

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00916 vom 23. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-23, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00916](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00916)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00916 du 23 mai 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00916 del 23 maggio 2012

## Erwägungen

### E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 4. Juli 2011 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Bundesgerichts I 428/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 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 in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

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

a. ihre Erwerbstätigkeit 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; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.5 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V

157 E. 1c).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin begründete in der angefochtenen Verfügung die Zusprache einer Viertelsrente mit Wirkung ab 1. September 2006 damit, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Sandstrahler nicht mehr zumutbar sei, er in einer körperlich einfachen Verweistätigkeit jedoch zu 100 % arbeitsfähig sei. Beim Einkommensvergleich sei beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug von 25 % vorzunehmen, da die körperliche Belastbarkeit sehr reduziert sei. Der Beginn der einjährigen Wartezeit für die bisherige Tätigkeit sei auf September 2005 festgelegt worden und falle mit der Diagnosestellung der koronaren Mehrgefässkrankung zusammen (Urk. 8/118/9). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf das Z.\_\_\_-Gutachten und hielt weitere Abklärungen für nicht erforderlich (Urk. 8/118/10).

2.2 Demgegenüber machte der Beschwerdeführer geltend, für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit könne nicht auf das Z.\_\_\_-Gutachten abgestellt werden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 2.3). Im Bericht von Dr. med. B.\_\_\_ vom 30. Oktober 2009 sei eine ganze Reihe von Beschwerden aufgeführt, welche klinisch fassbar seien und bei der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit durch die Z.\_\_\_-Gutachter nicht berücksichtigt worden seien. Die Untersuchung durch das Z.\_\_\_ sei nicht umfassend und habe nicht alle geklagten Beschwerden berücksichtigt. So sei trotz der Diagnosen "koronare Herzkrankheit, 3-Gefässkrankung und Oberlappenresektion aufgrund eines Plattenepithelkarzinoms" keine kardiologische Untersuchung durchgeführt worden (S. 7 Ziff. 2.4). Im Gutachten der A.\_\_\_ vom 13. September 2010 werde eine doppelte invalidisierende Problematik durch ein schweres Lungenleiden sowie ein schweres degeneratives lumbales Rücken- und Schulterleiden festgestellt. Für jede schwerere angepasste Tätigkeit bestehe gemäss integrativer Beurteilung eine volle Arbeitsunfähigkeit und bei einer theoretisch denkbaren einfachen Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 33 % (S. 8 Mitte). Das Z.\_\_\_-Gutachten leide sodann auch an zahlreichen formellen Mängeln. Zum einen liege dem Gutachten kein pneumologisches Teilgutachten bei, welches vom offenbar untersuchenden Arzt Dr. J.\_\_\_ unterzeichnet worden sei (S. 9 Ziff. 2.7). Zum anderen habe eine Konsensbesprechung, wie auf Seite 2 des Gutachtens erwähnt, offenbar gar nicht stattgefunden, vielmehr seien die Konklusionen des Gutachtens bilateral erarbeitet worden. Dr. med. Dr. K.\_\_\_, welcher das Gutachten mitunterzeichnet habe, habe sodann im ganzen Begutachtungsverfahren keine Funktion innegehabt (S. 10 Ziff. 2.8). Auch in materieller Hinsicht sei das Z.\_\_\_-Gutachten in keiner Art und Weise schlüssig und nachvollziehbar. Zunächst seien keine zusätzlichen Bilder angefertigt worden und es hätten damit im Zeitpunkt der Untersuchung keine Röntgenbilder oder sonstigen Resultate bildgebender Verfahren vorgelegen (S. 11 Ziff. 2.9). Sodann erwähne der Rheumatologe einen Verdacht auf Somatisierungsstörung, wohingegen der Psychiater zum Schluss komme, es beständen absolut keine Beschwerden in psychischer Hinsicht (S. 12 Ziff. 2.10). Für eine effektive Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit sei eine orthopädische, rheumatologische, kardiologische, pneumologische sowie ophthalmologische Begutachtung notwendig. Ansonsten sei auf das A.\_\_\_-Gutachten abzustellen und von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auch in leichten Tätigkeiten auszugehen. Demgemäss bestehe ein Rentenanspruch aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 70 % ab 1. April 2006 (S. 13 f. Ziff. 2.12). Beim Einkommensvergleich seien sodann das Alter von 61 Jahren, die

absolut mangelhaften Deutschkenntnisse sowie die massiven Einschränkungen in gesundheitlicher Hinsicht zu berücksichtigen (S. 14 Ziff. 2.13).

2.3.3 Strittig und zu präzisieren ist damit der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers und dabei insbesondere, ob die gesundheitlichen Beeinträchtigungen rechtsgenüglich abgeklärt worden sind.

### E. 3

3.1.1 Dr. med. C. \_\_\_\_, Assistenzarzt, Universitätsklinik D. \_\_\_\_, Orthopädie, nannte in seinem Bericht vom 6. Mai 2008 (Urk. 8/47) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom bei multisegmentaler Degeneration der Lendenwirbelsäule (LWS) mit Facettengelenksarthrose, vor allem auf Höhe L3/4 und L4/5 (Ziff. 1.1). Betreffend die aktuellen und vorbestehenden Arbeitsunfähigkeiten verwies Dr. C. \_\_\_\_, auf den Hausarzt Dr. B. \_\_\_\_ (Ziff. 2), führte betreffend das Belastungsprofil jedoch aus, der Beschwerdeführer könne seines Erachtens eine Arbeit ausführen, welche kein längeres Sitzen oder längeres Stehen erfordere und bei welcher er keine Lasten von über 10 kg heben müsse. Dabei seien repetitive Tätigkeiten mit Belastung der Wirbelsäule zu vermeiden (Urk. 8/47/9 unten). Zum Umfang einer solchen Arbeitstätigkeit machte Dr. C. \_\_\_\_ jedoch keine weiteren Angaben.

3.2.1 Am 27. Oktober sowie 12. und 13. November 2008 wurde der Beschwerdeführer im Rahmen des invalidenversicherungsrechtlichen Verfahrens in der Z. \_\_\_\_ interdisziplinär begutachtet. Für das Gutachten vom 17. Juli 2009 (Urk. 8/73) stützten sich die verantwortlichen Ärzte auf die vorliegenden Akten, eigene internistische, rheumatologische, psychiatrische sowie pneumologische Untersuchungen (S. 1 f.) und nannten zusammenfassend folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 22 Ziff. 6.1):

- NCSLC Stadium IB
- Status nach Lobektomie Oberlappen links mit mediastinaler Lymphadenektomie am 2. November 2005, Status nach vier adjuvanten Chemotherapiezyklen
- Postthorakotomiesyndrom
- COPD Stadium II mit asthmoider Komponente
- koronare 3-Gefässkrankung
- Status nach PTCA mit Stent-Implantation mittl. RIA und prox. RCX am 14. September 2005
- komplettes metabolisches Syndrom, positive Familienanamnese, 60 py (Nikotinstopp 2004)
- Diabetes mellitus Typ II
- chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei
- intermittierendem spondylogem Reizsyndrom beidseits
- mehrsegmentalen degenerativen LWS-Veränderungen
- Periarthropia humeroscapularis rechts unklarer Ätiologie

Im Rahmen der kardiologischen Diagnostik sei ein Plattenepithelkarzinom im linken Lungen-Oberlappen diagnostiziert worden, worauf im November 2005 eine Oberlappenresektion links mit mediastinaler Lymphknotenentfernung und nachfolgend vier Zyklen Chemotherapie erfolgt sei. Die zuletzt im April 2009 durchgeführte Kontrolluntersuchung habe einen günstigen Befund gezeigt, so dass von einer kompletten Remission auszugehen sei. Allerdings müsse einschränkend gesagt werden, dass es sich um ein sogenannt wenig differenziertes Plattenepithelkarzinom gehandelt habe, so dass es im Moment noch zu früh sei, von einer Heilung der Tumorerkrankung zu sprechen. Wichtig in diesem Zusammenhang sei zu erwähnen, dass das Karzinom möglicherweise durch die Schadstoffexposition und hier speziell durch Zink-Chrom-haltige Farben ausgelöst worden sei (S. 23 Ziff. 7.1).

In der Lungenfunktion zeige sich eine mittelschwere, partiell reversible Obstruktion mit asthmatoider Komponente. Die Leistungsfähigkeit in der Spiroergometrie sei im Wesentlichen altersentsprechend, relativ gesehen nur wenig eingeschränkt. Unter Berücksichtigung der schweren körperlichen Arbeit als Sandstrahler und des fortgeschrittenen Alters bedeute diese leichte Einschränkung jedoch eine bedeutsame Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 24).

Rheumatologisch stelle sich das lumbale Schmerzsyndrom nicht eindeutig dar. Weder klinisch noch anamnestisch würden sich Hinweise für eine Beteiligung der Nervenwurzeln finden. Gesamthaft könne die Bewegungsprüfung der Lendenwirbelsäule nicht konklusiv beurteilt werden, eine funktionell-anatomische Zuordnung des Schmerzursprungs gelinge nicht. Aus rheumatologischer Sicht sei der Beschwerdeführer für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten unter Beachtung gewisser ergonomischer Einschränkungen voll arbeitsfähig (S. 25).

Gesamtmedizinisch sei der Beschwerdeführer aufgrund der koronaren 3-Gefäß-Erkrankung sowie der Lungen-Teilresektion und der muskuloskelettalen Beschwerden im angestammten Beruf als Sandstrahler dauerhaft arbeitsunfähig (S. 25 f.). Für alle körperlich einfachen Verweistätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne repetitive Rumpfrotationen, ohne Tätigkeiten über Brusthöhe, ohne Nachtschichtarbeit und ohne Exposition von karzinogenen Substanzen bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit (S. 26 Ziff. 7.3). Der Beginn der 100%igen Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit liege im September 2005 und falle mit der Diagnosestellung der koronaren Mehrgefäß-Erkrankung zusammen (S. 26 Ziff. 7.4).

3.3 Der Hausarzt Dr. med. B. \_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 30. Oktober 2009 (Urk. 8/82/1) aus, zusätzlich zu den im Z. \_\_-Gutachten genannten Beschwerden wirkten sich beim Beschwerdeführer der ständige Schwindel, die Anstrengungsatmenot, die Thoraxschmerzen auf der linken Seite sowie die allgemeine Müdigkeit einschränkend aus. Zur Frage der Arbeitsfähigkeit machte Dr. B. \_\_ jedoch keine Ausführungen.

3.4 Am 10. Februar 2010 nahmen die verantwortlichen Ärzte des Z. \_\_ Stellung zu den vom Beschwerdeführer gegen das Z. \_\_-Gutachten erhobenen Einwürfen (Urk. 8/85). Der Beschwerdeführer habe die Schwindelbeschwerden im Rahmen der internistischen und psychiatrischen Anamnese nicht spontan erwähnt, sondern lediglich im Rahmen einer gezielten Nachfrage durch den untersuchenden Rheumatologen. Nachdem

bereits im Dezember 2006 in der Neurologischen Poliklinik des Universitätskrankenhauses E. \_\_\_\_ (E. \_\_\_\_ ) eine neurologische Ursache ausgeschlossen worden sei, bestehe aktuell keine Notwendigkeit für eine erneute neurologische Begutachtung (S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Selbstverständlich sei der Beschwerdeführer bei bekannter koronarer Herzerkrankung kardiologisch untersucht worden. Echokardiographisch habe sich eine normale Leistungsfähigkeit beider Herzkammern gezeigt. Zusätzlich seien eine Spiroergometrie sowie im E. \_\_\_\_ eine Koronarangiographie durchgeführt worden. Dabei sei sowohl das gute Resultat nach dem im September 2005 erfolgten kardialen Eingriff als auch die normale Funktion der linken Herzkammer bestätigt worden. Es bestehe daher kein Grund für eine erneute kardiologische Begutachtung (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nachdem der Beschwerdeführer sodann zum Zeitpunkt der Untersuchung hinsichtlich der Augen beschwerdefrei gewesen sei und er Zeitung lesen und fernsehen zu seinen täglichen Aktivitäten zähle, bestehe kein Grund, ophthalmologisch von einer Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Sinne einer Invalidität auszugehen (S. 2 f.). Eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit sowie allgemeine Müdigkeit habe der Beschwerdeführer sodann nicht erwähnt. Eigene Röntgenuntersuchungen seien medizinisch nicht indiziert gewesen, nachdem der Beschwerdeführer aufgrund seines klinischen Gesamtzustandes nicht mehr in der Lage sei, seiner bisherigen Tätigkeit nachzugehen und als Verweistätigkeit lediglich körperlich einfache Tätigkeiten ohne Heben von Lasten über 10 kg oder Tätigkeiten oberhalb von Brusthöhe in Frage kommen (S. 3).

3.5 Ä Ä Ä Ä Dr. med. F. \_\_\_\_, Assistenzärztin, E. \_\_\_\_, Augenklinik, hielt in ihrem Bericht vom 23. März 2010 (Urk. 8/89) fest, prinzipiell habe der Beschwerdeführer auf beiden Augen einen Visus von 100 %. Die ausgeprägte Benetzungstörung der Augen mit Epiphora könne ihn aber im täglichen Arbeitsleben beeinträchtigen, da er verschwommen sehe. Prinzipiell könne die Arbeit als Hilfsmechaniker jedoch ausgeführt werden, eventuell benötige er mehr Zeit für Tätigkeiten, da der Seheindruck aufgrund der trübenden Augen nicht immer 100 % betrage (Urk. 8/89/6 oben). Eine Arbeitsunfähigkeit sei jedoch niemals attestiert worden (Ziff. 1.1).

3.6 Ä Ä Ä Ä Am 10. sowie 13. September 2010 wurde der Beschwerdeführer in der A. \_\_\_\_ pneumologisch sowie orthopädisch untersucht (vgl. Urk. 8/98 S. 5 Ziff. 6A.4 und S. 10 Ziff. 6B.3). In ihrem Gutachten vom 13. September 2010 (Urk. 8/98) nannten die verantwortlichen Ärzte folgende Diagnosen (S. 15 Ziff. 7.1):

- chronische obstruktive Lungenerkrankung Stadium II
- Plattenepithelkarzinom des linken Lungenoberlappens Stadium IB
- Status nach Lobektomie am 2.11.2005 und nach 4 adjuvanten Chemotherapiezyklen
- Postthorakotomiesyndrom mit persistierenden Thoraxschmerzen
- orthostatischer Schwindel bei behandelter Hypertonie
- chronische, invalidisierende lumbospondylogene Beschwerden bei
- isthmischer Lyse L5 beidseits und Olisthesis
- kyphosierte BWS mit lateraler und ventraler Spondylose im mittleren und unteren BWS-Bereich

- persistierende Periarthropathia humeroscapularis rechts

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus pneumologischer Sicht betrage die pulmonal bedingte medizinisch-theoretische Invalidität, für sich alleine betrachtet, 50 % (S. 7 Ziff. 6A.7). Seit April 2005 bestehe dauernd eine volle Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit als Hilfsmonteur und Sandstrahler, aber auch für andere körperlich anstrengende Tätigkeiten und/oder Arbeiten verbunden mit Inhalationsnoxen oder Passivrauchbelastigung (S. 8 Mitte). Der Beschwerdeführer sei für jede schwere, aber auch mittelschwere Arbeit dauernd zu 100 % arbeitsunfähig und auch für leichte Arbeit leider nicht mehr vollschichtig einsetzbar (S. 8 unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus orthopädischer Sicht deuteten die erhobenen Befunde auf eine chronische lumbale Schmerzsituation hin, das anatomische Korrelat hierfür sei die isthmische Lyse L5 beidseits mit einer leichten Anterolisthesis. Daneben finde sich eine verstärkte Kyphosierung der BWS sowie zusätzlich eine mäßig eingeschränkte Schulterfunktion rechts im Sinne einer Periarthropathia humeroscapularis (S. 13 Ziff. 6B.6). Der lumbale Schmerz habe eine ganz klare, organische Ursache und bestehe im Wesentlichen seit der Geburt. Mit der heutigen lumbalen Wirbelsituation sei der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit lebenslang nicht mehr arbeitsfähig. Auch für leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten bleibe der Beschwerdeführer nur noch marginal einsatzfähig (S. 14 Mitte). Anzunehmen sei, dass der Beschwerdeführer nach fünf Jahren Untätigkeit seine stabilisierende lumbale Muskulatur, die notwendig gewesen sei, um die 30-jährige Fabrikarbeit vom Rücken her überhaupt zu ertragen, praktisch vollständig verloren habe (S. 14 unten). Durch die kardiale Situation bzw. durch die dadurch erzwungene Arbeitsunfähigkeit seien die Beschwerden an der LWS erst richtig manifest geworden, denn erst die Untätigkeit habe den Beschwerdeführer in die heutige Schmerzsituation getrieben (S. 15 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend bestehe beim Beschwerdeführer eine doppelte invalidisierende Problematik mit einem schweren Lungenleiden und gleichzeitig einem schweren degenerativen Rückenleiden, welche beide schon für sich allein seit dem Jahre 2005 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit für alle belastenden Arbeiten geführt hätten (S. 16 Ziff. 7.3). Diese gelte sowohl für die bisherige langjährige Tätigkeit als auch für jede andere etwas anstrengendere Tätigkeit. Da leider mit einer weiteren Zunahme der Beschwerden und damit auch einer weiteren Reduktion der möglichen Leistungsfähigkeit zu rechnen sei, bestehe auch für rein theoretisch denkbare leichte einfache andere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 33 % (S. 17 Ziff. 7.5).

3.7 Ä Ä Ä Ä In seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2011 (Urk. 8/110) zum A. \_\_\_-Gutachten vom 13. September 2010 führte med. pract. G. \_\_\_, Arbeitsmedizin FMH, fallführender Oberarzt der Z. \_\_\_-Begutachtung, aus, die pneumologische Untersuchung habe nicht lege artis zu Ende geführt werden können, da aufgrund des Belastungstests die Gefahr eines Herzinfarktes bestanden habe. Aus diesem Grund hätte ein pneumologisches Teilgutachten lediglich eine vorläufige Stellungnahme bleiben müssen. Dem Gutachten seien jedoch sämtliche Originalwerte der Lungenfunktion und Spiroergometrie beigelegt (S. 1). Im Weiteren führte Dr. G. \_\_\_ Kritikpunkte am A. \_\_\_-Gutachten auf und wies auf Widersprüche hin (S. 2 f.).

3.8. Die bei den Akten liegenden Arztberichte (Urk. 8/43, Urk. 8/45, Urk. 8/62-63, Urk. 8/66, Urk. 8/69, Urk. 8/71, Urk. 8/86, Urk. 8/96, Urk. 8/111-112) enthalten keine für die Beurteilung der vorliegend strittigen Fragen relevanten Angaben und insbesondere keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, so dass auf deren detaillierte Wiedergabe verzichtet werden kann.

#### E. 4

4.1. Unbestritten und aufgrund der medizinischen Akten auch ausgewiesen ist, dass der Beschwerdeführer in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsmechaniker nicht mehr arbeitsfähig ist (Urk. 1 S. 13 f. Ziff. 2.12, Urk. 8/118/9).

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit liegen sodann insbesondere zwei Gutachten vor, welche sich in der Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit widersprechen. Im Z. \_\_\_-Gutachten gelangten die verantwortlichen Ärzte zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer eine körperlich einfache Tätigkeit seit September 2005 vollschichtig zugemutet werden könne (Urk. 8/73 S. 26 Ziff. 7.3). Demgegenüber hielten die A. \_\_\_-Gutachter alle belastenden Arbeiten für nicht mehr zumutbar (Urk. 8/98 S. 16 Ziff. 7.3) und gingen davon aus, dass auch für rein theoretisch denkbare leichte einfache andere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von höchstens 33 % bestehe (Urk. 8/98 S. 17 Ziff. 7.5). Es ist daher im Folgenden die Beweiskraft der vorliegenden Gutachten zu präzisieren.

4.2. Das Z. \_\_\_-Gutachten vom 17. Juli 2009 erweist sich dabei als nachvollziehbar und schlüssig begründet sowie in sich widerspruchsfrei, so dass darauf abgestellt werden kann. Dementsprechend ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer für alle körperlich einfachen Verweistätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne repetitive Rumpfrotationen, ohne Tätigkeiten über Brusthöhe, ohne Nachtschichtarbeit und ohne Exposition von karzinogenen Substanzen seit September 2005 vollständig arbeitsfähig ist (Urk. 8/73 S. 26 Ziff. 7.3 und 7.4). Diese Beurteilung des Belastungsprofils deckt sich sodann im Wesentlichen mit der Einschätzung durch Dr. C. \_\_\_, auch wenn sich dieser nicht zum Umfang der Restarbeitsfähigkeit äusserte (Urk. 8/47/9 unten).

Bezüglich der vom Beschwerdeführer monierten (Urk. 1 S. 7 Ziff. 2.4) bzw. im Bericht des Hausarztes Dr. B. \_\_\_ aufgeführten (Urk. 8/82/1) und im Z. \_\_\_-Gutachten unberücksichtigt gebliebenen Beschwerden ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer diese im Rahmen der Z. \_\_\_-Begutachtung nicht erwähnt hatte. Die fehlende Erwähnung im Gutachten ist somit nachvollziehbar und schmälert dessen Beweiswert in keiner Art und Weise.

Was sodann die gemäss den Ausführungen des Beschwerdeführers unterlassenen kardiologischen Untersuchungen betrifft, kann dieser Argumentation ebenfalls nicht gefolgt werden. Im Rahmen der Begutachtung wurde der Beschwerdeführer Z. \_\_\_-intern am 20. Oktober 2008 einer Spiroergometrie sowie am 13. November 2008 einer transthorakalen Echokardiographie unterzogen (Urk. 8/73 S. 18 Ziff. 4.3) und es wurden zusätzlich die Durchführung eines Belastungs-EKG am 8. Dezember 2008 sowie eine Herzkathederuntersuchung am 9. Januar 2009 durch das E. \_\_\_ veranlasst. Nachdem diese Untersuchungen eine normale Pumpfunktion des Herzmuskels ergeben hatten, sich keine relevante Stenose der Herzkranzgefässe gezeigt hatte und weder Hinweise auf den 1992 vorbeschriebenen Herzinfarkt noch einen stillen

Herzinfarkt vorlagen (Urk. 8/73 S. 24 f.), erwiesen sich weitere kardiologische Abklärungen als nicht notwendig.

Ebenfalls ins Leere geht der Hinweis des Beschwerdeführers auf das fehlende pneumologische Teilgutachten. Wie Dr. G. in seiner Erläuterung vom 21. Februar 2011 zutreffend festhielt, wäre ein solches eine vorläufige Stellungnahme geblieben, nachdem die Untersuchung wegen eines drohenden Herzinfarktes abgebrochen werden musste (Urk. 8/110 S. 1). Die Originalwerte sowohl der Lungenfunktion als auch der Spiroergometrie sind dem Gutachten jedoch beigelegt und wurden bei der medizinischen Gesamtbeurteilung auch berücksichtigt (Beilage 1, Urk. 8/73/28-36, vgl. auch Urk. 8/73 S. 24 f.).

Auch die Einwände, welche die formellen Aspekte des Gutachtens betreffen, vermögen an der Überzeugungskraft des Z.-Gutachtens nichts zu ändern. In welchem Rahmen die interdisziplinäre Konsensbesprechung (Urk. 8/73 S. 2) bzw. Konsenskonferenz (Urk. 8/73 S. 23) organisiert wird, ist den Gutachtern überlassen, wobei es durchaus nicht unüblich ist, diese im Rahmen von bilateralen Gesprächen durchzuführen. Dass sodann Dr. K. als stellvertretender Chefarzt das Gutachten mitunterzeichnete, obschon er weder eigene Untersuchungen durchgeführtete noch an der interdisziplinären Konsensbesprechung teilnahm (Urk. 8/73 S. 2 und S. 23 Ziff. 7), entspricht möglichem Vorgehen. Soweit der Beschwerdeführer schliesslich geltend macht, die Z.-Rheumatologen hätten einen Verdacht auf Somatisierungsstörungen geäussert, was von Rheumatologen in keiner Art und Weise festgehalten werden dürfte, ist darauf hinzuweisen, dass Somatisierungsstörungen im Grenzbereich zwischen Psychiatrie und Rheumatologie anzusiedeln sind, so dass eine solche Aussage eines Rheumatologen nicht als aussergewöhnlich zu bewerten ist. Vielmehr darf sogar davon ausgegangen werden, dass auf Rheumatologie spezialisierte Ärzte, welche im Rahmen ihrer Tätigkeit oft mit psychosomatischen Beschwerdebildern konfrontiert sind (wie dies sowohl bei Dr. med. H., Oberarzt, als auch bei Dr. med. I., Chefarzt, als Mitglieder einer Begutachtungsstelle ohne Weiteres der Fall sein dürfte), Anzeichen für eine psychische Krankheit erkennen (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 435/01 vom 10. Februar 2003, E. 3.2.3). Ebenso wenig schmälert die Tatsache, dass der Psychiater in der Folge keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte, die Beweiskraft des Gutachtens, stützte er seine Einschätzung doch auf eingehende psychiatrische Untersuchungen. In diesem Zusammenhang ist im Übrigen auf die - vom Beschwerdeführer nicht kritisierte - Aussage des orthopädischen A.-Gutachters hinzuweisen, wonach der Beschwerdeführer keinen depressiven Eindruck hinterlassen habe (Urk. 8/98 S. 10 Ziff. 6B.3), obschon die Berührungspunkte zwischen den orthopädischen und psychiatrischen Fachdisziplinen um einiges kleiner sind als diejenigen zwischen den rheumatologischen und psychiatrischen.

Zusammenfassend vermögen die Einwände des Beschwerdeführers gegen das Z.-Gutachten nicht zu überzeugen und es ist darauf abzustellen.

Demgegenüber erweist sich das A.-Gutachten als weder überzeugend noch schlüssig begründet. Insbesondere legen die Gutachter die Gründe für die attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit nicht im Einzelnen dar, sondern verweisen lediglich auf die bestehenden Rückenschmerzen sowie das Lungenleiden, welche bereits seit dem Jahre 2005 zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit für alle belastenden Arbeiten

gefährdet hätten (Urk. 8/98 S. 16 Ziff. 7.3). Selbst für rein theoretisch denkbare leichte einfache andere Tätigkeiten betrage die Arbeitsfähigkeit höchstens 33 % (Urk. 8/98 S. 17 Ziff. 7.5). Tatsächlich erweist sich dies aufgrund der pneumologischen sowie orthopädischen Teilgutachten als nicht schlüssig. So führte der pneumologische Gutachter bezüglich körperlich leichten Tätigkeiten lediglich aus, diese seien dem Beschwerdeführer nicht mehr vollschichtig zumutbar (Urk. 8/98 S. 8 unten), ohne jedoch die zumutbare Arbeitsfähigkeit näher zu beziffern. Ebenso hielt der orthopädische Gutachter fest, der Beschwerdeführer sei auch für leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten nur noch marginal einsatzfähig (Urk. 8/98 S. 14 Mitte). Daraus ergibt sich weder, dass der Beschwerdeführer auch für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit arbeitsunfähig sein soll, noch die verbleibende Restarbeitsfähigkeit von 33 %. Insgesamt erscheint es nicht nachvollziehbar, weshalb auch bei einer körperlich leichten Arbeit eine Atemproblematik vorliegen und bei einer entsprechenden Körperhaltung bzw. einer wechselbelastenden Tätigkeit übermässige Rückenschmerzen auftreten sollten.

Im Weiteren bleibt unverst ändlich, weshalb die koronare 3-Gefässkrankung im A. \_\_\_-Gutachten unberücksichtigt blieb, obschon die Gutachter gemäss Aktenzusammenfassung, welche im Nebenbrigen vor dem Hintergrund der vorhandenen medizinischen Unterlagen doch sehr marginal ausgefallen ist, mindestens vom Z. \_\_\_-Gutachten Kenntnis hatten und dementsprechend über die koronare 3-Gefässkrankung informiert waren (Urk. 8/98 S. 3).

4.4 Weitere augenärztliche Abklärungen erweisen sich sodann als nicht erforderlich, nachdem Dr. F. \_\_\_ auf beiden Augen einen Visus von 100 % festgestellt hatte und sogar die bisherige Tätigkeit als Hilfsmechaniker für weiterhin zumutbar hielt (Urk. 8/89/6).

4.5 Zusammenfassend ist der medizinische Sachverhalt gestützt auf das Z. \_\_\_-Gutachten als dahingehend erstellt zu betrachten, dass der Beschwerdeführer seit September 2005 für alle körperlich einfachen Verweistätigkeiten, ohne repetitives Heben von Lasten über 10 kg, ohne Arbeiten in Zwangshaltungen, ohne repetitive Rumpfrotationen, ohne Tätigkeiten über Brusthöhe, ohne Nachtschichtarbeit und ohne Exposition von karzinogenen Substanzen vollst ändig arbeitsfähig ist.

## E. 5

5.1 Es bleibt die Prüfung der erwerblichen Auswirkungen dieser Einschränkung aufgrund eines Einkommensvergleiches.

Für die Ermittlung des ohne Gesundheitsschadens erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 E. 3b mit Hinweis), wobei für die Vornahme des Einkommensvergleiches grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2006, abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Auszugehen ist dabei vom letzten Verdienst des Beschwerdeführers als Hilfsmechaniker. Gemäss den Angaben des Arbeitgebers hätte der Beschwerdeführer im Jahre 2006 ein Einkommen in der Höhe von Fr. 80'600.--

erzielt (Urk. 8/8 Ziff. 12 und 16).

5.2. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielttes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 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 im Jahre 2006 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2011 S. 98 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Nachdem der Beschwerdeführer keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, sind für die Ermittlung des Invalideneinkommens Tabellenlöhne beizuziehen, wobei vom mittleren Lohn für Männer, die Hilfsarbeiten ausführen (Zentralwert), auszugehen ist. Dieser belief sich im Jahre 2006 auf monatlich Fr. 4'732.-- (LSE 2006, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, TA1, Total). Unter Berücksichtigung einer wörtlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden ergibt dies ein Einkommen von Fr. 4'933.10 pro Monat (Fr. 4'732.-- : 40 x 41.7), mithin gerundet Fr. 59'197.-- (Fr. 4'933.10 x 12) pro Jahr.

5.3. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu korzieren. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche Invaliditätsfremde

Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin ging vom Maximalabzug von 25 % aus (Urk. 8/118/9), was angesichts der zahlreichen Einschränkungen sowohl die körperlichen Belastungen als auch die Arbeitszeit und die Arbeitsmittel betreffend (vgl. vorstehend E. 4.5) auch angemessen erscheint.

Unter Berücksichtigung eines Abzuges von 25 % ergibt sich ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr. 44'398.-- (vgl. vorstehend E. 5.2; Fr. 59'197.-- x 0.75). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 80'600.-- (vgl. vorstehend E. 5.1) resultiert somit eine Einkommenseinbusse von Fr. 36'202.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 45 % entspricht und einen Anspruch auf eine Viertelsrente begründet.

Damit erweist sich die angefochtene Verfügung vom 4. Juli 2011 als rechtmässig, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von IV-Leistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.