

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00014 vom 26. September 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-09-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00014

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00014 du 26 septembre 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00014 del 26 settembre 2012

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).

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. 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. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 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 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

1.4 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 256 E. 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 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist 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 präferend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichlichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 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.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS siehe das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011). Wie das Bundesgericht entschieden hat, verlieren nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert nicht per se, sondern es ist vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts 9C_120/2011 vom 25. Juli 2011 E. 4.1 und 9C_189/2011 vom 8. Juli 2011 E. 3.2).

2. Die Beschwerdegegnerin begründet die Leistungsverweigerung damit, dass dem Beschwerdeführer gemäss MEDAS-Gutachten vom 10. August 2010 die angestammte Tätigkeit als Hauswart, wie auch jede andere körperlich leichte bis mittelschwer belastende Tätigkeit seit 1. März 2009 zu 70 % zumutbar sei. Laut Angaben der Arbeitgeberin sei er jedoch seit 1. Februar 2009 zu einem vollen Pensum als Hauswart angestellt und erbringe die volle Leistung, weshalb keine Erwerbseinbusse und keine langfristige Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen sei (Urk. 2).

Demgegenüber stellt sich der Beschwerdeführer auf den Standpunkt, dass er seit Januar 2008 infolge verschiedener Beschwerden in einer leichten, gelegentlich mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit nur noch zu 50 % arbeiten könne. Am 1. August 2008 habe er eine 50%ige Anstellung als Hauswart angetreten. Da

er vom Salär in Höhe von Fr. 2'900.-- nicht habe leben können, habe er das Pensum per 1. Februar 2009 auf 70 % erhöht und Fr. 4'000.-- im Monat verdient. Für die schweren Arbeiten, welche je nach Saison 20 % bis 30 % Prozent seines Arbeitspensums ausmachten, habe er Maschinen oder die Hilfe Dritter organisiert (Urk. 1).

3. Im MEDAS-Gutachten vom 9. August 2010 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/34 S. 19):

- Chronisches thorako- und lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Ausfälle (ICD-10 M54./M54.5)

- deutliche Bewegungseinschränkung der lumbalen Wirbelsäule

- Femoropatellararthrose Knie links (ICD-10 M17.1)

- anamnestisch Status nach wiederholter Kniearthroskopie beidseits

- ausgeprägte retropatelläre Knorpelveränderungen sowie multiple subchondrale Geröllzysten (MRI vom 3. August 2006)

- lediglich geringgradige Veränderungen retropatellar rechts (MRI vom 3. August 2006)

- aktuell reizlose Kniegelenke ohne Hinweis für Instabilität oder Meniskusläsion

- Impingement Hüftgelenk beidseits (ICD-10 M77.9)

- Subakromiales Impingement Schulter rechts (ICD-10 M75.4)

- Neurasthenie (ICD-10 F48.0)

Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit massen die Gutachter dagegen folgenden Diagnosen bei (Urk. 8/34 S. 19):

- Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9)

- Status nach erweiterter Hemithyreoidektomie links bei papillärem Schilddrüsenadenom pT1a, R0 im August 2005

- periphere Schilddrüsenparameter aktuell im Normbereich

- Thrombophilie (ICD-10 I82.9) bei Faktor V Leiden

- oral antikoaguliert

- Status nach Lungenembolie und Thrombose unter oraler Antikoagulation

- Analgetikaüberkonsum (ICD-10 F55.2)

- Status nach Magenbypass-Operation im Jahre 2008

- Status nach Mesolückenverschluss und Narbenhernienplastik im November 2008

- Status nach anämisierender oberer gastrointestinaler Blutung bei Anastomosenulcus im Dezember 2008

- Status nach laparoskopischem Mesolückenverschluss und Adhäsionslyse im April 2010

- Anamnestisch Urolithiasis beidseits (ICD-10 N20.9)

Ä Ä - Status nach extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie bei Uretherstein rechts im November 2009

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Gutachten klagte der Beschwerdeführer über Bauchschmerzen, die auftraten, wenn er länger als einer Stunde arbeite. Diese Schmerzen würden dann in den Rücken und in den Brustbereich wandern und ihm die Luft abstellen. Er müsse sich dann zwingend hinlegen können. An gewissen Tagen gehe es ihm sehr gut; dann würde er sich aber in der Regel überarbeiten und leide am nächsten Tag an vermehrten Beschwerden. Im Liegen oder im Gehen gehe es ihm am besten. Bei längerem Sitzen oder Stehen komme es zu Bauch- und Rückenschmerzen. Die früheren Kniebeschwerden und die häufig rezidivierenden Beinvenenthrombosen hätten seit der drastischen Gewichtsreduktion deutlich gebessert. Seither habe er auch kein Schlafapnoesyndrom mehr. Den Akten entnahmen die Gutachter folgende weitere Beschwerden: Gefühl der Überforderung, Rückenschmerzen und Gichtarthritisschabe (Urk. 8/34 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anlässlich der psychiatrischen Untersuchung habe der Beschwerdeführer darüber hinaus eine erhöhte physische und psychische Ermüdbarkeit angegeben. Weiter weise der erhöhte Analgetikakonsum mit Einnahme zweier Opioidanalgetika auf eine Toleranzentwicklung hin. Eine Entzugssymptomatik sei aber nicht erweisen, weshalb die Diagnose einer Abhängigkeit von Opioidanalgetika nicht mit Sicherheit gestellt werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bedingt durch die Neurasthenie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Eine schwere psychische Störung bestehe nicht, Der Beschwerdeführer leide nicht unter deutlichen Konzentrationsstörungen. Die Diagnose einer affektiven Störung könne nicht gestellt werden. Es beständen keine Hinweise auf unbewusste Konflikte. Ein primärer Krankheitsgewinn sei somit nicht erwiesen. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht deutlich gestört. Auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen ebenfalls nicht. Daher könne es dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht trotz der geklagten Beschwerden zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit zu 80 % nachzugehen, im idealsten Fall in einem ganztagigen Pensum mit der Möglichkeit von vermehrten Pausen (Urk. 8/34 S. 12 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die orthopädische Untersuchung habe eine deutlich verminderte Beweglichkeit der Wirbelsäule im lumbalen Abschnitt ergeben. An den Hüftgelenken sowie am rechten Schultergelenk lägen Zeichen eines Impingements vor. Gestützt auf diese Befunde kam der orthopädische Konsiliararzt zum Schluss, dass sich die angegebenen Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollständig begründen liessen. Am linken Kniegelenk lägen radiologisch deutliche arthrotische Veränderungen vor, doch gebe der Beschwerdeführer beidseits eine klare und anhaltende Beschwerdebesserung an. Überdies sei der aktuelle klinische Befund bis auf eine Schmerzangabe bei endgradiger Flexion und Extension unauffällig. Weniger nachvollziehbar seien die von abdominal in die thorakolumbale Wirbelsäule ausstrahlenden Beschwerden. Allerdings könne bei deutlicher Bewegungseinschränkung der Lendenwirbelsäule durchaus von einer verminderten Belastbarkeit derselben ausgegangen werden. Insgesamt sei aber festzuhalten, dass Hinweise für eine Ausweitung der Schmerzproblematik beständen. Für die als angestammt zu betrachtende Tätigkeit als Autoverkäufer sowie für jede andere

körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit unter Wechselbelastung bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganzjährigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, intermittierend 15 kg, sollte dabei vermieden werden. Aufgrund der Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule sowie der Veränderungen an den Kniegelenken seien lediglich körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet und sollten dem Beschwerdeführer nicht mehr zugemutet werden (Urk. 8/34 S. 17 f.).

Die allgemein-internistischen Diagnosen des Beschwerdeführers schränken dessen Arbeitsfähigkeit nicht ein. Das allgemein internistische Hauptproblem, die Adipositas, habe durch die Magenbypass-Operation im Jahre 2008 erfolgreich behandelt werden können. Der Beschwerdeführer sei aktuell normalgewichtig. Die frühere arterielle Hypertonie und das Schlafapnoesyndrom seien nicht mehr vorhanden. Die Schilddrüsenunterfunktion und die Thromboseneigung seien adäquat behandelt und hätten auch früher die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusst.

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von 70 % für die aktuelle Tätigkeit als Hauswart und für jegliche andere, körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, adaptierte Tätigkeit festgestellt werden. Das Arbeitspensum könne vollschichtig mit vermehrten Pausen umgesetzt werden. Die leichten bis mässiggradigen Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzten sich. Sie addierten sich nicht, weil die gleichen Zeitabschnitte zum Einlegen von Pausen genutzt werden könnten. Aufgrund der vorliegenden Akten sei es nur schwer möglich, die Arbeitsfähigkeit retrospektiv mit Sicherheit zu beurteilen. Somit gelte die oben stehende Einschätzung mit Sicherheit erst ab dem Untersuchungszeitpunkt im Juni 2010, wahrscheinlich bereits ab März 2009. Eine lang andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit könne retrospektiv gesehen nicht nachvollzogen werden (Urk. 8/34 S. 20 f.).

E. 4

4.1 Gegen das MEDAS-Gutachten vom 9. August 2010 wendet der Beschwerdeführer ein, ein Gastroenterologe wäre besser geeignet gewesen als ein Internist, um die Beschwerden des Magen- und Darmtraktes zu beurteilen. Insbesondere habe sich der internistische Konsiliararzt weder mit dem massiven Gewichtsverlust noch mit den Nierenkoliken auseinandergesetzt. Der psychiatrische und der orthopädische Konsiliararzt seien auf die Ursachen und Auswirkungen des massiven Analgetikakonsums nicht eingegangen. Darüber hinaus fehle es dem orthopädischen Gutachter an einer gesamtheitlichen Betrachtung der Auswirkungen von abdominalen Beschwerden auf die Wirbelsäule. Schliesslich seien nicht sämtliche, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen berücksichtigt worden; so der Analgetikakonsum, der ihm erst ermöglichte, seine Arbeit zu 50 % auszuüben (Urk. 1 S. 5 f.).

4.2 Aus den von der Beschwerdegegnerin eingeholten weiteren medizinischen Akten ergeben sich zahlreiche Hospitalisationen des Beschwerdeführers:

- 14. - 19. März 2008 wegen unklarer Unterbauchschmerzen (Urk. 8/24 S. 29 f.)

- 14. - 22. April 2008 wegen Magenbypass und Nabelhernienverschluss (Urk. 8/15 S. 15-17, Urk. 8/24 S. 27)

- 24. - 25. Oktober 2008 wegen Urolithiasis rechts mit Konkrement im distalen Ureter und Nierenstauung rechts (Urk. 8/24 S. 21 f.)

- 4. - 5. November 2008 wegen eines prävesikalischen Ureterkonkrements rechts (Urk. 8/15 S. 12-14)

- 20. - 30. November 2008 wegen laparoskopischen Mesocolonverschlusses, Nabelhernienrevision, Rippenresektion 11 links (Urk. 8/15 S. 10 f., Urk. 8/24 S. 16)

- 28. Dezember 2008 - 8. Januar 2009 wegen einer durch einen Ulkus verursachten anämisierenden gastrointestinalen Blutung (Urk. 8/15 S. 7-9)

- 4 - 7. November 2009 wegen eines Uretersteins links (Urk. 8/24 S. 6-9)

- 9. - 14. November 2009 wegen einer Urolithiasis rechts (Urk. 8/24 S. 2-5, Urk. 8/24 S. 1)

Dass der Arbeitsalltag des Beschwerdeführers durch diese akuten und unbestrittenermassen schmerzhaften Erkrankungen, die wiederholten Spitalbehandlungen und die gehäuften operativen Eingriffe gestört war, ist ohne Weiteres nachvollziehbar.

Für die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente ist allerdings allein der Umstand relevant, dass nach Angaben der Ärzte keine der obenerwähnten Erkrankungen zu einer weit über die stationäre Behandlung hinaus dauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hat. Den medizinischen Akten lässt sich nicht entnehmen, dass diese bariatrischen und urologischen Erkrankungen auf ein mögliches chronisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hindeuten würden. Ein solcher Zusammenhang ergibt sich denn auch nicht aus den Angaben des Hausarztes Dr. med. Z., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, im Bericht vom 14. März 2009 (Urk. 8/15 S. 1-5). Der vom Beschwerdeführer geklagte massive Gewichtsverlust war ausdrückliches Ziel der Magen-Bypass-Operation im April 2008 und scheint sich insgesamt eher positiv auf die Gesundheit des Beschwerdeführers auszuwirken (Urk. 8/15 S. 15 f.). So führte die Gewichtsreduktion zu einem Rückgang der Gelenksbeschwerden, der Beinvenenthrombosen und des Schlafapnoe-Syndroms (Urk. 8/34 S. 6).

Unter diesen Umständen besteht kein Anlass für weitere medizinische Abklärungen und die Wahl der bei der Begutachtung vertretenen Disziplinen ist nicht zu beanstanden.

4.3 Was die Abweichung zwischen der von Dr. Z. dem Beschwerdeführer attestierten 50%igen Arbeitsfähigkeit als Hauswart oder Autoverkäufer (Urk. 8/15 S. 2-5; vgl. auch die Korrektur vom 8. April 2009, Urk. 8/18) und der im MEDAS-Gutachten vom 9. August 2010 auf 70 % eingeschätzten Arbeitsfähigkeit - für die als angestammt betrachtete Tätigkeit beziehungsweise jede andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit (Urk. 8/34 S. 22) - angeht ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Dr. Z. bei seiner Einschätzung auch invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigte, weist er doch in seinem Bericht vom 14. März 2009 unter anderem auf Probleme privater und beruflicher Natur als Gründe dafür hin, dass der Beschwerdeführer am Limit seiner Möglichkeiten angekommen sei (Urk. 8/15 S. 3). Auch ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass ein Hausarzt mitunter im Hinblick auf seine auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten seines Patienten aussagt (BGE 135

V 465 E. 4.5). Auf diese schwierige Rolle des behandelnden Hausarztes wiesen denn auch die MEDAS-Gutachter hin (Urk. 8/34 S. 21). Dr. Z.____s Ausführungen vermögen demzufolge die Beweiskraft des MEDAS-Gutachtens vom 9. August 2010 nicht in Frage zu stellen.

Dem von der Beschwerdegegnerin beigezogenen Bericht von Dr. A.____, Facharzt für Chirurgie, vom 7. April 2009 lassen sich keine weitergehenden Informationen zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers entnehmen. Denn dieser war wegen der Kniebeschwerden lediglich kurze Zeit bei Dr. A.____ in Behandlung. Vom Chirurgen wurde denn auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Vielmehr empfahl er eine Neubeurteilung der Situation unter Berücksichtigung der weiteren Krankheiten des Beschwerdeführers nach Beendigung der von ihm in November 2008 veranlassten Therapie im Stadtspital B.____ (Urk. 8/17 S. 1-5 und S. 11 f.).

Auch vor dem Hintergrund von BGE 137 V 210 erfüllt das MEDAS-Gutachten vom 9. August 2010 die Anforderungen an eine beweistaugliche beziehungsweise beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage. Es beruht auf den vorliegend nötigen Untersuchungen, berücksichtigt die geklagten Beschwerden, setzt sich mit diesen auseinander und leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge sowie in Bezug auf die gezogenen Schlussfolgerungen ein. Die Beschwerdegegnerin hat demzufolge zu Recht darauf abgestellt und ist davon ausgegangen, dass der Beschwerdeführer seit März 2009 sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als auch in jeder weiteren leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig ist. Dies gilt umso mehr, als die von den MEDAS-Gutachtern anlässlich der psychiatrischen Untersuchung festgestellte Neurasthenie der Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen unterstellt wurde (Bundesgerichtsurteil 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3 mit Hinweisen), wonach eine derartige Störung als solche noch keine Invalidität begründet.

E. 5

5.1 Zu prüfen bleibt, wie sich die noch erhebliche Restarbeitsfähigkeit per 1. August 2009 (mutmasslicher Rentenbeginn, Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG) in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

Der Beschwerdeführer ist gelernter Automechaniker und war bis Februar 2007 als Verkäufer in der Fahrzeugbranche vollzeitlich erwerbstätig (Urk. 8/2 S. 5 f., Urk. 8/8). Anschliessend wurde er arbeitslos und bildete sich zum Hauswart um (Urk. 8/7). Im August 2008 trat er eine Stelle als Hauswart in der von ihm selber bewohnten Liegenschaft mit einem Pensum von 50 % an. Per 1. Februar 2009 konnte er durch Übernahme der Hauswartung einer anderen Liegenschaft das Pensum erhöhen. Entgegen den Angaben der Arbeitgeberin im Fragebogen vom 23. März 2009 handelt es sich dabei nicht um eine Vollzeitstelle, sondern um eine Anstellung zu einem Pensum von 70 %. Dies ergibt sich einerseits aus dem auf ein Teilzeitpensum hinweisenden Arbeitsvertrag vom 12. Dezember 2008 (Urk. 3/3 S. 1), andererseits aus den Erhebungen der von der Krankentaggeldversicherung eingesetzten Case Managerin im Assessment-Bericht vom 8. März 2010 (Urk. 8/30 S. 3; vgl. auch die Angaben des Beschwerdeführers in Urk. 8/2 S. 6 und Urk. 8/9).

Angesichts dieses Werdegangs mit einem durch die Arbeitslosigkeit bedingten beruflichen Richtungswechsel vor Eintritt des invalidisierenden

Gesundheitsschadens ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer im Gesundheitsfall - etwa durch die Übernahme der Hauswartung weiterer Liegenschaften - zu einem Vollpensum bei der gleichen Arbeitgeberin erwerbstätig wäre.

Laut den Angaben der Arbeitgeberin im Fragebogen vom 23. März 2009 verdient der Beschwerdeführer seit der Erhöhung des Arbeitspensums in Februar 2009 einen Grundlohn von monatlich Fr. 4'000.-- (Urk. 8/10 S. 3 und 5, Urk. 3/3 S. 1). Das auf ein Pensum von 100 % hochgerechnete Salär beträgt somit rund Fr. 68'571.-- (Fr. 48'000.-- x 100/70 %) und kann als (hypothetisches) Valideneinkommen herangezogen werden.

5.2 Bei der Bemessung des Invalideneinkommens ist zu berücksichtigen, dass das jetzige Arbeitsverhältnis des Beschwerdeführers wegen dessen beeinträchtigter Gesundheit als unsicher bzw. wenig stabil erscheint. So sieht er sich offenbar dazu veranlasst, nicht sämtliche krankheitsbedingten Ausfälle und sonstige Einschränkungen zu melden beziehungsweise selber eine Vertretung während seiner Abwesenheiten beizuziehen (Urk. 3/4, Urk. 1 S. 2-4). Ausserdem gab der Beschwerdeführer mehrmals an, er könne verschiedene, zu seinem Pflichtenheft als Hauswart gehörende (schwere) Arbeiten nicht selber erledigen und müsse (auf eigene Kosten) Hilfsmittel oder Dritthilfe organisieren. Nach Angaben seines Mitbewohners beträgt der Anteil dieser schwereren körperlichen Arbeiten 20 % bis 30 % (Urk. 3/4). Unter diesen Umständen darf davon ausgegangen werden, dass sich der Beschwerdeführer nach einer anderen, seinem Leiden besser angepassten Anstellung als Hauswart wird umsehen müssen. Bei der Ermittlung des Invalideneinkommens ist deshalb nicht vom tatsächlich erzielten überdurchschnittlichen Lohn der jetzigen Anstellung auszugehen. Vielmehr rechtfertigt es sich, auf die Ergebnisse der standardisierten monatlichen Bruttolöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik herausgegebenen Lohnstrukturerhebung (LSE) zurück zu greifen. Dabei ist rechtsprechungsgemäss vom Zentralwert (Median) der standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) auszugehen (BGE 126 V 76 f. E. 3b/bb mit Hinweisen).

Der statistische Durchschnittslohn (Zentralwert) der im Bereich der persönlichen Dienstleistungen mit Berufs- und Fachkenntnissen voraussetzenden Aufgaben (Anforderungsniveau 3) beschäftigten Männer im privaten Sektor hat im Jahre 2008 bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden monatlich Fr. 4'267.-- betragen (inkl. 13. Monatslohn; Die Schweizerische Lohnstrukturerhebung 2008, hrsg. vom Bundesamt für Statistik [BFS], Neuchâtel 2010, S. 26, Tabelle TA1, Zeile 93). Auf der Basis der im Jahre 2009 betrieblichen 41,6 Wochenstunden und angepasst an die Nominallohntwicklung für Männer 2008/09 (vgl. Die Volkswirtschaft, 9-2012, S. 94 f., Tabellen B 9.2 und B 10.3) ergibt sich bei einem 70%igen Arbeitspensum ein Jahreseinkommen von rund Fr. 38'061.--.

Die Frage, ob und in welchem Ausmass dieser statistische Lohn zu korrigieren ist, hängt von den gesamten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad; BGE 126 V 75).

Der Beschwerdeführer kann nur noch für körperlich leichte bis mittelschwere (Hauswarts-)Tätigkeiten eingesetzt werden, so dass er auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit gesundheitlich nicht beeinträchtigten Bewerbern

benachteiligt ist, was sich negativ auf das Lohnniveau auswirkt, womit eine Reduktion des statistischen Lohnes von 10 % als angemessen erscheint. Dies führt zu einem hypothetischen Invalideneinkommen von rund Fr. 34'255.--.

5.3 Aus dem Vergleich der beiden Einkommen (Valideneinkommen: Fr. 68'571.--; Invalideneinkommen: Fr. 34'255.--) resultiert ein Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung ab 1. August 2009 (vgl. E. 5.1) begründender Invaliditätsgrad von 50 %.

6. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 600.-- festzulegen und ausgangsgemäss von der Beschwerdegegnerin zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Zudem ist dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zuzusprechen (§ 61 lit. g ATSG in Verbindung mit § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht; GSVGer).

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 24. November 2010 insoweit abgeändert, als festgestellt wird, dass der Beschwerdeführer ab 1. August 2009 Anspruch auf eine halbe Invalidenrente hat.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- AXA Winterthur, Berufliche Vorsorge, Postfach 300, 8401 Winterthur

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.