L5/S1 als Hauptbefund gezeigt. An der HWS sei als Hauptbefund eine fortgeschrittene Osteochondrose C6/7 mit Diskusprotrusion und leichter foraminaler Einengung visualisiert worden. Der Arzt hielt im Weiteren fest, in der Vergleichsuntersuchung mittels MRI der HWS vom 15. Mai 2008 habe sich keine wesentliche Veränderung zur Voruntersuchung im Jahr 2004 ergeben. Sodann erklärte er, die in Belgrad durchgeführte neurologische EMG-Untersuchung habe an der Nervenwurzel C7 beidseits und S1 beidseits Läsionen gezeigt, welche mit den geschilderten Beschwerden in Einklang zu bringen seien (Urk. 13/75/18). Die Aussage, Ursache der vom Kläger geschilderten Schwindelattacken sei eine Irritation der Arteria vertebralis, sei demgegenüber zwar denkbar aber auch spekulativ. In Bezug auf die an den Kniegelenken bestehenden Beschwerden ist dem Gutachten zu entnehmen, dass diese chronischer und diffuser Natur seien. Wenngleich Läsionen nachgewiesen worden seien, so seien sie nicht derart ausgeprägt, dass sie die initialen Beschwerden vollumfänglich erklären könnten. Im Verlauf der Zeit sei die Schmerzintensität an beiden Knien in den Hintergrund getreten. Schliesslich sei als generelles Problem die ausserordentlich hohe Hypermobilität zu sehen, welche bei deutlicher Dekonditionierung zu einer Überbelastung der Facettengelenke der gesamten Wirbelsäule, aber auch zu Problemen an den Knien führe (Urk. 13/75/19).

E. 3.10.3

Dr. M.____ kam sodann zum Schluss, die Tätigkeit als Elektromonteur sei belastender, als von der MEDAS Z.____ postuliert. Seiner Ansicht nach bestehe im bisherigen Beruf eine Arbeitsfähigkeit von 30 %, unter weitgehender Vermeidung unangenehmer Belastungen eine solche von maximal 50 % (Urk. 13/75/19). In einer wechselbelastenden Tätigkeit, welche ohne repetitives Heben und Tragen von Lasten über 15 kg ausgeführt werden könne und bei welcher das Heben und Tragen von Lasten von über 15 kg, das Arbeiten mit Kniegelenksbelastung im Knien und Kauern, repetitives Treppensteigen und Gehen in unebenem Gelände sowie Arbeiten über Kopf und Arbeiten in nicht wechselnden Positionen nur in geringem Masse gefordert würden, bestehe nach Auftrainieren der Muskulatur und einer Einarbeitungsphase von drei bis sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit von 60 % bis 80 %. Hinsichtlich der vorhandenen Arztberichte hielt Dr. M.____ dafür, diese seien im Bereich der somatischen Befunde schlüssig und plausibel. An den aus Belgrad stammenden Resultaten sei sodann nicht zu zweifeln, da die Untersuchungen offenbar medizinisch korrekt durchgeführt worden seien (Urk. 13/75/20). Wie weit endlich zwischen 2002 und 2004 im Bereich der Wirbelsäule welche Einschränkungen bestanden hätten, sei retrospektiv nicht mehr zu erheben. Es sei aber davon auszugehen, dass spätestens seit der MRI-Untersuchung der Wirbelsäule das gesamte Beschwerdebild mit der genannten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Abschliessend notierte der Gutachter, in der aktuellen Untersuchung des Gehirns hätten sich keine Hinweise für eine grössere Durchblutungsstörung finden lassen. Der Zufallsbefund des Meningeoms sei für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

unerheblich (Urk. 13/75/21).

3.10.4 Nachdem der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) unter Hinweis auf Inkonsistenzen zwischen den vom Kläger geklagten Beschwerden und den objektiven Befunden (uneingeschränkte Muskelkraft der oberen und unteren Extremitäten, diffuse Hypästhesie der linken Hand, normale und symmetrische Reflexe der oberen und unteren Extremitäten, seitengleich ausgebildete Muskulatur beider Beine, 5 Waddellzeichen) um eine nachvollziehbare Begründung für die von Dr. M. ___ attestierte erhebliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit des Klägers ersucht hatte (Urk. 13/80/3), erklärte Dr. M. ___ am 25. Juli 2008 (Urk. 13/76), die objektivierbaren Befunde der Elektromyographie seien eine wichtige Komponente bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit. Anlässlich der Untersuchung der Wirbelsäule hätten sich konkordante Untersuchungsergebnisse und keine Diskrepanzen ergeben. Im EMG vom 1. Juni 2007 seien neurogene Läsionen C7 beidseits und eine Nervenwurzelirritation S1 rechts nachgewiesen worden, was höher als die klinischen Untersuchungsbefunde einzustufen sei. Angesichts dieser Tatsache unterscheide sich seine Beurteilung indes nur unwesentlich von jener der MEDAS vom 27. Juli 2005. Dort sei für eine körperlich mittelschwere Verweigerungstätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 80 % formuliert worden, ohne dass aber die Wirbelsäulenproblematik ausdrücklich miteingeschlossen worden sei. Aufgrund der klinisch fassbaren Chronifizierung resultiere nach einer Einarbeitungsphase von drei bis sechs Monaten eine Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit von weiterhin zwischen 60 % bis 80 %.

3.11 Obgleich die Beantwortung der von der IV-Stelle formulierten Zusatzfragen nicht zu neuer Erkenntnis führte (Stellungnahme von Dr. N. ___, Urk. 13/80/4), sprach die IV-Stelle - umfassend auf die Expertise von Dr. M. ___ abstellend (Urk. 13/80/4) - dem Kläger bei einem Invaliditätsgrad von 55 % eine halbe Rente der Invalidenversicherung zu (Verfugung vom 3. Juni 2009, Urk. 13/96).

E. 4

4.1 Zwischen den Parteien ist strittig, ob die IV-Stelle zu Recht einen Rentenanspruch des Klägers bejaht hat und infolgedessen ein solcher auch in der beruflichen Vorsorge gegeben ist. Die Beklagte war weder in das Vorbescheidverfahren der Invalidenversicherung involviert, noch wurde ihr die Verfugung vom 3. Juni 2009 eröffnet (Urk. 13/96/3). Die Verfugung der Invalidenversicherung ist damit im vorliegenden Verfahren nicht verbindlich, und es ist die Frage eines allfälligen Rentenanspruches des Klägers im berufsvorsorgerechtlichen Verfahren frei zu prüfen (E. 2.2).

4.2 Auf die Expertise von Dr. M. ___ abstellend, war der RAD davon ausgegangen, dem Kläger sei ab Juni 2008 (Begutachtungszeitpunkt) nur mehr eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten von über 5 kg und ohne Verharren in Zwangshaltungen im Umfang von 70 % zumutbar (Einschätzung von Dr. med. N. ___, FMH Allgemeine Medizin, vom 21. August 2008, Urk. 13/80/4), weshalb die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 55 % errechnete und dem Kläger eine halbe Rente der Invalidenversicherung zusprach (Verfugung vom 3. Juni 2009, Urk. 13/96). Dass die Leistungsfähigkeit des Klägers auch in körperlich leichten Tätigkeiten derart reduziert wäre, ergibt sich entgegen der Feststellung des RAD aber nicht aus dem Gutachten von Dr. M. ___. Dieser schränkte das Leistungsprofil des

Klärgers insoweit ein, als das Heben und Tragen von Lasten von über 15 kg nicht repetitiv, sondern einzig sporadisch (Ä nur in geringem MassÄ) erfolgen dürfen (E. 3.10.3). Damit sprach sich Dr. M. nur zur Leistungsfähigkeit des Klärgers in einer mittelschweren Tätigkeit aus, während Angaben in Bezug auf eine körperlich leichte Verweigerungstätigkeit gänzlich fehlen. Die Anfrage des RAD, wie sich die von ihm weitgehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit (60 % bis 80 % unter Beachtung des formulierten Anforderungsprofils) angesichts der in der Untersuchung gezeigten Inkonsistenzen nachvollziehbar begründen lasse (E. 3.10.4), beantwortete Dr. M. dahingehend, als den (in Serbien) mittels EMG erhobenen Befunden höheres Gewicht zukomme als den klinischen Untersuchungsbefunden. Unter Hinweis auf das von ihm genannte Anforderungsprofil präzisierter der Experte sodann, seine Einschätzung weiche nicht wesentlich von jener der Gutachter der MEDAS Z. ab, wonach eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bis 80 % in einer körperlich mittelschweren Verweigerungstätigkeit bestehe (E. 3.10.4). Hatte Dr. M. darüber hinaus festgestellt, an der HWS hätten sich im Vergleich zur Voruntersuchung des Jahres 2004 keine wesentliche (E. 3.10.2) und betreffend die LWS nur wenig Veränderungen ergeben (Urk. 13/75/17), so ist unerfindlich, weshalb die IV-Stelle ihrem Entscheid eine gegenüber dem Gutachten der MEDAS Z. verminderte Leistungsfähigkeit des Klärgers zugrunde legte. Eine auf eine körperlich leichte Tätigkeit im Umfang von 70 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit liess sich nur schon mangels entsprechender Ausführungen weder auf das Gutachten von Dr. M. stützen, noch rechtfertigte sich eine solche Einschätzung mit Blick auf die übrigen medizinischen Berichte. Soweit Dr. F. am 13. Juni 2006 eine Nervenwurzelkompression diagnostizierte hatte, vermag seine Beurteilung nicht zu überzeugen, hatte er doch ausdrücklich festgehalten, das MRI vom 30. Mai 2006 habe die Befunde vom 26. November 2004 bestätigt (E. 3.5). Dass eine Kompressionsproblematik vorliege, hatte PD Dr. D. gestützt auf das von ihr angefertigte MRI vom 26. November 2004 aber ausdrücklich ausgeschlossen (E. 3.2). Im übrigen hatte Prof. Dr. F. im September 2005 einzig mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als unzumutbar bezeichnet (E. 3.4). Dazu kommt, dass die von Dr. M. erhobenen Befunde (uneingeschränkte Muskelkraft an Extremitäten und Rumpf, diffuse Hypästhesie, welche sich keinem Dermatome zuordnen lässt, symmetrisch auslösbare Muskeleigenreflexe, E. 3.10.2) einer eindeutig radikulären Symptomatik entgegenstanden, was bereits von den Ärzten der MEDAS Z. festgehalten worden war (E. 3.3). Schliesslich erhob Dr. M. an den Kniegelenken einen unauffälligen Befund, bezeichnete die These einer Irritation der Arteria vertebralis als (auch) spekulativ und machte ebenso wie die Gutachter der MEDAS Z. schon zuvor (E. 3.3) eine deutliche Dekonditionierung des Klärgers aktenkundig. Mithin war es für die IV-Stelle leicht erkennbar, dass eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen war und sich damit eine von der Einschätzung der MEDAS-Gutachter abweichende Beurteilung nicht aufdrängte. Diese hatten in Bezug auf die Beschwerden an HWS und LWS bei fehlenden Kompressionszeichen, aber verschiedenen Hinweisen auf eine Symptomausweitung, eine mittelschwere Tätigkeit im Umfang von 50 % bis 80 %, eine körperlich leichte Arbeit aber als vollumfänglich zumutbar bezeichnet (E. 3.3). Das hiesige Gericht hatte denn auch in seinem Urteil vom 28. November 2007 die Beurteilung von Dr. O., MEDAS Z., wonach der Kläger zwar an degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule leide, ein Nerv aber nicht betroffen sei, als nachvollziehbar bezeichnet, angesichts der der Expertise zeitlich nachfolgenden Hinweisen

auf eine Kompressionssymptomatik jedoch ergänzende Abklärungen als nötig erachtet (E. 3.1). Eine gesundheitlich Verschlechterung, wie dies das Gericht für möglich gehalten hatte (Urk. 11/67, E. 4.2.2), und damit einhergehend eine verminderte Leistungsfähigkeit des Klägers, liess sich in der Folge aber nicht bestätigen. Im Gegenteil schloss Dr. M. eine wesentliche Veränderung ausdrücklich aus und kam - wie schon festgestellt - bezüglich mittelschweren Tätigkeiten zur beinahe deckungsgleichen Einschätzung wie bereits die Gutachter der MEDAS Z. (E. 3.10.4).

         Fehlte es der Expertise von Dr. M. nicht bloss an einer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Verweisungstätigkeit, sondern mangelte es nachweislich an einer gesundheitlichen Verschlechterung, so erweist sich die Beurteilung des RAD als offensichtlich unrichtig. Gestützt auf die medizinische Aktenlage und das in dieser Sache bereits ergangene Urteil des hiesigen Gerichts (vgl. insbesondere E. 4.2.2, Urk. 13/67/23) wäre die IV-Stelle vielmehr gehalten gewesen, ihrem Entscheid unverändert die Beurteilung der Gutachter der MEDAS Z. und damit eine vollständige Arbeitsfähigkeit des Klägers in einer körperlich leichten Tätigkeit zugrunde zu legen, ist doch nicht allein die Diagnose, sondern einzig deren tatsächliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit massgebend.

         An diesem Resultat vermögen auch die übrigen, von der IV-Stelle eingeholten Berichte nichts zu ändern. So schienen sich sowohl Dr. L. (Bericht vom 7. Oktober 2010, Urk. 13/99) als auch Dr. K. (Verlaufsbericht vom 5. September 2010, Urk. 13/106) weitgehend auf die subjektive Beschwerdeschilderung des Klägers zu stützen, während es ihrer Beurteilung an einer nachvollziehbaren Begründung für die erhebliche Arbeitsunfähigkeit fehlt. Zuletzt f llt ins Gewicht, dass auch Prof. Dr. C. nach Sichtung der Akten zum Schluss kam, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb dem Kläger eine körperlich leichte Tätigkeit nicht zumutbar sein sollte (Urk. 9/19 S. 8).

4.3         Ergeben sich schliesslich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass sich der Gesundheitszustand des Klägers in psychischer Hinsicht verschlechtert hätte, so haben die vom hiesigen Gericht mit Urteil vom 28. November 2007 ergangenen Darlegungen (Urk. 13/67/24-26; E. 4.2.3) auch diesbezüglich nach wie vor Gültigkeit.

4.4         Zusammenfassend ist mithin erstellt, dass dem Kläger eine zumindest körperlich leichte Tätigkeit (Zumutbarkeitsprofil vgl. E. 3.3) ganztags zumutbar ist.

E. 5

5.1       Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG, in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und

einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.2 Die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt, 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). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

5.3 Gemäss Angaben seines früheren Arbeitgebers, der Y. AG, hätte der Kläger im Jahr 2003 ein jährliches Einkommen von Fr. 66'300.-- (Fr. 5'100.-- x 13) erzielt (Urk. 13/7/2). Neben der Tätigkeit als Elektromonteur war der Kläger während neun Wochenstunden im Reinigungsdienst tätig, wo er im Jahr 2001 eine Jahreslöhne von Fr. 6'616.40 und im Jahr 2002 ein solches von Fr. 10'201.30 erwirtschaftete (Urk. 13/14/2; Urk. 13/8/2). Mithin ist von einem Einkommen im Jahr 2003 von Fr. 74'708.85 auszugehen (Fr. 66'300.-- zuzüglich Fr. 8'408.85 [Durchschnitt der Jahre 2001 und 2002 im Reinigungsdienst]), was bereinigt um die Nominallohnentwicklung (vgl. Website des Bundesamtes für Statistik [www.bfs.admin.ch] unter der Rubrik Themen - 03 - Arbeit und Erwerb und der Unterrubrik Löhne, Erwerbseinkommen, detaillierte Daten, Schweiz. Lohnindex insgesamt) Fr. 79'821.70 für das Jahr 2008 ergibt (Index Männer, 2003: 1958; Index Männer, 2008: 2092).

Die Bestimmung des Invalideneinkommens auf die Tabellenwerte (E. 5.2) abzustellen. Danach erzielte im Jahr 2008 ein mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten Beschäftigter ein monatliches Einkommen von Fr. 4'806.-- beziehungsweise von jährlich Fr. 57'672.-- (LSE 2008, Tabelle TA1, Wirtschaftszweige Total, Niveau 4, Männer) und bereinigt um die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden (E. 5.2) ein solches von Fr. 59'979.--. Den Umständen, dass der Kläger auf leichte, rücken- und knieadaptierte Tätigkeiten beschränkt ist (E. 3.1.2) und während über zehn Jahren bei der Y. AG beschäftigt war, trägt ein leidensbedingter Abzug von 15 % hinreichend Rechnung (vgl. BGE 126 V 75). Weitere Umstände, welche einen höheren Abzug rechtfertigten, sind nicht ersichtlich. Damit ist das Invalideneinkommen für das Jahr 2008 auf Fr. 50'982.15 (85 % von Fr. 59'979.--) festzusetzen.

5.4 Der Vergleich von Valideneinkommen (Fr. 79'821.70; Jahr 2008) und Invalideneinkommen (Fr. 50'982.15; Jahr 2008) führt zu einem Invaliditätsgrad von 36

%, was keinen Anspruch auf eine Invalidenrente aus beruflicher Vorsorge begründet (E. 2.4 in Verbindung mit E 2.1). Bei dieser Sachlage kann offen bleiben, ob dem Beschwerdeführer zusätzlich ein behinderungsangepasster Nebenerwerb zumutbar wäre (vgl. Bundesgerichtsentscheid U 130/02 vom 29. November 2002, E. 3.2.1).

Bei diesen Erwägungen, die zur vollumfänglichen Abweisung der Klage führen, erbringt sich die Prüfung der Frage, ob ein sachlicher und zeitlicher Zusammenhang des zur Rentenzusprache ab Juni 2008 führenden Gesundheitszustands beziehungsweise Arbeitsunfähigkeit mit dem im August 2002 erlittenen Unfall besteht.

Das Gericht erkennt:

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Rechtsanwalt Urs P. Keller

- Bundesamt für Sozialversicherungen

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 Klägers 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.