

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00257 vom 23. Juli 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-07-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.00257](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00257)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00257 du 23 juillet 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00257 del 23 luglio 2009

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil sich die angefochtene Verfügung über den Anspruch auf eine Invalidenrente ab 1. Juli 2007 ausspricht, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 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).

1.3 Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

1.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger

Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 Erw. 1, 104 V 136 Erw. 2a und b, AHI 2000 S. 309 Erw. 1a in fine mit Hinweisen).

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 Auskünfte 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).

## E. 2

2.1 Dr. C., welche den Beschwerdeführer seit 3. April 2000 betreut, verwies in ihrem Bericht vom 27. Mai 2002 (Urk. 13/5) auf die sehr starken, linksseitigen Schulterschmerzen bei PHS links, weswegen immer wieder Arbeitsunfähigkeiten hätten attestiert werden müssen. Nach den durchgeführten Operationen (Schulterarthroskopie mit lateraler Clavicularesektion und erweiterter Akromioplastik 1998, intraartikuläres Shaving sowie offene Revision der langen Bizepssehne der linken Schulter 1999) sei wegen Progredienz der Schmerzen im Januar 2001 erneut eine Schulteroperation durchgeführt worden (Arthroskopie der linken Schulter mit Defile-Erweiterung und Mobilisation in Narkose), welche auch nicht die erhoffte Schmerzregredienz gebracht habe. Trotz intensiver Physiotherapie seien die Schmerzen immer gleich. Der Beschwerdeführer könne seinen Arm links nur mit Schmerzen über 90° elevieren, das Tragen von Lasten müsse er schmerzbedingt unterlassen. Es bestehe keine grosse Hoffnung, dass der Beschwerdeführer eines Tages beschwerdefrei werde. Damit sei es ihm nicht mehr möglich, in seinem alten Beruf als Maurer weiterzuarbeiten. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit erachtete Dr. C. indes als vollzeitlich zumutbar.

2.2 Die Ärzte des I. hatten mit Bericht vom 3. Juni 2005 (Urk. 13/56) folgende Diagnosen gestellt: (1) ein lumbospondylogenes Syndrom bei Fehlhaltung mit Lendenlordose und Adipositas, (2) ein zervikovertebrales Syndrom mit sekundär lokalisiertem myofaszialem Syndrom Schulter/Nacken mit positiven Triggerpunkten okzipital beidseits und Trapezius rechts, bei Status nach indirektem HWS-Trauma 2003 sowie bei Fehlhaltung mit Schulterprotraktion beidseits (Streckhaltung C6/7, Osteochondrose mit Spondylophyten und Bandscheibenhöhnenabnahme), (3) Knie- und

HÄftschmerzen beidseits unklarer Ätiologie mit Druckdolenz über der Insertion Tractus iliotibialis und Pes anserinus beidseits, (4) eine PHS links bei mehrfachen Operationen und anhaltenden belastungsabhängigen Schulterschmerzen.

Die Ärzte hielten fest, für den Beschwerdeführer stehe das chronische zervikovertebrale Syndrom im Vordergrund. Das lumbospondylogene Syndrom sei begünstigt durch die Hyperlordose und die Adipositas. Bei klinischen Zeichen einer Iliosakralgelenk(ISG)-Blockade rechts sei eine aktivierte ISG-Arthrose möglich. Anamnestische Hinweise für ein Fibromyalgie-Syndrom hätten klinisch nicht ausreichend bestätigt werden können. Während der Untersuchung habe eine ausgeprägte Verdeutlichungstendenz bestanden. Dem Beschwerdeführer wurde die Durchführung eines Assessments mit anschließendem Rehabilitationsprogramm empfohlen.

## E. 2.3

2.3.1 Dr. F., welcher den Beschwerdeführer seit 18. Februar 2004 betreut, diagnostizierte in seinem Bericht vom 7. Juli 2006 (Urk. 13/47) (1) ein panvertebrales Schmerzsyndrom (a: lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Fehllhaltung mit Lendenlordose und Adipositas sowie Spondylosis deformans auf Höhe der 5. lumbalen Bandscheibe, b: ein zervikovertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach indirektem HWS-Trauma 2003, Fehllhaltung im HWS-Bereich, Streckhaltung C6/7 und zervikalem Muskelhartspann, c: einen Morbus Scheuermann mit Veränderungen im mittleren BWS-Drittel sowie ventraler Spondylosis deformans der BWS), (2) unklare ausgeprägte Knie- und Hüftschmerzen ohne radiologisch nachweisbare wesentliche Arthrose-Veränderungen, (3) eine PHS links mehr als rechts bei Status nach lateraler Clavicularesektion und erweiterter Akromioplastik 1998, Status nach intraartikulärem Shaving sowie offener Revision der langen Bizepssehne links 1999 ohne Verbesserung der Schmerzen und (4) eine Adipositas per magna bei Body Mass Index von 39,1.

Dr. F. hielt fest, der Beschwerdeführer schildere massive Schulterschmerzen links bei Innen- und Aussenrotationen. Weiter beklagte er ein panvertebrales Schmerzsyndrom, welches in den letzten Jahren an Intensität zugenommen habe. Er sei nie mehr schmerzfrei. Größerer Anstrengungen und Arbeiten seien gar nicht mehr möglich, da die Schmerzen sofort an Intensität zunehmen würden. Eine Schmerzausstrahlung werde in beide Gesässbacken ausgesert. Sensomotorische Ausfälle beständen nicht. Weiter beklage der Beschwerdeführer massive Knieschmerzen mit Knacken in beiden Knien, weswegen er keine größeren Gehstrecken zurücklegen könne. Bei der klinischen Untersuchung seien die Knie indes unauffällig gewesen. Ebenso zeige sich radiologisch keine Veränderung.

Zusammenfassend hielt Dr. F. fest, der Beschwerdeführer sei - wie er sich aktuell präsentiere - nicht arbeitseinsetzbar, er empfahl aber weitere Abklärungen.

2.3.2 Am 20. August 2006 (Urk. 13/61/1-5) berichtete Dr. F. unter Verweis auf seine bereits gestellten Diagnosen über angeblich schon seit längerem bestehende lumbale Rückenschmerzen mit HWS-Problemen. Ebenso beständen unklare Hüft- und Knieschmerzen. Der Beschwerdeführer habe über panvertebrale Rückenschmerzen geklagt, die teils so stark seien, dass er nur noch kriechen könne. Die Schulterschmerzen seien seit der Operation 1999 immer stärker geworden, nun schmerze

auch die andere Schulter. Die Knie- und Hüftschmerzen seien auch immer schlimmer geworden, wobei eine organische Zuordnung bisher nicht gelungen sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf den veranlassten Röntgenbildern vom 28. Juni 2006 (Urk. 13/61/6) zeigten sich Morbus Scheuermann-Veränderungen im mittleren BWS-Drittel, eine ventrale Spondylosis deformans der BWS sowie vor allem eine Osteochondrose und Spondylosis deformans auf Höhe der 5. lumbalen Bandscheibe. Weiter ersah man einen symmetrischen Beckenfortsatz und nur minime, seitengleiche Coxarthroseveränderungen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. F. \_\_\_ verwies auf einen nur mässig erfolgreichen Einsatz von Analgetika sowie eine kaum wirksame Physiotherapie und stellte eine schlechte Prognose, wobei der Beschwerdeführer den Wiedereinstieg ins Berufsleben kaum schaffen werde. Er attestierte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit und befand den Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit als halbtags einsetzbar.

2.3.3 Ä Ä Am 21. September 2007 (Urk. 13/85/1-6) berichtete Dr. F. \_\_\_ über eine unveränderte Schmerzproblematik, eine Medianusdekompression rechts sowie karpale Tendosynovektomie am 6. Juni 2007 bei Karpaltunnelsyndrom rechts (vgl. Operationsbericht von Dr. med. L. \_\_\_, Chirurgie, spez. Handchirurgie FMH, vom 7. Juni 2007, Urk. 13/85/9). Leider sei bis heute ein unverändertes Beschwerdebild mit Kribbelparästhesien und Handschmerzen vorhanden. Er attestierte nach wie vor eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit als Maurer und äusserte sich nicht über die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit.

2.4 Ä Ä Ä Ä Dr. K. \_\_\_ hatte in seinem Gutachten vom 27. November 2006 (Urk. 13/65) als geklagte Beschwerden solche im Bereich der linken Schulter, die gegen den Hinterkopf ausstrahlen würden, sowie zentral gelegene Rückenschmerzen im lumbalen Bereich geschildert. Er führte aus, der Beschwerdeführer habe den ganzen Tag Beschwerden, insbesondere in der linken Schulter und im untersten Bereich des Rückens. Die Rückenbeschwerden seien zeitweise so stark, dass er auf allen Vieren gehen müsse und froh sei, wenn er wieder ins Bett gehen könne. Auch sei der Schlaf dadurch massiv gestört. Mit der linken Schulter könne er überhaupt nichts mehr tun, so stark seien die Beschwerden (S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter berichtete von einem über die Behandlung durch die Beschwerdegegnerin sehr ungehalten wirkenden Beschwerdeführer, weil er auf sein erstes Gesuch hin im Jahre 2001 nie eine Verfügung oder eine richtige Antwort bekommen habe. Aus diesem Grund habe er sich jetzt erneut gemeldet. Die vorgetragene Schulter- und Rückenbeschwerden befand Dr. K. \_\_\_ als glaubhaft, wies aber darauf hin, dass sich der Beschwerdeführer ohne grosse Probleme habe an- und ausziehen können und auch das Besteigen der Untersuchungsliege in keiner Art und Weise erschwert gewesen sei. In psychischer Hinsicht habe der Beschwerdeführer einen sehr ärrischen Eindruck gemacht und immer wieder betont, dass er nicht mehr arbeiten könne und auch nicht mehr wolle. Man habe ihn seinerzeit auf dem Bau und bei seinen Arbeiten kaputt gemacht und jetzt müsse man auch die Folgen tragen. Er gebe unumwunden zu, dass er nun das Gefühl habe, während 20 Jahren Invalidenrentner zu spielen (S. 5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. K. \_\_\_ diagnostizierte unter Bezugnahme auf die Vorberichte und die Röntgenbefunde (1) ein zervikovertebrales Syndrom, links mehr als rechts, bei Status nach Rotatorenmanschettenruptur 1991 mit anschliessender Schulterarthroskopie, lateraler

Clavicularesektion und erweiterter Akromioplastik sowie intraartikulärem Shaving und Revision der langen Bizepssehne links 1998/99 nebst Schultermobilisation links 2001, (2) ein thorakovertebrales Syndrom bei Morbus Scheuermann, (3) ein lumbospondylogenes Syndrom bei Osteochondrose und Spondylosis deformans L5/S1, (4) eine PHS links, (5) subjektive Angaben von Kniebeschwerden 2006, (6) einen Status nach Kontusion des rechten Vorderarms mit Hypästhesie Dig. I rechts wegen Nervus radialis-Kompression 1997, (7) eine arterielle Hypertonie und (8) eine Adipositas (S. 9).

Zur Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit verwies der Gutachter vorweg auf die PHS links, weswegen eine Arbeit als Maurer nicht mehr möglich sei. Dagegen erachtete er eine sitzende Tätigkeit als durchaus zumutbar, auch in Anbetracht der Rückenbeschwerden. Der Beschwerdeführer wolle und könne nicht mehr arbeiten gemäss seinen eigenen Aussagen. Eine gewisse Renten neurose sei nicht auszuschliessen, weswegen eine psychiatrische Abklärung nötig sei. Seit Juli 2006 sei die genannte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen, sie betrage ca. 50 %. Bei der Einstellung des Beschwerdeführers werde es jedoch schwierig sein, ihn je wieder an die Arbeit zu bringen. Für eine sitzende Tätigkeit, bei der er die Schultergelenke nicht über die Horizontale anheben müsse, sei eine 50%ige Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit gegeben (S. 10).

### E. 3

3.1 Den medizinischen Akten ist zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer seit Jahren unter Schulterschmerzen leidet und deswegen mehrfach operiert werden musste. Bereits im Jahr 2002 stellten die Ärzte diesbezüglich fest, dass die gelernte Tätigkeit als Maurer nicht mehr zumutbar ist, eine angepasste Arbeit indes vollzeitlich ausgeübt werden kann (Urk. 13/5). Nach der (Neu-)Anmeldung bei der Invalidenversicherung vom 11. Juli 2006 (Urk. 13/48 Ziff. 7.8) standen nach wie vor die massiven Schulterbeschwerden sowie Rückenschmerzen im Vordergrund (Urk. 13/47) und wurde im Kontext mit den geklagten Rückenbeschwerden eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Umfang von 50 % attestiert (Urk. 13/61/1-5). Im Rahmen der Begutachtung des Beschwerdeführers wurde ebenfalls auf die objektivierbaren Schulterschmerzen sowie die Rückenproblematik hingewiesen und ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 50 % als möglich erachtet (Urk. 13/65).

3.2 Zum erwähnten Gutachten des Dr. K. \_\_\_ ist festzuhalten, dass dieses in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, äussert es sich doch klar und differenziert zur Frage der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Weiter beruht es auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen und wurden insbesondere die bestehenden Röntgenbilder beigezogen. Das Gutachten berücksichtigt die geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben, und die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten sind in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. So ist es ohne Weiteres nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer mit seinen objektivierbaren Beschwerden in der Schulter keiner schweren Tätigkeit mehr nachgehen und insbesondere seine gelernte Arbeit als Maurer nicht mehr ausüben kann. Ebenso nachvollziehbar ist hingegen, dass der

Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit noch im Umfang von mindestens 50 % verrichten kann. In diesem Zusammenhang wies denn der Gutachter namentlich kritisch auf die Haltung des Beschwerdeführers hin.

Zu berücksichtigen ist insbesondere, dass sich den röntgenologischen Untersuchungsergebnissen keine Anhaltspunkte für eine relevante Schädigung der Knie entnehmen lassen. So verwiesen die Ärzte des J. \_\_\_ am 18. Oktober 2006 im Rahmen der MRI-Untersuchung auf eine bloss leichteste Femoropatellar-Arthrose bei etwas Dysplasie links (Urk. 13/85/13), von welchem Befund jedenfalls nicht auf eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geschlossen werden kann, zumal für den Beschwerdeführer ohnehin nur noch leichte Tätigkeiten in Frage kommen. Auch die bildgebenden Darstellungen der BWS und LWS zeigten Befunde, welche den Gutachter nicht zu einem Arbeitsunfähigkeitsattest über 50 % veranlassten. Angesichts der festgestellten Morbus Scheuermannveränderungen im mittleren BWS-Drittel, einer ventralen Spondylosis deformans der BWS, einer Osteochondrose und Spondylosis deformans auf Höhe der 5. lumbalen Bandscheibe (vgl. Bericht des J. \_\_\_ vom 28. Juni 2006, Urk. 13/85/19) erscheinen die gutachterlichen Schlussfolgerungen in jeder Hinsicht als schlüssig.

### E. 3.3

3.3.1. Zu den Auswirkungen der nach diesen Einschätzungen eingetretenen Handproblematik ergibt sich Folgendes: Dr. med. M. \_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte am 18. Februar 2007 ein Karpaltunnelsyndrom rechts und verwies dabei auf ein Einschlafen des rechten Daumens sowie Kribbelparästhesien, wobei eine verordnete Handgelenksschiene zu morgendlichen geschwollenen Händen geführt habe (Urk. 13/85/11-12). Nach elektroneurografischer Bestätigung wurde am 6. Juni 2007 die Operation durchgeführt (Medianusdekompression rechts sowie karpale Tenosynovektomie, Urk. 13/85/9). In der Folge klagte der Beschwerdeführer weiterhin - nebst den bisherigen Beschwerden (Schulterschmerzen, panvertebrales Schmerzsyndrom, chronische Knieschmerzen) - über unverändert persistierende Schmerzen im Handgelenk rechts (Urk. 13/85/1-6 Ziff. 4.4).

3.3.2. Die ärztlichen Einschätzungen nach diesem Eingriff unterscheiden sich nur unwesentlich von den bisherigen Stellungnahmen. So liegen neu Handbeschwerden rechts vor und vermerkte Dr. F. \_\_\_ auf dem Formularbericht betreffend physische Ressourcen (vgl. Urk. 13/85/4-5 und Urk. 13/85/17), dass leichte Gewichte nur noch manchmal statt oft und mittelschwere nurmehr selten statt manchmal getragen werden können sowie ein Heben über Brusthöhe nicht mehr möglich sei. Sodann sei ein Hantieren mit Werkzeugen nur noch manchmal möglich statt bisher oft oder sehr oft (mit Ausnahme schwerer, grobmanueller Tätigkeiten). Bei der Beweglichkeit ergab sich eine leichte Verschlechterung (vorgeneigtes Sitzen nur noch manchmal statt oft möglich, Kniebeuge gar nicht mehr möglich, Stehen nur noch oft statt sehr oft möglich, Gehen nur noch eingeschränkt möglich).

3.3.3. Aufgrund des Gesagten ergibt sich, dass dem Beschwerdeführer nach wie vor eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar ist. Auch wenn sich aufgrund der Handproblematik der mögliche Einsatz leicht vermindert hat, so attestierte dennoch kein Arzt eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit. Dies wäre denn auch nicht nachvollziehbar, ist es doch dem Beschwerdeführer aktenkundig

nach wie vor möglich, teilweise einer behinderungsadäquaten Tätigkeit nachzugehen. Bezüglich der Detail-Einschätzungen von Dr. F. \_\_\_ ist festzuhalten, dass die Abweichungen der Einschätzungen vor und nach der Handgelenksoperation mitunter etwas zufällig anmuten, zumal sich in einzelnen Tätigkeiten gar eine Verbesserung ergeben haben soll (schweres/grobmanuelles Hantieren mit Werkzeugen manchmal statt bisher selten zumutbar).

Aufgrund der gesamten Aktenlage steht fest, dass der Beschwerdeführer nach wie vor im Ausmass von 50 % einer angepassten Tätigkeit nachgehen kann, auch wenn diese in mehrfacher Hinsicht seinen Behinderungen angepasst sein muss.

#### **E. 4**

4.1 Zu prägen bleibt, wie sich die gesundheitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

#### **E. 4.2**

4.2.1 Die Beschwerdegegnerin berechnete das Valideneinkommen mit Fr. 56'486.65 (Urk. 13/86 S. 3) und stützte sich dabei auf den der Nominallohnentwicklung bis zum Vergleichsjahr 2007 angepassten letzten niedrigeren Verdienst (Fr. 49'156.-- im Jahr 1995, vgl. Urk. 13/84 Jahr 1995 und 1996, wobei sich unter Berücksichtigung eines Einkommens bei der N. \_\_\_ von Fr. 67'310.-- in 17 Monaten ein auf ein volles Jahr aufgerechnetes Einkommen von Fr. 47'512.95 ergeben würde). Festzuhalten ist indes, dass der Beschwerdeführer laut Arbeitszeugnis der N. \_\_\_ (Urk. 13/26/13) nur vom 1. April 1995 bis 31. Mai 1996 beschäftigt war, mithin während 14 Monaten, weshalb sich angesichts des abgerechneten Einkommens ein solches pro Jahr von Fr. 57'694.30 ergeben würde.

4.2.2 Hierzu ist festzuhalten, dass als Valideneinkommen grundsätzlich der letzte Verdienst vor Eintritt des Gesundheitsschadens beizuziehen ist. Da sich der Beschwerdeführer im Jahr 1991 die Zerrung der Rotatorenmanschette zuzog, müsste demgemäss auf jenes Einkommen abgestellt werden. Indessen ergibt sich aus dem Auszug aus dem individuellen Konto, dass er nach dem Unfall noch während gut drei Jahren an der gleichen Stelle (O. \_\_\_) tätig war, weshalb es nicht als wahrscheinlich erscheint, dass diese Stellenaufgabe mit der Verletzung im Zusammenhang stand. Demgemäss ist jedenfalls nicht auf dieses Einkommen (Fr. 53'172.-- im Jahr 1993, aufgerechnet auf ein Jahreseinkommen, Urk. 13/84) abzustellen.

4.2.3 Der Beschwerdegegnerin ist weiter insofern Recht zu geben, als sie für die Berechnung des Valideneinkommens nicht durchschnittliche Löhne im Maurersegment beigezogen hat. Denn der Beschwerdeführer absolvierte wohl eine Lehre als Maurer, arbeitete aber hernach nicht auf dem Beruf, sondern war im Gegenteil vorwiegend als Chauffeur, Speditionsmitarbeiter und Magaziner tätig. Dieser berufliche Wandel steht aktenkundig nicht mit der gesundheitlichen Situation im Zusammenhang.

4.2.4 Indessen kann auch nicht - wie dies die Beschwerdegegnerin tat - auf den Lohn bei der N. \_\_\_ abgestellt werden. Vorweg gibt es keine Anhaltspunkte dafür, dass der Beschwerdeführer bei intakter Gesundheit noch an dieser Stelle arbeiten würde. Eine Aufklärung des Arbeitsverhältnisses aus gesundheitlichen Gründen wurde nicht dargetan und ist denn auch nicht ersichtlich. Sodann ergibt sich aus dem Lebenslauf des



doch verbleibt ihm gleichwohl eine breite Palette von Tätigkeiten, die für ihn in Frage kommen. Fest steht, dass der Beschwerdeführer durchaus noch in der Lage ist, eine verwertbare Leistung zu erbringen.

4.4. Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 60'165.60 mit dem Invalideneinkommen von Fr. 25'570.40 (85 % von Fr. 30'082.80) ergibt eine Lohneinbusse von Fr. 34'595.20 bzw. einen Invaliditätsgrad von 57,5 %. Damit stehen dem Beschwerdeführer keine über die gewährte halbe Rente der Invalidenversicherung hinausgehenden Ansprüche zu, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## E. 5

5.1. Da die Voraussetzungen für die unentgeltliche Rechtspflege erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer in Gutheissung des Gesuches vom 5. März 2008 (Urk. 1 S. 2) die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen sowie Rechtsanwalt Christos Antoniadis als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren zu bestellen.

5.2. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.3. Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christos Antoniadis, ist ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach Einsicht in die Kostennote vom 22. Dezember 2008 und 15. Juli 2009 (Urk. 15/2) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 1'070.10 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

5.4. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Christos Antoniadis, Zürich, wird mit Fr. 1'070.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Christos Antoniadis

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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