

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00979 vom 30. November 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-11-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00979](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00979)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00979 du 30 novembre 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00979 del 30 novembre 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Der 1960 geborene X. war in seiner Heimat ' ' nach abgeschlossener Schul- und Berufsausbildung (Hochbauzeichner) sowie absolviertem Militärdienst im Strassenbau, als Sanitär-, Heizungs- und Lüftungsmonteur sowie als selbständiger Frächtige- und Gemäsehändler tätig, bevor er Anfang der 1990er-Jahre in die Schweiz emigrierte, wo er inzwischen über die Niederlassungsbewilligung C verfügt. Hierzulande arbeitete er in verschiedenen Branchen, zuletzt ab August 2001 als Monteur bei der im Heizungs-, Lüftungs- und Klimabereich tätigen Firma Y. AG (vgl. Urk. 8/5-8 und 8/13).

1.2 Am 1. Juli 2002 zog sich X. bei einem Sturz eine Kopfverletzung zu (Fraktur der Stirnhöhlenvorderwand rechts), welche eine bis 4. August 2002 dauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich zog (Urk. 8/10, 8/12/2-8 und 8/52/61-62).

Ab 20. Januar 2004 wurde X. von seinem Hausarzt (Dr. med. Z., Facharzt für Allgemeinmedizin) wegen eines generalisierten Schmerzsyndroms (teils unklarer Genese), chronischer Spannungskopfschmerzen und eines chronischen Zervikalsyndroms sowie einer mittelschweren bis schweren depressiven Entwicklung zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 8/14; vgl. Urk. 8/13). Es erfolgten ausgedehnte Abklärungen und Behandlungen im Spital A., Medizinische Poliklinik (Departement für Innere Medizin; Urk. 8/52/43-46, 8/52/50-52, 8/52/55-56 und 8/52/86-94), Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (Urk. 8/16, 8/52/48-49, 8/52/53-54 und 8/52/95-96), Neurologische Klinik und Poliklinik (Urk. 8/52/57-58 und 8/52/102-103) sowie Institut für diagnostische Radiologie (Urk. 8/52/47). Ausserdem wurde eine funktionsorientierte medizinische Abklärung (FOMA) zuhanden der zuständigen Berufsvorsorgeeinrichtung (Personalfürsorgestiftung der Firma Y. AG) beziehungsweise deren Rückversicherer (der B.) beim Zentrum C. durchgeführt, einschliesslich Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) sowie konsiliarischer Evaluation des psychischen Funktionspotenzials (Urk. 8/32). Darüber hinaus fanden wiederholte Untersuchungen in der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals A. statt (Urk. 8/15, 8/17/3-5, 8/52/37-42 und 8/52/85). Überdies kam es zu einer vertrauensärztlichen Beurteilung zuhanden des involvierten Krankentaggeldversicherers (der D.); Urk. 8/33). Nach zwei gescheiterten Arbeitsversuchen wurde X. von der Y. AG mit Auslaufen der arbeitsrechtlichen Sperrfrist entlassen (Urk. 8/19). In der Folge fanden verschiedene weitere medizinische Untersuchungs- und Rehabilitationsmassnahmen statt, so eine tagesklinische Behandlung im Zentrum E. (Urk. 8/52/23-26; vgl. Urk. 8/52/27-28 und 8/52/82-84), ambulante Behandlungen in der Medizinischen Poliklinik des Spitals A. (Departement für Innere

Medizin; Urk. 8/52/30-31, 8/52/63-65 und 8/52/104-105), ein stationärer Aufenthalt in der Klinik F.\_\_\_\_ (Urk. 8/52/70-75; vgl. Urk. 8/52/106-115) und Konsilien in der Klinik G.\_\_\_\_ (Urk. 8/52/66-69 und 8/52/76-81).

1.3.4.4. Im November 2004 meldete sich X.\_\_\_\_ bei der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich (SVA), IV-Stelle, zum Leistungsbezug an (Urk. 8/4; vgl. Urk. 8/1-2).

Die Verwaltung zog daraufhin den IK-Auszug vom 13. Dezember 2004 (Urk. 8/8) sowie die Akten der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA; Urk. 8/10-12) bei. Daneben holte sie den Hausarztbericht von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2004 (Urk. 8/14) und den Arbeitgeberbericht der Y.\_\_\_\_ AG vom 17. Januar 2004 (richtig: 17. Januar 2005; Urk. 8/13) ein. Alsdann liess sie sich vom Spital A.\_\_\_\_ Bericht erstatten (Berichte der Psychiatrischen Poliklinik vom 26./27. Januar 2005 [Urk. 8/15] und 27. Mai 2005 [Urk. 8/17/3-4] sowie der Rheumaklinik und des Instituts für Physikalische Medizin vom 3. März 2005 [Urk. 8/16/3-4]) und veranlasste ferner eine psychiatrische Begutachtung (Mitteilung vom 7. Oktober 2005 [Urk. 8/18]). Gestützt auf die Expertise von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und lic. phil. I.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, Psychiatrisch-Psychologische Praxisgemeinschaft, vom 13. Dezember 2005 (Urk. 8/20/1-8; vgl. Urk. 8/20/9-10) verneinte sie schliesslich mit Verfügung vom 3. Januar 2006 (Urk. 8/23) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und lehnte mit Verfügung vom 13. Februar 2006 (Urk. 8/26) einen Rentenanspruch ebenfalls ab (s. Protokoll der Berufsberatung vom 3. Februar 2006 [Urk. 8/24] und Feststellungsblatt vom 13. Februar 2006 [Urk. 8/25]).

Die vom Versicherten - vertreten durch Rechtsanwalt Hanspeter Zraggen (Urk. 8/29) - gegen den abschlägigen Rentenbescheid am 15. März 2006 erhobene (Urk. 8/31) und am 4. April 2006 ergänzte (Urk. 8/34) Einsprache wurde von der Verwaltung mit Entscheid vom 18. Juli 2006 (Urk. 8/39) abgewiesen (s. Feststellungsblatt vom 18. Juli 2006 [Urk. 8/37]). Die dagegen am 14. September 2006 erhobene Beschwerde (Urk. 8/40/1-5) wurde mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 25. August 2008 (Proz.-Nr. '\_\_\_\_'; Urk. 8/44) in dem Sinne gutgeheissen, dass der angefochtene Einspracheentscheid vom 18. Juli 2006 aufgehoben und die Sache an die Verwaltung zurückgewiesen wurde, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Versicherten neu verfähre.

1.4.4.4. In der Folge bot die Verwaltung den Versicherten zu einer interdisziplinären MEDAS-Abklärung in der Institution J.\_\_\_\_ auf (Mitteilung vom 12. März 2009 [Urk. 8/48]). Gestützt auf das von den J.\_\_\_\_-Verantwortlichen am 20. Oktober 2009 erstattete Gutachten (Urk. 8/52/2-22; samt Vermittlungsschreiben vom 3. November 2009 [Urk. 8/52/1] und Beilagen [Urk. 8/52/23-115]) wurde dem Versicherten mit Vorbescheid und Begleitschreiben vom 30. Dezember 2009 (Urk. 8/57-58) wiederum die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt (s. Stellungnahme der Berufsberatung vom 16. November 2009 [Urk. 8/55] und Feststellungsblatt vom 30. Dezember 2009 [Urk. 8/56]). Nach Kenntnisnahme der vom Versicherten - nunmehr vertreten durch Rechtsanwältin Alexandra Zürcher (Urk. 8/60) - dagegen am 25. Januar 2010 erhobenen (Urk. 8/59) und am 27. Februar 2010 ergänzten (Urk. 8/64) Einwände wurde am 14. September 2010 die angeklagte Rentenabweisung verhängt (rentenausschliessender Invaliditätsgrad: 27 %; Urk. 8/68 = 2; s. Feststellungsblatt vom 14. September 2010 [Urk. 8/67]).

## E. 2

2.1. Hiergegen liess der - weiterhin durch Rechtsanwältin Zärcher vertretene (Urk. 4) - Versicherte beim hiesigen Gericht mit Eingabe vom 15. Oktober 2010 (Urk. 1; samt Beilage [Urk. 3]) Beschwerde erheben, mit dem Rechtsbegehren um kosten- und entschädigungspflichtige Aufhebung des angefochtenen Entscheids und Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks Vornahme rechtsgenügender medizinischer Abklärungen (insbes. einer unabhängigen psychiatrischen Begutachtung) und anschliessenden Neuverfugung (S. 2).

2.2. Die Verwaltung schloss mit Beschwerdeantwort vom 29. November 2010 (Urk. 7; samt Aktenbeilage [Urk. 8/1-70]) auf Abweisung der Beschwerde (S. 1).

Mit Zuschrift vom 29. November 2010 (Urk. 9) liess der Beschwerdeführer einen - eingangs in Aussicht gestellten (Urk. 1 S. 9 Ziff. II/B.17) - Verlaufsbericht von Dr. med. K., Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 22. November 2010 (Urk. 10) nachreichen, wozu die Beschwerdegegnerin am 14. Dezember 2010 Stellung nahm (Urk. 13).

### E. 3

3.1. Im Urteil vom 25. August 2008 (Urk. 8/44) war in Würdigung der Expertise von Dr. H. und lic. phil. I. vom 13. Dezember 2005 (Urk. 8/20) im Lichte der damals vorgelegenen weiteren medizinischen Akten (C.-Gutachten vom 13. Dezember 2004 über eine FOMA-Abklärung, samt EFL und psychiatrischer Evaluation des psychischen Funktionspotentials [zuhanden der B. erstattet; Urk. 8/32], Beurteilungen von Dr. Z. vom 22. Dezember 2004 [Urk. 8/14] sowie des Spitals A. vom 26./27. Januar 2005 [Psychiatrische Poliklinik; Urk. 8/15], 3. März 2005 [Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin; Urk. 8/16/3-4] und 27. Mai 2005 [Psychiatrische Poliklinik; Urk. 8/17/3-4], vertrauensärztliche internistisch-rheumatologische Beurteilung von Dr. O., vom 13. Juli 2005 [von der D. eingeholt; Urk. 8/33] sowie Stellungnahmen von RAD-Arzt Dr. med. P. vom 27. Mai 2005 [Urk. 8/25/3], 4. und 27. Oktober 2005 [Urk. 8/25/4], 4. Januar 2006 [Urk. 8/25/5] bzw. 26. Juni 2006 [Urk. 8/37/2]) erwogen worden, es sei in medizinischer Hinsicht eine gründliche polydisziplinäre Abklärung des Gesundheitszustands sowie des (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögens unter Beteiligung von Sachverständigen aller relevanten medizinischen Fachrichtungen notwendig, bevor sich die finanziellen Auswirkungen und damit der Rentenanspruch beurteilen liessen; gegebenenfalls seien nach Vorliegen des medizinischen Abklärungsergebnisses in Anbetracht der zu gewärtigenden Differenzen bezüglich der Höhe des anrechenbaren Valideneinkommens (Beschwerdeführer: Fr. 82'000.--; Beschwerdegegnerin: Fr. 76'445.--) sowie im Hinblick auf etwaige Einsatzmöglichkeiten des über eine relativ vielseitige Ausbildung und eine breite berufliche Erfahrung verfügenden Beschwerdeführers ergänzende beruflich-erwerbliche Abklärungen zu treffen.

3.2. In dem von der Beschwerdegegnerin in Nachachtung des besagten Rückweisungsentscheids eingeholten - und von IV-Arzt Dr. P. als taugliche Grundlage für die Anspruchsprüfung eingestuft (Stellungnahme vom 6. November 2009 [Urk. 8/56/2]) - J.-Gutachten vom 20. Oktober 2009 (Urk. 8/52/2-22) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/52/19 Ziff. 5.1):

1. Chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien beidseits (ICD-10 M53.1)

- Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur
- radiologisch Osteochondrose C5/6
- klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
- kernspintomographisch kein Nachweis einer Diskushernie oder Raumforderung (MRI 10/08)
- 2. Periarthropathia humeroscapularis beidseits rechtsbetont (ICD-10 M75.0)
  - klinisch Impingementsymptomatik
  - radiologisch osteophytäre Ausziehungen im kaudalen Glenoidpol rechts und am kaudalen Pol humoral links
  - klinisch kein Hinweis auf Rotatorenmanschettenläsion
  - sonographisch intakte Rotatorenmanschette (Sonographie 10/08)
  - kernspintomographisch Omarthrose (MRI 01/05)
- 3. Epicondylitis humero-radialis beidseits rechtsbetont (ICD-10 M77.1)

Als dann wurden die folgenden Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit genannt (Urk. 8/52/19 f. Ziff. 5.2):

1. Belastungsabhängige Gonalgien beidseits bei medialer Gonarthrose 1. Grades (ICD-10 M17.9)
2. Generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.2)
  - klinisch, labortechnisch und skelettszintigraphisch kein Hinweis für entzündliches rheumatisches Geschehen
3. Narzisstische und impulskontrollgestörte Wesenszüge ohne Vorliegen einer krankhaften Persönlichkeitsstörung
4. Anamnestisch depressive Episode
5. fortgesetzter Nikotinkonsum, schädlicher Gebrauch (ICD-10 F17.1)

In der Gesamtbeurteilung wurde ausgeführt, der seit dem 20. Januar 2004 bis auf einen kurzen Arbeitsversuch von einigen Tagen im Juli 2004 durchgehend zu 100 % arbeitsunfähig geschriebene, mit seiner zu 80 % als Krankenschwester erwerbstätigen Ehefrau zusammenlebende Beschwerdeführer traue sich aufgrund seiner Beschwerden keinerlei Erwerbstätigkeit mehr zu (Urk. 8/52/20 Ziff. 6.1). Bei den Untersuchungen habe er über Schmerzen am ganzen Körper mit besonderer Betonung im Bereich beider Schultern, Ellbogen und Kniegelenke geklagt. An objektiven medizinischen Befunden beständen degenerative Veränderungen im Zervikalbereich und im Bereich beider Schultergelenke sowie eine Epicondylitis humero-radialis beidseits, womit nicht das gesamte Ausmass der geklagten Beschwerden erklärt werden könne. Die bereits früher festgestellte 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Heizungsmonteur könne aus polydisziplinärer Sicht bestätigt werden, wohingegen für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Arbeiten über Kopf und ohne Armvorhaltstellung unter Belastung aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe kein pathologischer Befund erhoben werden können;

bei fehlenden psychopathologischen Funktionseinschränkungen ergebe sich auf psychiatrischem Fachgebiet keine Einschränkung der Arbeits- oder Leistungsfähigkeit. Auf allgemeinmedizinisch-internistischem Fachgebiet könnten keine weiteren Diagnosen mit Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt werden (Urk. 8/52/20 Ziff. 6.2).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der eigenen Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten, sei davon auszugehen, dass die Arbeits(un-)fähigkeit im dargelegten Ausmass seit dem 20. Januar 2004 bestehe; seither könnten intermittierend depressive Zustände vorgelegen haben, wobei eine längerdauernde und höhergradige Einschränkung im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung indessen nicht bestätigt werden könne (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.3).

Dass sich der Beschwerdeführer subjektiv wegen seiner Beschwerden nicht arbeitsfähig fühle, decke sich nicht mit der objektiven Einschätzung, wonach ihm eine leichte, behinderungsangepasste Tätigkeit vollschichtig zumutbar wäre. Ein psychisches Leiden bestehe nicht. Insgesamt sei es dem Beschwerdeführer aus medizinischer Sicht zumutbar, die notwendige Willensanstrengung aufzubringen, um trotz der subjektiven Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.4).

Aus rheumatologischer Sicht seien die im A. \_\_\_-Bericht vom 3. März 2005 gestellten Diagnosen zum damaligen Zeitpunkt korrekt gewesen und würden sich weitestgehend mit den eigenen decken; das Gleiche gelte für die damals attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Heizungsmonteur, wobei allerdings zur Arbeitsfähigkeit in anderen Tätigkeiten keine Stellung genommen worden sei. Die im C. \_\_\_-Bericht vom 13. Dezember 2004 gestellten rheumatologischen Diagnosen und die damals aus rheumatologischer Sicht attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit hinsichtlich körperlich leichter Tätigkeiten seien ebenfalls deckungsgleich mit den eigenen Diagnosen und Einschätzungen; für die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur seien seinerzeit erhebliche Limiten betreffend Überkopfarbeiten festgestellt worden, was ebenfalls mit der eigenen Einschätzung übereinstimme. Die im Bericht von Dr. O. \_\_\_ vom 13. Juli 2005 gestellten Diagnosen deckten sich ebenso mit den eigenen, wie die von ihm attestierte 100%ige bleibende Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur. Auch die in den Berichten der Klinik G. \_\_\_ vom 30. September, 9. Oktober und 11. November 2008 gestellten Diagnosen stimmten mit den eigenen überein, wobei allerdings keine Stellungnahme zur Arbeits(un-)fähigkeit abgegeben worden sei. Die im Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_ vom 15. Januar 2009 gestellten rheumatologischen Diagnosen seien ebenfalls deckungsgleich mit den eigenen; die von der fraglichen Klinik attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis Januar 2009 decke sich aber nur insoweit mit dem eigenen Attest, als dies die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur betreffe, während sich die fragliche Einschätzung betreffend einer leichten, behinderungsangepassten Tätigkeit als deutlich zu hoch erweisen würde, wobei sich anhand der Akten nicht differenzieren lasse, inwieweit die dort ebenfalls gestellte Diagnose einer depressiven Stimmung, gegenwärtig schwere depressive Episode, in die Beurteilung eingeflossen sei (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.5 in Verbindung mit Urk. 8/52/18 f. Ziff. 4.2.6).

Was die früheren psychiatrischen Einschätzungen angeht, sei im A. \_\_\_-Bericht vom 26. Januar 2005 eine mittelschwere bis schwere depressive Episode diagnostiziert und eine reaktive Auslösung durch zunehmend schwierigere psychosoziale Umstände diskutiert worden, was zur Einleitung einer antidepressiven Medikation geführt habe. Im A. \_\_\_-Bericht vom 27. Januar 2005 sei die Ursache der Arbeitsunfähigkeit dann teilweise mit dem Schmerzsyndrom erklärt worden, wobei eine

zur Reduktion der Belastungsfähigkeit während Ungeduld, Reizbarkeit und Nervosität beschrieben und ein Arbeitsversuch nach einem Rehabilitationsaufenthalt empfohlen worden sei. Eine mittelgradige depressive Episode sei "heute" (4 Jahre später) mangels entsprechender Kriterien nicht objektivierbar, wobei die vorhandene Reizbarkeit, Nervosität und Aggressionsbereitschaft persönlichkeitsbedingt seien; insofern, als sich eine affektive Erkrankung nicht darstellen lasse, bestehe mithin eine gegenüber derjenigen des Spitals A. \_\_\_ divergente sozialmedizinische Einschätzung, wobei sich der damalige Befund aber womöglich etwas anders dargestellt habe. Mit der Beurteilung von Dr. H. \_\_\_ und lic. phil. I. \_\_\_, welche sich im Gutachten vom 13. Dezember 2005 auf keine psychiatrischen Diagnosen festlegen können und eine möglicherweise bestehende somatoforme Schmerzstörung oder Anpassungsstörung in Betracht gezogen sowie keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen hätten, bestehe eine sozialmedizinische Übereinstimmung, wobei nun zusätzliche, nicht invalidisierende Persönlichkeitsmerkmale festgestellt worden seien. Dr. L. \_\_\_ habe in seiner versicherungspsychiatrischen Evaluation vom 13. November 2004 eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt und dafür ursächlich mittelschwere bis schwere unspezifische depressive Funktionseinbußen auf dem Boden einer hinsichtlich Schweregrad ausgeprägten bis erheblichen primären Stressreaktion mit reaktiv depressiver Somatisierung diagnostiziert, wobei entsprechende Einschränkungen "heute" (knapp 5 Jahre später) nicht objektivierbar seien; mangels nachvollziehbarer Gründe für die damals postulierte Einschränkung ergebe sich eine deutlich differente sozialmedizinische Beurteilung. Im Austrittsbericht der Klinik F. \_\_\_ vom 15. Januar 2009 sei erneut die Diagnose einer depressiven Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode, aufgeführt worden, welche Krankheitszuordnung aus gutachterlicher Sicht nicht nachvollziehbar sei, wobei unter anderem die "jetzige (fehlende)" Behandlung und der psychische Befund gegen eine schwere affektive Erkrankung sprechen würden. Die Diagnose depressive Störung sei ebenfalls in den Berichten der Klinik G. \_\_\_ vom 30. September, 9. Oktober und 11. November 2008 erwähnt worden, doch sei die Diagnosestellung dort wesentlich unspezifischer erfolgt, wobei eine geäußerte Störung der Befindlichkeit nicht mit einer krankheitswertigen Depression gleichgesetzt werden könne; insoweit sei die damalige Diagnosestellung bei differenzierter Betrachtung nicht validiert. Im Befundbericht der Dres. M. \_\_\_ und N. \_\_\_ vom 24. November 2006 würden eine mittelgradige depressive Episode sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert, welche Krankheitszuordnung vorwiegend auf subjektiven Angaben des Beschwerdeführers beruhe, ohne dass sich im erhobenen psychischen Befund wesentliche Auffälligkeiten gezeigt hätten; vorgeschlagen worden sei eine weiterführende Behandlung (8-wöchige Rehabilitationsbehandlung) im Zentrum E. \_\_\_, wo die Dres. M. \_\_\_ und N. \_\_\_ tätig seien. Der psychosomatische A. \_\_\_-Konsiliarbericht vom 23. September 2004 habe auf eine vermutliche Somatisierungsstörung gelaftet, ohne dass eine Depression erwähnt worden sei; das Fehlen einer Depressionsdiagnose lasse darauf schließen, dass zum Konsiliarzeitpunkt - wie auch "jetzt" - keine besonderen Hinweise für eine echte affektive Erkrankung vorgelegen hätten, wobei die psychodynamischen Kriterien einer Somatisierungsstörung aufgrund des weiteren Verlaufs nicht erfüllt seien (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.5 in Verbindung mit Urk. 8/52/18 f. Ziff. 4.1.7). Aus rheumatologischer Sicht wäre ein Trainingsprogramm zur Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur sowie der Humeruskopfdepressoren sowie zur Dehnung und Detonisierung der verkürzten Muskelgruppen sinnvoll, während aus

psychiatrischer Sicht keine medizinischen Massnahmen empfohlen werden könnten; aus allgemeinmedizinischer Sicht wäre das Einstellen des chronischen Nikotinkonsums zu empfehlen (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.6). Berufliche Massnahmen könnten wegen der subjektiven Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers nicht empfohlen werden (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.7).

Zusammenfassend kamen die J.\_\_\_\_-Verantwortlichen zu folgendem Schluss (Urk. 8/52/21 Ziff. 6.8):

"Der 49-jährige Explorand ist für die angestammte Tätigkeit als Heizungsmonteur bleibend arbeitsunfähig. Für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten besteht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Medizinische Massnahmen können empfohlen werden. Berufliche Massnahmen können nicht empfohlen werden."

3.3.3.3 Das J.\_\_\_\_-Gutachten erging in Kenntnis aller dem sozialversicherungsgerichtlichen Rückweisungsentscheid vom 25. August 2008 (Urk. 8/44) zugrunde gelegenen medizinischen und anderweitigen Vorakten (Urk. 8/52/2 und 8/52/4 f. Ziff. 2.1.1) sowie auf der Grundlage darüber hinaus eigens beigezogener weiterer medizinischer Unterlagen (Urk. 8/52/2 und 8/52/6 f. Ziff. 2.1.2; vgl. Urk. 8/52/23-115). Des Weiteren erfolgte eine detaillierte Anamnese- und allgemeinmedizinische/internistische Statuserhebung, einschliesslich laborieller Abklärungen (durch Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin; Urk. 8/52/8 ff. Ziff. 3.2), und wurden spezialärztliche Untersuchungen auf den Gebieten der Psychiatrie (durch Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie; Urk. 8/52/10 ff. Ziff. 4.1) und Rheumatologie (durch Dr. Q.\_\_\_\_; Urk. 8/52/14 ff. Ziff. 4.2) durchgeführt.

Im Rahmen der rheumatologischen Exploration wurden nebst spezifischen anamnestischen (Urk. 8/52/14 f. Ziff. 4.2.1) und klinischen Erhebungen (Urk. 8/52/15 f. Ziff. 4.2.2.1) auch bildgebende Zusatzuntersuchungen getätigt (Urk. 8/52/17 Ziff. 4.2.2.3) und wurde ein neurologischer Status erhoben (Urk. 8/52/4.2.2). Inwiefern über die zu keinen weiteren Abklärungen Anlass gebende kursorische neurologische Befunderhebung durch die dazu befähigte Rheumatologin und Internistin hinaus eine Zusatzuntersuchung durch einen Facharzt oder eine Fachärztin der Neurologie hätte erfolgen sollen, ist nicht ersichtlich, zumal sich für ein weiter abklärungsbedürftiges neurologisches Leiden in den übrigen medizinischen Akten kein stichhaltiger Anhaltspunkt findet, was auch hinsichtlich der als spannungsbedingt qualifizierten Kopfwehproblematik gilt, da diesbezüglich weder im Zuge der Vorabklärungen und tagesklinischen Rehabilitation im Zentrum E.\_\_\_\_ (am 2. Oktober und 7. November 2006 bzw. von 8. Januar bis 2. März 2007; Bericht vom 24. November 2006 [Urk. 8/52/27-29 und 8/52/82-84] und Austrittsbericht vom 16. April 2007 [Urk. 8/52/23-26]) noch anlässlich der ambulanten Untersuchungen und Behandlungen im Spital A.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin (von 29. März bis 3. Juni 2004; Bericht vom 23. Juni 2004 [Urk. 8/52/53-54 und 8/52/95-96]) beziehungsweise Medizinische Poliklinik (Departement für Innere Medizin; von 20. Februar bis 28. April 2004, von 4. Juni bis 20. Juli 2004 und von 24. Januar bis 27. März 2007; Zusammenfassungen vom 5. Mai 2004 [Urk. 8/52/50-52 und 8/52/88-90], 17. September 2004 [Urk. 8/52/43-46 und 8/52/91-94] und 26. April 2007 [Urk. 8/52/30-31, 8/52/63-65 und 8/52/104-105]), ein diesbezüglicher Abklärungsbedarf geortet worden war und auch die Vorstellung in der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals A.\_\_\_\_ keine einschlägige Pathologie zutage gebracht

hatte (Sprechstundenbericht vom 7. September 2004 [Urk. 8/52/57-58 und 8/52/102-103]); den aktenkundigen Unterlagen der Klinik G.\_\_\_\_ (Konsiliarberichte vom 30. September 2008 [Urk. 8/52/76-77], 9. Oktober 2008 [Urk. 8/52/66-67 und 8/52/80-81], 11. November 2008 [Urk. 8/52/78-79] und 23. Februar 2009 [Urk. 8/52/68-69]) und der Klinik F.\_\_\_\_ (Kurzbericht vom 29. Dezember 2008 [Urk. 8/52/110] sowie Austrittsberichte vom 6. Januar 2009 [Urk. 8/52/70-72, 8/52/109 und 8/52/112-115] und 15. Januar 2009 [Urk. 8/52/73-75] betreffend eine von 18. Dezember 2008 bis 7. Januar 2009 dauernde Hospitalisation) ist ebenfalls nichts zu entnehmen, was auf einen derartigen Abklärungsbedarf hindeuten würde.

Die - unter Beizug eines Dolmetschers (Serbokroatisch) erfolgte (vgl. unter Urk. 8/52/12 Ziff. 4.1.2) - psychiatrische Exploration umfasste nebst einer eingehenden Erfassung der subjektiven Beschwerdeangaben (Urk. 8/52/10 f. Ziff. 4.1.1.2) zusätzliche Anamneseerhebungen (Urk. 8/52/11 f. Ziff. 4.1.1.3) sowie eine klinische Untersuchung (Urk. 8/52/12 Ziff. 4.1.2). Was den Umfang der psychiatrisch bedeutsamen Abklärungen angeht, ist grundsätzlich nicht die Dauer der Untersuchung massgebend, sofern der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen ist (Urteile des BGer 9C\_811/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.2.1 und 8C\_485/2010 vom 21. September 2010 E. 2.4.3). Für die Annahme, dass die für eine Beurteilung der psychischen Situation notwendigen Untersuchungshandlungen durch die mit der internistischen/allgemeinmedizinischen Fallführung befasste Dr. Q.\_\_\_\_ und insbesondere die psychiatrische Fachgutachterin Dr. R.\_\_\_\_ nicht sorgfältig vorgenommen worden oder der zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie unangemessen wären, liegen keine greifbaren Anhaltspunkte vor.

Das in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegebene sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende J.\_\_\_\_-Gutachten beruht insgesamt auf sachgerechten Untersuchungen und ist demnach als für die streitigen Belange umfassend zu qualifizieren. Auch hat eine Auseinandersetzung mit den einschlägigen Vorakten stattgefunden, in deren Rahmen vorhandene Diskrepanzen (wie auch Übereinstimmungen) zu den Beurteilungen und Einschätzungen der involvierten Voruntersucher aufgezeigt und die Beantwortung der Fragen erschwerende Unsicherheiten deutlich gemacht wurden. In der - im Rahmen einer Konsensbesprechung erarbeiteten (Urk. 8/52/20 Ziff. 6) - Gesamtbeurteilung der medizinischen Situation leuchtet das Gutachten in den wesentlichen Zügen ein, und es sind die bezüglich des Gesundheitszustands sowie des daraus folgenden zumutbaren (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögens gezogenen Schlüsse - namentlich auch den zeitlichen Verlauf betreffend - im Ganzen nachvollziehbar begründet. Damit erfüllt die Expertise grundsätzlich die von der Rechtsprechung an medizinische Berichte und Gutachten gestellten Anforderungen (BGE 134 V 231 E. 5.1 und 125 V 351 E. 3a).

In somatischer Hinsicht ist gestützt auf das J.\_\_\_\_-Gutachtensergebnis anerkanntermassen von einer seit Januar 2004 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers hinsichtlich der angestammten Tätigkeit auszugehen. Gleichermassen einleuchtend und plausibel ist darüber hinaus aber auch, dass unter Berücksichtigung des organisch objektivierbaren Beschwerdekorrrelats eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bezüglich hinderungsangepasster, körperlich leichter und wechselbelastender Tätigkeiten (ohne Überkopfarbeiten und ohne Arbeiten in Armvorhaltestellung unter gewichtsmässiger Belastung) besteht. Die C.\_\_\_\_-Fachleute hatten vormals die Verrichtung einer mittelschweren Ganztagestätigkeit (in Wechselposition und mit

folgenden gewichtsmässigen Restriktionen: Heben ab Boden bis zu Taillenhöhe bis 20 kg, Heben horizontal bis 22.5 kg und Heben von Taillen- bis Kopfhöhe bis 15 kg) als zumutbar erachtet (Bericht vom 13. Dezember 2004 [Urk. 8/32/1-16]), während seitens der Verantwortlichen des Spitals A.\_\_\_\_, Rheumaklinik und Institut für Physikalische Medizin, zwar eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die angestammte, als mittelschwer bis schwer charakterisierte Tätigkeit attestiert worden war, ohne aber irgendwelche Einschränkungen der Einsatzfähigkeit in einer leichten Tätigkeit vorzusehen (Bericht vom 3. März 2005 [Urk. 8/16]; vgl. Bericht vom 23. Juni 2004 [Urk. 8/52/53-54 und 8/52/95-96]). Den Meinungsäusserungen seitens der Verantwortlichen der Medizinischen Poliklinik des Spitals A.\_\_\_\_ (Departement für Innere Medizin) ist nichts zu entnehmen, was die J.\_\_\_\_-gutachterlich in somatischer Hinsicht postulierte volle (Rest-)Arbeits- und Leistungsfähigkeit hinsichtlich der umschriebenen leichten, wechselbelastenden Tätigkeiten nachhaltig ersichtern würde (Zusammenfassungen vom 5. Mai 2004 [Urk. 8/52/50-52 und 8/52/88-90], 17. September 2004 [Urk. 8/52/43-46 und 8/52/91-94] und 26. April 2007 [Urk. 8/52/30-31, 8/52/63-65 und 8/52/104-105]); das Gleiche gilt ebenfalls bezüglich der Verlautbarungen seitens der Neurologischen Klinik und Poliklinik des Spitals A.\_\_\_\_ (Sprechstundenbericht vom 7. September 2004 [Urk. 8/52/57-58 und 8/52/102-103]) wie im übrigen auch hinsichtlich derjenigen von Seiten des Zentrums E.\_\_\_\_ (Vorabklärungsbericht vom 24. November 2006 [Urk. 8/52/27-29 und 8/52/82-84] und Austrittsbericht vom 16. April 2007 [Urk. 8/52/23-26]), der Klinik G.\_\_\_\_ (Konsiliarberichte vom 30. September 2008 [Urk. 8/52/76-77], 9. Oktober 2008 [Urk. 8/52/66-67 und 8/52/80-81], 11. November 2008 [Urk. 8/52/78-79] und 23. Februar 2009 [Urk. 8/52/68-69]) und der Klinik F.\_\_\_\_ (Kurzbericht vom 29. Dezember 2008 [Urk. 8/52/110] sowie Austrittsberichte vom 6. Januar 2009 [Urk. 8/52/70-72, 8/52/109 und 8/52/112-115] und 15. Januar 2009 [Urk. 8/52/73-75]). Dass die dokumentierte - nikotinbedingte - Atemwegproblematik (Berichte von Dr. med. Langloh, Facharzt für Pneumologie, vom 27. Juni 2002 [Urk. 8/52/59-60] und 17. April 2008 [Urk. 8/52/32-35]) oder die weiteren aktenkundigen Anomalien im Bereich von Speiseröhrenschleimhaut, Magen und Leber sowie Blutdruck einen relevanten Niederschlag auf das zumutbare (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögen in einer physisch anspruchslosen Tätigkeit hätten, wird zu Recht nicht geltend gemacht.

In psychischer Hinsicht wurden im den Vorakten mittelschwere respektive mittelschwere bis schwere depressive Episoden (ICD-10 F32.1/F32.2) erwähnt (teilweise als entsprechende Entwicklung bzw. Verstimmung bezeichnet), denen verschiedengradige Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit zugeschrieben wurden; dies im Zusammenhang mit einer syndromalen Schmerzsymptomatik unklarer Genese beziehungsweise einer vermuteten Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0; Berichte von Dr. Z.\_\_\_\_ vom 22. Dezember 2004 [Urk. 8/14], der Psychiatrischen Poliklinik des Spitals A.\_\_\_\_ vom 26./27. Januar 2005 [Urk. 8/15 und 8/52/39-42] und 27. Mai 2005 [Urk. 8/17 und 8/52/37-38], der Dres. M.\_\_\_\_ und N.\_\_\_\_ vom Zentrum E.\_\_\_\_ vom 24. November 2006 [Urk. 8/52/27-29 und 8/52/82-84] und 16. April 2007 [Urk. 8/52/23-26] sowie der Klinik F.\_\_\_\_ vom 29. Dezember 2008 [Urk. 8/52/110], 6. Januar 2009 [Urk. 8/52/70-72, 8/52/109 und 8/52/112-115] und 15. Januar 2009 [Urk. 8/52/73-75]; vgl. auch psychosomatischer A.\_\_\_\_-Konsiliarbericht der Dres. med. S.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ vom 23. September 2004 [Urk. 8/52/55-56 und 8/52/86-87] sowie Zusammenfassungen der Medizinischen Poliklinik und des Departements für Innere Medizin des Spitals A.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2004 [Urk. 8/52/50-52 und 8/52/88-90], 17. September 2004 [Urk. 8/52/43-46 und 8/52/91-94] und 26.

April 2007 [Urk. 8/52/30-31, 8/52/63-65 und 8/52/104-105] und Konsiliarberichte der Klinik G. \_\_\_ vom 30. September 2008 [Urk. 8/52/76-77], 9. Oktober 2008 [Urk. 8/52/66-67 und 8/52/80-81], 11. November 2008 [Urk. 8/52/78-79] und 23. Februar 2009 [Urk. 8/52/68-69]). Bisweilen erfolgten im Ergebnis zwar in die gleiche Richtung weisende, im Äußerigen aber kaum nachvollziehbare Krankheitszuordnungen, so von Dr. L. \_\_\_, von dem "auf dem Boden einer objektivierbaren, arbeitsrelevanten, mittelschweren bis schweren ÄußerspezifischenÄußers depressiven (psychopathologischen, sozial-interaktionellen und kognitiv-intellektuellen) Alteration auf dem Boden einer hinsichtlich Schweregrad ausgeprägten bis erheblichen primären ÄußersStressreaktionÄußers mit reaktiv-depressiver Somatisierung" eine 70-80%ige Arbeits-/Erwerbsunfähigkeit attestiert worden war, und zwar mit dem einfachen Hinweis, dass der "Krankheitswert der Störung objektivierbar ausgewiesen" sei; differentialdiagnostisch wurde vom fraglichen Arzt zusätzlich und/oder wahlweise bei gesichertem Ausschluss "hauptsächlich organisch bedingter Krankheitsfaktoren" zusätzlich eine "anhaltend somatoforme (undifferenzierte) Schmerzverarbeitungsstörung" als gegeben erachtet, jedoch als Hauptdiagnose aufgrund der Vergesellschaftung mit einem depressiv-somatischen Syndrom verworfen und eine Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) erwähnt (Bericht vom 13. November 2004 [Urk. 8/32/17-23]). Auf diese, das Vorliegen bedeutsamer psychischer Störungen implizierenden Einschätzungen wurde im J. \_\_\_-Gutachten eingegangen, wobei die psychiatrische Fachgutachterin Dr. R. \_\_\_, die - wie schon die früheren Administrativgutachter Dr. H. \_\_\_ und lic. phil. I. \_\_\_, welche das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) als möglich, aber nicht zwingend erachtet, für den (nunmehr ausgeschlossenen) Fall eines rheumatologisch oder anderweitig körperlich vollständig erklärbaren Schmerzaufkommens eine Anpassungsstörung (ICD-10 F43.2) in Betracht gezogen und eine depressive Störung (bestenfalls im Sinne einer leichten Episode [ICD-10 F33.0]) als fraglich bezeichnet sowie eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit verneint hatten (Gutachten vom 13. Dezember 2005 [Urk. 8/20/1-8]) - keine arbeits- und leistungsrelevante Psychopathologie feststellen konnte, ihre diesbezügliche Ansicht hinreichend verständlich gemacht hat. Im Gegensatz zu den Vorgutachtern (Dr. H. \_\_\_ und lic. phil. I. \_\_\_) standen Dr. R. \_\_\_ dabei alle massgeblichen Unterlagen zur Verfügung und wurde bei der Institution J. \_\_\_ in interdisziplinärem Rahmen gleichzeitig auch den somatischen Aspekten nachgegangen. Nun hat die den Beschwerdeführer seit dem 20. September 2010 (Verfügungserlass: 14. September 2010) behandelnde Dr. K. \_\_\_ zwar - nach anfänglicher Erwähnung einer langjährigen depressiven Entwicklung im Zusammenhang mit körperlichen Einschränkungen (schwere depressive Episode ohne psychotische Symptomatik im Zusammenhang mit Polyarthralgie und Cephalaea als Folge eines cervicocephalen und cervicobrachialen Schmerzsyndroms und arterieller Hypertonie [ICD-10 F33.2/F54]; Bericht vom 21. September 2010 [Urk. 3]) - eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige bis schwere depressive Episode (ICD-10 F33.11), diagnostiziert und eine daraus folgende volle Arbeitsunfähigkeit hinsichtlich jeder erwerblichen Betätigung attestiert (mit dem Hinweis, dass eine Erholung der Arbeitsfähigkeit "offenbar nicht zu erwarten" sei, weil der Beschwerdeführer auf seine somatische Problematik [Schmerzen, Einschränkung der Beweglichkeit] stark fixiert sei und kaum davon abgelenkt werden könne; Bericht vom 22. November 2010 [Urk. 10]). Allerdings hat sich Dr. K. \_\_\_ weder zu dem ihr von der anwaltlichen Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zur Verfügung gestellten J. \_\_\_-Gutachten geäußert noch ihre Ansicht zum Vorliegen einer

von der Ätiologisch-pathogenetisch in weiten Teilen unerklärlichen Manifestation körperlicher Krankheiten sowie von Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten klar abgrenzbaren affektiven Störung näher begründet und auch die anamnestischen und befundmässigen Grundlagen für die postulierte besondere Ausprägung beziehungsweise das besonders weite Spektrum der Symptome nicht schlüssig dargetan, zumal angesichts der anderweitig dokumentierten psychosozialen und soziokulturellen Implikationen und der von Dr. K. \_\_\_ selbst geäusserten Zweifel an der vom Beschwerdeführer gezeigten Compliance; wenig einsichtig ist auch, warum vom Beschwerdeführer trotz des als verbesserungsfähig eingestuften Leidens willensmässig keinerlei Arbeitsleistung im Rahmen des körperlich Zumutbaren mehr zu erwarten sein soll. Mit Blick auf die prinzipielle Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (statt vieler: Urteil des BGer 9C\_957/2009 vom 9. Dezember 2009) führt die abweichende Meinung mit der versicherten Person therapeutisch befasster Ärzte und Ärztinnen nur dann zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie objektive Anhaltspunkte vortragen, die den Administrativexperten entgangen sind (Urteile des BGer 9C\_317/2010 vom 11. November 2010 E. 2.3.1, 9C\_480/2008 vom 27. Januar 2009 E. 4 mit Hinweis auf das Urteil des damaligen EVG I 676/05 vom 13. März 2006 E. 2.4 am Ende; Urteil des damaligen EVG U 58/06 vom 2. August 2006 E. 2.2 am Ende), was nach dem Gesagten nicht der Fall ist. Mithin sind die Berichte Dr. K. \_\_\_s entgegen der Beschwerdegegnerin zwar nicht gänzlich ausser Acht zu lassen, da sie von kurz nach dem angefochtenen Entscheid (14. September 2010) datieren (21. September bzw. 22. November 2010) und grundsätzlich Rückschlüsse auf die Zeit vor Verfügungserlass erlauben, doch vermögen sie inhaltlich am MEDAS-Abklärungsergebnis nichts zu ändern. Hinsichtlich der J. \_\_\_-gutachterlich als (unerhebliches) generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom und anderweitig als (erhebliche) Somatisierungsstörung (o.Ä.) qualifizierten, jedenfalls in wesentlichen Teilen unklaren syndromalen Schmerzsymptomatik fehlt es einerseits am stichhaltigen Nachweis einer psychischen Komorbidität von besonderer Schwere, Ausprägung und Dauer und andererseits am Vorliegen der erforderlichen Vielzahl und Dichte der die Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung begründenden Alternativkriterien.

Alles in allem darf demnach medizinisch-theoretisch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer 100%igen (Rest-)Arbeits- und Leistungsfähigkeit hinsichtlich einer behinderungsangepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ausgegangen werden, und zwar für den gesamten beurteilungsrelevanten Zeitraum (ab Januar 2005 bis zu dem Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildenden Verfügungszeitpunkt; BGE 131 V 242 E. 2.1 und 121 V 362 E. 1b).

3.4.4.4 Die grundsätzliche erwerbliche Verwertbarkeit des medizinisch-theoretischen (Rest-)Arbeits- und Leistungsvermögens wird vom Beschwerdeführer zu Recht nicht angezweifelt. Da der theoretische und abstrakte Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen umschliesst und andererseits einen Arbeitsmarkt bezeichnet, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält (und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes; BGE 110 V 276 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 134 V 64 E. 4.2.1 und 130 V 346 E. 3.2), sind an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten

denn auch praxisgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; vgl. Urteile des damaligen EVG I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000).

Da für die Bestimmung des Invalideneinkommens primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht, und beim Beschwerdeführer kein tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben ist, weil er nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, sind - gemäss übereinstimmender und zutreffender Parteimeinung - LSE-Tabellen ohne heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb; vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Dabei wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom sogenannten 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 wöchentlich 41.9 Stunden (bis 1998), 41.8 Stunden (1999-2002), 41.7 Stunden (2003-2007) beziehungsweise 41.6 Stunden (seit 2008; Die Volkswirtschaft 10-2011 S. 98 Tabelle B9.2, mit Hinweis betreffend "Umschmelzung" der Daten vor 2009; vgl. BGE 129 V 484 E. 4.3.2, 126 V 77 E. 3b/bb und 124 V 322 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 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).

Der standardisierte Monatslohn (Zentralwert [Median]) einfache und repetitive Tätigkeiten (Anforderungsniveau 4) verrichtender Männer belief sich im Jahr 2004 auf Fr. 4'588.-- (LSE 2004 S. 53 Tabelle TA1 Total). Rechnet man den auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden basierenden Wert auf die betriebsübliche Wochenarbeitszeit im Jahr 2004 von 41.7 Stunden auf (Die Volkswirtschaft 10-2011 S. 98 Tabelle B9.2 Total), resultiert für eine Vollerwerbstätigkeit ein statistischer Lohn von Fr. 4'783.-- pro Monat respektive Fr. 57'396.-- pro Jahr. Angepasst an die Nominallohnentwicklung resultiert per 2005 ein Wert von Fr. 57'970.-- (+1.0 %; Die

Volkswirtschaft 10-2011 S. 99 Tabelle B10.2). Der von der Beschwerdegegnerin eingeräumte, mit der profilmässigen Beschränkung auf körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten begründete behinderungsbedingte Abzug von 10 % wird vom Beschwerdeführer der Höhe nach nicht beanstandet und erscheint im Lichte der gängigen Abzugspraxis (BGE 126 V 75) als plausibel, da die übrigen persönlichen und beruflichen Merkmale (wie Alter [Jahrgang 1960], Dauer der Betriebszugehörigkeit [5 Jahre], Nationalität/Aufenthaltskategorie [Niederlassungsbewilligung C] sowie Beschäftigungsgrad [Vollzeit]) nicht lohnmindernd ins Gewicht fallen. Insgesamt führt dies zu einem Invalideneinkommen von Fr. 52'173.--. Zwar verfügt der Beschwerdeführer - wie im Urteil vom 25. August 2008 (Urk. 8/44) betont (E. 3.2 am Ende) - über eine vielseitige Ausbildung sowie eine relativ breite Berufserfahrung, doch scheidet das konkrete Abstellen auf Berufs- und Fachkenntnisse voraussetzende Verrichtungen (Anforderungsniveau 3) am Fehlen einer diese Handhabung als realistisch bestmöglichen berufsberaterischen Stellungnahme; denn die einschlägige Verlautbarung vom 16. November 2009 (Urk. 8/55) orientiert sich an Verweisungstätigkeiten des Anforderungsniveaus 4, und die eine Bezugnahme auf Verrichtungen des Anforderungsniveaus 3 postulierende Sachbearbeiterin weist sich nicht über berufsberaterische Fachkenntnisse aus (Stellungnahme vom 24. Juni 2006 [Urk. 8/67/2-3]). Da aber so oder anders ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert (s. unten E. 3.6), kann auf entsprechende Weiterungen verzichtet und die Frage letztlich offen gelassen werden.

3.5 Die Parteien gehen nunmehr darin einig, dass das Valideneinkommen ausgehend vom arbeitgeberseits ab 1. August 2001 mit Fr. 81'900.-- angegebenen Verdienst (Arbeitgeberbericht vom 17. Januar 2004 [Urk. 8/13, insbes. 8/13/2 Ziff. 12]) zu ermitteln ist. Dabei ist allerdings zu beachten, dass zwar eine Arbeitgeberangabe zu dem im Zeitpunkt der Berichterstattung (2004) ohne Gesundheitsschaden erzielten Verdienst fehlt (Urk. 8/13/2 Ziff. 16), bei der von der Y. AG am 11. Juli 2002 erstatteten Unfallmeldung (Urk. 8/12/7) aber ein Lohn in gleicher Höhe deklariert worden war (Fr. 6'300.-- x 13 = Fr. 81'900.--; Ziff. 13). Demnach kann eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung frühestens ab dem Jahr 2002 erfolgen, was per 2005 zu einem Betrag von Fr. 83'962.-- führt (Fr. 81'900.-- : 111.2 Pkte. [2002] x 114.0 Pkte. [2005]; Nominallohnindex Männer 2002-2010 [Basis 1993 = 100 Pkte.] Noga-Abschnitt F [Baugewerbe] unter 'www.bfs.admin.ch'). Für die vom Beschwerdeführer postulierte Umrechnung des auf einer bei der Y. AG herrschenden 40-Stundenwoche (Urk. 8/13/2 Ziff. 8-9) basierenden Werts auf das Total der im Jahr 2005 allgemein üblichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (richtig: 41.7 Stunden) oder gar eine solche auf die für das Baugewerbe (Noga-Abschnitt F) erhobenen 41.8 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2011 S. 98 Tabelle B9.2), fehlt die Grundlage, da nichts darauf hindeutet, dass im Validitätsfall eine lohnmässig kompensierte Arbeitszeiterhöhung realisiert worden wäre. Und auch für eine am statistischen Durchschnitt orientierte Parallelisierung (BGE 135 V 58 E. 3.1 und 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen; Urteil des BGer 8C\_652/2008 vom 8. Mai 2009) besteht kein Anlass (vgl. LSE 2004 S. 53 Tabelle TA1 Ziff. 45 [Baugewerbe] sowie Nominallohnindex Männer 2002-2010 [Basis 1993 = 100 Pkte.] Noga-Abschnitt F [Baugewerbe] unter 'www.bfs.admin.ch').

3.6 Bei Gegenüberstellung der erwähnten Vergleichszahlen ergibt sich per 2005 (etwaiger Rentenbeginn) eine Erwerbseinbusse von Fr. 31'789.-- (Fr. 83'962.-- - Fr.

52'173.--; s. oben E. 3.4 und 3.5) respektive ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von - rund (BGE 130 V 121; vgl. Urteil des damaligen EVG I 359/03 vom 26. Januar 2004) - 38 %. Bezogen auf das Jahr 2010 (VerfÄ¼gungserlass) resultiert - bei gleicher medizinischer Sachlage (s. oben E. 3.3) - ebenfalls ein nicht rentenbegrÄ¼ndender Invaliditätsgrad von rund 39 % (Valideneinkommen: Fr. 90'444.-- = Fr. 81'900.-- : 111.2 Pkte. x 122.8 Pkte.; Invalideneinkommen: Fr. 55'510.-- = Fr. 4'806.-- : 40 h x 41.6 h x 12 Mte. x 90 % : 120.0 Pkte. x 123.4 Pkte.; Erwerbseinbusse: Fr. 34'934.--; LSE 2008 S. 26 Tabelle TA1 Total; Nominallohnindex MÄ¼nner 2002-2010 [Basis 1993 = 100 Pkte.] Noga-Abschnitt F [Baugewerbe] und Total unter 'www.bfs.admin.ch'). Vorbehalten bleibt jeweils die auf Seite des Invalideneinkommens offen gelassene (da im Hinblick auf eine Bejahung weiter abklÄ¼rungsbedÄ¼rftige) Bezugnahme auf Verrichtungen des Anforderungsniveaus 3, welche gegebenenfalls zu tieferen Invaliditätsgraden fÄ¼hren wÄ¼rde (s. oben E 3.4).

#### **E. 4**

4.1Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst erweist sich die angefochtene VerfÄ¼gung jedenfalls im Ergebnis als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde fÄ¼hrt.

4.2Ä Ä Ä Ä Die in Anwendung von Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in Verbindung mit Ä§ 33 Abs. 1 GSVGer) auszufÄ¼llende Gerichtskostenpauschale ist auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemÄ¼ss dem BeschwerdefÄ¼hrer aufzuerlegen. Ein Anspruch des zwar anwaltlich vertretenen, aber ausgangsgemÄ¼ss unterliegenden BeschwerdefÄ¼hrers auf Zusprechung einer ProzessentschÄ¼digung besteht nicht (Ä§ 34 Abs. 1 GSVGer in Verbindung mit Art. 61 lit. g ATSG), was indessen praxismÄ¼ss keiner besonderen dispositivmÄ¼ssigen Feststellung bedarf.

Das Gericht erkennt:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Gerichtskosten werden auf Fr. 800.-- festgesetzt und dem BeschwerdefÄ¼hrer auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zustellung gegen Empfangsschein an:

- RechtsanwÄ¼ltin Alexandra ZÄ¼rcher
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÄ¼rich, IV-Stelle
- Bundesamt fÄ¼r Sozialversicherungen (BSV)

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä 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 Ä¼ber das Bundesgericht [BGG]). Die Frist steht wÄ¼hrend folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit dem 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.