ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00121 vom 30. November 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-11-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00121

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00121 du 30 novembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00121 del 30 novembre 2007

Erwägungen

E. 2
/

E. 3
3.1Â Â Â Â

3.1.1Â Â SUVA-Kreisarzt Dr. med. E.___, Facharzt FMH fÃ¼r Chirurgie, kam in seinem Bericht vom 3. Juli 2003 (Urk. 8/60/8/119 ff.) im Wesentlichen zu folgender Beurteilung: Bereits am 10. Juni 1991 habe der BeschwerdefÃ¼hrer bei einem Sturz auf das linke Knie eine mediale Meniskus-HinterhornlÃ¤sion bei gelockertem Seitenband und vorderer KreuzbandlÃ¤sion erlitten. Am 7. August 1999 sei eine Arthroskopie, Meniskus-Teilresektion medial und Resektion des vorderen Kreuzbandstumpfes durchgefÃ¼hrt worden. Am 6. August 1994 wie auch am 6. August 1995 sei es zu erneuten Distorsionen des linken Kniegelenkes mit vorÃ¼bergehender vermehrter Symptomatik beziehungsweise bei medialer Gonarthrose und Chondropathia patellae gekommen. Am 13. September 1995 sei eine vordere Kreuzbandersatzplastik aus Patellarsehne und am 7. Mai 1998 eine Arthroskopie und mediale und laterale Teilmeniskektomie sowie ein DÃ©bridement durchgefÃ¼hrt worden. Das Metall habe entfernt werden kÃ¶nnen. Im weiteren Verlauf habe sich jedoch eine Varus-Gonarthrose mit InstabilitÃ¤t gezeigt, so dass am 5. Dezember 2002 eine mediale und laterale Teilmeniskektomie, ein KnorpeldÃ©bridement am medialen Condylus und retropatellÃ¤r sowie eine medial aufklappende valgisierende Tibiakopf-Osteotomie mit Knochenspan und T-Platte habe durchgefÃ¼hrt werden mÃ¼ssen. Die geklagten Beschwerden seien erklÃ¤rt. Es bestÃ¼nden deutliche Zeichen einer medial betonten retropatellÃ¤ren Gonarthrose. Das Metall sei in situ. Die letzten RÃ¶ntgen-Kontrollaufnahmen hÃ¤tten noch keinen sehr guten Einbau des Knochenspans gezeigt. Eine der oberen Schrauben scheine etwas gelockert zu sein (Urk. 8/60/8/120 f.).

3.1.2Â Â Weiter fÃ¼hrte Dr. E.___ aus, er habe dem Patienten Funktions- und KrÃ¤ftigungsÃ¼bungen empfohlen, die er zum grÃ¶ssten Teil selbst durchfÃ¼hren kÃ¶nne. In der Physiotherapie sei auch weiterhin auf einen guten Muskelaufbau und eine Verbesserung des Gangbildes zu achten. Lokal kÃ¶nnten antirheumatische Salben angewendet werden, fÃ¼r die Nacht kÃ¶nne die Auflage eines Flectorpflasters empfohlen werden, eventuell ergÃ¤nzt durch eine Medikation mit einem Cox-2-Hemmer. Sollten die Beschwerden fortschreiten, kÃ¶nne hier wohl lediglich eine erneute arthroskopische Beurteilung und ein DÃ©bridement empfohlen werden. FÃ¼r einen prothetischen Einsatz sei der Patient zu jung. Man werde nun eine weitere Konsolidation abwarten mÃ¼ssen. Es sei eine RÃ¶ntgenkontrollaufnahme bei Dr. I.___ vorgesehen. Sollten sich weitere

Konsolidierungszeichen zeigen, so werde wohl mit einer TeilarbeitsfÃ¤higkeit zu rechnen sein. Allerdings werde man sich auf die LÃ¤nge eine Umplatzierung beziehungsweise Umschulung Ã¼berlegen mÃ¼ssen. Das lÃ¤ngere Laufen Ã¼ber unebenes GelÃ¤nde, das hÃ¤ufige Besteigen von Leitern und GerÃ¼sten und das Arbeiten in kniender Stellung oder kauernder Stellung werde eingeschrÃ¤nkt sein. UngÃ¼nstig sei lÃ¤ngeres Verharren in gleich bleibender Haltung. SchlÃ¤ge auf das Bein wie auch das Tragen von Lasten Ã¼ber 15 kg seien zu vermeiden. GÃ¼nstig wÃ¤ren Wechselbelastungen. Unter BerÃ¼cksichtigung dieser Behinderung wÃ¤re dem Patienten ein ganztÃ¤giger Arbeitseinsatz zuzumuten. Zur IntegritÃ¤tsentschÃ¤digung werde nach circa sechs Monaten Stellung genommen werden kÃ¶nnen (Urk. 8/60/8/121).

E. 3.2

3.2.1Â Â Â Â Â Â Â Â Â AnlÃ¤sslich einer weiteren kreisÃ¤rztlichen Untersuchung vom 16. Dezember 2003 (Urk. 8/60/8/106 ff.) hielt Kreisarzt Dr. E.___ fest, von Seiten der rechten Hand gebe der BeschwerdefÃ¼hrer keine weiteren Beschwerden an. Er klage jetzt Ã¼ber zunehmende Beschwerden im Lendenwirbelbereich, zum Teil bis in das linke Bein und den Oberschenkel ausstrahlend. Er sei in seiner Bewegung erheblich eingeschrÃ¤nkt. Auch klage er Ã¼ber Schmerzen im Kniegelenk, vor allem bei Belastung, verstÃ¤rkt in letzter Zeit aber auch in Ruhe. Das Laufen Ã¼ber unebenes GelÃ¤nde sei nicht mehr mÃ¶glich. Knien und Kauern seien eingeschrÃ¤nkt. Er habe Anlaufschmerzen nach lÃ¤ngerem Verharren in gleich bleibender Haltung. Eine Schwellungsneigung habe er in letzter Zeit nicht beobachtet. Die beiden Schrauben habe er unter der Haut getastet; dieser Bezirk sei sehr druckempfindlich. In seiner Nachtruhe sei er nicht wesentlich gestÃ¶rt. Es bestehe eine WetterfÃ¼hligkeit mit KÃ¤lteempfindlichkeit. Eine physiotherapeutische Betreuung habe er nicht mehr, Medikamente mÃ¼sse er nicht mehr nehmen. Die Arbeit als Metallbauschlosser habe er noch nicht wieder aufnehmen kÃ¶nnen. Als Musiker in einer Band habe er ebenfalls nicht spielen kÃ¶nnen (Urk. 8/60/8/106).

3.2.2Â Â Im Ã■brigen fÃ¼hrte Dr. E.___ im Bericht vom 16. Dezember 2003 aus, unfallfremd bestehe beim BeschwerdefÃ¼hrer ein chronisches Lumbovertebralsyndrom bei Dysbalance und vorbestehenden degenerativen VerÃ¤nderungen mit Verdacht auf Spondylolisthesis L5/S1. Bei keinem der geschilderten UnfÃ¤lle sei es zu einer Verletzung im Bereich der WirbelsÃ¤ule gekommen. Es handle sich hier um ein selbstÃ¤ndiges, unabhÃ¤ngiges Krankheitsbild. Eine weitere diesbezÃ¼gliche Behandlung kÃ¶nne nicht zu Lasten der SUVA erfolgen. Auch von Seiten des linken HÃ¼ftgelenkes bestehe kein Status nach Verletzung. Am linken Kniegelenk habe sich gegenÃ¼ber der letzten Untersuchung vom 2. Juli 2003 keine wesentliche VerÃ¤nderung ergeben. Die Konsolidation des Spaltes sei weiter fortgeschritten. Es zeige sich allerdings eine Schraubenlockerung und ein Schraubenbruch. Die geklagten Beschwerden seien erklÃ¤rt. Auf HÃ¶he der Schrauben bestehe noch eine Druckdolenz. Es sei nun vorgesehen, die weitere Konsolidation abzuwarten und anfangs des nÃ¤chsten Jahres eine Metallentfernung durchzufÃ¼hren. Lokal kÃ¶nnten noch antirheumatische Salben angewendet werden, eventuell ergÃ¤nzt durch die Medikation mit einem Cox-2-Hemmer. Am Schuh sollte ein Pufferabsatz angebracht werden. Sollte sich kein guter Durchbau zeigen, so sei hier wohl eine Spongiaplastik erforderlich. Da nun noch die weitere Konsolidation abzuwarten sei, kÃ¶nne der Fall noch nicht abgeschlossen werden, ebenso kÃ¶nne noch nicht zur IntegritÃ¤tsentschÃ¤digung Stellung genommen werden (Urk. 8/60/8/107 f.).

3.2.3Â Â Â Â Â Â Â Â BezÃ¼glich Zumutbarkeitsbeurteilung hielt Dr. E.___ fest, es bestehe beim BeschwerdefÃ¼hrer posttraumatisch eine Gonarthrose. Dem Patienten sei das Laufen Ã¼ber unebenes GelÃ¤nde, das hÃ¤ufige Besteigen von Leitern und GerÃ¼sten und das Arbeiten in kniender oder kauernder Stellung nicht mehr zuzumuten. UngÃ¼nstig sei ebenfalls lÃ¤ngeres Verharren in gleich bleibender Haltung. Auch SchlÃ¤ge auf das Bein und das Tragen von Lasten Ã¼ber 15 kg seien ungÃ¼nstig. GÃ¼nstig wÃ¤ren Wechselbelastungen. Unter BerÃ¼cksichtigung dieser Behinderung wÃ¤re dem BeschwerdefÃ¼hrer ein ganztÃ¤giger Arbeitseinsatz zuzumuten (Urk. 8/60/8/108).

E. 3.3

3.3.1Â Â SUVA-Kreisarzt Prof. Dr. med. G.___, Facharzt FMH fÃ¼r OrthopÃ¤dische Chirurgie, erhob im Rahmen der Ã¤rztlichen Abschlussuntersuchung am 10. August 2004 (vgl. Urk. 8/60/8/15 ff.) folgende Diagnosen: Status nach Kniedistorsionen 1991, 1994 und 1995 links; multiple Voroperationen mit Meniskektomien partiell lateral und medial, DÃ©bridement, vorderem Kreuzbandersatz aus Patellarsehne (1995); Status nach aufklappender valgisierender Tibiaosteotomie mit verzÃ¶gerter Heilung, jetzt konsolidiert; Coxalgie und Dorsalgie (Urk. 8/60/8/17).

3.3.2Â Â Â Â Â Â Â Â BezÃ¼glich Beurteilung verwies Dr. G.___ zunÃ¤chst (zum Teil) auf den kreisÃ¤rztlichen Bericht zur Untersuchung vom 3. Juli 2003. Seit der kreisÃ¤rztlichen Untersuchung durch Dr. E.___ sei ein Jahr vergangen. Die Situation sei in etwa gleich wie bei dieser Untersuchung, insbesondere habe schon ein leichtes Streckdefizit des linken Kniegelenkes bestanden. Die seinerzeit noch nicht vollstÃ¤ndig vorhandene Konsolidation der Osteotomie sei zwischenzeitlich eingetreten. Auch der Bericht von Dr. I.___ vom Juni dieses Jahres laute gÃ¼nstig. Die heute noch geklagten Beschwerden seien nachvollziehbar. Das Kniegelenk sei allerdings bandstabil, weise durch die Osteotomie insgesamt eine leicht valgische Achse auf. Sodann bestehe eine verminderte volle Streckbarkeit (5Â°-Streckdefizit). GrÃ¶ssere medizinische Massnahmen dÃ¼rften zurzeit nicht mehr durchgefÃ¼hrt werden mÃ¼ssen. Der jetzige prÃ¤arthrotische Zustand am linken Kniegelenk mit Knorpelschaden sei als mÃ¤ssig stabil anzusehen. Zur IntegritÃ¤tsentschÃ¤digung bezÃ¼glich des linken Kniegelenks kÃ¶nne Stellung bezogen werden. Die geklagten HÃ¼ft- und RÃ¼ckenbeschwerden mit der Benutzung einer Gehhilfe (Stock) oder einer Entlastung des linken Beines in Zusammenhang bringen zu wollen, erscheine willkÃ¼rlich. Hier mÃ¼sse allenfalls einmal ein RÃ¶ntgenbild gemacht werden, um das HÃ¼ftgelenk und die WirbelsÃ¤ule zu analysieren. Die Zumutbarkeit fÃ¼r eine zu realisierende ArbeitsfÃ¤higkeit von 50 % sei vorhanden. Es handle sich um Arbeiten mit wechselndem Gehen, Stehen und Sitzen, wobei die Trageleistung des BeschwerdefÃ¼hrers 10 kg nicht Ã¼berschreiten sollte. Ab 11. August 2004 bestehe eine 50%ige ArbeitsfÃ¤higkeit, fÃ¼r leichtere TÃ¤tigkeiten ganztags. Offenbar kÃ¶nne der BeschwerdefÃ¼hrer in der Einmannwerkstatt seines Vaters mithelfen. Wie das genau aussehen solle, darÃ¼ber kÃ¶nne der BeschwerdefÃ¼hrer noch keine Aussagen machen (Urk. 8/60/8/17 f.).

3.4Â Â Â Â

3.4.1Â Â Dr. med. H.___, Facharzt FMH fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 20. April 2005 (Urk. 8/31) eine lÃ¤nger dauernde depressive Reaktion im Rahmen einer AnpassungsstÃ¶rung F43.2 sowie eine chronische Schmerzsymptomatik. Der BeschwerdefÃ¼hrer sei bewusstseinsklar und allseits orientiert.

Er sei vÃ¶llig schwarz gekleidet, mit diversen Piercings und TÃ¤towierungen versehen. Das Denken sei formal klar, inhaltlich auf seine jetzige gesundheitliche und soziale Situation eingeengt. Affektiv wirke er vordergrÃ¼ndig gefasst, hintergrÃ¼ndig finde sich eine depressive Stimmungslage. Er fÃ¼hre aus, wie ihn vor allem der langwierige Verlauf mit den Unfallfolgen psychisch sehr belaste. Er sei dadurch im Alltag sehr eingeschrÃ¤nkt. Er kÃ¶nne aufgrund der Schmerzen nicht lÃ¤ngere Zeit stehen oder knien, auch mÃ¼sse er aufgrund der geringen Energie bei TÃ¤tigkeiten spÃ¤testens nach einer Stunde Pause machen. Er sei psychisch oft in einem Loch und kÃ¶nne sich fÃ¼r nichts motivieren; so bleibe vieles liegen, was er im Alltag erledigen sollte. Er kÃ¶nne sich Ã¼berhaupt nicht vorstellen, so einen ganzen Tag lang zu arbeiten. Das Einzige, was ihm psychisch gut tue, sei das Musik machen in einer Hardrockband. Bei der Schilderung von Auftritten mit seiner Band wirke der BeschwerdefÃ¼hrer deutlich lebendiger. Die Untersuchung auf Depression mit Hilfe des MDTT (Margraff Diagnosis and Treatment Tool) habe eine deutliche depressive Symptomatik ergeben (Urk. 8/31 S. 1 f.).

3.4.2Â Â Â Â Â Â Â Â Betreffend Entstehung der psychischen StÃ¶rung hielt Dr. H.___ fest, dass diese Frage aufgrund der nur zweimaligen Untersuchung nicht abschliessend beantwortet werden kÃ¶nne. Durch den Unfall und den langwierigen Verlauf sei beim BeschwerdefÃ¼hrer das Selbstwertgefühl und damit verbunden das psychische Gleichgewicht empfindlich gestÃ¶rt worden. Es sei dem BeschwerdefÃ¼hrer nicht gelungen, mit der psychischen Belastung durch den Unfall und dessen Folgen fertig zu werden. Dies habe im Rahmen einer AnpassungsstÃ¶rung zu einer chronischen depressiven StÃ¶rung und sozialem RÃ¼ckzug gefÃ¼hrt. Zur Zeit lehne der BeschwerdefÃ¼hrer eine psychiatrische Behandlung mit Psychotherapie und/oder Psychopharmaka ab. Er meine, dass fÃ¼r ihn Musik machen das beste Antidepressivum sei. Somit bestehe keine Motivation als notwendige Voraussetzung fÃ¼r eine psychiatrische Behandlung. FÃ¼r den weiteren Verlauf kÃ¶nnte eine unterstÃ¼tzende Begleitung bei ersten Schritten in Richtung berufliche Rehabilitation aber sehr sinnvoll sein (Urk. 8/31 S. 2).

3.4.3Â Â Zu zumutbaren TÃ¤tigkeiten und Prognose bemerkte Dr. H.___, beim BeschwerdefÃ¼hrer sei von einer TeilarbeitsfÃ¤higkeit von circa 30 % bis 50 % auszugehen. Er habe in den letzten Monaten immer wieder stundenweise im Betrieb des Vaters ausgeholfen. Er habe dies jedoch nur bei fehlendem Zeitdruck und mit der Gewissheit tun kÃ¶nnen, jederzeit pausieren zu kÃ¶nnen. Dabei habe er kÃ¶rperlich wenig anstrengende Arbeiten ausgefÃ¼hrt. Eine solche TÃ¤tigkeit kÃ¶nnte dem BeschwerdefÃ¼hrer stundenweise zugemutet werden. Eine von der Invalidenversicherung vorgeschlagene Umschulung mit einem 100-%-Pensum wÃ¼rde den BeschwerdefÃ¼hrer zur Zeit Ã¼berfordern. Aufgrund des bisherigen Verlaufs sei mit lÃ¤ngerfristiger, gesundheitsbedingter ArbeitsunfÃ¤higkeit zu rechnen. Beim 31 Jahre alten BeschwerdefÃ¼hrer sollte aber eine berufliche Eingliederung versucht werden. Dies mÃ¼sste schrittweise mit langsamer Steigerung der Belastung versucht werden. Ein erster Schritt kÃ¶nnte zum Beispiel eine 50-%-BeschÃ¤ftigung im geschÃ¼tzten Rahmen sein. Wie weit sich dann die ArbeitsfÃ¤higkeit lÃ¤ngerfristig steigern lasse, kÃ¶nne zur Zeit nicht vorher gesehen werden (Urk. 8/31 S. 2).

E. 3.5

3.5.1Â Â SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.___, Facharzt FMH fÃ¼r Chirurgie, hielt in seinem Bericht vom 3. Juni 2005 fest, der BeschwerdefÃ¼hrer gebe an, er sei weiterhin in Behandlung bei Dr. I.___. Irgendwelche Therapien wÃ¼rden nicht mehr durchgefÃ¼hrt.

Auch Medikamente nehme er keine zu sich. Er gebe an zu wissen, dass er viel gekifft habe. Er habe nun das Kiffen gestoppt. Seither habe er wieder vermehrt Schmerzen in seinem linken Knie. Anlaufschmerzen am Morgen frÃ¼h habe er nicht. Seine Beschwerden trÃ¤ten gegen Abend auf. Am Morgen gehe es gut mit dem Knie. Er sei Metallbauschlosser und arbeite im Betrieb seines Vaters. Auf seine massive Handbeschwielung und die deutlichen Arbeitsspuren an beiden HÃ¤nden angesprochen, habe der BeschwerdefÃ¼hrer gesagt, er habe sein Motorrad (Kawasaki 750ccm) reparieren mÃ¼ssen, da das VorfÃ¼hren fÃ¤llig gewesen sei. Er sei mit dieser Maschine auch zur kreisÃ¤rztlichen Untersuchung gekommen. Knien sei mit dem linken Knie nicht mÃ¶glich. Auf die Zukunft angesprochen, habe der BeschwerdefÃ¼hrer gesagt, er mÃ¶chte am liebsten als Musiker oder TÃ¤towierer arbeiten (Urk. 8/60/3/6).

3.5.2Â Â Weiter fÃ¼hrte Dr. F.___ aus, die rÃ¼ckwirkend ausgesprochene ArbeitsunfÃ¤higkeit durch Dr. I.___ ohne einen zusÃ¤tzlichen pathologischen Befund kÃ¶nne von der SUVA nicht akzeptiert werden. Beim BeschwerdefÃ¼hrer mÃ¼sse unbedingt eine Umschulung in die Wege geleitet werden, fÃ¼r eine Arbeit, die der ausgesprochenen Zumutbarkeitsbeurteilung entspreche. Der Fall kÃ¶nne abgeschlossen werden. Auch nach Abschluss des Falles kÃ¶nnten dem BeschwerdefÃ¼hrer 4 bis 6 Arztbesuche pro Jahr zugestanden werden zur Abgabe der nÃ¶tigen Schmerzmittel/Antirheumatika oder zur Verschreibung von 2 bis 3 BlÃ¶cken Physiotherapie, sollte dies notwendig sein. Die massivste Handbeschwielung des BeschwerdefÃ¼hrers mit deutlichen Arbeitsspuren beweise, dass er in der Zwischenzeit nicht untÃ¤tig gewesen sei. Bis zur Umschulung sei fÃ¼r eine leichte Arbeit im Betrieb des Vaters weiterhin von einer 50%igen ArbeitsfÃ¤higkeit auszugehen (Urk. 8/60/3/7).

E. 4

4.1Â Â Â Â Auf Grund der medizinischen Akten steht fest, dass der BeschwerdefÃ¼hrer an objektivierbaren organischen Beschwerden leidet, welche ihn in der ArbeitsfÃ¤higkeit beeintrÃ¤chtigen und eine weitere AusÃ¼bung der bisherigen TÃ¤tigkeit als Metallbauschlosser (zumindest teilweise) unzumutbar machen. Die Befunde hindern ihn nach Ã¤rztlicher Auffassung allerdings nicht daran, eine kÃ¶rperlich leichtere und den bestehenden BeeintrÃ¤chtigungen angepasste TÃ¤tigkeit zu verrichten. Dieser Meinung sind nicht nur die SUVA-Ã■rzte Dr. E.___ (Urk. 8/60/8/121, Urk. 8/60/8/103), Prof. Dr. G.___ (Urk. 8/60/8/18) und Dr. F.___ (Urk. 8/60/3/7), sondern auch der behandelnde Arzt, Dr. I.___, vertrat in seiner Stellungnahme vom 16. Juni 2004 die Ansicht, dass dem BeschwerdefÃ¼hrer wahrscheinlich eine 50-100%ige ArbeitsfÃ¤higkeit in einem teilweise im Sitzen, teilweise im Gehen ausgeÃ¼bten, knieschonenden Beruf mÃ¶glich sei (Urk. 8/60/8/19).

4.2Â Â Â Â Zu keiner anderen Beurteilung vermag der Kurzbericht von Dr. I.___ vom 10. MÃ¤rz 2005 (Urk. 8/60/5/1) zu fÃ¼hren. Soweit er dem BeschwerdefÃ¼hrer darin sowie im Unfallschein (Urk. 8/60/4/9) ab 10. MÃ¤rz 2005 eine vollstÃ¤ndige ArbeitsunfÃ¤higkeit bescheinigt, ist einerseits darauf hinzuweisen, dass sich dies auf die TÃ¤tigkeit des BeschwerdefÃ¼hrers als Metallbauschlosser im Betrieb seines Vaters bezieht, und anderseits ist zu bemerken, dass sich Dr. I.___ bei seiner Beurteilung vorwiegend auf die Angaben des BeschwerdefÃ¼hrers stÃ¼tzte, der eine Verschlechterung beklagte (vgl. Urk. 8/60/5/1). Aus der Stellungnahme Dr. I.___s vom 12. Mai 2005 geht jedoch hervor, dass objektiv keine wesentliche Befundverschlechterung eingetreten sei (Urk. 8/60/3/10). Die von Dr. F.___ am 3. Juni 2005 attestierte 50%ige

ArbeitsunfÃ¤higkeit bezieht sich ebenfalls ausdrÃ¼cklich auf eine TÃ¤tigkeit als Metallbauschlosser im Betrieb des Vaters des BeschwerdefÃ¼hrers (Urk. 8/60/3/7).

4.3Â Â Â Â Â Â Â Â Â GestÃ¼tzt auf die medizinischen Akten besteht sodann auch kein Grund zur Annahme, dass die erst spÃ¤ter aufgetretenen Beschwerden im Bereich des RÃ¼ckens, der linken HÃ¼fte und des linken Sprunggelenkes zu einer weitergehenden EinschrÃ¤nkung in der ArbeitsfÃ¤higkeit fÃ¼hren wÃ¼rden. Den Berichten der SUVA-Ã■rzte lÃ¤sst sich nichts Gegenteiliges entnehmen. Dr. med. J.___, Facharzt FMH fÃ¼r Chirurgie, wies zudem in seinem Bericht vom 5. Januar 2005 darauf hin, dass der Kreisarzt am 10. August 2004 klinisch gar kein relevantes Lumbovertebralsyndrom gefunden habe und auch die HÃ¼ften schmerzfrei beweglich seien (Urk. 8/60/8/22). Dr. I.___ bezog in seine EinschÃ¤tzung einer bis zu 100%igen ArbeitsfÃ¤higkeit in einer behinderungsangepassten TÃ¤tigkeit ausdrÃ¼cklich auch die genannten, zusÃ¤tzlich geltend gemachten Leiden ein (Urk. 8/60/8/19). Schliesslich sprach sich auch Dr. med. K.___ vom regionalen Ã¤rztlichen Dienst (RAD) gegen eine zusÃ¤tzliche EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit aus (Urk. 8/11/5).

4.4Â Â Â Â

4.4.1Â Â Zu prÃ¼fen bleibt, ob aufgrund der von Dr. H.___ im Bericht vom 20. April 2004 diagnostizierten, lÃ¤nger dauernden depressiven Reaktion im Rahmen einer AnpassungsstÃ¶rung von einer verminderten ArbeitsfÃ¤higkeit auszugehen ist.

4.4.2Â Â Â Â Â Â Â Â Â DiesbezÃ¼glich ist vorab zu bemerken, dass einer depressiven Reaktion grundsÃ¤tzlich kein Krankheitswert im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne zuzumessen ist (vgl. Urteil des damaligen EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 10. Juli 2006, I 807/04, Erw. 6.2.3 mit Hinweis auf BGE 127 V 295 Erw. 4a). Das gleiche muss fÃ¼r die erwÃ¤hnte chronische Schmerzsymptomatik gelten. Eine psychische StÃ¶rung mit Krankheitswert ist aufgrund der Angaben von Dr. H.___ nicht erstellt. Es ist sodann nicht nachvollziehbar, wie Dr. H.___ nur gestÃ¼tzt auf zwei persÃ¶nliche Untersuchungen des BeschwerdefÃ¼hrers und - soweit ersichtlich - ohne Kenntnis der medizinischen Vorakten zum Schluss kam, es liege eine lÃ¤nger dauernde depressive Reaktion vor. Dies Ã¼berrascht umso mehr, als den umfangreichen medizinischen Akten der letzten Jahre ansonsten keine Hinweise auf psychische BeeintrÃ¤chtigungen zu entnehmen sind, die sich negativ auf die ArbeitsfÃ¤higkeit ausgewirkt hÃ¤tten. Abgesehen davon mangelt es dem Bericht Dr. H.___s an einer BegrÃ¼ndung des geschÃ¤tzten Grades der ArbeitsunfÃ¤higkeit (50-70 %). Unklar bleibt auch, auf welche TÃ¤tigkeiten sich diese genau beziehen soll.

4.4.3Â Â Der Bericht Dr. H.___s erfÃ¼llt nach dem Gesagten die hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes von der Rechtsprechung als entscheidend eingestuften Kriterien (vgl. Erw. 1.11 hiervor) nicht in befriedigender Weise, weshalb er bereits aus diesem Grund keine zuverlÃ¤ssige Beurteilungsgrundlage darstellt. Weitere AbklÃ¤rungen, insbesondere zur Frage, ob ein psychisches Leiden mit Krankheitswert vorliege, kÃ¶nnen jedoch unterbleiben (antizipierte BeweiswÃ¼rdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b; Urteil des damaligen EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgerichts in Sachen R. vom 6. November 2002, U 131/02), wie die folgenden AusfÃ¼hrungen zeigen.

4.4.3Â Â Selbst ein fachÃ¤rztlich ausgewiesenes psychisches Leiden mit Krankheitswert, ist aus rechtlicher Sicht keine hinreichende Basis fÃ¼r die Annahme einer invalidisierenden EinschrÃ¤nkung der ArbeitsfÃ¤higkeit. Der Psychiater hat zwar zur

ArbeitsfÃ¤higkeit Stellung zu nehmen, und seine AusfÃ¼hrungen bilden eine wichtige Grundlage fÃ¼r die Beurteilung der Zumutbarkeit von Arbeitsleistungen (vgl. BGE 105 V 158 Erw. 1 in fine), doch obliegt es letztlich der rechtsanwendenden BehÃ¶rde - der Verwaltung oder, im Streitfall, dem Gericht - zu beurteilen, ob eine InvaliditÃ¤t im Rechtssinne (Art. 4 Abs. 1 IVG), bejahendenfalls eine solche rentenbegrÃ¼ndender Art (Art. 4 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 28 f. IVG), eingetreten ist. Ist eine psychische StÃ¶rung von Krankheitswert schlÃ¼ssig erstellt, kommt der Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmÃ¤ssig erwartet werden kann zu arbeiten (BGE 127 V 299 f. Erw. 5a).

4.4.4Â Â Aus rechtlicher Sicht sprechen keine hinreichenden GrÃ¼nde dafÃ¼r, dass die psychischen Ressourcen es dem BeschwerdefÃ¼hrer - im hier massgebenden Beurteilungszeitraum bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 29. Dezember 2005 - nicht erlaubt hÃ¤tten, trotz allfÃ¤lliger Schmerzen in vollem Umfang eine behinderungsangepasste TÃ¤tigkeit auszuÃ¼ben. Insbesondere ist keine psychische Krankheit ausgewiesen, welche die Willensbildung und die Handlungsfreiheit des BeschwerdefÃ¼hrers in einem Masse eingeschrÃ¤nkt hÃ¤tte, dass von ihm nicht zumindest ein ernsthaftes BemÃ¼hen um Wiederaufnahme einer vollzeitlichen ErwerbstÃ¤tigkeit, die wohl lÃ¤ngerfristig auch zu einer Verbesserung seines psychischen Gesundheitszustandes fÃ¼hren wÃ¼rde, hÃ¤tte erwartet werden kÃ¶nnen. DafÃ¼r spricht nicht zuletzt der Umstand, dass es ihm offenbar trotz der geltend gemachten psychischen BeeintrÃ¤chtigungen mÃ¶glich war, in einer Hardrockband zu spielen und Konzerte zu geben (vgl. Bericht Dr. H.___s vom 20. April 2005 [Urk. 8/31]; vgl. auch Berufsberatungsprotokoll vom 14. MÃ¤rz 2005 [Urk. 8/39 S. 3]).

4.5Â Â Â Â Â Â Â Hinsichtlich der Anforderungen an eine zumutbare ErwerbstÃ¤tigkeit rechtfertigt es sich somit, von den Angaben von Dr. E.___ in den Berichten vom 3. Juli und 16. Dezember 2003 (Urk. 8/60/8/121, Urk. 8/60/8/108) auszugehen, wonach der BeschwerdefÃ¼hrer keine TÃ¤tigkeiten auszuÃ¼ben vermag, im Rahmen derer er auf unebenem GelÃ¤nde gehen, hÃ¤ufig GerÃ¼ste und Leitern besteigen, in kniender oder kauernder Stellung arbeiten oder in gleich bleibender Haltung verharren mÃ¼sste, bei denen er SchlÃ¤gen auf das Bein ausgesetzt wÃ¤re oder Lasten Ã¼ber 15 kg tragen mÃ¼sste, der BeschwerdefÃ¼hrer aber in einer den bestehenden BeeintrÃ¤chtigungen angepassten - gÃ¼nstigenfalls wechselbelastenden - TÃ¤tigkeit zu 100 % arbeitsfÃ¤hig ist.

4.6Â Â Â Â Nach dem Gesagten ist auf die beantragten BeweisergÃ¤nzungen in medizinischer Hinsicht zu verzichten, da der rechtserhebliche Sachverhalt hinreichend erstellt ist und von weiteren AbklÃ¤rungen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte BeweiswÃ¼rdigung; BGE 124 V 94 Erw. 4b). SÃ¤mtliche Einwendungen in der Beschwerde vermÃ¶gen an diesem Ergebnis nichts zu Ã¤ndern.

E. 5

5.1Â Â Â Â Zu beurteilen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der festgestellten Leistungseinbusse: Die IV-Stelle ist gestÃ¼tzt auf den Rentenentscheid der SUVA von einem frÃ¼hest mÃ¶glichen theoretischen Leistungsbeginn im Juli 2005 ausgegangen. Dies ist nicht zu beanstanden. In der folgenden Zeit ist bis zum Erlass des Einspracheentscheides (vom 29. Dezember 2005) keine erhebliche VerÃ¤nderung der

hypothetischen BezugsgrÃ¶ssen erkennbar, weshalb auf einen weiteren Einkommensvergleich verzichtet werden kann.

5.2Â Â Â Â FÃ¼r die Ermittlung des Einkommens, welches der BeschwerdefÃ¼hrer ohne InvaliditÃ¤t erzielen kÃ¶nnte (Valideneinkommen), ist entscheidend, was er im Zeitpunkt des frÃ¼hestmÃ¶glichen Rentenbeginns, im vorliegenden Fall im Juli 2005, nach dem Beweisgrad der Ã¼berwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsÃ¤chlich verdient hÃ¤tte: Die IV-Stelle verwies bezÃ¼glich Berechnung des InvaliditÃ¤tsgrades auf den Einspracheentscheid der SUVA vom 20. Dezember 2005. Die SUVA hat das Valideneinkommen (als Metallbauschlosser) gestÃ¼tzt auf die Angaben des letzten Arbeitgebers des BeschwerdefÃ¼hrers vor dem (letzten) Unfall vom 6. August 1995, die Firma L.___ in "___" auf Fr. 57'018.-- beziffert, wobei sich dieses auf das Jahr 2005 bezieht. Dies ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Zwar hatte der BeschwerdefÃ¼hrer danach noch diverse TemporÃ¤reinsÃ¤tze, das dabei erzielte Einkommen bewegte sich aber entweder in vergleichbarem Rahmen (M.___ AG, N.___ AG, D.___ AG [vgl. Urk. 8/60/8/156]) oder lag - im Betrieb seines Vaters, der ihm mit Fr. 43'200.-- keinen branchenÃ¼blichen Lohn bezahlte (Urk. 8/60/8/203) - sogar deutlich darunter. Die vom BeschwerdefÃ¼hrer vertretene Ansicht, er hÃ¤tte als Gesunder ein Einkommen von Fr. 80'132.-- erzielen kÃ¶nnen (Urk. 1 S. 2), findet in den Akten keinerlei StÃ¼tze. Auch der Vater des BeschwerdefÃ¼hrers hatte gemÃ¤ss seinen eigenen Angaben (nur) vorgehabt, den Lohn seines Sohnes bei entsprechender Auftragslage auf Fr. 4'500.-- (x 13) zu erhÃ¶hen, was einem Jahreseinkommen von Fr. 58'500.-- - und damit ebenfalls in etwa dem von der SUVA angenommenen Valideneinkommen - entsprochen hÃ¤tte (Urk. 8/60/203). Gegen die Annahme eines hÃ¶heren Valideneinkommens - insbesondere auch als SelbstÃ¤ndigerwerbender mit eigenem Betrieb - spricht sodann einerseits der Umstand, dass (gemÃ¤ss Berufsberaterbericht vom 25. Februar 1999) der ganze administrative und zeichnerische Bereich sowie FÃ¼hrungsaufgaben nicht den Neigungen des BeschwerdefÃ¼hrers entsprechen wÃ¼rden, und anderseits auch die Tatsache, dass er sich - da er jeweils nicht zu lange an einem Arbeitsplatz bleiben wollte - oftmals nur temporÃ¤r anstellen liess (Urk. 8/60/8/183). Der BeschwerdefÃ¼hrer hat denn auch gemÃ¤ss Auszug aus dem individuellen Konto in den Jahren 1992 bis 2002 nie ein Fr. 45'000.-- Ã¼bersteigendes Jahreseinkommen erzielt (Urk. 8/58).

5.3Â Â Â Â Die SUVA - deren Berechnung die IV-Stelle Ã¼bernommen hat - hat zur Ermittlung des Invalideneinkommens auf fÃ¼nf DAP-Profile abgestellt mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von (rund) Fr. 46'500.-- (Urk. 8/60/1/8). Ob diese den zur RechtskonformitÃ¤t der DAP-InvaliditÃ¤tsbemessung entwickelten Kriterien (BGE 129 V 472) entsprechen und die gesundheitliche BeeintrÃ¤chtigungen des BeschwerdefÃ¼hrers berÃ¼cksichtigen, braucht nicht abschliessend beurteilt zu werden. Dem BeschwerdefÃ¼hrer stehen verschiedene Hilfsarbeiterstellen offen, weshalb, falls Tabellenwerte beigezogen werden, der Totalwert und nicht eine branchenspezifische Zahl relevant ist. GemÃ¤ss Tabelle TA1 der LSE 2004 (S. 53) betrÃ¤gt dieser fÃ¼r im privaten Sektor einfache und repetitive TÃ¤tigkeiten (Anforderungsniveau 4) verrichtende Arbeitnehmer bei einer wÃ¶chentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden Fr. 4'588.-- monatlich. Aufgerechnet auf die im Jahre 2005 durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft, 9 2007, S. 98, Tabelle B9.2, Total) sowie angepasst an die Entwicklung des Nominal- und Reallohnindexes bei MÃ¤nnern (2004 = 1975, 2005 = 1992; Die Volkswirtschaft, 9 2007, S. 99, Tabelle B10.3) resultiert daraus ein Einkommen

von Fr. 4'812.60. Selbst wenn hievon ein - als grosszÃ¼gig zu betrachtender - leidensbedingter Abzug in der HÃ¶he von 15 % vorgenommen wÃ¼rde (Invalideneinkommen von Fr. 4'090.70 im Monat beziehungsweise von Fr. 49'088.40 im Jahr), womit jegliche, allenfalls durch die kÃ¶rperliche Behinderung des BeschwerdefÃ¼hrers bedingte Lohneinbusse abgegolten wÃ¼rde, fÃ¼hrte dies bei GegenÃ¼berstellung des Valideneinkommens zu einem nicht rentenrelevanten InvaliditÃ¤tsgrad von bloss 14 % (zu den Rundungsregeln: vgl. BGE 130 V 121).

5.4Â Â Â Â Soweit in der Beschwerde geltend gemacht wird, unter den vorliegenden UmstÃ¤nden wÃ¤re ein leidensbedingter Abzug in der maximalen HÃ¶he von 25 % angebracht (Urk. 1 S. 4), kann dem nicht beigepflichtet werden. Hinsichtlich der von der Rechtsprechung zugelassenen AbzÃ¼ge mit Einfluss aufÂ das Invalideneinkommen fÃ¤llt beim BeschwerdefÃ¼hrer lediglich der Umstand lohnmindernd ins Gewicht, dass er keine schweren Arbeiten mehr verrichten kann, was mit einem Abzug von 15 % grosszÃ¼gig abgegolten wird. Triftige GrÃ¼nde, welche einen hÃ¶heren oder gar den hÃ¶chstmÃ¶glichen Abzug zu rechtfertigen vermÃ¶chten, sind keine ersichtlich, zumal der BeschwerdefÃ¼hrer Schweizer ist und in dem in Betracht fallenden Arbeitssegment auch sein Alter (vgl. LSE 2004, TA9, S. 65 [Anforderungsniveau 4/MÃ¤nner]) die MÃ¶glichkeit, das Lohnniveau gesunder HilfskrÃ¤fte zu erreichen, nicht zusÃ¤tzlich schmÃ¤lert.

Â Â Â Â Â Â Â Â Abgesehen davon resultiert selbst unter BerÃ¼cksichtigung des hÃ¶chstzulÃ¤ssigen Abzugs von 25 % vom Tabellenlohn verglichen mit dem Valideneinkommen keine rentenrelevante InvaliditÃ¤t.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Â Â Â Â Â Â Â Â Das Verfahren ist kostenlos.

3.Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle

- Rechtsanwalt Hans Ulrich WÃ¼rgler

- Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherungen

- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, Fluhmattstr. 1, Postfach 4358, 6002 Luzern

4.Â Â Â Â Â Â Â Â 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 Ã¼ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht wÃ¤hrend 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).

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in HÃ¤nden hat (Art. 42 BGG).

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