

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00795 vom 3. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00795](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00795)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00795 du 3 septembre 2007

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00795 del 3 settembre 2007

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 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).

1.2. 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).

1.3. Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

### E. 2

/

### E. 3

3.1. Der Beschwerdeführer arbeitete während mehrerer Jahre auf dem Bau, als Hilfsarbeiter in der Gepäckabteilung des Flughafens C. und zuletzt temporär als Kranführer (Urk. 12/23 S. 2 Mitte). Seit Anfang 2005 klagte er über periodisch auftretende Rückenschmerzen (Urk. 12/20 S. 1 oben).

Am 21. Oktober 2005 wurde der Beschwerdeführer in der Universitätsklinik D. \_\_\_ untersucht (Urk. 12/14 S. 6 oben). In ihrem Bericht vom 3. November 2005 stellten Dr. med. E. \_\_\_, Assistenzarzt, und Dr. med. F. \_\_\_, Oberarzt, folgende Diagnose (Urk. 12/14 S. 6):

Restbeschwerden bei

Status nach Dekompression L5/S1 vom 11. August 2005 bei Diskushernie L5/S1 links mit Fussheberschwäche links.

Dr. E. \_\_\_ und Dr. F. \_\_\_ hielten fest, es könne eine Besserung der lumbalen Schmerzen festgestellt werden. Beinschmerzen beständen keine mehr. Auch die Beweglichkeit der linken grossen Zehe sei subjektiv besser geworden. Der Beschwerdeführer gehe mittlerweile nur noch an einem Unterarmgehstock. Auch die Kraft im linken Bein sei subjektiv besser geworden (Urk. 12/14 S. 6 Mitte).

Bei einer Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule vom 21. Oktober 2005 konnten weder Stenosen noch Nervenkompressionen festgestellt werden (Urk. 12/14 S. 6 unten).

Der Beschwerdeführer sei vom 22. Oktober bis 30. November 2005 zu 100 % arbeitsunfähig. Danach sollte eine Arbeitsaufnahme wieder möglich sein (Urk. 12/14 S. 6 f.).

Der Beschwerdeführer ist seit dem 16. März 2003 bei Dr. med. G. \_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumatologie, Innere Medizin und Manuelle Medizin, in Behandlung (Urk. 12/14 lit. D.1). Im Bericht vom 5. Mai 2006 stellte Dr. G. \_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/14 lit. A):

lumbospondylogenes Syndrom links

- Status nach Dekompression L5/S1 infolge Diskushernie L5/S1 vom 11. August 2006 (richtig: 2005)

- Status nach Fussheberschwäche

Dr. G. \_\_\_ führte aus, der Beschwerdeführer gebe Schmerzen vom Gesäss ins linke Bein bis in die grosse Zehe an mit Gefühllosigkeit im lateralen Unterschenkel. Zudem habe er Schmerzen im linken Knie, welches oft weg knicke, und er verspüre Schmerzen in der Halswirbelsäule mit Ausstrahlung zum Kopf und zur Brustwirbelsäule (Urk. 12/14 lit. D.4). Der Beschwerdeführer könne nicht aus der Rückenlage aufsitzen; die Lendenwirbelsäule könne er nur mit Seufzen, Stöhnen und Verziehen des Gesichtes bewegen; dies vor allem bei Drehungen in der Bauchlage. Die Hals- und Brustwirbelsäule und die peripheren Gelenke seien frei beweglich (Urk. 12/14 lit. D.5).

Dr. G. \_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer vom 28. Juli 2006 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 12/14 lit. B). Zur Belastungsfähigkeit des Beschwerdeführers hielt Dr. G. \_\_\_ fest, für den angestammten Beruf sei mit Einschränkungen von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen. Dabei solle der Beschwerdeführer keine Lasten von mehr als 10 kg heben und repetitives Arbeiten in gebückter Stellung vermeiden. Eine Arbeit auf dem Bau komme nicht in Frage. Als Kranführer sei der Beschwerdeführer dagegen ganztags

voll belastbar und einsetzbar. Ebenso sei dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste Tätigkeit im Umfang von 40 bis 42 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 12/14 S. 4).

3.3 Der Beschwerdeführer wurde am 9. und 14. Juni 2006 von Dr. med. H. \_\_\_\_, Neurologie/EEG, untersucht. In seinem Bericht vom 7. Juli 2006 führte Dr. H. \_\_\_\_, aus, der Beschwerdeführer habe Ende Juli 2005 erneut über starke Rücken- und Kreuzschmerzen geklagt, die allmählich zugenommen hätten, bis er sich nicht mehr bewegen könne. Bei einer anschließenden Hospitalisation in der Klinik D. \_\_\_\_, sei eine Fussheberschwäche links sowie eine Hyp- bis Anästhesie im Bereich des Dermatoms L5/S1 links festgestellt worden. Eine Computertomographie habe eine ausgeprägte intra- und extraforaminäre Diskushernie L5/S1 links sowie eine kleinere Diskushernie L4/L5 intra- und extraforaminär links gezeigt. Nach einer Operation am 11. August 2005 in der Orthopädischen Klinik D. \_\_\_\_, hätten sich die Schmerzen zurückgezogen, seien aber nicht vollständig verschwunden. Die Fussheberschwäche des linken Fusses sei geblieben. Seither trage der Beschwerdeführer eine unterstützende Schiene (Urk. 12/20 S. 1 Mitte). In psychischer Hinsicht sei der Beschwerdeführer ruhig, freundlich und kooperativ, wirke aber resigniert und depressiv. Es sei eine eindeutige affektive Labilität vorhanden. Im Gespräch wirke er unauffällig (Urk. 12/20 S. 1 unten).

Im Ergebnis stellte Dr. H. \_\_\_\_, beim Beschwerdeführer einen Zustand nach Operation wegen einer Diskushernie L5/S1 fest mit verbliebener Ausfallsymptomatik des nervus peroneus (fibularis) communis, der von den Nervenwurzeln L4 bis S2 gebildet werde. Die Betroffenheit des nervus peroneus sei sowohl klinisch wie auch elektroneurographisch festzustellen. Für weitere Abklärungen sei eine präzise Magnetresonanztomographie der Lendenwirbelsäule mit Feststellung der Verhältnisse der Knochen-Knorpel-Nervenwurzeln, vor allem in der linken Region L5/S1, erforderlich. Seit dem Bestehen der Kompression der Nervenwurzeln sei noch kein Jahr verflissen. Es müsse daher genau abgewogen werden, ob eine Reoperation zur weiteren Entlastung der Nervenwurzeln sinnvoll sei (Urk. 12/20 S. 2 Mitte). Die fast anderthalb Jahre dauernde Schmerzbelastung habe den Beschwerdeführer ständig bis hin zu einer Psycho-Nervenentgleisung belastet. Beim Beschwerdeführer könne daher von einer postoperativen Belastungsstörung bei chronischer Erkrankung mit vegetativer Symptomatik und depressiver Stimmung gesprochen werden. Das abgeleitete Elektroencephalogramm liege praktisch im Normbereich. Die Untersuchung zeige aber die starke Belastung sowie die innerliche Unruhe und Verspanntheit des Beschwerdeführers. Auch sei der Beschwerdeführer sehr erschöpft und müde (Urk. 12/20 S. 2 unten). Zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers äußerte sich Dr. H. \_\_\_\_, nicht.

3.4 Seit dem 23. Juni 2006 ist der Beschwerdeführer bei Dr. B. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in Behandlung (Urk. 12/23 lit. D.1). Dr. B. \_\_\_\_, stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 12/23 lit. A):

- Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf dem Boden anhaltender psychosozialer und somatischer Belastung
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Als Befund hielt Dr. B. \_\_\_\_, fest, der Beschwerdeführer habe Rückenschmerzen mit Schmerzausstrahlung beidseits, etwas mehr links, beim Sitzen,

Stehen, wie auch beim Autofahren sowie ausgeprägte Kopfschmerzen. Weiter berichte der Beschwerdeführer über Schlafstörungen und Spannungsgefühl im Brustkorb. Aus finanziellen Gründen sei er zunehmend alleine und isoliert. Es bestünden ausgeprägte Stimmungsschwankungen mit Morgentief, Gedankengräbeln und einer tiefen Stresstoleranzschwelle im Alltag mit Affektinkontinenz (Urk. 12/23 lit. D.5).

Î Î Î Î Î Î Î Î In der Folge attestierte Dr. B. dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %, seit dem 23. Juni 2006 (Urk. 12/23 lit. B). Ergänzend führte Dr. B. aus, er empfehle in einem anderen Betätigungsfeld anfangs eine 30%ige Tätigkeit mit gestaffelter Steigerung im Sinne eines Arbeitsversuches. Für einen solchen Versuch sei der Beschwerdeführer zur Zeit jedoch kaum motiviert. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit werde aktuell vor allem durch die depressive Symptomatik gerechtfertigt (Urk. 12/23 lit. D.8).

3.5 Î Î Î Î Vom 25. bis 27. Januar 2007 war der Beschwerdeführer wegen einer Perianal-Fistel im Stadtpital I., Z., hospitalisiert (Urk. 12/37 S. 6).

Î Î Î Î Î Î Î Wegen Schmerzen im Perianalbereich wurde am 26. Januar 2007 ein operativer Eingriff durchgeführt (Urk. 12/37 S. 4). Mit Bericht vom 27. Januar 2007 wurde nach Einlage einer Seton-Drainage bei 6 Uhr Steinschnittlage ein komplikationsloser intra- und postoperativer Verlauf festgehalten (Urk. 12/37 S. 6).

3.6 Î Î Î Î Dr. med. A., Spezialarzt FMH für Chirurgie, Wirbelsäulenleiden, Schleudertrauma und orthopädische Traumatologie, hielt im Bericht vom 20. März 2007 fest, am 31. Oktober 2006 sei wegen Progredienz der Beschwerden nochmals eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule durchgeführt worden. Diese habe ein grösseres Hernienrezidiv foraminal bis lateral links mit Kompression der Nervenwurzel L5 links extra-foraminal gezeigt. Somit liessen sich die subjektiven Beschwerden des Beschwerdeführers sehr gut objektivieren (Urk. 12/37 S. 3). Zusammenfassend führte Dr. A. aus, aufgrund der invalidisierenden und belastungsabhängigen Beschwerden könne dem Beschwerdeführer zur Zeit und bis auf Weiteres keine Tätigkeit zugemutet werden. Die Beschwerden seien auf neurologische Ausfälle bei einer Fussheberparese links und Sensibilitätsstörungen im Bereich des Dermatoms L5/S1 links zurückzuführen (Urk. 12/37 S. 3 Mitte).

3.7 Î Î Î Î Prakt. med. J., Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin, hielt am 22. Februar 2007 fest, den Berichten von Dr. B. und Dr. H. liessen sich seiner Ansicht nach keine medizinisch objektivierbaren Befunde entnehmen. Weiter passten die ausgeführten psychopathologischen Befunde nicht zur Schwere der Depression. Ausserdem stelle sich die Frage, worum bei einer diagnostizierten schweren Depression bisher keine stationäre Therapie stattgefunden habe. Aus medizinischer Sicht sei dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit zumutbar (Urk. 12/38 S. 2 oben).

Î Î Î Î Î Î Î Weiter führte prakt. med. J. am 19. April 2007 aus, die im Arztbericht von Dr. A. erwähnte Fussheberschwäche und die Diskushernienproblematik könne durch eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der ursprünglichen Tätigkeit auf dem Bau Rechnung getragen werden. Bei den genannten Beschwerden handle es sich um Residuen der Diskushernien-Operation vom 11. August 2005. Diese seien aus sozialmedizinischer Sicht bereits ausreichend gewürdigt worden. Für die von Dr. A. und Dr. H. erwähnte Möglichkeit einer Reoperation der

Rezidivdiskushernie scheine von Seiten des Beschwerdeführers keine Dringlichkeit zu bestehen. Wenn die Schmerzen und die Symptomatik so ausgeprägt seien, wäre normalerweise jedem Betroffenen jedes Mittel recht, um diese sofort los zu werden (Urk. 12/38 S. 2 unten).

3.8 Mit Datum vom 20. Juni 2007 (Urk. 7) reichte der Beschwerdeführer einen Kurzbericht über eine Nachbehandlung im Stadtpital I. ein (Urk. 8).

In ihrem Bericht vom 17. Juni 2007 hielten Dr. K., Unterassistent, Dr. L., Assistenzärztin, und Dr. M., Oberarzt, Stadtpital I., fest, beim Beschwerdeführer bestehe ein Status nach Mukosalappenplastik vom 13. April 2007 bei transsphinkterer Fistel bei 6 Uhr Steinschnittlage nach vorausgegangener Setoeinlage im Januar 2007. Der Beschwerdeführer habe schon bei einer Nachkontrolle am 30. Mai 2007 eine Vorwölbung im Bereich des früheren Eingriffs bemerkt. In den letzten Tagen habe er wieder vermehrt lokale Schmerzen verspürt. Bei der Nachuntersuchung sei es am 16. Juni 2007 nach Öffnung der Haut zur Entleerung von blut-eitrigem Sekret gekommen. Perianal sei weder Blut noch Eiter festzustellen gewesen. Die behandelnden Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Urk. 8).

#### E. 4

4.1 Beim Beschwerdeführer wurde übereinstimmend ein Status nach Dekompression im Bereich L5/S1 infolge einer Diskushernie sowie eine Fussheberschwäche festgestellt. Ein am 11. August 2005 durchgeführter operativer Eingriff in der Uniklinik D. führte zu einer gewissen Besserung der Schmerzen. Jedoch leidet der Beschwerdeführer im Sinne von Restbeschwerden - wie von Dr. A. festgestellt - unverändert an einer Fussheberschwäche und an Sensibilitätsstörungen im Bereich des Dermatoms L5/S1 links.

Dr. A. erachtete den Beschwerdeführer zur Zeit und bis auf Weiteres für vollstündig arbeitsunfähig (Urk. 12/37 S. 3 Mitte). Der Beurteilung von Dr. A. steht aus rheumatologischer Sicht zur Hauptsache der Bericht von Dr. G. vom 5. Mai 2006 entgegen. Dieser schätzte den Beschwerdeführer im zuletzt ausgeübten Beruf als Kranführer zu 100 % arbeitsfähig ein, klammerte aber eine körperlich belastende Arbeit auf dem Bau aus. Daneben sei dem Beschwerdeführer laut Dr. G. auch eine leichte, behinderungsangepasste Tätigkeit ganztags zumutbar (Urk. 12/14 S. 4).

4.2 Der Bericht von Dr. G. ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden und wurde in Kenntnis und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben. Weiter legte Dr. G. einlässlich und mit nachvollziehbarer Begründung dar, dass dem Beschwerdeführer eine behinderungsangepasste, leichte Tätigkeit mit gewissen Einschränkungen zumutbar ist (Urk. 12/14 S. 4). Konkret muss der Beschwerdeführer Heben von Lasten von über 10 kg und repetitives Arbeiten in gebückter Stellung vermeiden (Urk. 12/14 S. 4). Den Einschränkungen kann im Rahmen einer angepassten Tätigkeit Rechnung getragen werden. Der Beschwerdeführer übte während mehrerer Jahre körperlich belastende Arbeiten aus. Zuletzt arbeitete er als Kranführer (Urk. 12/23 S. 2 Mitte). Es kann offen bleiben, inwieweit der Beschwerdeführer als Kranführer körperlich belastenden Arbeiten ausgesetzt wäre. In Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ist der Beschwerdeführer sowohl für eine schwere körperliche

Arbeit wie für die zuletzt ausgeübte Arbeit als Kranführer als vollst ndig arbeitsunfähig einzuschätzen. Anders als Dr. G. \_\_\_ äusserte sich Dr. A. \_\_\_ nicht weiter zur Frage, ob und inwieweit dem Beschwerdeführer trotz der verbliebenen Beschwerden eine behinderungsangepasste Tätigkeit möglich wäre. Im Ergebnis erweist sich die Einschätzung von Dr. G. \_\_\_ als überzeugender, weshalb der Bericht von Dr. G. \_\_\_ vorzuziehen ist.

4.3       Gemäss Kurzbericht von Dr. K. \_\_\_, Dr. L. \_\_\_ und Dr. M. \_\_\_, Stadtpital I. \_\_\_, vom 17. Juni 2007 vers rte der Beschwerdeführer erneut lokale Schmerzen im Zusammenhang mit einer im Januar 2007 operierten   Perinal-Fistel und einer leichten Blasen-Harninkontinenz (Urk. 12/37 S. 6). Die entsprechenden Beschwerden sind behandelbar, weshalb insoweit von einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit auszugehen ist. Anderslautende Hinweise lassen sich den Berichten vom 27. Januar 2007 und vom 17. Juni 2007 nicht entnehmen. Da auch die neuerlichen Beschwerden folglich nicht einem dauerhaften invalidisierendem Leiden gleichkommen, kann vorliegend nicht weiter darauf eingegangen werden.

4.4       Dr. B. \_\_\_ diagnostizierte beim Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf dem Boden anhaltender psychosozialer und somatischer Belastung sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (Urk. 12/23 S. 1 lit. A). Aufgrund dieser Leiden ging Dr. B. \_\_\_ von einer Arbeitsunfähigkeit von 70 % aus, sowohl für die angestammte Tätigkeit als Kranführer und Hilfsarbeiter als auch für eine angepassten Tätigkeit (Urk. 12/23 S. 3 Ziff. 8).

          Nach Lehre und Rechtsprechung vermag eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung in der Regel keine lange dauernde, zu einer Invalidität führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Ein Abweichen von diesem Grundsatz führt nur in jenen F llen in Betracht, in denen die festgestellte Schmerzstörung nach Einschätzung des Arztes eine derartige Schwere aufweist, dass der versicherten Person die Verwertung ihrer verbleibenden Arbeitskraft auf dem Arbeitsmarkt bei objektiver Betrachtung sozial-praktisch nicht mehr zumutbar oder dies für die Gesellschaft gar untragbar ist. Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit einer willentlichen Schmerz berwindung und eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzt das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus (BGE 130 V 354 Erw. 2.2.3 mit Hinweisen). Dies trifft im Grundsatz auch für eine Anpassungsstörung zu, handelt es sich dabei doch um ein stark ereignisbezogenes Beschwerdebild, welches definitionsgemäss nicht lange Zeit andauert (in der Regel nicht mehr als sechs Monate), so dass sich unter dem Gesichtswinkel dieser Diagnose die Frage einer invalidisierenden Arbeitsunfähigkeit grundsätzlich nicht stellt (Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in: Schaffhauser/Schlauri, Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003 S. 67).

          Es liegen keine Anzeichen dafür vor, dass die festgestellte Schmerzstörung oder ihre Folgen eine derartige Schwere besitzt, dass dem Beschwerdeführer die Überwindung seiner Schmerzen trotz zumutbarer

Willensanstrengung nicht möglich wäre. Auch die weiteren von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien sind vorliegend nicht erfüllt. So führte die Operation vom 11. August 2005 zu einer Linderung der Schmerzen des Beschwerdeführers (Urk. 12/23 S. 2 unten), weshalb nicht von einer unveränderten oder progredienten Symptomatik gesprochen werden kann. Ebenso wenig liegt ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Krankheitsverlauf vor.

Die von Dr. B. gestellte Diagnose einer schwergradigen depressiven Episode kann anhand des Befundes von Dr. B. nicht hinreichend erklärt werden. So nannte Dr. B. in seinem Befund die Kriterien wie Schlafstörungen, ausgeprägte Stimmungsschwankungen mit einem Morgentief, Gedankengräbeln und einer tiefen Stresstoleranzschwelle im Alltag mit Affektinkontinenz oder zunehmende Konflikte mit der Frau (Urk. 12/23 lit. D.5), welche an sich noch für eine schwergrade Depression sprechen (vgl. ICD-Code F 32.1: "eine depressive Episode mit mehreren quälenden Symptomen wie u.a. auch deutliche psychomotorische Hemmung, Appetit-Gewichts-Libidoverlust"). In Übereinstimmung mit prakt. med. J. (Urk. 12/38 S. 2 oben) erweist sich die Einschätzung von Dr. B. daher als nicht überzeugend. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass Dr. B. ohnehin eine gestaffelte Steigerung der von ihm angegebenen Arbeitsunfähigkeit im Sinne eines Arbeitsversuches empfahl (Urk. 12/23 lit. D.8). Da Dr. B. lediglich von einer momentanen Arbeitsunfähigkeit von 70 % ausging, kann vorliegend nicht auf die seinerzeitige Einschätzung vom 17. August 2006 abgestellt werden.

Im Ergebnis ist daher festzuhalten, dass der Beschwerdeführer im bisherigen Beruf vollständig arbeitsunfähig, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit dagegen mit gewissen Einschränkungen vollumfänglich arbeitsfähig ist.

## E. 5

5.1 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (RKUV 1993 Nr. U. 168 S. 101 Erw. 3b am Ende; vgl. auch ZAK 1990 S. 519 Erw. 3 c).

Die Beschwerdegegnerin ging bei der Berechnung des Invaliditätsgrades davon aus, dass der Beschwerdeführer ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ein Einkommen von Fr. 61'810.-- erzielt hätte (Urk. 2 S. 3 Mitte).

Der Beschwerdeführer verdiente gemäss Angaben der Arbeitgeberin als Kranführer im Juni 2005 Fr. 2'132.35 und im Juli 2005 Fr. 8'671.10 (Urk. 12/25 Ziff. 20). Da der Beschwerdeführer für besagte Arbeitgeberin lediglich im Juni und Juli 2005 arbeitete, können die Angaben im Arbeitgeberbericht nicht zur Bestimmung des Valideneinkommens herangezogen werden. Der Beschwerdeführer arbeitete gemäss individuellem Kontoauszug der Beschwerdegegnerin bereits 2004 während elf Monaten temporär als Kranführer, wobei er ein Einkommen von Fr.

61'810.-- erzielte. Davor verdiente er von Juni bis Dezember 2003 Fr. 33'958.-- (Urk. 12/7 S. 1, Urk. 12/2 S. 3). Schliesslich erzielte er 2001 während eines ganzen Jahres bei der N.\_\_\_\_ ein Einkommen von Fr. 66'688.--. Es ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer ohne Eintritt des Gesundheitsschadens auch weiterhin als Kranführer gearbeitet hätte. Für die Bestimmung des Valideneinkommens kann daher auf den im Jahr 2004 erzielten Lohn von Fr. 61'810.-- abgestellt werden, welcher - von 11 auf 12 Monate umgerechnet - Fr. 67'429.-- (Fr. 61'810.-- : 11 x 12) beträgt und damit nur leicht höher liegt als das 2001 als Hilfsarbeiter erzielte Einkommen.

Dr. B.\_\_\_\_ attestierte dem Beschwerdeführer ab dem 23. Juni 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (Urk. 12/23 S. 1 lit. B). Somit würde ein Rentenanspruch nach Ablauf der einjährigen Wartefrist gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG hypothetisch am 1. Juli 2007 beginnen. Annäherungsweise kann in diesem Fall darauf abgestellt werden, welches Einkommen der Beschwerdeführer 2006 als Kranführer erzielt hätte. Bei einer Nominallohnentwicklung von 1 % im Jahr 2005 und von 1,2 % im Jahr 2006 (Die Volkswirtschaft, 7/8-2007, S. 91, Tabelle B 10.2) sind als Valideneinkommen daher rund Fr. 68'921.-- (Fr. 67'429.-- x 1,01 x 1,012) einzusetzen.

Für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE), wobei sie für 2004 und basierend auf einer Arbeitsfähigkeit von 100 % einen Lohn von Fr. 57'831.-- berechnete (Urk. 2 S. 2 Mitte).

Nach der Rechtsprechung können für die Bestimmung des trotz Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch realisierbaren Einkommens Tabellenlöhne beigezogen werden; dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat (ZAK 1991 S. 321 Erw. 3c, 1989 S. 458 Erw. 3b).

Somit stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das vom Bundesamt für Statistik veröffentlichte von Männern mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten durchschnittlich erzielte Einkommen ab, das im Jahr 2004 Fr. 4'588.-- pro Monat betrug. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass dem statistisch ausgewiesenen Lohn eine wöchentliche Arbeitszeit von 40 Stunden zugrunde liegt. Bei einer durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2004 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft, 7/8, S. 90, Tabelle B9.2) ergibt sich ein Lohn von Fr. 4'771.50 im Monat (Fr. 4'588.-- : 40,0 x 41,6) oder Fr. 57'258.-- (Fr. 4'771.50 x 12) im Jahr. Unter Berücksichtigung der bis 2006 eingetretenen Lohnentwicklung hätte der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschaden 2006 noch ein Einkommen von Fr. 58'524.55 (Fr. 57'258.-- x 1,01 x 1,012) erzielen können.

Die Beschwerdegegnerin nahm auf dem von ihr errechneten Invalideneinkommen aufgrund der behinderungsbedingten Einschränkungen des Beschwerdeführers einen Abzug von 10 % vor (Urk. 2 S. 2 Mitte). Da davon auszugehen ist, dass der Beschwerdeführer das durchschnittliche Lohnniveau aufgrund seiner physischen Einschränkungen nicht ganz erreichen wird, erweist sich ein leidensbedingter Abzug von 10 % als angemessen. Nach Abzug von 10 % ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von rund Fr. 52'672.-- (Fr. 58'524.55 x 0,9), was im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 68'921.-- einer Einkommenseinbusse von Fr. 16'249.-- und einem Invaliditätsgrad von 24 % entspricht.

5.3 Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Invaliditätsgrad unter 40 Prozent liegt, weshalb kein Anspruch auf eine Invalidenrente besteht.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und auf Fr. 500.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 500.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- die Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.