

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01377 vom 13. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-13, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2005.01377

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01377 du 13 septembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2005.01377 del 13 settembre 2006

Erwägungen

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich sowohl für die Zusprechung einer ganzen Rente vom 1. Mai 2004 bis 31. Januar 2005 als auch bei der Herabsetzung auf eine Viertelsrente ab 1. Februar 2005 auf die Arztberichte der Dres. C. ___ und D. ___ des E. ___ vom 13. Januar 2005 (Urk. 7/25) und vom 2. Februar 2005 (Urk. 7/23).

3.2. Die Beschwerdeführerin

3.2.1. Dres. C. ___ und D. ___ diagnostizierten in ihrem Arztbericht vom 13. Januar 2005 (Urk. 7/25/1) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers:

"- Undifferenzierte seronegative Spondylarthropathie

- Oligoarthritis (chronisch rezidivierende Arthritis Knie rechts, St.n. Arthritis Knie links)

- anamnestisch St.n. whs. Uveitis 1993 links

- rezidivierende Achillodynie

- HLA-B27 positiv

- Sekundäre Arthrose Knie rechts

- St.n. mehrmaliger Knieoperation und Teilmeniskektomie (Teilerkennung) 1993

- Chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom

- MRI LWS vom 20.08.01: Keine Beeinträchtigung der Nervenwurzel, anlagebedingt grenzwertig weiter ossärer Spinalkanal, Wirbelkörperperipheremangiom L4."

Die Beschwerdeführerin gebe an, seit vier Jahren an konstanten Knieschmerzen rechtsseitig zu leiden, es bestehe auf der Schmerzskala VAS (= visuelle analoge Schmerzskala) ein Wert von 8 bis 9, max. 10 von 10. Schmerzfrei sei er nie. Im Stehen würden nach maximal 10 Minuten brennende Knieschmerzen linksseitig auftreten, auch im Sitzen beständen konstante Schmerzen, jedoch weniger als im Stehen. Im Liegen beständen ebenfalls weniger Schmerzen, jedoch seien die Schmerzen dauerhaft vorhanden. Als Taxifahrer könne er maximal halbtags arbeiten, dann würden ihn die Schmerzen zwingen, sich auszuruhen und sich hinzulegen. Seit Mai 2004 sei das rechte Kniegelenk nie mehr geschwollen gewesen, nachdem ein Erguss punktiert und Cortison infiltriert sowie eine Basistherapie mit Salazopyrin begonnen worden seien. Zudem beständen chronische lumbale Schmerzen seit 2000, welche belastungsabhängig verstärkt und vor allem tagsüber bei längerem Stehen wie auch bei Vorneigen oder Sitzen auftreten würden. Auch während des Taxifahrens

würden lumbale Schmerzen auftreten. Physiotherapeutische Massnahmen seien vor einem Jahr sistiert worden, selbstständig f4hre der Beschwerdef4hrer Quadrizepstraining des rechten Oberschenkels durch, R4ckengymnastik werde keine durchgef4hrt.

Zu den erhobenen Befunden wurde ausgef4hrt, die Lendenwirbels4ulen(LWS)-Beweglichkeit sei in Extension und Seitenneigung endst4ndig schmerzhaft ohne Bewegungseinschr4nkung. Das Mennell-Zeichen sei negativ, es gebe keinen Hinweis auf eine ISG-Dysfunktion. Kniebeugen im Einbeinstand beidseits sei m4glich, rechts unsicher. Der Zehen- und Fersengang sei ohne Schmerzangabe durchf4hrbar. Es finde sich keine Klopfdolenz 4ber der Wirbels4ule. Die H4ftgelenke beidseits seien uneingeschr4nkt und schmerzfrei beweglich. Das Kniegelenk rechts sei diskret 4berw4rmt, bei maximaler Flexion sei es endst4ndig schmerzhaft, jedoch zeige sich im physiologischen Bewegungsbereich keine schmerzhafte Beweglichkeit. Instabilit4tszeichen und Meniskuszeichen l4ssen keine vor, auch kein Erguss, hingegen ein leichtes femoropatell4res Reiben und Konturvergr4berung rechts. Als therapeutische Massnahme wird eine Steigerung des Salazopyrins empfohlen, was den entz4ndlichen Teil der Kniebeschwerden noch verbessern k4nne, da bereits aktuell unter Salazopyrin keine Kniegelenkserg4sse mehr aufgetreten seien. Die Restbeschwerden seien vorwiegend als degenerativ bedingt bei leichter Gonarthrose beurteilt worden. Bez4glich des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms sollte der Beschwerdef4hrer unbedingt wieder ein r4ckenkr4ftigendes und stabilisierendes Muskeltraining im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie beginnen. Prognostisch w4rden die angegebenen Massnahmen jedoch kaum zu einer Verbesserung der Arbeitsf4higkeit f4hren bei bereits vorhandener Schmerzfixierung und chronischer Schmerzproblematik.

4 4 4 4 4 4 4 4 Dres. C.____ und D.____ erkl4rten den Beschwerdef4hrer als Taxifahrer zun4chst vom 26. Mai 2004 bis zum 12. Juli 2004 zu 100 % und ab 12. Juli 2004 zu 50 % als arbeitsunf4hig (Urk. 7/25/1). Im Beiblatt vom 13. Januar 2004 (richtig: 2005) zum vorerw4hnten Arztbericht f4hrten sie erg4nzend aus, dass der Beschwerdef4hrer als Taxifahrer ganztags arbeitsf4hig sei, unter Einhaltung von fixen Pausen von zwei Stunden t4glich. In einer leichten wechselbelastenden, vorwiegend sitzenden T4tigkeit sei er ganztags - mit einer einst4ndigen Pause - arbeitsf4hig. Dieser Umfang sei ihm bei chronischer Schmerzsymptomatik und gewisser Schmerzfixierung, jedoch auch objektivierbarer Schmerzen zumutbar (Urk. 7/25/2).

4 4 4 4 4 4 4 4 Am 2. Februar 2005 beantwortete Dres. C.____ und D.____ die Zusatzfrage der Beschwerdegegnerin nach dem Beginn der ganzt4gigen Arbeitsf4higkeit des Beschwerdef4hrers als Taxifahrer oder in behinderungsangepasster T4tigkeit wie folgt: Die ganzt4gige Arbeitsf4higkeit mit Einhaltung von fixen Pausen von 2 Stunden als Taxifahrer bestehe ab sofort und auf l4ngere Sicht (Urk. 7/23).

3.2.24 4 Im Untersuchungsbericht vom 22. Juni 2004 der Rheumapoliklinik des E.____ (vgl. Urk. 7/25/4) wird von den Dres. F.____ und G.____ folgende Diagnose gestellt:

"-4 Undifferenzierte seronegative Spondarthropathie

-4 4 Oligoarthritis (chronisch rezidivierende Arthritis Knie rechts, St.n. Arthritis Knie links)

- Anamnese St.n. wahrscheinlicher Uveitis 1993 links

- rezidivierende Achillodynie

- HLA-B27 positiv

- Sekundäre Arthrose Knie rechts

- St.n. mehrmaliger Knieoperation und Teilmeniscektomie (Teilmisektomie) 1993"

Im Jahr 2000 sei erstmals die Diagnose eines Lumbovertebralsyndroms gestellt worden, wobei mit NSAR und Physiotherapie eine Besserung erreicht worden sei. Im Jahr 2001 seien an der Klinik Balgrist Abklärungen mit einem MRI der Lendenwirbelsäule (LWS) erfolgt. Neben dem Zufallsbefund eines 1,5 cm grossen Hämangioms im Wirbelkörper L4 seien kleine Schmorl'sche Knoten der LWS festgestellt worden, welche auf den Status nach Morbus Scheuermann hindeuten würden. Die Knieschmerzen rechts hätten nicht auf eine radikuläre Ursache zurückgeführt werden können.

Ein MRI des rechten Kniegelenkes vom März 2001 habe einen postoperativen Zustand nach ausgedehnter Teilmeniscektomie medial mit Verkürzung des Hinterhorns, sekundärer medialer, femorotibialer Gonarthrose mit kleinen Osteophyten gezeigt. Im Jahr 2002 sei der Beschwerdeführer durch die IV zum Taxifahrer umgeschult worden. Im Juni 2003 sei denn eine Salmonellen-Enteriitis erfolgt und einen Monat später hätten sich eine massive Ergussbildung und Arthritis am rechten Knie entwickelt.

An der Diagnose einer Arthritis des rechten Knies mit Status einer Teilmeniscektomie medial sei nicht zu zweifeln. Ebenso bestehe aufgrund des entzündlichen Kniegelenkpunktats und der Anreicherung in der Skelettszintigraphie eine deutliche, rezidivierende Arthritis des rechten Knies. Am ehesten liege eine seronegative Spondylarthropathie vor, hingegen seien nicht genügend Kriterien für einen Morbus Behçet erfüllt.

Ergänzend erklärten die Dres. F. ___ und G. ___, dass zum jetzigen Zeitpunkt Hinweise auf eine Arthritis oder Synovitis anderer Gelenke fehlen würden und dass eine infektiologische Aetiologie sowohl serologisch wie auch im Kniepunktat nicht habe nachgewiesen werden können (Urk. 7/25/4).

3.3 Der Hausarzt Dr. J. ___ stellt in seinem Arztbericht vom 27. Januar 2005 die folgenden Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

"- Undifferenzierte seronegative Spondylarthropathie (wahrscheinlich Morbus Behçet) bei/mit

- chronisch rezidivierender Arthritis Knie rechts, Status nach Uveitis, rezidivierender Achillodynie

- HLA-B27 Positivität

- Rezidivierendes Reizknie rechts bei/mit femoropatellarem Schmerzsyndrom bei/mit

- St.n. medialer Teilmeniscektomie mit möglicher Restproblematik im Hinterhornbereich, medialer Gonarthrose, patella baja

- St.n. rezidivierendem, akutem lumbospondylogenem Syndrom bei segmentalen Dysfunktionen, Hämangiom LWK-4 bei möglichen ungünstigen Einflüssen von

Seiten des Kniegelenks"

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Reaktive Depression

Dr. J. ___ fährte aus, beim Beschwerdeführer sei im Sommer 2003 ein Morbus Behçet diagnostiziert und behandelt worden. Der Beschwerdeführer habe als Beschwerden angegeben: Knie- und Beinschmerzen rechts, Kreuzschmerzen, Depressivität, Müdigkeit, Schlafstörungen, sehr oft Kniegelenksschwellungen u.ä. Unter körperlicher Belastung oder Laufen bzw. Stehen von mehr als 10-15 Minuten zeige sich eine massive Zunahme der Beschwerden. Er müsse ständig Medikamente einnehmen, und das rechte Knie habe mehrmals im Jahr punktiert werden müssen, weil gelegentlich massivste Kniegelenksergüsse auftreten würden. Nachdem er die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf 50 % reduziert habe, seien die Beschwerden nicht mehr so oft aufgetreten.

Er attestiert dem Beschwerdeführer seit 12. Juli 2004 bis auf Weiteres eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit als Taxifahrer bei stationärem beziehungsweise sich verschlechterndem Gesundheitszustand. Für eine schwere oder mittelschwere Arbeit sei er zu 100 % arbeitsunfähig. Eine erneute berufliche Umschulung komme wegen der fehlenden Voraussetzungen nicht in Frage (Urk. 7/24).

E. 4

4.1 Der medizinischen Aktenlage kann demnach entnommen werden, dass der Beschwerdeführer an Beschwerden am rechten Knie und an rezidivierenden lumbalen Beschwerden leidet. Die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit beurteilen der Hausarzt und die Ärzte des E. ___ ab 1. Februar 2005 unterschiedlich.

Dazu ist festzuhalten, dass in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten das Gericht der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Auffällig ist insbesondere, dass der Hausarzt von einem wahrscheinlichen Morbus Behçet ausgeht, wohingegen die Ärzte des E. ___ lediglich differentialdiagnostisch im weitesten Sinne an das Vorliegen eines Morbus Behçet gedacht haben, jedoch betonen, dass für diese Krankheit beim Beschwerdeführer nicht genügend Kriterien erfüllt seien. Damit ist davon auszugehen, dass der Hausarzt bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vor allem auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat. Zudem setzt er sich nicht mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander, insbesondere nicht mit der seitens der Dres. C. ___ und D. ___ erwähnten Schmerzfixierung und chronischer Schmerzproblematik des Beschwerdeführers. Dr. J. ___ fährte zudem am 27. Januar 2005 aus, dass er das Knie mehrmals im Jahre habe punktieren müssen und die Schwellungen dann nicht mehr so oft aufgetreten seien, nachdem er den Beschwerdeführer zu 50 % als arbeitsunfähig erklärt habe (Urk. 7/24 lit. D Ziffer 3). Dr. J. ___ fährte aber nicht aus, wann diese Punktierungen stattgefunden haben. Nachdem gemäßs Arztbericht vom 13. Januar 2005 der Dres. C. ___ und D. ___ des E. ___ nach der letzten Schwellung des Knies im Mai 2004 unter Salazopyrin keine Kniegelenksergüsse mehr aufgetreten seien und zudem eine weitere Besserung der Beschwerden durch eine Steigerung des Salazopyrins erwartet werden könne (Urk. 7/25/1), erscheint diese Aussage von Dr. J. ___ im Januar 2005 nicht

nachvollziehbar. Aufgrund des Dargelegten lässt sich die Einschätzung des Hausarztes somit keine namhaften Zweifel an der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Dres. C.____ und D.____ des E.____ aufkommen.

Die Darstellung des medizinischen Sachverhalts im Arztbericht des E.____ vom 13. Januar 2005 ist aktuell und basiert auf einer ausführlichen Anamnese, den im Laufe der Jahre durchgeführten umfangreichen, auch spezialärztlichen Untersuchungen im E.____ (insbesondere Röntgen der Hüfte und Hände, MRI des Beckens, Skelettszintigraphie des rechten Knies, wiederholte Punktion des rechten Knies sowie klinische und labormässige Abklärungen, vgl. Urk. 7/25/4) und der Untersuchung vom 12. Januar 2005. Auch wurden die vom Beschwerdeführer geschilderten Beschwerden von den Ärzten berücksichtigt, wobei sie sich auch mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinandersetzten (Schmerzfixierung und chronische Schmerzproblematik, vgl. Urk. 7/25/1). Nachvollziehbar ist insbesondere die Verbesserung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers, da seit der Schwellung im Mai 2004 das rechte Kniegelenk nie mehr angeschwollen sei, nachdem der Erguss punktiert und Cortison infiltriert sowie eine Basistherapie mit Salazopyrin begonnen worden sei (vgl. Erw. 3.2.1). Zudem solle eine Steigerung des Salazopyrins den entzündlichen Teil der Kniebeschwerden noch verbessern können (Urk. 7/25/1). Es ist einleuchtend, dass nach einer angemessenen Rekonvaleszenzzeit im Anschluss an die Behandlung des im Mai 2004 akut geschwollenen Knies nachdem anlässlich der letzten Untersuchung am E.____ vom 12. Januar 2005 kein Erguss, keine Meniskus- und keine Instabilitätszeichen, sondern lediglich ein leichtes femoropatellares Reiben und Konturvergrößerung rechts festgestellt worden waren - ab 1. Februar 2005 von einem objektiv verbesserten medizinischen Gesundheitszustand des rechten Knies auszugehen ist.

Daran vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers, er leide unter massiven Schmerzen im rechten Knie, welche permanent und ohne Belastung da seien, zudem schwellen das Knie bei Belastung an und die anhaltenden Rückenschmerzen würden ihn von Zeit zu Zeit ans Bett fesseln, wobei zu diesen Leiden noch permanente Gelenkschmerzen (Finger-, Hand- und Fussgelenkschmerzen) hinzukommen, nichts zu ändern. Entscheidend sind allein die von den Ärztinnen und Ärzten des E.____ erhobenen objektiven Befunde - auf welche übrigens auch Dr. J.____ in seinem Arztbericht vom 27. Januar 2005 verweist (Urk. 7/24 Ziff. 5) - und deren darauf gestützte Beurteilung der noch zumutbaren Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers, trotz der zweifelsohne vorhandenen Gesundheitsschäden. In diesem Zusammenhang ist auch festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im Hinblick auf seine Schadenminderungspflicht gehalten wäre, sich den von den Ärzten des E.____ erwählten therapeutischen Massnahmen zur Verbesserung seines Gesundheitszustandes, wie zum Beispiel einem rückenkräftigenden und stabilisierenden Muskeltraining im Rahmen einer medizinischen Trainingstherapie (siehe Urk. 7/25/1 Ziff. 7) zu unterziehen.

4.2 Fehlt zudem der Einwand, die unterschiedliche Einschätzung der Schmerzproblematik sei auf ungenügende Deutschkenntnisse des Beschwerdeführers zurückzuführen (Urk. 1 S. 2).

Im vorliegenden Fall sind den medizinischen Akten keine Hinweise auf Verständigungsschwierigkeiten oder gar unüberwindliche sprachliche Barrieren zu entnehmen. Der Beschwerdeführer befand sich während der letzten Jahre bei mehreren Ärzten und Kliniken in medizinischer Behandlung (siehe Urk. 7/23 - 34 und Urk. 7/106).

In keinem der Arzt- oder Klinikberichte wurde erwähnt, dass die Kommunikation mit dem Beschwerdeführer wegen sprachlicher Schwierigkeiten erschwert oder gar unmöglich gewesen sei. Selbst wenn der Beschwerdeführer wegen seiner Muttersprache gewisse Schwierigkeiten hatte oder gehabt hatte, sich präzise auszudrücken - was im Übrigen auch Menschen mit deutscher Muttersprache mitunter nicht immer leicht fällt -, änderte dies nichts an der Tatsache, dass die medizinischen Befunde nicht auf Grund der subjektiven Äusserungen des Beschwerdeführers, sondern einzig und allein gestützt auf ausgedehnte und mehrfache medizinische Untersuchungen erhoben worden sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund des Gesagten kann dem Arztbericht der Dres. C. ___ und D. ___ des E. ___ vom 13. Januar 2005 auch nicht aus Gründen ungenügender sprachlicher Verständigung der Beweiswert abgesprochen werden.

4.3 Ä Ä Ä Ä Damit ist trotz der subjektiv unveränderten Schmerzen auf die Einschätzung der Dres. C. ___ und D. ___ abzustellen, d.h. der Beschwerdeführer ist ab 13. Januar 2005 und bis auf Weiteres in einer behinderungsangepassten Tätigkeit mit zusätzlich einer Stunde Pause ganztags arbeitsfähig. Bei einer im Jahr 2005 betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 7/8-2006, S. 90, Tab. B9.2) ergibt dies (41,6 Stunden - 5 Stunden = 36,6 Stunden) - gerundet - eine zumutbare Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 88 % in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich der ab Januar 2005 verbesserte Gesundheitszustand in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Ä Ä Ä Ä Bei der Ermittlung des ohne Invalidität von der versicherten Person erzielbaren Einkommens (sogenanntes Valideneinkommen) ist entscheidend, was sie im massgebenden Zeitpunkt nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde Person tatsächlich verdienen würde (BGE 125 V 157 Erw. 5c/bb; RKUV 1993 Nr. U 168 f. Erw. 3 b mit Hinweis). Die Einkommensentwicklung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Es ist in der Regel vom letzten Lohn, welchen die versicherte Person vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielt hat, auszugehen. Bei der Bemessung des möglichen Valideneinkommens hat sich die Beschwerdegegnerin auf den im Jahre 2000 von der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers abgerechneten AHV-pflichtigen Lohn von Fr. 69'732.-- gestützt (siehe IK-Auszug vom 9. September 2004, Urk. 7/57), nachdem gemäss Angaben von Dr. J. ___ (Bericht vom 6. April 2002, Urk. 7/33) die Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit als Brandschutzmonteur im Oktober 2001 eingetreten war und die damalige Arbeitgeberin in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2001 angegeben hatte, der letzte effektive Arbeitstag des Beschwerdeführers in seiner Funktion als Brandschutzmonteur sei der 6. August 2001 gewesen (Urk. 7/103 Ziff. 4). In den Jahren zuvor, das heisst im Jahre 1997 hatte der Beschwerdeführer ein AHV-pflichtiges Erwerbseinkommen von Fr. 57'725.--, im Jahre 1998 ein solches von Fr. 61'032.-- und im Jahre 1999 von Fr. 62'658.-- erzielt (Urk. 7/57). Auf diesem Hintergrund, das heisst einem kontinuierlich über die Jahre ansteigenden Lohn, und der Tatsache, dass die Arbeitgeberin in ihrem Bericht vom 18. Dezember 2001 angegeben hatte, der Beschwerdeführer würde im Jahre 2001 ohne Gesundheitsschaden einen Lohn von Fr. 5'000.--/Monat x 13, also von Fr. 65'000.--/Jahr

erzielen (Urk. 7/103 Ziff. 16), ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, das heisst das Abstellen auf den AHV-pflichtigen Lohn vor Eintritt des relevanten Gesundheitsschadens nicht zu beanstanden. Dieser Validenlohn ist an die Nominallohnsteigerung anzupassen. Der Nominallohnindex für Männer erhöhte sich im Jahr 2005 gegenüber 2000 um 136 Punkte (Nominallohnindex 2000: 1856, Nominallohnindex 2005: 1998; Die Volkswirtschaft 7/8-2006, S. 91, Tab. B10.3). Damit ist 2005 ein jährliches Valideneinkommen von (gerundet) Fr. 74'842.-- massgebend.

5.3 Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne herangezogen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, mit welcher sie die ärztlich bestatigte Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft (BGE 126 V 75 ff. Erw. 3b/bb, mit Hinweis).

Das Invalideneinkommen ist aufgrund der statistischen Angaben der Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI 1998 S. 291) festzusetzen. Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer betrug im Jahr 2004 monatlich Fr. 4'588.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (vgl. LSE 2004, Tabelle TA1 S. 13), was bei einer im Jahre 2005 betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,6 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 7/8-2006, S. 90, Tab. B9.2) ein monatliches Gehalt von rund Fr. 4'772.-- beziehungsweise ein solches von gerundet Fr. 57'264.-- (x12) pro Jahr ergibt. Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer im Jahr 2005 von 1 % (Die Volkswirtschaft 7/8-2006, S. 91, Tabelle B10.2) resultiert für das Jahr 2005 ein hypothetisches Einkommen von rund Fr. 57'837.--. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 88 % ergibt dies ein Jahresinvalideneinkommen von (gerundet) Fr. 50'897.--.

Das Eidgenössische Versicherungsgericht hat in BGE 126 V 75 seine bisherige Rechtsprechung zu den Abzügen von Tabellenlöhnen zusammengefasst und festgehalten, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass solche Abzüge zu gewähren seien, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängen. Dabei seien nicht für jedes zur Anwendung gelangende Kriterium separat quantifizierte Abzüge vorzunehmen und zu addieren, da auf diese Weise Wechselwirkungen ausgeblendet würden. Vielmehr seien die jeweiligen Merkmale (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei es sich rechtfertige, den Abzug auf insgesamt höchstens 25 % zu begrenzen (BGE 126 V 79 f. Erw. 5b). Unter Berücksichtigung der leidensbedingten Einschränkung erscheint ein Abzug von 15 % vorliegend den Verhältnissen angemessen. Dies umso mehr, als in der Arbeitsfähigkeit von 88 % bereits eine behinderungsbedingt notwendige Pause von 1 Stunde pro Arbeitstag berücksichtigt ist. Damit ist von einem massgeblichen Invalideneinkommen von Fr. 43'262.-- auszugehen. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 74'842.-- ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 31'580.-- beziehungsweise einen Invaliditätsgrad von 42 % und damit einen Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Viertelsrente.

5.4. Was die Beschwerdegegnerin jedoch nicht beachtet hat, ist die Vorschrift von Art. 88a Abs. 1 IVV, wonach bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbefreiende Herabsetzung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen ist, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Im Falle des Beschwerdeführers bedeutet dies - nachdem sich seine Erwerbsfähigkeit im Januar 2005 verbessert hat -, dass sein Anspruch auf eine ganze Invalidenrente grundsätzlich bis 31. März 2005 dauert und der Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. April 2005 - und nicht schon ab 1. Februar 2005 - entsteht. In diesem Sinne ist die Beschwerde teilweise gutzuheissen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 9. November 2005 aufgehoben und festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer bis 31. März 2005 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente und ab 1. April 2005 Anspruch auf eine Viertelsrente hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Das Verfahren ist kostenlos.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- B. _____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherung

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.