

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00277 vom 24. August 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00277

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00277 du 24 août 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00277 del 24 agosto 2009

Erwägungen

E. 3.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisansuchen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 132 V 368 E. 3.1 S. 370 mit Hinweisen).

E. 3.2

Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs ausnahmsweise als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann (BGE 127 V 431 E. 3d/aa S. 437). Von einer Rückweisung der Sache an die Verwaltung ist selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer befürderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390 mit Hinweis).

E. 3.3

Nachdem das hiesige Gericht den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann, der fragliche Bericht von Dr. F. ___ vom 2. Juli 2007 (Urk. 11/94/1-3) dem psychiatrischen MEDAS-Konsiliarius zur ergänzenden medizinischen Stellungnahme unterbreitet wurde (Urk. 12; Urk. 20) und die Parteien Gelegenheit erhielten, sich dazu zu äussern (Urk. 21), ist eine allfällige Gehörsverletzung als geheilt zu betrachten.

E. 4.1

Anlässlich der Erstbehandlung im Universitätsspital H. ___ vom 14. März 2003 wurde eine Rippenfraktur links postero-basal diagnostiziert (Urk. 11/22/15 Ziff. 5). Vom 14. bis 21. März 2003 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig; ab 22. März 2003 könne er die Arbeit wieder voll aufnehmen (Urk. 11/22/15 Ziff. 8).

E. 4.2

Der nachbehandelnde Dr. med. A.____, praktischer Arzt, diagnostizierte mit Bericht vom 3. November 2003 (Urk. 11/22/13) eine dem Unfall zuzuschreibende Rippenkontusion. Die OSG-Schmerzen seien nachträglich erschienen (Urk. 11/22/13 Ziff. 5-6). Der Beschwerdeführer sei ab 14. März bis 1. April 2003 und erneut ab 6. Oktober 2003 zu 100 % arbeitsunfähig; letzteres sei die Entscheidung des Beschwerdeführers (Urk. 11/22/13 Ziff. 8).

E. 4.3

Dr. med. B.____, prakt. Arzt, diagnostizierte mit Bericht vom 6. April 2004 (Urk. 11/23/24) einen knöchernen Abriss des ligamentum talonaviculare sowie eine Lumboischialgie. Letztere sei vermutlich alt, der Abriss des ligamentum sei mit dem Unfall vom 11. März 2003 erfolgt. Es sei anzunehmen, dass die Rückenschmerzen vorbestanden und durch das neue Leiden verstärkt worden seien. Vom 12. Januar bis 31. März 2004 sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/23/24 Ziff. 2-4).

E. 4.4

Dr. med. C.____, Beratender Arzt der damaligen Rechtsschutzversicherung des Beschwerdeführers, führte am 3. Mai 2004 (Urk. 11/29/9-14) aus, der Beschwerdeführer leide trotz orthopädischer Massnahmen an Schmerzen, so dass bei Spenglerarbeiten, wo größere Gewichte gehoben und verschoben, erhebliche Gehstrecken und Arbeiten in kniender oder hockender Stellung bewältigt werden müssten und Leitern zu besteigen seien, eine Einschränkung von gesamthaft 50 % bestehe. Diese Schätzung erfolge anhand der Akten, da eine eingehende orthopädische Begutachtung erforderlich sei (Urk. 11/29/13).

E. 4.5

Dr. B.____ stellte mit Bericht vom 29. Januar 2005 (Urk. 11/29/1-4) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/29/1 lit. A):

- Osteochondrosen der HWS
- Begleithernie C4/5, flache Hernie C6/7
- chronische Lumbalgie und Lumboischialgie rechts
- Status nach knöchernem Abriss im Bereich des Lig. Talonaviculare (nach Unfall)

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit dem 6. Oktober 2003 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 11/29/1 lit. B). Sein Gesundheitszustand sei sich verschlechternd; seine Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Wegen seiner Schmerzen sei der Beschwerdeführer auch in seinen psychischen Funktionen wie Konzentrationsvermögen, Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit eingeschränkt; er verpasse schon nach kurzer Haltung in der gleichen Stellung Schmerzen in der HWS und im Rücken. Im bisherigen Beruf sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 11/29/4).

E. 4.6

Dr. med. D.____, Orthopädische Chirurgie FMH, stellte in seinem Gutachten vom 31. Mai 2005 (Urk. 11/41) folgende Diagnosen (Urk. 11/41 S. 5 f.):

- residueller Klumpfuß rechts (angeboren)
- chronische rezidivierende Cervicobrachialgie links bei beginnender Cervicarthrose

- chronisches rezidivierendes Lumbovertebralsyndrom bei Beinlängendifferenz
- schwierige psychosoziale Situation

Der Beschwerdeführer scheine bis heute keine adäquate Behandlung für seinen Klumpfuß erhalten zu haben. Nötig sei eine dauernde Schuh- und Einlagenversorgung zur Verbesserung des Fussabrollens und zum funktionellen Beinlängenausgleich. Infolge der geringeren Belastbarkeit und Funktionseinschränkung des rechten Fusses sollte der Beschwerdeführer nicht dauernd stehen oder gehen und nicht allzu schwer heben und tragen. Dennoch könnte er nach einer genügenden Angewöhnung eine geeignete, leichtere Arbeit auch in einem vollen Pensum leisten. Bei adäquater Behandlung sei er für jede leichtere Arbeit, die seinen Kenntnissen und Erfahrungen entspreche, voll arbeitsfähig. Günstig sei eine Tätigkeit, bei der der Beschwerdeführer seine Arbeit selbst einteilen und gelegentlich Ruhepausen einlegen könnte. Der frühere Beruf als Bauspengler sei nicht besonders geeignet, da zu schwere Gewichte zu bewegen seien. (Urk. 11/41 S. 6 ff.).

Es sei nicht einzusehen, weshalb der Beschwerdeführer mit seinem Klumpfuß während Jahren als Bauspengler schwere Arbeit habe leisten können und heute, ohne unfallbedingte Veränderungen an diesem Fuss, definitiv arbeitsunfähig sein solle. Eine eigentliche Psychopathologie sei jedoch nicht erkennbar (Urk. 11/41 S. 9).

E. 4.7

PD Dr. med. E. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, stellte mit Bericht vom 2. Mai 2006 (Urk. 11/63/5-7) folgende Diagnose (Urk. 11/63/6):

- Zerviko- und Lumbovertebralsyndrom bei beginnendem Morbus Forestier und Skoliose sowie Spondylarthrose. Radiologisch ist eine Osteoporose nicht sicher auszuschliessen
- Epicondylopathie links radial

In einer körperlich schweren Arbeit sei der Beschwerdeführer nicht mehr arbeitsfähig. Zur Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit sei eine interdisziplinäre Beurteilung notwendig (Urk. 11/63/6).

Seit der Erstuntersuchung am 26. September 2005 könne er den Beruf als Bauspengler und Dachdecker nicht mehr ausüben. Sein Gesundheitszustand sei sich verschlechternd; die Arbeitsfähigkeit könne eventuell mittels medizinischer Trainingstherapie verbessert werden (Urk. 11/63/6).

E. 4.8

Dr. med. F. ____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte mit Bericht vom 2. Juli 2007 (Urk. 11/84/2-4) folgende Diagnose (Urk. 11/84/4):

- Anpassungsstörung nach einem Arbeitsunfall mit verschiedenen körperlichen Beschwerden (F43.25)
- mittel- bis schwergradige depressive Störung (F32.11, F32.2) auf dem Boden einer kombinierten Persönlichkeitsstörung (Ängstliche Persönlichkeit F60.6, narzisstische Persönlichkeit F60.8)
- chronifiziertes Schmerzsyndrom

Die bisherige Therapie mit psychotherapeutischen Gesprächen und Medikation habe leider bisher keine Besserung erbracht. Nach wie vor sei der Beschwerdeführer depressiv, innerlich verspannt, sehr ängstlich und manchmal ganz ratlos. Auch seien die starken Schuldgefühle und Suizidgedanken nicht verschwunden. Die Selbstwertproblematik dominiere das Krankheitsbild. Da er unter starken Schamgefühlen leide, habe er sich ganz zurückgezogen und lebe völlig isoliert. Trotz Therapie habe sich der Zustand chronifiziert und einen invalidisierenden Verlauf genommen. Aus psychiatrischer Sicht sei der Beschwerdeführer für seine Arbeit voll arbeitsunfähig. Eine Tätigkeit in einem geschützten Rahmen sei zu empfehlen, wodurch er aus seiner Isolation herauskommen könnte und in der Lage wäre, sein Selbstwertgefühl wieder aufzubauen (Urk. 11/84/3-4).

E. 4.9

Nach Durchführung einer internistischen, orthopädisch-chirurgischen, rheumatologischen und psychiatrischen Untersuchung (Urk. 11/85 S. 8 ff.) gelangten die MEDAS-Gutachter unter Berücksichtigung der Akten (Urk. 11/85 S. 1 ff.) und der Anamnese (Urk. 11/85 S. 5 ff.) mit Gutachten vom 5. Oktober 2007 zu folgender Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/85 S. 19):

1. belastungsabhängiges cervicothoracales und lumbosacrales Schmerzsyndrom mit und bei

- fixierter linkskonvexer thoracolumbalen Skoliose
- erheblicher muskulärer Dekonditionierung mit sekundärer Fehlhaltung und Überbelastung lumbosacral sowie cervicothoracal
- radiologisch beginnenden Veränderungen des Segments L3/4

- Beinverkürzung rechts um 1 cm

2. belastungsabhängiges Schmerzsyndrom des rechten Fußes mit und bei

- kongenitalem Pes equinovarus (DD: Status nach Poliomyelitis des rechten Beines)
- ausgeprägter muskulärer Atrophie des rechten Unterschenkels

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die Anpassungsprobleme bei Veränderung der Lebensumstände (ICD-10 Z60.0).

Der kongenitale Klumpfuß des Beschwerdeführers habe erstmals am 3. Mai 2004 Eingang in die medizinischen Akten gefunden. Radiologisch bestehe eine erhebliche Missbildung des Rückfußes, welche eine Beinverkürzung um einen Zentimeter sowie eine beginnende sekundäre Arthrose des oberen Sprunggelenks nach sich ziehe. Auffallend sei die ausgeprägte muskuläre Hypotrophie des rechten Unterschenkels. Mit dieser Missbildung sei der Beschwerdeführer jedoch in körperlich anspruchsvollen Berufen, die auch eine erhebliche Geh- und Stehleistung erforderten, stets uneingeschränkt und ohne orthopädische Schuhversorgung arbeitsfähig gewesen. Die radiologische Feststellung einer beginnenden sekundären Arthrose sei jedoch als schlechtes Vorzeichen zu werten. Häufigeres Begehen von unebenem Gelände und repetitives Besteigen von Leitern und Gerüsten fördere diese degenerative Veränderung auch bei Tragen eines orthopädischen Spezialschuhs (Urk. 11/85 S. 20).

PD Dr. E. ___ habe im Mai 2006 einen Morbus Forrester festgestellt, was aufgrund der radiologischen Dokumentation in Abrede zu stellen sei. Ebenso fänden sich keine Hinweise für die als möglich bezeichnete Osteoporose und eine linksseitige radiale Epicondylopathie (Urk. 11/85 S. 21).

Bei der orthopädisch-chirurgischen und rheumatologischen Untersuchung imponiere zunächst ein leichtes Schonhinken rechts, wobei der Beschwerdeführer einen handelsüblichen Sportschuh trage. Die Prüfung der Halswirbelsäulenbeweglichkeit ziehe ein dysfunktionales Krankheitserleben mit massiver willentlicher Anspannung der paracervicalen Muskulatur nach sich. Klinisch erkenne man eine diskrete linkskonvexe thoracolumbale Skoliose bei erhaltener lumbaler und thoracaler Beweglichkeit. Eindrücklich sei die muskuläre Hypotrophie im rechten Unterschenkel. Der Klumpfuß weise eine Senk- und Spreizfußkomponente auf; es seien in den Fußwurzelgelenken lediglich Wackelbewegungen möglich. Konventionell-radiologisch erkenne man in der Halswirbelsäule keine das Alterskonforme überschreitenden degenerativen Veränderungen. Bildgebend seien diskrete Chondrosen in den unteren Segmenten festgestellt worden; eine Diskusprotrusion von C4/C5 und C6/7 habe zu einer unwesentlichen Einengung des Duralsacks geführt und tangiere keine neuralen Strukturen (Urk. 11/85 S. 22).

Gesamthaft rechtfertigten die objektivierbaren rheuma-orthopädischen gutachterlichen Feststellungen die Attestierung der gänzlichen Arbeitsunfähigkeit in der Schwerarbeit als Bauspengler und Dachdecker. In behinderungsangepassten Tätigkeiten bestehe keine zeitliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, sofern diese kein Begehen von unebenem Gelände oder Gehstrecken von über 300 Metern am Stück, repetitives Besteigen von Leitern oder Gerüsten sowie wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg erforderten (Urk. 11/85 S. 22).

Bei der psychiatrischen Untersuchung erweise sich der Beschwerdeführer als voll orientiert. Auffallend sei der praktisch fehlende somatische Leidensdruck. Hinweise auf kognitive oder mnestiche Minderleistungen beständen nicht; die geltend gemachte Konzentrationsstörung lasse sich nicht verifizieren. Eine psychiatrische Krankheit im engeren Sinn liege nicht vor. Die Affektlage sei beeinträchtigt durch die psychosoziale Situation, was nicht arbeitsrelevant sei. Episodische depressive Einbrüche von kurzer Dauer mit unregelmäßigem Auftreten (zeitliche Intervalle von bis zu 14 Tagen) unter antidepressiver Behandlung reichten nicht aus, um die diagnostischen Kriterien nach ICD10 für eine mindestens mittelgradige depressive Störung zu begründen (Urk. 11/85 S. 22).

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei der Beschwerdeführer aus rheumaorthopädischer Sicht im zuletzt ausgeübten Beruf eines Bauspenglers bleibend zu 100 % arbeitsunfähig. Für behinderungsangepasste Verrichtungen bestehe hingegen sowohl aus somatischer wie auch aus psychiatrischer Sicht eine uneingeschränkte, 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 11/85 S. 22).

E. 4.10

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind,

die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366; 99 V 98 S. 102).

Was den nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 11. Februar 2008 - dem Abschluss des Verwaltungsverfahrens - ergangenen Bericht von Dr. F. ___ vom 12. März 2008 (Urk. 6) angeht, so ist dieser nach dem Gesagten nicht zu berücksichtigen, da darin keinerlei Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers enthalten sind. Der genannte Bericht ist somit nicht geeignet, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen.

E. 4.11

Auf entsprechende Anfrage des hiesigen Gerichts, zum Bericht von Dr. F. ___ vom 2. Juli 2007 Stellung zu nehmen (Urk. 12), äusserte sich der psychiatrische MEDAS-Konsiliarius Dr. med. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Schreiben vom 14. August 2008 (Urk. 20) wie folgt: Der Bericht von Dr. F. ___ vom 2. Juli 2007 habe beim Untersuchungsgespräch mit dem Beschwerdeführer, das am 3. Juli 2007 geführt worden sei, nicht vorgelegen. Die depressiven Einbrüche, die der Beschwerdeführer im Untersuchungsgespräch angegeben habe, seien von kurzer Dauer und träten sehr unregelmässig auf, so dass es sich hierbei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit um einen labilen Gesundheitsschaden handle. Die unterschiedliche Auffassung bezüglich der Diagnosen von Dr. F. ___ könne Dr. G. ___ nicht erklären. Was aber verwunderlich erscheine, sei die Tatsache, dass der Beschwerdeführer nach eigenen Angaben einmal im Monat einen Gesprächstermin bei Dr. F. ___ wahrnehme. Bei einer mittel- bis schwergradigen depressiven Stimmung, wie sie Dr. F. ___ beschreibe, sei eine solch ausgedehnte Sitzungsfrequenz sicher nicht als adäquate Therapie anzusehen. Auch solle man bei einer, wie Dr. F. ___ festhalte, erfolglosen Therapie die Frage stellen, ob bei einer wie von Dr. F. ___ beschriebenen Symptomatik eine stationäre Therapie nicht nur sinnvoll, sondern notwendig wäre. Der Bericht von Dr. F. ___ lasse sehr viele Fragen offen, die Dr. G. ___ nicht beantworten könne (Urk. 20).

E. 5.1

Den zeitnah zum Unfallereignis vom 11. März 2003 ergangenen Arztberichten (Urk. 11/22/15; Urk. 11/22/13; Urk. 11/23/24; vgl. vorstehend Erw. 4.1-3) sind - dem Zweck dieser Zeugnisse entsprechend - einzig Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner angestammten Tätigkeit zu entnehmen. Dies gilt auch für den Bericht von Dr. C. ___ (Urk. 11/29/9-14), zumal es sich dabei um einen reinen Aktenbericht handelt, der den Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.3) nicht zu genügen vermag.

E. 5.2

Dr. B. ___ hielt mit Bericht vom 29. Januar 2005 fest, der Beschwerdeführer sei in seiner angestammten Tätigkeit seit dem 6. Oktober 2003 vollständig arbeitsunfähig (Urk. 11/29/1 lit. B). Dies, obwohl er in seinem Bericht vom 6. April 2004 lediglich im Zeitraum vom 12. Januar bis 31. März 2004 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte (vgl. Urk. 11/23/24 Ziff. 4). Weiter äusserte sich Dr. B. ___ nur zur Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf, ohne zu derjenigen in einer behinderungsangepassten Tätigkeit Stellung zu nehmen, und stützte - obwohl nicht in sein Fachgebiet der Allgemeinmedizin fallend - seine Beurteilung auch auf eine Beeinträchtigung der psychischen Funktionen des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 11/29/4). Auf die Angaben von Dr. B. ___ kann deshalb

nicht abgestellt werden.

E. 5.3

PD Dr. E. ___ erachtete die angestammte Tätigkeit sowie eine andere körperlich schwere Arbeit als nicht mehr zumutbar. Angaben zur angepassten Arbeitsfähigkeit fehlen, denn Dr. E. ___ erachtete diesbezüglich eine interdisziplinäre Beurteilung als notwendig (Bericht vom 2. Mai 2006; Urk. 11/63/6).

E. 5.4

Was den Bericht von Dr. F. ___ vom 2. Juli 2007 (Urk. 11/84/2-4) angeht, so kann auf die diesbezügliche Stellungnahme von Dr. G. ___ vom 14. August 2008 (Urk. 20) verwiesen werden: Es ist nicht ohne weiteres nachvollziehbar, weshalb Dr. F. ___ angesichts der von ihm gestellten Diagnose und nach einem offenbar erfolglosen Jahr der medikamentösen und therapeutischen Behandlung (seit dem 6. Juli 2006; Urk. 11/84/2 oben) keine stationäre Therapie veranlasste. Ebenso stehen die Feststellungen von Dr. F. ___, wonach der Beschwerdeführer sich ganz zurückgezogen habe und vollständig isoliert lebe (vgl. Urk. 11/84/3 unten), im Gegensatz zu den Angaben, die der Beschwerdeführer gegenüber Dr. G. ___ machte (vgl. Urk. 11/85 S. 16 f.): Ein typischer Tagesablauf beinhalte Ausflüge in die Migros oder an andere Orte zum Kaffe trinken und Kollegen treffen, gelegentlich in die Stadt oder spazieren gehen. Er habe Mühe, in der Wohnung zu bleiben, und lasse immer nach draussen gehen. Manchmal fahre er auch ältere Damen zum Arzt und hole sie wieder ab, auch seine Frau würde er regelmässig abholen. Er interessiere sich für das alltägliche Geschehen; seine Depressionen hätten sich in den letzten drei Monaten deutlich gebessert.

Angesichts dieser Schilderungen ist beim Bericht von Dr. F. ___ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Spezialärzte, ebenso wie Hausärzte, mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifel eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc, BGE 122 V 160 Erw. 1c, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen B. vom 7. April 2006; I 750/05 Erw. 2.4.1).

E. 5.5

Das MEDAS-Gutachten vom 5. Oktober 2007 (Urk. 11/85) beinhaltet umfassende Abklärungen und erging unter Einbezug der Akten, Erhebung der Anamnese und Vornahme allseitiger Untersuchungen. Damit vermag es den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.3) vollumfänglich zu genügen. Es wurden früher wie auch aktuelle Röntgenbefunde konsultiert (vgl. Urk. 11/85 S. 2-3 und S. 13 f.). Der Bewegungsapparat wurde sorgfältig und ausführlich untersucht (vgl. Urk. 11/85 S. 9f.). Bei der rheumatologischen Untersuchung ergaben sich unter Ablenkung andere, unauffälliger Befunde (vgl. Urk. 11/85 S. 12). Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung wurde festgestellt, dass erst auf konkrete Nachfrage Schmerzen angegeben wurden, bis zu diesem Zeitpunkt habe der Beschwerdeführer relativ entspannt im Sessel gesessen. Erst danach sei es zu wiederholten schmerzinduzierten Positionswechseln gekommen. Angesichts der von Dr. G. ___ erhobenen Befunde (keine pathologischen findings und Befürchtungen, keine zirkadianen Besonderheiten, kein sozialer Rückzug, kein Interessenverlust, unauffälliger Antrieb, keine Suizidalität; Urk. 11/85 S. 17 f.) ist die gestellte Diagnose der Anpassungsprobleme bei veränderten Lebensumständen und die darauf beruhende Einschätzung der vollständigen

Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar.

E. 5.6

Die MEDAS-Gutachter kamen - wie bereits Dr. D.____ (vgl. Urk. 11/41/8 f.) zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit nicht mehr, in einer behinderungsangepassten Tätigkeit jedoch sowohl aus somatischer wie psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsfähig sei, sofern diese kein Begehen von unebenem Gelände oder Gehstrecken von über 300 Metern am Stück, repetitives Besteigen von Leitern oder Gerüsten sowie wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 15 kg erforderte (Urk. 11/85 S. 22). Davon ist auszugehen. Der Beschwerdeführer gab denn auch gegenüber der Arbeitslosenversicherung eine Vermittlungsfähigkeit von 100 % an (vgl. Urk. 11/100).

E. 6.1

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: 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 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).

E. 6.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b).

Die Beschwerdegegnerin errechnete gestützt auf den IK-Auszug und die Angaben der Arbeitgeberin ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 70'850.-- (vgl. Urk. 11/50/4; Urk. 11/14/2 Ziff. 20; Urk. 11/13/1; Urk. 2 S. 2). Nachdem gemäss MEDAS-Gutachten die Arbeitsunfähigkeit ab Herbst 2004 eintrat (vgl. Urk. 11/85 S. 23), ist als massgeblicher Zeitpunkt das Ende des Wartejahrs und somit das Jahr 2005 anzunehmen.

Gemäss Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin erzielte der Beschwerdeführer im Jahr 2002 letztmals einen Jahresverdienst von Fr. 70'550.-- (vgl. Urk. 11/14/2 Ziff. 20). Verabgabt wurde jedoch gemäss IK-Auszug ein Jahreseinkommen von insgesamt Fr. 72'680.-- (vgl. Urk. 11/13/1), wovon zugunsten des Beschwerdeführers auszugehen ist. Dabei gelten Essensentschädigungen (vgl. Urk. 3/1 S. 2) grundsätzlich nicht als Lohnbestandteil: Laut Art. 25 IVV in Verbindung mit Art. 16 ATSG werden Renten nach dem Erwerbseinkommen berechnet. Als Erwerbseinkommen gilt der nach der

Bundesgesetzgebung über die Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHVG) massgebende Lohn. Nach Art. 5 Abs. 2 AHVG stellt grundsätzlich jedes Entgelt für in unselbstständiger Stellung auf bestimmte oder unbestimmte Zeit geleistete Arbeit massgebenden Lohn dar (Satz 1). Art. 7 AHVV hält im Ingress ausdrücklich fest, dass Spesenersatz (Unkostenentschädigung) nicht als massgebender Lohn zu betrachten ist. Wie es sich vorliegend damit verhält, kann jedoch, wie nachfolgend zu zeigen sein wird, offen bleiben: Selbst wenn man die Essensentschädigungen als Lohnbestandteil berücksichtigt, resultiert kein rentenbegründender Invaliditätsgrad.

E. 6.3

Rechnet man zum Valideneinkommen im Jahr 2002 von Fr. 72'680.-- wie vom Beschwerdeführer beantragt Fr. 4'400.-- als Essensentschädigung hinzu (vgl. Urk. 1 S. 5 unten), so ergibt sich ein Wert von Fr. 77'080.--. Unter Berücksichtigung der nominellen Lohnentwicklung im Bereich Baugewerbe für die Jahre 2003, 2004 und 2005 in Höhe von 1.0 %, 0.4 % und 1.1 % (Die Volkswirtschaft 6/2009, S. 87, Tabelle B.10.2, lit. F) resultiert ein hypothetisches Valideneinkommen von Fr. 79'022.-- (Fr. 77'080.-- x 1.01 x 1.004 x 1.011).

E. 6.4

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von seit 2004 wärentlich 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 11-2008 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

E. 6.5

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die

Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

E. 6.6

Angesichts der behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 100 % (vgl. vorstehend Erw. 5.6) steht ihm nach dem vorstehend Gesagten eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2004 S. 53, Tabelle TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4).

E. 6.7

Das im Jahr 2004 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'588.-- pro Monat (LSE 2004 S. 53, Tabelle TA1, Rubrik **■Total■**, Niveau 4), mithin Fr. 55'056.-- pro Jahr (Fr. 4'588.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden und der nominellen Lohnentwicklung im Jahr 2005 in Höhe von 1.0 % (Die Volkswirtschaft 6/2009, S. 87, Tabelle B.10.2, Rubrik **■Nominal Total■**) angepasst ergibt sich ein Wert von Fr. 57'831.-- (Fr. 55'056.-- : 40 x 41.6 x 1.01). Die Beschwerdegegnerin gewährte zudem einen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 15 % (vgl. Urk. 11/52/2), so dass ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 49'156.-- resultiert (Fr. 57'831.-- x 0.85). Mit dem Abzug von 15 % wurde den Umständen des Einzelfalles, insbesondere der langjährigen Betriebszugehörigkeit, dem Alter und der Nationalität des Beschwerdeführers Genüge getan, so dass sich ein höherer Abzug nicht aufdrängt.

E. 6.8

Ausgehend von einem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 79'022.-- (vgl. vorstehend Erw. 6.3) und einem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 49'156.-- ergibt sich bei einer Einkommenseinbusse von Fr. 29'866.-- ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 37.79 oder gerundet (BGE 130 V 121) 38 %. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde; weitere Abklärungen sind nicht zu treffen.

E. 7

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. 800.-- 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. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Michael Ausfeld

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- 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 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.