

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00564 vom 20. Dezember 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-12-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00564

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00564 du 20 décembre 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00564 del 20 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 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).

1.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. 1.3 nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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. 2 IVG).

1.3 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).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte 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 (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen 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 abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

E. 2

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54)

2. Verdacht auf Medikamentenmalcompliance (ICD-10: Z91.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Ä Ä Gabapentinspiegel im Serum unter der Nachweisgrenze, Sarotenspiegel Ä Ä Ä deutlich subtherapeutisch

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus neurologischer Sicht bestehe aufgrund der zweimaligen RÄ¼ckenoperation und des residuellen leichten motorischen Ausfallsyndroms L5 links eine volle ArbeitsunfÄ¼higkeit in der angestammten TÄ¼tigkeit als Maurer und in jeglichen anderen kÄ¼rperlichen schwerbelastenden beruflichen TÄ¼tigkeiten seit dem 14. November 2005. FÄ¼r leichte bis mittelschwere kÄ¼rperlich belastende TÄ¼tigkeiten sei der BeschwerdefÄ¼hrer aus neurologischer Sicht vollzeitig einsetzbar. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe keine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit. Die SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung habe keinen Krankheitswert und schrÄ¼nke die ArbeitsfÄ¼higkeit nicht ein. Eine psychiatrische KomorbiditÄ¼t liege nicht vor. Es kÄ¼nne dem BeschwerdefÄ¼hrer zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nÄ¼tliche Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen TÄ¼tigkeit nachgehen zu kÄ¼nnen. Aus allgemeininternistischer Sicht fÄ¼nden sich keine Diagnosen, welche die ArbeitsfÄ¼higkeit relevant einschrÄ¼nken. Insgesamt kÄ¼nne damit aus polydisziplinÄ¼rer Sicht eine volle Arbeits- und LeistungsfÄ¼higkeit in leichten bis mittelschweren, adaptierten TÄ¼tigkeiten festgestellt werden. Zur SelbsteinschÄ¼tzung des BeschwerdefÄ¼hrers, welcher sich in kÄ¼rperlich leichten, adaptierten TÄ¼tigkeiten nur noch ein Arbeitspensum von ca. 2 Stunden pro Tag vorstellen kÄ¼nne, bestehe somit eine deutliche Diskrepanz. UrsÄ¼chlich dafÄ¼r seien wahrscheinlich sowohl die psychiatrische Diagnose einer SchmerzverarbeitungsstÄ¼rung, welche naturgemÄ¼ss mit einer Selbstlimitierung einhergehe, als auch IV-fremde Faktoren wie die eher geringe schulische und berufliche Ausbildung, die fehlenden Sprachkenntnisse, der schwierige Arbeitsmarkt und ein wahrscheinlich vorhandener sekundÄ¼rer Krankheitsgewinn. Ausserdem habe der BeschwerdefÄ¼hrer falsche Angaben bezÄ¼glich seiner Medikamenteneinnahme gemacht.

2.4 Ä Ä Ä Ä Dr. D. ___ kritisierte in seinem Schreiben vom 4. November 2008 (Urk. 11/61) den Vorbescheid der Beschwerdegegnerin. Er hielt fest, er wisse nicht, worauf sie sich abgestÄ¼tzt habe, es sei aber aufgrund des unverstÄ¼ndlichen Entscheides davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin Ä¼ber die erfolgten AbklÄ¼rungen nicht informiert sei. Sie hÄ¼tte mit der SUVA Kontakt aufnehmen mÄ¼ssen und dabei erfahren, dass eine aktuelle Beurteilung der InvaliditÄ¼t gar noch nicht mÄ¼glich sei. WÄ¼re dies geschehen, hÄ¼tte die Beschwerdegegnerin nicht einen realitÄ¼tsfremden Vorbescheid getroffen, welcher den BeschwerdefÄ¼hrer nur zu verunsichern vermÄ¼ge. Im Schreiben vom 8. Dezember 2008 (Urk. 11/69/2-3) bezeichnete Dr. D. ___ das MEDAS-Gutachten als ungenÄ¼gend. Die Gesamtbeurteilung sei unvollstÄ¼ndig und mache die psychiatrischen Betrachtungen Ä¼ber die Schmerzen des BeschwerdefÄ¼hrers unglaubwÄ¼rdig. Die Schlussfolgerungen des Gutachtens, insbesondere in Bezug auf die ArbeitsfÄ¼higkeit, seien abzulehnen.

2.5 Ä Ä Ä Ä Die Rheumaklinik des E. ___ fÄ¼hrte mit dem BeschwerdefÄ¼hrer im MÄ¼rz 2002 ein Arbeitsassessment durch. Laut deren Bericht vom 18. April 2008 (Urk. 11/71) leidet der BeschwerdefÄ¼hrer unter einem lumbospondylogenen Schmerzsyndrom sowie Residuen eines lumboradikulÄ¼ren sensomotorischen Ausfallsyndroms L5 links nach sequestrierter Diskushernie L4/5 mit Wurzelkompression L5 linksbetont 11/2005 bei Foraminotomie L4/5 mit Sequesterentfernung 12/05, Reoperation 11/2006 mit Fensterung L4/5 inkl. Rezessotomie und Dekompression L5 links und Froaminotomie L4 lateral mit

Dekompression L4 links bei Diskushernienrezidiv und mit anhaltender leichtgradiger L5-Läsion links, elektromyographisch bestärkt (12.01.08), bei postoperativen Veränderungen L4/5 links mit kleinem Diskusherniensequester L4/5 links nach kranial ragend mit Beeinträchtigung der Wurzel L4 links (MRI LWS 12.11.07), bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform mit muskulärer Dysbalance und lumbaler Haltungsinsuffizienz sowie Status nach Rückenkontusion 1986 und intermittierenden belastungsabhängigen LWS-Schmerzen, einem thorako- und zervikospondylogenen Syndrom nach Arbeitsunfall (Sturz von Gerüst) am 4.7.2005 mit BWS- und HWS-Kontusion rechts bei vorbestehender Spondylarthrose C3/4 und muskulärer Dysbalance und Triggerpunkten im Musculus Trapezius links, residuellen anhaltenden Fibulaschmerzen und OSG-Schmerzen rechts nach Sturz mit Fibula- und OSG-Kontusion rechts am 4.7.2005 sowie Spannungskopfschmerzen. Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz des Rückens und des linken Beines im Zusammenhang mit einer verminderten muskulären Stabilisationsfähigkeit der Lendenwirbelsäule. Zudem seien Zeichen einer verminderten Armkraft beobachtet worden. Der Beschwerdeführer sei dadurch beim Hantieren von Gewichten und bei Tätigkeiten, die Stehen und Fortbewegung beinhalten, eingeschränkt. Bei den Tests habe er eine mässige Leistungsbereitschaft gezeigt (Selbstlimitierung bei Arbeit über Kopf und bei Handkraft). Zudem habe er bei einigen Tests zum Weitermachen aufgefordert werden müssen. Es seien fünf Inkonsistenzpunkte beobachtet werden. Im Hinblick auf die berufliche Wiedereingliederung seien die tiefe funktionelle Belastbarkeit und die lange Arbeitsabstinenz wesentliche Hemmfaktoren. In der bisherigen Tätigkeit als Maurer liege die Arbeitsfähigkeit bei 0 %. In einer leichten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer arbeitsfähig, wobei es Belastbarkeitsgrenzen gebe beim Stehen vorgeneigt, beim Knien, beim längeren Gehen und manchmal beim Treppen/Leitern steigen. Es sei deshalb fraglich, ob der Beschwerdeführer in der Tätigkeit als Kranführer voll einsetzbar wäre. Die Basistests würden aufgrund der reduzierten Testauswahl und der fehlenden Belastungsdauer keine Beurteilung des zeitlichen Umfangs erlauben.

2.6 Laut dem Bericht des Psychiaters G. ___ vom 9. März 2009 (Urk. 3/11) leidet der Beschwerdeführer unter einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, insbesondere Depression, Anspannung, Aggression und Suizidalität (ICD-10: F43.23). Seit dem Unfall vom 4. Juli 2005 bestehe unter anderem ein chronisches Schmerzsyndrom. Schmerzlokalisierung und -qualität würden dabei umschrieben und differenziert angegeben. Das Schmerzsyndrom sei in seiner Lokalisation konstant und zeige keine Ausbreitungstendenz auf andere Körperteile. Die Schonhaltung des Beschwerdeführers beim Sitzen sei immer die gleiche. Offensichtliche Zeichen einer Aggravation seien nicht eruierbar. Aus diesen Gründen könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht gestellt werden. Aufgrund einer gewissen Diskrepanz zwischen dem Ausmass der geklagten Beschwerden und den somatischen Befunden könne eine psychische Überlagerung im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung angenommen werden. Diese stehe im Zusammenhang mit der Anpassungs- bzw. depressiven Störung des Beschwerdeführers. Hinter der relativ freundlichen und ruhigen Fassade zeige sich ein psychisch gebrochener, narzisstisch gekränkter Mann, welcher an erheblichen Symptomen einer Depression bis hin zu ernst zu nehmender Suizidalität leide.

2.7. Gemäss der Stellungnahme von Dr. med. H.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin vom 1. Oktober 2008 (Urk. 11/54/6) ist das C.____-Gutachten umfassend, geht auf die Beschwerden und die Vorakten ein, beruht auf eingehender Anamnese und Untersuchung und kommt zu nachvollziehbaren Schlussfolgerungen. Übereinstimmend mit dem Gutachten sei demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig ist, während in einer körperlich leichten bis mittelschweren Arbeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Hauptgrund für die Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seien die Rückenproblematik und das Ausfallsyndrom L5 links.

Am 28. April 2009 (Urk. 11/77/4) führte Dr. H.____ aus, aufgrund der nach der MEDAS-Begutachtung ergangenen Arztberichte gelange er zu keinem anderen Ergebnis. Es habe sich nur insofern eine Änderung ergeben, als der Beschwerdeführer vom 22. Dezember 2008 bis zum 8. März 2009 wegen der Knieoperation links zu 100 % arbeitsunfähig gewesen sei. Ab dem 9. März 2009 sei aber wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit zumutbar.

E. 2.2

2.2.1. Die Ärzte der B.____ diagnostizierten in ihrem Arztbericht vom 10. November 2006 (Urk. 11/18) eine Lumboischialgie links bei Verdacht auf Rezidiv-Diskushernie L4/5 links, Differentialdiagnose: postoperatives Narbengewebe bei Status nach lateraler Foraminotomie L4/5 und Entfernung der subligamentären und freien Sequester am 22. Dezember 2005 sowie Status nach Sturz aus 6 Metern Höhe im Juli 2005 ohne Frakturen. Der Beschwerdeführer sei früher Maurer gewesen und arbeite seit dem 14. November 2005 wegen Rückenbeschwerden nicht mehr. Es sei davon auszugehen, dass es als Maurer nicht mehr zu einer 100%igen Arbeitsaufnahme kommen werde. Bezüglich einer angepassten Tätigkeit mit hauptsächlich abwechselnd Sitzen, Stehen und Gehen, ohne Tragen von schweren Lasten, keinem repetitiven Bücken oder Treppensteigen bestehe längerfristig voraussichtlich keine Einschränkung.

2.2.2. Im Bericht vom 9. März 2009 (Urk. 11/73/6) diagnostizierten die Ärzte der B.____ einen Status nach Kniearthroskopie rechts, Resektion und Biopsie Ganglion lateraler Meniskus am 22. Dezember 2008 bei grossem lateralem meniskalem Ganglion Knie rechts, unklare Lumbalgien bei Status nach interlaminärer Fensterung L4/5 links mit Rezessotomie und Dekompression der Nervenwurzel L5 links und Revisionsforaminotomie L4 lateral mit Dekompression der Nervenwurzel L4 links am 27. November 2006 sowie einen Status nach lateraler Foraminotomie L4/5 wegen Diskushernie am 22. Dezember 2005. In seinem Beruf als Maurer sei der Beschwerdeführer weiterhin vorwiegend aufgrund seiner Wirbelsäulenproblematik zu 100 % arbeitsunfähig. Eine Abklärung bei der SUVA laufe weiterhin. Nach der Knieoperation rechts zeige sich ein guter Verlauf. Bezüglich des rechten Knies sei der Beschwerdeführer voll arbeitsfähig.

2.3. Die Ärzte des C.____ stellten in ihrem Gutachten vom 19. September 2008 folgende Diagnosen (Urk. 11/52/16):

1 Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulären Schmerzausstrahlungen in das linke Bein mit residuellen motorischem Ausfallsyndrom L5 links sowie Status nach Diskushernienoperation LWK 4/5 am 12/05

sowie 11/06. (ICD-10: M54.5)

2. Chronisches zervikothorakales Schmerzsyndrom (ICD-10: R07.4)

3. Status nach Arbeitsunfall mit Sturz von einem Gerüst aus 6 m Höhe mit multiplen Kontusionen (ICD-10: T00.9)

E. 3

3.1 Das C.____-Gutachten vom 19. September 2008 (Urk. 11/52/1-19) beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet. Die Ärzte des C.____ setzten sich auch mit den Vorakten ausführlich auseinander. Dabei standen ihnen sämtliche medizinischen Unterlagen der Beschwerdegegnerin zur Verfügung. Diese hat auch die Akten der SUVA beigezogen. Wie der Beschwerdeführer zutreffend einwenden lässt (Urk. 28 S. 3), befanden sich im Zeitpunkt der MEDAS-Begutachtung bei den Akten der SUVA noch ein paar neuere Arztberichte, welche bei der SUVA nach dem letzten Aktenbeizug der Beschwerdegegnerin eingingen. Alleine der Umstand, dass diese den Ärzten des C.____ nicht vorlagen und sie infolgedessen dazu auch keine Stellung nehmen konnten, lässt das Gutachten aber noch nicht als ungenügend erscheinen, da die Frage im Vordergrund steht, ob die eigene Beurteilung der begutachtenden Ärzte nachvollziehbar und begründet erscheint, was unter anderem dann nicht gegeben ist, wenn überhaupt keine Auseinandersetzung mit den bisherigen medizinischen Akten erfolgt. Dies ist jedoch beim C.____-Gutachten nicht der Fall, womit es den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 362 Erw. 3a) gerecht wird. Ihm ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, falls keine konkreten Indizien - worunter gerade auch allenfalls vom Gutachten abweichende fachliche Beurteilungen fallen - gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb).

3.2 Zu den Berichten der behandelnden Ärzte ist grundsätzlich festzuhalten, dass bei deren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Dr. D.____ kritisiert zwar die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch das C.____, er stellt dieser aber keine eigene begründete Beurteilung gegenüber. Der Bericht des Psychiaters G.____ vom 9. März 2009 (Urk. 3/11) enthält keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Ausserdem diagnostiziert er eine Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen, insbesondere Depression, Anspannung, Aggression und Suizidalität (ICD-10: F43.23). Dies ist mithin eine Diagnose welche nicht geeignet ist, eine andauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen, beginnt eine Anpassungsstörung doch im Allgemeinen innerhalb einen Monats nach dem belastenden Ereignis, wobei die Symptome nicht länger als sechs Monate andauern, es sei denn, es liege eine - von G.____ nicht diagnostizierte - längere depressive Reaktion (ICD10: F43.21) vor (vgl. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V). Es konnte somit auch vom Psychiater G.____ beim Beschwerdeführer keine psychische Erkrankung diagnostiziert werden, welche es ihm als unzumutbar erscheinen

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 bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 5-2008 S. 86 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).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

4.3 Ä Ä Ä Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Männer betrug im Jahre 2006 im privaten Sektor Fr. 4'732.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2006, Tabelle TA 1, S. 25), was unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche ein hypothetisches Einkommen von Fr. 4'933.10 bzw. Fr. 59'197.30 (mal 12) ergibt. Dem Umstand, dass der Beschwerdeführer im Gegensatz zu früher keine schweren Arbeiten mehr verrichten kann, den generell vorhandenen körperlichen Einschränkungen, dem fortgeschrittenen Alter, der geringen schulischen Bildung und den minimalen Deutschkenntnissen ist mit einem Abzug von 15 % Rechnung zu tragen, womit das Invalideneinkommen Fr. 50'317.70 beträgt. Verglichen mit dem hypothetischen Valideneinkommen von Fr. 78'568.40 resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 28'250.70 bzw. rund 36 %.

E. 5

Ä Ä Ä Ä Ä Im Ergebnis hat die Beschwerdegegnerin damit den Rentenanspruch des Beschwerdeführers zu Recht verneint, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

6. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt. Die Gerichtskosten sind auf Fr. 800.-- festzusetzen und dem 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 Dominique Chopard unter Beilage des Doppels von Urk. 32
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.