

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00585 vom 30. Januar 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00585

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00585 du 30 janvier 2008

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00585 del 30 gennaio 2008

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG).

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

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 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung 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, wie 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 therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). 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 (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

2.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004 bis 31. Dezember 2007: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG; seit 1. Januar 2008: in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4 Die Verfügung über eine befristete Invalidenrente enthält gleichzeitig die Gewährleistung der Leistung und die Revision derselben (EVGE 1966 S. 130 Erw. 2; ZAK 1984 S. 133 Erw. 3). Wird vom Zeitpunkt des Verfügungserlasses an rückwirkend eine Rente zugesprochen und diese für eine weitere Zeitspanne gleichzeitig herabgesetzt oder aufgehoben, so sind nach der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes die für die Rentenrevision geltenden Bestimmungen analog anwendbar (BGE 133 V 263 Erw. 6.1 mit Hinweisen). Nach Art. 41 IVG (seit 1. Januar 2003: Art. 17 Abs. 1 ATSG) ist eine Rente für die Zukunft entsprechend zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Grad der Invalidität der Person, die eine Rente bezieht, in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Setzt die Verwaltung bei der Leistungszusprechung die Rente nach Massgabe der Veränderung des Invaliditätsgrades rückwirkend herab oder hebt sie sie auf, richtet sich der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit (seit 1. Januar 2004: oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen) die

anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

2.5 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 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Aussagen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.6 Nach dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt, was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen des medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, sowie ob der Experte nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche ihm die Beantwortung der Fragen erschweren, gegebenenfalls deutlich macht (vgl. BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c, je mit Hinweisen; Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

E. 3

3.1 Es ist unbestritten, dass der Beschwerdeführer ab dem 21. August 2003 bis 5. Januar 2005 voll arbeitsunfähig war und ihm somit nach Ablauf des Wartjahres (20. August 2004; vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) bis 30. April 2005 (Art. 88 bis Abs. 2 IVV) eine ganze Rente der Invalidenversicherung zustand.

Streitig und zu prüfen ist hingegen der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente ab dem 1. Mai 2005.

3.2. Die Beschwerdeführerin macht geltend, der Beschwerdeführer habe am 25. Juli 2003 einen Unfall erlitten, welcher sich mit einem Schmerzsyndrom und einer Funktionseinschränkung der linken Schulter ausgewirkt habe. Seit dem 21. August 2003 (Beginn der einjährigen Wartezeit) bis zum 5. Januar 2005 habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Vom 24. November 2004 bis 5. Januar 2005 habe sich der Beschwerdeführer in der Klinik Y. aufgehalten. Dort sei man zum Schluss gekommen, dass ihm eine behinderungsangepasste Tätigkeit voll zumutbar ist. Diese Beurteilung sei anlässlich der Abschlussuntersuchung des Unfallversicherers vom 28. September 2005 bestätigt worden (Urk. 8/35/7, Urk. 2 Seiten 2 und 3). Da sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nach dem Aufenthalt in Y. bis zur Untersuchung durch den Kreisarzt im September 2005 nicht verändert habe, sei es zulässig, die ganzjährige Arbeitsfähigkeit ab Januar 2005 als zumutbar zu erachten (Urk. 7 Seite 2).

3.3. Der Beschwerdeführer lässt demgegenüber vorbringen, es könne auch nach April 2005 nicht von einer vollen Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Tätigkeit ausgegangen werden (Urk. 1 Seite 3). Der operierende Arzt, D. vom Spital X., habe in seinem Bericht an die Beschwerdeführerin vom 6. Mai 2005 in Kenntnis der Aussagen der Ärzte der Klinik Y. an einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit festgehalten (Urk. 1 Seite 4). Der Hausarzt des Beschwerdeführers, A., habe in seinem Zeugnis vom 25. April 2006 eine bleibende Erwerbsunfähigkeit von 100 % festgehalten. In seinem neuesten Zeugnis vom 27. Juni 2006 habe er bestätigt, dass der Beschwerdeführer in seinem früheren Beruf vollständig arbeitsunfähig sei. Er könne nur noch Tätigkeiten mit dem rechten Arm ausführen, wobei monotone repetitive Bewegungen vermieden werden sollten. Aufgrund der kognitiven Fähigkeiten seien nur noch einfache Überwachungsfunktionen zumutbar und möglich. Angesichts des solcher Art eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils sei dem Beschwerdeführer die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens nicht mehr möglich (Urk. 1 Seite 5). Würde ein aktueller Rentenanspruch unter Bezugnahme auf den Entscheid des Unfallversicherers verneint, läge eine Minderung frühestens mit der ärztlichen Abschlussuntersuchung vom 28. September 2005 vor. Damit bestünde der Anspruch auf die ganze Rente zumindest bis Dezember 2005 (Urk. 1 Seite 6).

E. 4

4.1. Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer Ende Juli 2003 (genaues Datum nicht eruierbar) bei der Arbeit ausrutschte, wobei er einen Sturz durch Festhalten am Gerüstgeländer mit dem linken Arm verhindern konnte. Dabei erlitt er ein axiales Stauchungstrauma der linken Schulter. Am 13. August 2003 wurde im Institut Z. unter anderem ein Arthro-MRT des Schultergelenkes links wegen Knacken in der linken Schulter bei klinisch ventraler Instabilität durchgeführt. Dieses zeigte eine kleine Intervall-Läsion der langen Bizeps-Sehne, ein Impingement der Supraspinatussehne sowie Zeichen einer mässigen Bursitis subdeltoidea/subacromialis (Urk. 8/6/78). Da es in der Folge bei sämtlichen Elevationsbewegungen ab ca. 40° zu einer dorsalen Luxation des Gelenkes mit spontaner Reposition beim Rückführen des Armes kam und somit eine normale Schulterfunktion nicht mehr gewährleistet war, wurde am 20. Januar 2004 in der Klinik für orthopädische Chirurgie des Spitals X. eine Schulteroperation (D., Reverse-Bankart-Repair links) vorgenommen (Urk. 8/6/67). Die Nachbehandlung (Physiotherapie, Miacalcic/NSAR-Therapie wegen eines beginnenden

Morbus Sudeck) wurde ebenfalls im Spital X.____ durchgeführt, wobei dort ein klar protrahierter Verlauf festgestellt wurde (Urk. 8/13/44, Urk. 8/6/39, Urk. 8/13/38). Zwar konnte im September 2004 eine leichte Regredienz der Schmerzen festgestellt werden. Es zeigte sich aber weiterhin eine starke funktionelle Einschränkung der linken Schulter (Urk. 8/13/38). Der Beschwerdeführer hielt sich deshalb vom 24. November 2004 bis 5. Januar 2005 in der Klinik Y.____ auf (Urk. 8/8/2-9). Dort wurde er in ein intensives physiotherapeutisches Programm eingeteilt. Eine wesentliche Schmerzreduktion oder Belastungssteigerung bzw. Erweiterung des Bewegungsausmasses der linken Schulter liess sich während des Aufenthaltes jedoch nicht erarbeiten (Urk. 8/18/23-25).

E. 4.2

4.2.1.1. F.____ und G.____, FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, von der Klinik Y.____ diagnostizieren im Austrittsbericht vom 4. Januar 2005 ein Schmerzsyndrom mit Funktionseinschränkung der linken Schulter bei vorbestehendem Impingement der Supraspinatussehne (MRI 8/03), habitueller hinterer Schulterinstabilität, Status nach Reverse-Bankart-Repair der linken Schulter am 20. Januar 2004 sowie im weiteren Verlauf diagnostizierter retraktiver Kapsulitis. Im Weiteren erheben sie ein maladaptives Bewältigungsmuster mit Schmerzausweitung und leichter affektiver Auslenkung (Nervosität und Besorgtheit) bei einfach strukturiertem Siedliener. Ein psychische Störung mit Krankheitswert liege nicht vor. In der aktuellen klinischen Untersuchung fanden sich eine Atrophie der Schultermuskulatur links, ein Schultertiefstand sowie eine aktiv eingeschränkte Schulterbeweglichkeit ("Elevation und Abduktion nicht ganz bis zur Horizontalen, AR 5 - 10 Grad"). Die passive Beweglichkeit sei wegen Schmerz nicht wesentlich weiter prüfbar. Es seien eine leicht vermehrte Behaarung am Handrücken sowie eine leichte Verfärbung der Hand festzustellen. Sonst beständen keine sicheren Sudeckzeichen. In den neuen konventionell radiologischen Aufnahmen der Schultern beidseits hätten sich jetzt keine Seitendifferenzen oder Mineralisationsunterschiede gefunden. Da die Situation kaum zu beeinflussen gewesen sei, sei der Beschwerdeführer dem orthopädischen Konsiliarius, H.____, FMH Orthopädische Chirurgie, vorgestellt worden. Dieser habe Hinweise auf ein CRPS gesehen und die Durchführung eines Skelettszintigrammes zu Verifizierung empfohlen. Laut szintigraphischem Befund beständen jedoch keine Anhaltspunkte für einen Morbus Sudeck. Da der Beschwerdeführer zunehmend über Nervosität geklagt habe, sei er im Weiteren in der psychosomatischen Abteilung vorgestellt worden. Dabei sei keine psychische Störung von Krankheitswert festgestellt worden. Arbeitsrelevante Problembereiche seien die Schmerzen an der linken Schulter. Limitiert seien von Seiten der Schulter schulterbelastende Tätigkeiten wie das Heben und Tragen von Gewichten (vertikaler Hebel links bis 7,5 Kilogramm, horizontaler Hebel bis 5 Kilogramm); Arbeiten in Schulterhöhe oder über Kopf mit dem linken Arm sowie repetitive Tätigkeiten mit ausladenden bzw. rotierenden Armbewegungen links seien nicht zumutbar. Eine derart angepasste Arbeit sei bei Austritt ganztags zumutbar. Die Tätigkeit auf dem Bau sei dem Beschwerdeführer nicht mehr zumutbar (Urk. 8/18/23-25).

4.2.2.1. Der Hausarzt des Beschwerdeführers, A.____, erhebt in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. März 2005 einen Status nach Reverse-Bankart-Repair links am 20. Januar 2004 wegen hinterer Schulterinstabilität, bestehend seit 18. August 2003, bei postoperativer sudeckoider Reaktion, weitgehend regredient, postoperativer frozen Shoulder links sowie retraktiver Kapsulitis (Urk. 8/13/1). Der Gesundheitszustand des

Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 8/13/2). In der angestammten Tätigkeit als Bauhilfsarbeiter resp. Betonsanierer sei er seit dem 21. August 2003 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/13/1). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm seit dem 1. April 2005 ganztags zumutbar (Urk. 8/13/4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem - vom Beschwerdeführer im Rahmen des Einspracheverfahrens eingereichten - "Ärztlichen Zeugnis" vom 25. April 2006 diagnostiziert A. ___ ein chronisches Schulter-Arm-Syndrom links bei Status nach Reverse-Bankart-Repair am 20. Januar 2004 wegen traumatischer Schulterinstabilität sowie ein maladaptives Bewältigungsmuster mit Schmerzausweitung und attestiert ihm eine bleibende 100%ige Erwerbsunfähigkeit (Urk. 8/37).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem - zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers ausgestellt und von diesem im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - "Ärztlichen Zeugnis" vom 27. Juni 2006 hält er unter Hinweis auf die gleichen Diagnosen fest, dass der Gesundheitszustand als stationär und nicht mehr besserungsfähig beurteilt werden müsse. In seinem früheren Beruf als Betonsanierer sei der Beschwerdeführer vollständig arbeitsunfähig. Es könnten nur noch Tätigkeiten mit dem rechten Arm ausgeführt werden, wobei monotone, repetitive Bewegungen vermieden werden sollten. Aufgrund der kognitiven Fähigkeiten seien nur noch einfache Überwachungsfunktionen zumutbar und möglich (Urk. 3/3).

4.2.3 Ä Ä D. ___ von der Orthopädischen Klinik des Spitals X. ___, welcher die Schulteroperation vom 20. Januar 2004 vorgenommen hatte, diagnostiziert in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 6. Mai 2005 ein chronisches Schulter-/Arm-Syndrom links bei Status nach Reverse-Bankart-Repair links vom 20. Januar 2004 bei dorsaler Instabilität sowie einen Status nach sudeckoider Reaktion linke obere Extremität. Aktuell sei der Beschwerdeführer in der Schmerzprechstunde der Klinik V. ___ angemeldet. Die Prognose sei schlecht, es sei auch längerfristig mit persistierenden, schmerzhaften Funktionseinschränkungen der linken oberen Extremität zu rechnen. Der Beschwerdeführer sei mit den beschriebenen Einschränkungen zu 100 % arbeitsunfähig. Entgegen den Äusserungen der Ärzte der Klinik Y. ___ denke er, dass auch weitere, für ihn optimal adaptierte Arbeiten im Moment nicht zumutbar seien. Diese Beurteilung sei sicherlich nicht definitiv. Er sei gespannt, was durch die Schmerzspezialisten der Klinik V. ___ vorgeschlagen werde (Urk. 8/15/3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht an A. ___ vom 14. Juli 2005 führt D. ___ unter dem Titel "Diagnose" ein chronisches Schulter-/Arm-Syndrom links bei Reverse-Bankart-Repair vom 20. Januar 2004, einen Status nach traumatischer hinterer Schulterinstabilität links August 2003 sowie ein maladaptives Bewältigungsmuster mit Schmerzausweitung und leichter affektiver Auslenkung an. Der Beschwerdeführer sei auf seine Zuweisung hin am 1. Juni 2006 in der Schmerzprechstunde der Klinik V. ___ gewesen. An der Gesamtsituation habe sich nichts verändert, die Beschwerden persistierten. Insgesamt zeige der Beschwerdeführer einen äusserst frustrierenden Verlauf nach traumatischer hinterer Schulterluxation und chirurgischer Behandlung (Urk. 8/18/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem - vom Beschwerdeführer nach Abschluss des Schriftenwechsels im Beschwerdeverfahren - ins Recht gelegten Bericht an A. ___ vom 7. Juli 2006 gibt D. ___ an, er habe den Beschwerdeführer am 6. Juli 2006 nochmals in seiner Schulterprechstunde gesehen. Er zeige weiterhin eine massive funktionelle

Einschränkung seiner linken Schulter. Um die muskuläre Situation nicht ganz zu vernachlässigen, werde nochmals mit einer Physiotherapie begonnen, dies insbesondere zur Verbesserung der Zentrierung des Gelenkes. Persönlich sei er der Meinung, der Beschwerdeführer sei für manuell belastende Tätigkeiten zu 100 % invalid. Leichte Arbeiten, sitzend, ohne Belastung auf seine linke obere Extremität, wären zu 50 % möglich (Urk. 11).

4.2.4.4. E. ___ vom Schmerzzentrum der Klinik V. ___ hält in seinem Bericht an D. ___ vom 1. Juni 2005 fest, dass sich anlässlich der Untersuchung durch I. ___ zervico-trapezoidale und periscapuläre Schmerzen, eine residuelle retraktile Capsulitis sowie ein Pars descendens des Musculus deltoideus schmerzhaft (durch Durchtrennung) gefunden hätten. Der letzte Befund erkläre einen Teil der Schmerzen des Beschwerdeführers, nicht jedoch das ganze Bild. Bei diesem chronifizierten Krankheitsbild, bei welchem nicht einmal eine stationäre Behandlung eine geringste Bewegung vorwärts habe erreichen können, und bei offensichtlich extrem passiven Copingstrategien seien keine therapeutischen Optionen vorhanden, die angeboten werden könnten (Urk. 8/20/2-3).

4.2.5. J. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, führt in seinem Bericht vom 28. September 2005 betreffend die kreisärztliche Abschlussuntersuchung aus, dass die klinische Untersuchung eine erhebliche Einsteifung in der linken Schulter dokumentiere, der Arm könne seitlich bis 60° und nach vorne bis 80° angehoben werden, die Rotationsbeweglichkeit sei ebenfalls erheblich auf circa die Hälfte eingeschränkt. Die klinische Beurteilung ergebe aber auch Hinweise auf eine mangelnde Kooperation und eine deutliche Beschwerdeausdehnung auch auf den linken Unterarm und die linke Hand, nur so sei die praktisch fehlende Kraft beim Faustschluss beim Test mit dem Jamar zu interpretieren (die Muskulatur sei am Unterarm erstaunlich gut erhalten). Es ergebe sich folgendes Zumutbarkeitsprofil: Der dominante rechte Arm könne ohne Einschränkung eingesetzt werden. Die adominante linke Hand sei nur einsetzbar für leichte Hilfsfunktionen und dies nur körpernahe und in einem Bereich bis Brust oder Schulterhöhe. Die zumutbare Kraftausübung mit der linken Hand betrage 7,5 Kilogramm. Körperferne Belastungen und Bewegungen der linken Hand seien nicht zumutbar. Ebenfalls nicht zumutbar seien sämtliche Tätigkeiten, welche mit starken Erschütterungen oder Schlägen auf den linken Arm verbunden seien (Urk. 8/23/8).

4.3.1.1.1.1.

4.3.1.1.1.1. Der Austrittsbericht der Klinik Y. ___ vom 4. Januar 2005 basiert auf eigenen Untersuchungen, einschliesslich eines orthopädischen sowie eines psychosomatischen Konsiliums (Urk. 8/18/30-31 und Urk. 8/18/32-35), und wurde in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Er enthält detaillierte Befunde und Diagnosen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander.

4.3.2. Aus den im Anhang (Urk. 8/18/26-29) aufgeführten - bei Austritt erhobenen - Befunden ("Schultertiefstand links von ca. 2 cm. Atrophie der Schultermuskulatur. Reizlose Narbe. Nacken- und Schultergriff deutlich eingeschränkt. Aktive Beweglichkeit: Elevation/Extension 90-0-20°. Abduktion/Adduktion: 70-0-20°. Aussen-/Innenrotation [0° Abduktion] 10-0-50°. Ellbogen links: Aktive Beweglichkeit Flexion/Extension 130-5-0°. Diffuse Druckdolenzen über der Clavicula, Spina scapulae sowie

Epicondylus humeri radialis und ulnaris. Neurologisch: Seitengleiches Reflexniveau [BSR und RPR]), Kraftgrad f¼r alle Muskelgruppen des linken Armes M4." [Urk. 8/18/28]) sowie den darin enthaltenen Angaben betreffend die Ergebnisse der bildgebenden Abklärungen ("Röntgen 17. Dezember 2004: Schulter Schwedenstatus beidseits: Kein Seitenunterschied, seitengleiche Mineralisation; 3. Januar 2005: 3-Phasen-Skelettszintigraphie aus dem KS W.____ [K.____]: Im Sinne der Fragestellung zeigt sich szintigraphisch ein Befund, der vereinbar ist mit einer retraktilen Kapsulitis der linken Schulter. F¼r einen M. Sudeck gibt es szintigraphisch keinen Hinweis. Nebenbefundlich kleiner Herd am Malleolus lateralis des re. OSG." [Urk. 8/18/28]) geht hervor, dass eine erhebliche (schmerzhafte) Funktionseinschränkung der linken Schulter besteht. Die vom Beschwerdef¼hrer dar¼ber hinaus geschilderten Schmerzen und Beschwerden im Bereich des ganzen linken Armes sowie des R¼ckens (Urk. 8/18/35) können damit aber nicht vollständig erklärt werden. Dementsprechend wurde ein Schmerzsyndrom (d.h. ein unerklärlicher syndromaler Leidenszustand [vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2007 in Sachen L., 8C_468/2007, Erwägung 5.2.2]) mit Funktionseinschränkung der linken Schulter diagnostiziert.

 Mit ihrer Beurteilung, wonach behinderungsangepasste Tätigkeiten (ohne Heben von Gewichten ¼ber 7,5 Kilogramm [vertikaler Hebel links] resp. 5 Kilogramm [horizontaler Hebel], Arbeit in Schulterhöhe oder ¼ber Kopf mit dem linken Arm sowie ohne repetitive Tätigkeiten mit ausladenden bzw. rotierenden Armbewegungen links) ganztags zumutbar sind, haben die Ärzte der Klinik Y.____ der festgestellten schmerzhaften Funktionseinschränkung angemessen Rechnung getragen. Ihre Einschätzung steht sodann insbesondere auch mit den Ergebnissen des durchgef¼hrten Basistests (Urk. 8/18/29) in Einklang.

4.3.3 Im Bericht betreffend das psychiatrische Konsilium vom 13. Dezember 2004 wird sodann nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb kein psychisches Leiden mit Krankheitswert (vgl. Erwägung 2.1) besteht. Aus den darin erhobenen Befunden ("... Im Gespräch sind Psychomotorik und Stimmung leicht gedämpft, der Patient ist aber affektiv erreichbar, kann mitunter auch lächeln, ist im Gespräch freundlich zugewandt. Keine Hinweise f¼r Anhedonie, Antriebs- und Interessenverlust oder erhebliche Ängste. Herr Tudisco gibt subjektiv lediglich eine diffuse "Nervosität" an, weil er nicht arbeiten könne und sich Sorgen zur Zukunft mache, meint dazu auch, dass die Arbeit immer sein Hobby gewesen sei, und erweckt den Eindruck eines sichtlich stolzen Arbeiters, der es aufgrund jahrelanger Tätigkeit trotz fehlender Berufsausbildung zu Spezialkenntnissen gebracht hat. Bef¼rchtet bei Wiederaufnahme der Arbeit eine Kündigung, da der Unfall zu einem Zeitpunkt passierte, bevor der provisorische Vertrag in einen definitiven umgewandelt worden wäre, was den Patienten auch etwas zu blockieren scheint. Er zeigt sich ohnehin ängstlich in Bezug auf Schmerzen, Bewegungen und Verschlimmerung, verharrt habituell in einer Schonhaltung, ist heute wahrscheinlich entsprechend dekonditioniert [Kurzatmigkeit bei nur schon geringen Anstrengungen], muss gehäuft Pausen einlegen. In den Therapien macht er trotz seiner ängstlichen Schontendenz einigermaßen mit, was gegen eine eigentliche [bewusstseinsnahe] Symptomausweitung mit Selbstlimitierung spricht." [Urk. 8/18/34]) geht deutlich hervor, dass es an einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere fehlt und auch die ¼brigen Kriterien, welche die Annahme einer durch den unerklärlichen syndromalen

Leidenszustand bedingten Arbeitsunfähigkeit ausnahmsweise rechtfertigen könnten, nicht erfüllt sind (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 6. Dezember 2007 in Sachen L., 8C_468/2007, Erwägungen 3 und 5.2.2, mit Hinweisen). Es ist nicht ersichtlich, weshalb vom Beschwerdeführer nicht willensmäßig sollte erwartet werden können, einer den körperlichen Beschwerden angepassten Tätigkeit mit einem Beschäftigungsumfang von 100 % nachzugehen.

E. 4.4

4.4.1.1. Die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte enthalten keine Angaben, welche die von den Ärzten der Klinik Y.____ - für den Zeitpunkt des Austrittes aus dieser Klinik (5. Januar 2005) - gemachten Feststellungen zu widerlegen vermöchten.

4.4.2. Der Kreisarzt, Dr. Benedikt Widmer, geht in seinem Bericht betreffend die ärztliche Abschlussuntersuchung vom 28. September 2005 - bei im Wesentlichen gleichen Befunden wie im Bericht der Klinik Y.____ vom 4. Januar 2005 - ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus. Das von ihm beschriebene Zumutbarkeitsprofil stimmt sodann weitestgehend mit demjenigen im Austrittsbericht der Klinik Y.____ vom 4. Januar 2005 überein. Insbesondere vertritt auch Dr. Benedikt Widmer die Auffassung, dass eine Kraftausübung mit der linken Hand in beschränktem Ausmass zumutbar ist (Urk. 8/23/5-8).

4.4.3. A.____ attestierte dem Beschwerdeführer in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 8. März 2005 (ab 1. April 2005) für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (ohne Heben und Tragen) ebenfalls eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/13/4). In der Folge bescheinigte er dem Beschwerdeführer im "ärztlichen Zeugnis" vom 25. April 2006 zwar eine bleibende Erwerbsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8/37). Aufgrund seiner Angaben im Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 27. Juni 2006 (Urk. 3/3) ist jedoch anzunehmen, dass er diese Einschätzung auf die angestammte Tätigkeit bezog. Aus diesem Bericht geht nämlich hervor, dass er Tätigkeiten, bei welchen der linke Arm nicht eingesetzt werden muss und bei welchen monotone und repetitive Bewegungen vermieden werden können, für zumutbar hält. Den Gesundheitszustand bezeichnete er sodann sowohl in diesem Bericht als auch im genannten Bericht vom 8. März 2005 (Urk. 8/13/2) ausdrücklich als stationär.

A.____ geht somit ebenfalls von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus, wobei er aber Tätigkeiten, bei welchen der linke Arm eingesetzt werden muss, gänzlich ausschliesst. Dazu ist zu bemerken, dass er in seinem Bericht an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 27. Juni 2006 ausdrücklich darauf hinwies, dass dessen Zustand als Folge des Unfalles sowie fehlender Copingstrategien anzusehen sei (Urk. 3/3). Er dürfte seiner Beurteilung somit den Gesamtbefund zugrunde gelegt haben. Dem (auch von den Ärzten der Klinik Y.____ festgestellten) maladaptiven Bewältigungsmuster des Beschwerdeführers kann aber nach dem Gesagten keine invalidisierende Wirkung zuerkannt werden. Im Übrigen entspricht es einer Erfahrungstatsache, dass Hausärzte mitunter wegen ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung im Zweifel eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 7. April 2006 in Sachen B., I 750/05, Erwägung 2.4.1, mit Hinweisen).

4.4.4.4. D. ___ hat in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 6. Mai 2005 festgehalten, dass er, entgegen der Auffassung der Ärzte der Klinik Y. ___, auch für den Beschwerdeführer optimal adaptierte Tätigkeiten im Moment für nicht zumutbar halte (Urk. 8/15/4). Er hat diese Einschätzung aber ausdrücklich als nicht definitiv bezeichnet. Sodann hat er auch keine - nachvollziehbare - Begründung dafür geliefert. Vielmehr wies er - ebenfalls - darauf hin, dass die im September 2004 zum Ausschluss eines mechanischen Problems durchgeführten radiologischen und computertomographischen Abklärungen kein Korrelat für die persistierende Schmerzproblematik ergeben hätten. Sodann führte er zwar an, dass anlässlich der letzten Konsultation vom 1. April 2005 die gesamte linke obere Extremität von der Kärperintegrität ausgeschaltet zu sein schien und die Schulter funktionell pseudoparalytisch sei. Gleichzeitig stellte er aber auch fest, dass der Beschwerdeführer eine ausgeprägte Schonhaltung gezeigt habe und eine konklusive Beurteilung schwierig gewesen sei (Urk. 8/15/3-4). Dies dürfte auch der Grund dafür gewesen sein, weshalb er den Beschwerdeführer ans Schmerzzentrum der Klinik V. ___ überwies (vgl. Urk. 8/18/1). Der Bericht von D. ___ vom 6. Mai 2005 stellt deshalb keine zuverlässige Beurteilungsgrundlage dar.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Bericht an A. ___ vom 7. Juli 2006 (Urk. 11) hat D. ___ dem Beschwerdeführer nunmehr für leichte Arbeiten sitzend ohne Belastung auf die linke obere Extremität eine 50%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Auch diese Einschätzung hat er indessen nicht begründet. Dies wäre aber erforderlich gewesen, zumal die von ihm erhobenen Befunde ("Asymmetrisches Schulterrelief mit Atrophie des dorsalen Anteils des Deltoideus. Restlicher Deltoideus kräftig. Gute Innervation. Reizlose Narbe. Hyperalgische Schulter mit stark schmerzhaften Myogelosen im Trapezius Bereich. Beweglichkeit global aktiv: Elevation 120° mit möglichem Hand/Scheitelgriff, Schulterengriff bis Gesäss. Rein glenohumerale Beweglichkeit: Aussen-/Innenrotation 30-0-70°, Abduktion 90°, Elevation 110°, harmonisches Gelenkspiel. Insuffiziente dynamische Führung des Gelenkes. In unregelmäßigen Abständen kontrahiert der Patient die gesamte Schultermuskulatur im Sinne eines Schmerzreflexes. Ein nachvollziehbares Muster besteht allerdings nicht. Die Prüfung der Stabilität ist nicht möglich. Rotatorenmanschette soweit beurteilbar intakt.") im Wesentlichen mit denjenigen im Austrittsbericht der Klinik Y. ___ vom 4. Januar 2005 (Urk. 8/18/28) übereinstimmen respektive, jedenfalls hinsichtlich der Beweglichkeit der Schulter, sogar besser sind. Davon abgesehen kann wegen der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag im Streitfall regelmäßig nicht auf die Sicht des behandelnden Facharztes abgestellt werden (vgl. Urteil der II. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 25. Juni 2007 in Sachen Z., 9C_41/2007, Erw. 4 mit Hinweis).

4.4.5.4. E. ___ vom Schmerzzentrum der Klinik V. ___ hat im genannten Bericht vom 1. Juni 2005 (Urk. 8/20/2-3) - ebenfalls - darauf hingewiesen, dass die objektiven Befunde nur einen Teil der vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen erklären. Zur Arbeitsfähigkeit hat er keine Angaben gemacht.

4.5.4.4. Zusammenfassend ergibt sich, dass die im Austrittsbericht der Klinik Y. ___ vom 4. Januar 2005 vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers überzeugt. Es ist somit davon auszugehen, dass er seit seinem Austritt aus dieser Klinik, also seit dem 5. Januar 2005, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (ohne Heben und Tragen links von über 7,5 Kilogramm [vertikaler Hebel]

resp. über 5 Kilogramm [horizontaler Hebel], ohne Arbeit über Schulterhöhe oder über Kopf mit dem linken Arm sowie ohne repetitive Tätigkeiten mit ausladenden oder rotierenden Armbewegungen links) zu 100 % arbeitsfähig ist. Anhaltspunkte dafür, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers seither verschlechtert haben könnte, bestehen nicht. Wie bereits erwähnt, hat A. ___ dessen Gesundheitszustand in den genannten Berichten vom 8. März 2005 und 27. Juni 2006 ausdrücklich als stationär bezeichnet (Urk. 8/13/2 und Urk. 3/3). Sodann hat auch D. ___ in seinem Bericht an A. ___ vom 14. Juli 2005 - bei gleichen Diagnosen wie im Austrittsbericht der Klinik Y. ___ vom 4. Januar 2005 - darauf hingewiesen, dass sich an der Gesamtsituation nichts verändert habe (Urk. 8/18/1). Aus dem Bericht von Kreisarzt Dr. Benedikt Widmer vom 28. September 2005 (Urk. 8/23/5-8) kann - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers - nichts Gegenteiliges abgeleitet werden.

E. 5

5.1. Zu prägen bleibt, wie sich die seit dem 5. Januar 2005 bestehende Einschränkung der Leistungsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2. Die Beschwerdegegnerin ging, gestützt auf die entsprechenden Angaben des Unfallversicherers in der Verfügung vom 6. Dezember 2005 (Urk. 8/26), von einem zumutbaren Einkommen ohne Behinderung (Valideneinkommen) von Fr. 62'215.-- und einem zumutbaren Einkommen mit Behinderung (Invalideneinkommen) von Fr. 46'528.-- aus und setzte den Invaliditätsgrad dementsprechend auf 25 % fest (Urk. 8/35/8).

Der Beschwerdeführer lässt dagegen vorbringen, die dem Rentenentscheid des Unfallversicherers vom 6. Dezember 2005 zugrunde gelegten Verweisungstätigkeiten (DAP-BIÄtter) setzten alle zumindest in einem gewissen Masse auch beidhändige Tätigkeiten voraus. Solche seien ihm nicht möglich. Sodann habe bei den beschriebenen Tätigkeiten der gesunde Arm monotone, repetitive Tätigkeiten auszuführen, welche ebenfalls ausgeschlossen seien. Die Verwertung seiner verbleibenden Arbeitskraft auf dem freien Arbeitsmarkt sei für ihn (generell) nicht möglich (Urk. 1 Seiten 5 und 6).

5.3.

5.3.1. Dazu ist vorab zu bemerken, dass Referenzpunkt für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt ist. Der Begriff umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot und der Nachfrage nach bestimmten Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Letzteres gilt auch im Bereich der un- und angelernten Arbeitnehmer. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Juli 2003 in Sachen C., I 758/02, unter Verweis auf BGE 110 V 276 Erw. 4b und ZAK 1991 S. 320f. Erw. 3b). Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob ein Invaliden unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob er die ihm verbliebene Arbeitskraft noch nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (Urteil des

Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Juli 2003 in Sachen C., I 758/02, unter Verweis auf AHI 1998 S. 291). Bei der Prüfung der wirtschaftlichen Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit darf dabei nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Insbesondere kann von einer Arbeitsgelegenheit dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle deshalb zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. Februar 2005 in Sachen R., I 394/04, Erwägung 3.1, mit Hinweisen).

Das damalige Eidgenössische Versicherungsgericht wie auch das heutige Bundesgericht haben mehrfach erkannt, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt selbst Versicherten, welche nur noch einen Arm gebrauchen können, eine genügend weite Palette beruflicher Tätigkeiten für eine wirtschaftliche Verwertung der verbliebenen Leistungsfähigkeit bietet. Den wegen einer Einarmigkeit zu erwartenden erwerblichen Einbussen kann in aller Regel durch Gewährung eines behinderungsbedingten Abzuges von den Tabellenlöhnen gemäss Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) Rechnung getragen werden (vgl. Urteil der I. sozialrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes vom 11. Dezember 2007 in Sachen B., I 74/07, Erwägung 4.1, mit Hinweisen).

5.3.2 Gemäss den überzeugenden Feststellungen im Austrittsbericht der Klinik Y. vom 4. Januar 2005 (Urk. 8/18/23-25) ist beim Beschwerdeführer der Einsatz des linken Armes im Rahmen einer erwerblichen Tätigkeit zwar limitiert, grundsätzlich ausgeschlossen ist er aber nicht. Nach dem Gesagten kann daher ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass es ihm möglich und zumutbar ist, seine Restarbeitsfähigkeit zu verwerten. Auf dem für die Invaliditätsbemessung massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt bestehen durchaus Stellen, die der Beeinträchtigung des Beschwerdeführers Rechnung tragen. Zu denken ist namentlich an einfache Überwachungs-, Prüf- und Kontrolltätigkeiten sowie an die Bedienung und Überwachung von (halb-)automatischen Maschinen oder Produktionseinheiten (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 2. Februar 2005 in Sachen R., I 394/04, Erwägung 3.2, mit Hinweisen).

5.4 Nach der Rechtsprechung sind für den Einkommensvergleich die Verhältnisse im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu ermitteln und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 16. Dezember 2004 in Sachen J., I 770/03, Erwägung 3, mit Hinweisen).

Vorliegend ist von einem Rentenbeginn am 21. August 2004 auszugehen (vgl. Erwägung 3.1). Anhaltspunkte für relevante Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides vom 29. Mai 2006 (Urk. 2) bestehen nicht.

E. 5.5

Fr. 4'588.-- bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2004 TA1 Seite 53), was bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41,6 Stunden im Jahre 2004 (vgl. die Volkswirtschaft 12/2007, Tabelle B9.2 Seite 98) einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'771.50 resp. einen Jahresverdienst von Fr. 57'258.-- (=Fr. 4'771.50 x 12) ergibt.

Aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen ist der Beschwerdeführer auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Im Weiteren ist zu berücksichtigen, dass der statistische Durchschnittslohn zugleich auf dem Einbezug körperlicher Schwerarbeit, welche in der Regel höher entlohnt wird als körperlich leichtere Arbeit, beruht (Jürg Scheidegger, Rechtliche Rahmenbedingungen für die Verwendung von Tabellenlöhnen, in: Schaffhauser/Schlauri, Rechtsfragen der Invalidität in der Sozialversicherung, St. Gallen 1999, S. 133). Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters und der Nationalität, ebensowenig dasjenige der Teilzeitbeschäftigung, besteht doch beim Beschwerdeführer für eine behinderungsangepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Insgesamt erscheint unter den gegebenen Umständen ein Abzug von 20 % angemessen.

5.5.3 Das zumutbare hypothetische Invalideneinkommen 2004 ist demgemäss auf Fr. 45'806.40 (= 0,80 x Fr. 57'258.--) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2004 von Fr. 61'089.60 resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 15'283.20 resp. ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 25 % (vgl. Erwägung 2.2).

5.5.4 Ein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung würde sich im Übrigen auch dann nicht ergeben, wenn der maximal zulässige Abzug von 25 % vorgenommen würde. Diesfalls wäre das hypothetische Invalideneinkommen 2004 auf Fr. 42'943.50 (= 0,75 x Fr. 57'258.--) festzusetzen, woraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 18'146.10 resp. ein Invaliditätsgrad von 30 % resultieren würde.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführer seit dem 5. Januar 2005 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist und mit einer solchen Tätigkeit ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen könnte. Die Beschwerdegegnerin hat somit den Anspruch des Beschwerdeführers auf eine ganze Rente zu Recht bis 30. April 2005 befristet (vgl. Art. 88 bis Abs. 2 IVG). Die Beschwerde erweist sich demnach als unbegründet, weshalb sie abzuweisen ist.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
 - Rechtsanwalt Beat Wachter
 - Bundesamt für Sozialversicherungen
 - R.____

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 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 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.