

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00361 vom 10. Februar 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-02-10, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00361

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00361 du 10 février 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00361 del 10 febbraio 2014

Erwägungen

E. 1

5. August 1982 bei der Y.____ AG, zuletzt gesundheitsbedingt als Tankstellenreiniger und Monteur für kleinere Reparaturen , tätig (Urk. 7/

E. 1.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art.

E. 1.2

Die massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente , bei einem Invaliditäts grad 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 ga nze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 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 hypo thetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensver gleichs ; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

E. 1.4

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrak ter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraus setzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person

die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E.

4b; ZAK 1991 S. 321 E. 3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E.

3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat viel mehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts 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). 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). 1. 6

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).

Mit BGE 137 V 210

hat das Bundesgericht die rechtsstaatlichen Anforderungen an die Einholung von MEDAS-Gutachten durch die Invalidenversicherung neu konkretisiert. Nach alten Regeln eingeholte Gutachten büssen deswegen allerdings nicht ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert ein (BGE 137 V 210 E. 6 Ingress). Dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, ist bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweisen). 2.

2.1

In ihrer rentenablehnenden Verfügung vom 28. Februar 2012 hielt die IV-Stelle fest, der Versicherte habe mehrere Unfälle erlitten. Sie kam zum Schluss, es lägen

ausschliesslich Unfallfolgen vor. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht gebe es keine Befunde, die eine zusätzliche Arbeitsunfähigkeit begründeten. Für den Einkommensvergleich stützte sich die Beschwerdeführerin auf die Angaben der SUVA, woraus ein Invaliditätsgrad von 36% resultierte. 2.2

Der Beschwerdeführer hielt dem im Wesentlichen entgegen, das Gutachten der MEDAS vom 23. Juni 2011, auf dem die angefochtene Verfügung beruhe, erfülle die bundesgerichtlichen Vorgaben in Bezug auf den Beweiswert eines Gutachtens nicht. Die Gutachter hätten sich mit den vorhandenen Arztberichten nicht kritisch auseinandergesetzt und die Widersprüche bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in keiner Weise aufgelöst. Mithin sei die Verfügung aufzuheben und ein Obergutachten einzuholen. Zudem sei

im Rahmen des Einkommensvergleichs

unabhängig vom Ergebnis des Obergutachtens ein Leidensabzug von 25 % vom Invalideneinkommen zu gewähren.

Eine allfällige Restarbeitsfähigkeit wäre

auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt wegen der gesundheitsbedingten Einschränkungen, des Alters, der dreijährigen Abwesenheit vom Berufsleben und der mannigfachen Beschwerden, die immer wieder zu Operationen und langen Krankheitsausfällen geführt hätten, nicht mehr verwertbar. 3.

E. 3

), meldete sich am 27. August 2009 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente) an unter Hinweis auf zahlreiche Gesundheitsbeschwerden (Urk. 7/3). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte

einen Auszug aus dem individuellen Konto des Versicherten (IK-Auszug, Urk. 7/5), einen Arztbericht (Urk. 7/6/1-4) sowie Arbeitgeberauskünfte (Urk. 7/4, Urk. 7/8 und Urk. 7/9) ein und zog die Akten der SUVA bei (Urk. 7/20, Urk.

7/2

E. 3.1

Im Bericht vom 23. September 2009 (Urk. 7/6/1-4) nannte der Hausarzt

Dr. med. A. ____, Spezialarzt Chirurgie FMH, bei welchem der Beschwerdeführer seit 1991 in Behandlung stand, die folgenden sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen:
- COPD mit rezidivierenden

schweren bronchოსinusoidalen Infekten, Status nach mehreren Kiefer- und Stirnhöhlenoperationen - Embolisierung eines asymptomatischen Aneurysmas der Arteria communicans

anterior links am 1. Dezember 2005, komplikationslos - wiederholte cerebrale Durchblutungsstörung mit Rindeningang im Gyrus

temporalis

superficialis rechts, rechts postzentral chronischer Verschluss der Arteria cerebri media 2007 und 2008 - Hepatopathie ungeklärter Genese - Psoriasis - Polyarthrose - traumatische Ruptur der Supraspinatussehne, Bursitis subacromialis 2008, Status nach offener Reinsertion der Subscapularissehne und Supraspinatussehne rechts 2000 / Status nach Bicepsentotomie und subacromialer

Bursektomie und Débridement des AC - Gelenks 2003

Dr. A.____ kam zum Schluss, der sehr fleissige Tankrevisionshilfsarbeiter sei nun einfach nicht mehr in der Lage, einer Erwerbsfähigkeit nachzugehen. Seit dem 1. August 2009 sei er gänzlich arbeitsunfähig. Im Moment würden die Schulerschmerzen ganz im Vordergrund stehen.

E. 3.2

Am 16. November 2009 berichtete Dr. med. B.____, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, der SUVA (Urk. 7/20/8-9) und diagnostizierte posttraumatische Beschwerden der rechten Schulter mit Läsion der Supraspinatusehne sowie Ruptur der langen Bicepssehne. Dr. B.____ führte aus, Ursache des Leidens sei ein Unfall

vom

9. Dezember 2008, mithin ein Sturz mit Kontusion der rechten Schulter und anschliessender Pseudoparalyse des rechten Armes. Nach wie vor bestünden belastungsabhängige rechtsseitige Schulterschmerzen vor allem bei Abduktion. Subakromiale steroidhaltige Infiltrationen sowie intraartikuläre Steroidinjektionen hätten jeweils zu einer vorübergehenden Schmerzlinderung geführt. Die operativen Möglichkeiten seien an der Klinik C.____

abgeklärt worden. Der Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. 3.3

Dr. med. D.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, Kreisarzt SUVA E.____, erstattete am 18. August 2010 seinen Bericht über die Untersuchung vom 13. August 2010 (Urk. 7/28/2-7). Dr. D.____ berichtete von einem 60-jährigen, freundlich und bereitwillig Auskunft gebenden Versicherten, in angesichts der langen Liste von Gesundheitsproblemen

erstaunlich und erfreulich gutem Allgemeinzustand. Die Unterhaltung in deutscher Sprache sei problemlos möglich gewesen. Gestik und Mimik seien lebhaft gewesen, unter Einbezug des rechten Armes; entsprechend habe der Griff mit der linken Hand zur rechten Schulter, der repetiert gezeigt worden sei, als etwas demonstratives Schmerzverhalten gewirkt. Dr. D.____ berichtete sodann von einem auffälligen fein- bis mittelschlägigen Tremor am rechten Arm.

Ferner führte er aus, es seien am ganzen Körper Psoriasisläsionen zu erkennen, nicht nur im Bereich der Prädiplomatstellen streckseitig. Die aktuelle Aktivität sei aber gering.

Dr. D.____ verwies in Bezug auf die nicht unfallkausalen krankheitsbedingten Probleme auf den Bericht von Dr. A.____ vom 23. September 2009 an die IV Stelle

(vgl. E. 3.1 hievore) und fügte an, zusätzlich kämen im neurologischen Bericht der C.____ vom 27. Januar 2004 die Diagnose eines Carpal tunnel syndroms rechts sowie eines zervikoradikulären Syndroms C6/7 zur Darstellung, wobei das Carpal tunnel syndrom in der Folge elektroneurographisch ausgeschlossen, das zervikoradikuläre Schmerzsyndrom durch erfolgreiche Infiltration aber bestätigt worden sei.

Unfallkausal sei die Situation im Bereich der rechten Schulter. Der Leitersturz vom 20. Oktober 1999 mit der Folge einer Ruptur der Subscapularissehne rechts mit

anteriörem Teilruptur der Supraspinatusehne sei am 1. September 2003 medizinisch abgeschlossen

worden und es sei entsprechend der damaligen Tätigkeit im angestammten Beruf eine Arbeitsunfähigkeit von 25 % bestätigt worden, mit entsprechender Berentung. Am 9. Dezember 2008 habe eine neuere Traumatisierung der rechten Schulter anlässlich eines Sturzes beim Aussteigen aus dem Auto stattgefunden. Am 3. August 2009 habe der Versicherte ohne eigentliches Trauma beim Heben von Gegenständen einschliessende Schmerzen rechts verspürt. Obwohl im Februar 2009 im Arthro-MRI nur eine Partialruptur der Supraspinatussehne gefunden worden sei, habe man im Anschluss an das erneute Ereignis vom 3. August 2009 eine transmurale

Ruptur der Supraspinatussehne mit Läsion von Teilen der Subscapularis- und der Infraspinatussehne

sonographisch festgehalten. Eine erneute Rekonstruktion der Rotatorenmanschette

sei als nicht erfolgsversprechend erschienen; in der C.____

sei eine konservative Behandlung befürwortet worden (S. 5).

Bei der klinischen Beurteilung sei ein erhebliches Demonstrationsverhalten aufgefallen (häufiger Griff mit der linken Hand zur rechten Schulter, lautes Stöhnen), und auch die Krafttests seien angesichts der eigentlich günstigen muskulären Situation medizinisch nur im Sinne eines demonstrativen Schonverhaltens erklärbar. Objektivierbar sei hingegen eine Einschränkung der Schulterbeweglichkeit; diese gelinge aktiv bis in den Bereich der Horizontalen, wobei hier aber die annähernd symmetrische Rotationsbeweglichkeit auffalle. Muskulierung der Unterarme und Beschwielung der Hände liessen eine massive, längerdauernde Funktionseinschränkung der dominanten rechten Hand ausschliessen.

Der Zustand sei seit Monaten stabil; dies erlaube den versicherungstechnischen Abschluss bezüglich der rechten Schulter, wobei die multiplen Nebenprobleme zwar für die Arbeitsfähigkeit relevant seien, bezüglich unfallkausaler Beurteilung aber ausgeschlossen werden müssten. Insbesondere die zervikoradikuläre Problematik mit der Brachialgie und dem Tremor könne nicht mit der Pathologie der rechten Schulter erklärt werden.

Was die Beurteilung der Zumutbarkeit bezüglich der rechten Schulter angehe, sei im aktuellen Fall eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit

(EFL) nicht hilfreich, da die so ermittelten Resultate angesichts des gezeigten demonstrativen Schonverhaltens nicht übernommen werden könnten. Man sei entsprechend gezwungen, das Zumutbarkeitsprofil aufgrund theoretischer Erwägungen zu formulieren: Die dominante rechte Hand könne in einem günstigen Feld vor dem Körper und bis Schulterhöhe mit nur leichten Bewegungseinschränkungen weitgehend normal eingesetzt werden. Körperferne Tätigkeiten und solche über Schulterhöhe seien nur ausnahmsweise und mit stark reduzierter Belastbarkeit (wohl mit 1 bis 2 Kilogramm) zumutbar. Selbstverständlich könne die adominante linke Hand normal benutzt werden. Ungünstig seien Tätigkeiten mit repetierter Bewegung in der rechten Schulter und repetiertem, kräfteforderndem Einsatz der rechten Hand. 3. 4

Am 27. Dezember 2010 berichtet der Hausarzt Dr. A.____ dem Krankentaggeldversicherer (Urk. 7/58/13-14). Er beantwortete die Frage nach den krankheitsbedingt Arbeitsunfähigkeit begründenden Beschwerden damit, dies seien vor allem Schmerzen in der Schulter, die teilweise auf einen Unfall zurückzuführen und von der SUVA auch berentet worden seien. Am 1.

Oktober 2010 habe der Versicherte einen Herpes Zoster durchgemacht. Diese Infektion sei rasch abgeheilt. Aktuell stehe der Beschwerdeführer nicht in seiner Behandlung. Die Behandlung sei äusserst schwierig. Der Versicherte sei bei so vielen Spezialärzten in ärztlicher Betreuung und bezüglich Arbeitsunfähigkeit sei er seit über einem Jahr nicht mehr zuständig. Es sei einerseits um die unfallbedingten Ausfälle bezüglich der Schulter gegangen, diesbezüglich sei der Patient vom Arbeitgeber direkt an

Dr. F. ___ in G. ___ überwiesen worden. 3. 5

Am 23. Juni 2011 erstattete das Z. ___ der IV-Stelle ein interdisziplinäres MEDAS-Gutachten (Urk. 7/47 und Urk. 7/48). Die Untersuchungen durch die verantwortlichen Fachärzte

für innere Medizin, Rheumatologie und Manuelle Medizin , Neurologie sowie Psychiatrie und Psychotherapie fanden am 19. ,

21.

und 26. April 2011

statt. Die Gutachter nannten die folgenden Diagnosen (S.

56) :

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1.

Belastungs- und bewegungsabhängige Restschmerzproblematik am rechten Schultergelenk mit/bei - Status nach Schulterkontusion bei Sturz am 20. Oktober 1999 - Status nach Schulterarthroskopie mit offener Rekonstruktion und Reinsertion der Supraspinatus- und Subscapularissehen am 23. Februar 2000 - Status nach arthroskopischer AC-Gelenks-Resektion mit Acromioplastik am 27. April 2001 - Status nach diagnostischer Schulterarthroskopie mit Bizepssehnenentomie , subacromialer

Bursektomie und Débridement des AC-Gelenks mit anschliessender offener Bizepssehnenodese rechts am 27. Januar 2003 - Status nach erneuter Traumatisierung der rechten Schulter am 9. Dezember 2008 beziehungsweise am 3. August 2009 - schmerzhafter Einschränkung der aktiven und passiven Beweglichkeit, ohne sichere Zeichen für eine retraktile

Kapsulose - inkonstant reproduzierbaren Weichteildysbalancen

in der Schultergürtelregion rechts und periartikulär im Schultergelenk rechts respektive im proximalen Oberarm rechts - intermittierendem Ruhe- und Intensionstremor an der rechten Hand - fehlender Schonungsatrophie im Bereiche der rechten oberen Extremität respektive Schultergürtelregion rechts 2.

inorgans betonte Steifigkeit polyartikulär mit/bei: - Psoriasis-Hauterkrankung jedoch aktuell ohne fassbare arthritische Aktivität 3.

zeitweise zervikale Belastungsbeschwerden mit/bei: - m oderat beginnenden degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 4.

chronisch asthmoide Bronchitis mit/bei: - Status nach rezidivierenden bronchitischen Infekten - Status nach mehreren Kiefer- und Stirnhöhlenoperationen, zuletzt 2009

- aktuell normale Lungenfunktionsprüfung ohne Hinweise für eine obstruktive Ventilationsstörung 5.

Zerebrovaskuläre Gefässerkrankung mit/bei: - Status nach wiederholten zerebralen Durchblutungsstörungen mit Rindenfarkt im Gyrus

temporalis

superficialis rechts sowie postzentral rechts - chronischem Verschluss der A. cerebri media - Status nach Embolisierung eines asymptomatischen Aneurysmas der A. communicans

anterior links am 1. Dezember 2005 - kardiovaskulären Risikofaktoren: Status nach Nikotinabusus, arterielle Hypertonie 6.

Psoriasis guttata mit/bei - Hyperurikämie

Die Gutachter führten aus, im Rahmen der internistischen Untersuchung habe sich das Bild eines 61-jährigen, eher klein gewachsenen, normosomen Versicherten in unauffälligem Allgemeinzustand gezeigt. Zum Untersuchungszeitpunkt hätten sich weder klinisch noch spirometrisch Hinweise für eine schwere Bronchoobstruktion nachweisen lassen. Es bestehe ein enger Zusammenhang zwischen der pulmonalen Problematik und der chronisch rezidivierenden Sinusitis im Sinne eines „Syndromes descendant“ mit infektbedingten Exazerbationen der chronischen Bronchitis, die immer wieder antibiotisch behandelt werden müssten. Unter der aktuellen Inhalationstherapie mit Seretide und Ventolin sei der Versicherte seitens der Lunge relativ beschwerdefrei und auch die Lungenfunktionsprüfung

ergebe normale Werte. Aus kardiologischer Sicht sei der Versicherte beschwerdefrei. Es hätten sich klinisch keine Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz gefunden und auch das EKG habe einen unauffälligen Erregungsablauf gezeigt. Der restliche internistische Status sei ebenfalls unauffällig. Es liessen sich nur diskrete Psoriasisherde nachweisen. Auch im abdominal- und Neurostatus liessen sich keine pathologischen Befunde objektivieren. Die Laboruntersuchungen hätten weitgehend unauffällige Laborwerte ergeben, abgesehen von einem leicht erhöhten Harnsäurewert. Aus internistischer Sicht lasse sich aufgrund der erhobenen Befunde und Diagnosen keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen, weder in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Unterhalt von Tankstellen noch in einer sonstigen, dem Alter und dem Habitus entsprechenden Verweistätigkeit (Urk. 7/48/1-62 S. 62).

Aus rheumatologischer Sicht bestehe ein austherapiertes, chronisches bewegungs- und belastungsabhängiges Schmerzsyndrom im Bereich der rechten Schultergelenks- und Schultergürtelregion, bei einem Status nach dreifachem Schultereingriff rechts und vorausgehend zweimaligen Schulterkontusionen. Klinisch finde sich eine schmerzhaft eingeschränkte aktive und passive Beweglichkeit, ohne sichere Zeichen für eine retraktile

Kapsulose mit inkonstant reproduzierbaren Weichteildysbalancen der Schultergürtelregion rechts und periartikulär im Schultergelenk rechts respektive proximalen Oberarm rechts. Allerdings fehle eine Schonungsatrophie im Bereich der rechten oberen Extremität respektive Schultergürtelregion rechts. Daneben bestehe eine morgens betonte Steifigkeit polyartikulär im Rahmen einer Psoriasis-Hauterkrankung, jedoch aktuell ohne fassbare arthritische Aktivität. Die zeitweise auftretenden zervikalen Belastungsbeschwerden seien auf moderat beginnende degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule zurückzuführen.

Aufgrund der erhobenen Befunde sei die Arbeit in der angestammten Tätigkeit bei der Firma Y.____ aufgrund der objektiv eingeschränkten Schulterbeweglichkeit nicht mehr zumutbar. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit Fehlen von repetitivem Gewichte-Heben über 15 Kilogramm, ohne Tätigkeiten über der Horizontalen respektive Überkopfarbeiten sowie ohne Arbeiten mit gestrecktem Arm sei eine volle Arbeitsfähigkeit von 100 % zumutbar und ausgewiesen.

Dem Gutachten ist ferner zu entnehmen, dass der Beschwerdeführer bei der neurologischen Untersuchung als Hauptbeschwerden die Schulter-Armschmerzen rechts angegeben hat. Es handle sich hierbei um ein Schmerzsyndrom durch degenerative Veränderungen am Bewegungsapparat sowie mehrfache Rotatorenmanschetten-Ruptur. Ein Anhalt für eine zusätzliche neurologische Schädigung im Sinne einer radikulären oder nervalen Läsion bestehe nicht. Die geschilderten Kopfschmerzen seien in Zusammenhang mit einer chronisch rezidivierenden Sinusitis zu sehen. Unter antibiotischer Behandlung zeige sich regelmässig eine Besserung. Bezüglich der Kopfschmerzen bestehe kein Anhalt für eine primär neurologische Kopfschmerzkrankung; ebenso wenig bestehe ein Anhalt für eine sekundäre Kopfschmerzursache auf neurologischem Gebiet. Das im November 2005 embolisierte Aneurysma der A. cerebri anterior

sei asymptomatisch gewesen und als Zufallsbefund diagnostiziert worden. Auch im weiteren Verlauf hätten sich keine Symptome gezeigt, die auf ein symptomatisches Aneurysma hätten deuten können. Die Verlaufskontrolle am 8.

Dezember 2006 im H.____ habe einen regelrechten MRI-Befund ergeben. Das Aneurysma sei geheilt und begründe auf neurologischem Fachgebiet keine Arbeitsunfähigkeit. Die durch das MRI des Kopfes gesicherten kleineren Hirninfarkte hätten im Jahr 2007 zu transient sensiblen Störungen geführt, die sich im weiteren Verlauf vollständig zurückgebildet hätten und nicht wieder aufgetreten seien. Diese kleineren Infarkte seien bezüglich der Arbeitsfähigkeit irrelevant. Die damals gefundene kurzstreckige Stenose der A. cerebri media rechts sei konservativ behandelt worden, ohne dass es im weiteren Verlauf zu einer erneuten zerebralen Ischämie gekommen sei. Aufgrund der bekannten zerebrovaskulären Erkrankungen seien Arbeiten unter extremen klimatischen Bedingungen und unter körperlichen Höchstanstrengungen nicht mehr möglich. Bezüglich der letzten Tätigkeit ergebe sich aufgrund der zerebrovaskulären Erkrankung insgesamt keine Arbeitsunfähigkeit. Der intermittierende Ruhe- und Intensionstremor an der rechten Hand sei psychogen überlagert und nicht Ausdruck einer neurologischen Erkrankung (S. 63 f.).

Schliesslich wird im Gutachten festgehalten, bei der psychiatrischen Exploration hätten sich keine Hinweise für eine psychiatrische Krankheit ergeben (S. 64).

Zusammenfassend ist der Beschwerdeführer laut den begutachtenden Fachärzten aus rheumatologischer Sicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Tankstellen servicemonteur wegen der Einschränkungen ausgehend von der rechten Schultergelenks- und Schultergürtelregion seit August 2009 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit mit Fehlen von repetitivem Gewichte-Heben über 15 Kilogramm, ohne Tätigkeiten über der Horizontalen respektive Überkopfarbeiten und ohne Arbeiten mit gestrecktem Arm sei der Versicherte zu 100 % arbeitsfähig. Aus internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht würden sich keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben (S. 64 f.). 3. 6

Der behandelnde Rheumatologe

Dr. B.____

nannte gegenüber dem

Kranken tag geldversicherer am 2. Mai 2011 die Diagnose einer aktiven Psoriasis-Spondarthro pathie und fügte an, die Beschwerden von Seiten der Psoriasis-Spondarthropathie begründeten die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit . Trotz intensiver therapeutischer Bemühungen und potente r Medika mente müsse mit einer bleibenden 100%ige Arbeitsunfähigkeit gerechnet wer den (Urk. 7/58/ 7 8) . 4.

4.1

Es ist unbestritten und aktenkundig, dass der Beschwerdeführer seit längerem unter verschiedensten Gesundheitsproblemen litt . Die Beschwerdegegnerin veran lasste dementsprechend eine polydisziplinäre Abklärung zur Frage, inwieweit sich nebst der unfallbedingten Beschwerden in der rechten Schulter und im rechten Arm auch krankheitsbedingte Leiden limitierend auf die Arbeitsfähig keit auswirken (vgl. Stellungnahme des RAD vom 1 1. Oktober 2010, Urk. 7/52/S. 6 f.) . Das hierauf am 2 3. Juni 2011 vom

Z.____ erstattete , auf ein lässlichen internistischen (Urk. 7/48 38 ff.), rheumatologischen (Urk.

7/48 42 ff.), neurologischen (Urk. 7/48 S. 46 ff.) und psychiatrischen (Urk.

7/48 S. 51 ff.) Untersuchungen beruhende, die Vorakten (Urk. 7/47 und Urk. 7/48 S. 1 ff. und S. 27 ff.) sowie die geklagten Beschwerden (Urk. 7/48 S.

36 ff., S. 43 f., S. 46 und S. 51 f.) berücksichtigende MEDAS-Gutachten entspricht den rechtspre chungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entschei dungsgrundlage , so dass grundsätzlich darauf abzustellen ist . Nach einleuch tender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, aus rheumatologischer Sicht sei der Versi cherte in seiner bisherigen Tätigkeit als Tankstellenservicemonteur wegen der Einschränkungen ausgehend von der rechten Schultergelenks- und Schulter gürtelregion seit August 2009 dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. Für eine behinderungsangepasste Tätigkeit ohne repetitives Gewichte-Heben über 15 Kilogramm, Tätigkeiten über der Horizontalen respektive Überkopfarbeiten und Arbeiten mit gestrecktem (rechten) Arm sei er indes zu 100 % arbeitsfähig ;

a us internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht würden sich keine zusätzlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit ergeben.

I n den Einschätzungen des Hausarztes Dr. A.____ und des SUVA- Kreisa rztes Dr.

D.____

finden sich Hinweise, die dieses Abklärungsergebnis stützen . Dr. A.____ führte im Bericht vom 2 7. Dezember 2010 aus, für die Arbeitsunfähigkeit seien die unfallbedingten Schulterbeschwerden entscheidend (vgl. E. 3.4

hievor). Dr. D.____ berichtete von einem angesichts der langen Liste von Gesundheitsproblemen erstaunlich und erfreulich guten Allgemeinzustand (E. 3.3

hievor). Der Hausarzt Dr. A. ___ gab ferner zu bedenken, der 60-jährige Versicherte habe sich nun daran gewöhnt, nicht mehr zu arbeiten. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit hielt er schliesslich zwar grösstenteils aus medizinischen Gründen aber auch wegen des Arbeitsmarkts, der diesen polymorbiden Mann nicht mehr übernehmen werde, für nicht mehr durchführbar (Urk. 7/58/13-14). 4. 2

Was die diversen gegen das MEDAS-Gutachten vorgetragenen Rügen angeht, ist zunächst der Einwand, der Beschwerdeführer sei laut dem vom SUVA-Arzt Dr.

D. ___

formulierten Zumutbarkeitsprofil auch

in einer leidensangepassten Arbeitstätigkeit nur zu 64 % arbeitsfähig, unbegründet.

Dr. D. ___

beschrieb die seitens der rechten Hand und der rechten Schulter

bestehenden Einschränkungen (vgl. E. 3.3

hievor und Urk. 7/28/2-7 S. 6), ohne eine

derart angepasste Tätigkeit

prozentmässig zu begrenzen. Der von der SUVA ermittelte Invaliditätsgrad von 36 % ergibt sich

aus der Gegenüberstellung von Valideneinkommen (Fr. 84'500.--) und Invalideneinkommen (Fr. 54'379.--; entspricht laut SUVA-Verfügung vom 5. Oktober 2010 dem in geeigneter Tätigkeit gemäss „Abklärungen in verschiedenen Betrieben“ realisierbarem Einkommen, Urk. 7/31). Dass die SUVA bei der Ermittlung des Invalideneinkommens auf ein (zumutbares) Vollpensum abstellte, zeigt auch der Vergleich mit dem von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten im Jahr 2010 erzielten Einkommen gemäss

der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE; vgl. E.

5.5 hernach). 4. 3

Die Gutachter stellten in ihrer Expertise Beginn und Verlauf der gesundheitlichen Problematik sowie bisherige Massnahmen und Einschätzungen im Detail dar (S. 57 ff.) beziehungsweise

zogen die Beurteilungen der behandelnden Ärzte in ihre Einschätzung mit ein. Sie begründeten, weshalb die einzelnen krankheitsbedingten

Leiden, wie namentlich die chronische asthmoide Bronchitis, die Rückenbeschwerden, die zerebrovaskuläre Gefässerkrankung sowie die Psoriasis ihrer Meinung nach aktuell keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben.

Der Einwand des Beschwerdeführers, die Gutachter hätten sich nicht mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinandergesetzt,

trifft insofern nicht zu.

Der

neuste Bericht von Dr. B.____ vom 2. Mai 2011 (Urk. 7/58/7-8)

wurde im Gutachten deswegen nicht berücksichtigt (vgl. Urk. 1 Ziff. 3.2) , weil er erst am 20. Dezember 2011 zusammen mit den übrigen Akten des Kranken taggeld versicherers

(Urk. 7/58) bei der Beschwerdegegnerin einging . Diese

kurze Einschätzung zuhanden des Krankentaggeldversicherers

vermag das Ergebnis der MEDAS- Begutachtung

nicht in Zweifel zu ziehen , zumal es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits (BGE 124 I 170

E. 4) nicht zulässt, ein Administrativ- (oder Gerichtsgutachten) stets in Frage zu stellen , wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen

(vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 8C_642/2011

vom 14. Februar 2012

E. 5.2 mit Hinweisen) und auch nicht näher aufgezeigt wird, weshalb die Rückenbeschwerden sowie Polyarthralgien der grossen Gelenke unter Belastung eine bleibende 100%ige Arbeitsunfähigkeit zur Folge haben sollen. 4. 4

Nicht massgebend sein kann ferner

die

Anmerkung des SUVA-Arzt es Dr.

D.____

im Bericht vom 18. August 2010, wonach „die multiplen Nebenprobleme zwar für die Arbeitsfähigkeit relevant sind , bezüglich unfallkausaler Beurteilung aber ausgeschlossen werden müssen “ . Dr. D.____

hatte

– entsprechend seinem Auftrag – die Auswirkungen (auch) der nicht unfallbedingten Leiden nicht abgeklärt . Es war vielmehr die – nach dem Gesagten umfassend wahrgenommene – Aufgabe

der MEDAS- Gutachter , zu den Auswirkungen (auch) der unfallfremden Beschwerden abschliessend Stellung zu nehmen . Ebenfalls keine entscheidende Bedeutung zugemessen werden kann dem Schreiben des Krankentaggeldversicherers vom 16. Dezember 2011 (Urk. 7/58/1) zum rentenab lehrenden Vorbescheid, in dem ausgeführt wird, anhand der medizinischen Akten des Taggeldversicherers sei die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit ausgewiesen und der Vorbescheid deshalb nicht nachvollziehbar (vgl. Urk. 1 Ziff. 5). 4. 5

Dem Vorhalt des Beschwerdeführers, der rheumatologische Gutachter habe zwar mehrfach das immer wieder einsetzende Zittern in der rechten oberen Körperhälfte selber beobachtet – so wie auch die weiteren Gutachter – ,

sei

dann aber doch davon ausgegangen, dass Gewichte bis zu 15 Kilogramm mit der dominanten zitternden Hand gehoben werden könnten, ist entgegen zu halten, dass auch der SUVA-Arzt Dr. D._____

zum Schluss kam, Muskulierung der Unterarme und Beschwielung der Hände liessen eine massive, längerdauernde Funktionseinschränkung der dominanten rechten Hand ausschliessen (vgl.

E.

E. 3.3

hier vor).

Zum Auftreten des Tremors in der Untersuchungssituation stellte der rheumatologische Gutachter im Übrigen fest, der Beschwerdeführer habe nervös und angespannt gewirkt. Da das Zittern inkonstant sei und bei Ablenkung praktisch fehle, bestehe der Verdacht auf ein nicht-organisch bedingtes Zittern, wobei aber bewusstseinsnahe Anteile im Sinne der Symptombetonung nicht ersichtlich seien (Urk. 7/481-62 S. 44). Der Neurologe berichtete schliesslich, es bestehe kein Ruhetremor, kein Intensionstremor und bei Bewegungen unter Ablenkung kein signifikanter Aktionstremor (S. 48).

Der Beschwerdeführer weist ferner darauf hin, dass er in der Vergangenheit mehrfach wegen Kniebeschwerden operiert worden sei (Urk. 1. Ziff. 3.1.1). Er macht allerdings keine aktuellen kniebedingten Einschränkungen geltend.

Dem Einwand des Beschwerdeführers, die Ausführungen, wonach das Aneurysma vollständig geheilt sei (Urk. 1 S. 4.1), seien unzutreffend und missachteten den Umstand, dass es später zu weiteren Hospitalisierungen wegen Hirninfarkten gekommen sei, ist schliesslich entgegen zu halten, dass der verantwortliche Facharzt für Neurologie sich in seinem Teilgutachten auch mit dem weiteren Verlauf der zerebrovaskulären Erkrankung auseinandergesetzt hat (Urk. 7/48/1-62 S. 51). 4. 6

Nicht zutreffend ist, dass die Gutachter von einer klaren Stimme berichtet haben, was die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers zur Bemerkung veranlasste, dies erstaune sie, da er asthmabedingt leise und mit kaum hörbarer Stimme spreche (Urk. 1 Ziff. 6). Im Gutachten ist die Rede davon, der Beschwerdeführer könne sich in gebrochenem Deutsch verständlich ausdrücken (S. 38), er spreche manchmal nervös laut und atme tief (S. 54) oder er spreche mit einer klaren verständlichen Sprache (S. 48). 4. 7

Zusammenfassend ergibt sich, dass die IV-Stelle sich beim angefochtenen Rentenentscheid zu Recht auf das Gutachten des Z._____ vom 23. Juni 2011 abgestützt hat. Es besteht kein Anlass, ein Obergutachten einzuholen. 5. 5.1

Zu prüfen sind schliesslich die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Einschränkungen. Strittig ist vorab, ob es dem Beschwerdeführer noch möglich und zumutbar ist, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. 5.2

Im massgebenden Begutachtungszeitpunkt, Juni 2011 (vgl. BGE 138 V 457 E.3.3), war der Beschwerdeführer 61 Jahre

und zwei Monate alt (Urk. 7/4). 5.3

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und

beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt von den Umständen ab, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_954/2012 vom 10. Mai 2013 E. 2 mit Hinweisen).

Dies sind beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Ein erhebliches Gewicht kommt

dem Umfang

der verbliebenen Restarbeitsfähigkeit

zu (Urteil des Bundesgerichts 9C_124/2010 vom 21. September 2010 E. 5.2).

Dabei ist die vom Bundesgericht gesetzte Hürde für die Annahme fehlender Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen relativ hoch.

Das Bundesgericht erwog etwa in einem jüngeren Entscheid betreffend einen

62 3/4 Jahre alten Versicherten, der wegen Kniebeschwerden nur noch vorwiegend sitzende oder wechselbelastende Arbeiten ausführen konnte, dies allerdings noch zu 100%, die Vorinstanz habe kein Bundesrecht verletzt, wenn sie einen invalidenrechtlich erheblich fehlenden Zugang zum Arbeitsmarkt verneint habe

(Urteil des Bundesgerichts 8C_345/2013 vom 10. September 2013, E. 4.2; vgl. auch die weitere im Urteil zitierte Kasuistik).

Der Beschwerdeführer ist laut MEDAS-Gutachten für eine behinderungsangepasste Tätigkeit ohne repetitives Gewichte-Heben über 15

Kilogramm, Tätigkeiten über der Horizontalen respektive Überkopfarbeiten und Arbeiten mit gestrecktem (rechten) Arm noch zu 100% arbeitsfähig. Eine zumutbare diese Einschränkungen berücksichtigende Verweistätigkeit wäre

mit einem Stellen- und Berufswechsel verbunden, was nach 29-jähriger Tätigkeit bei demselben Arbeitgeber sowie knapp vier Jahre vor der ordentlichen Pensionierung

nicht leicht zu bewerkstelligen ist und ein hohes Mass an Anpassungsfähigkeit voraussetzt. Hinweise, wonach dem Beschwerdeführer, etwa aufgrund seiner Persönlichkeitsstruktur, die dafür notwendigen Ressourcen fehlen, liegen allerdings keine vor. Im Lichte der dargelegten Grundsätze und ausgehend vom als ausgeglichen unterstellten Arbeitsmarkt, der einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten aufweist, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b) und auch so genannte Nischenarbeitsplätze umfasst (Urteil des Bundesgerichts 8C_673/2012 vom 16.

Mai 2013 E. 4.3 mit Hinweisen), kann

insgesamt nicht davon ausgegangen

werden, dass die verbliebene Restarbeitsfähigkeit gar nicht mehr nachgefragt wird. 5.4

Der Beschwerdeführer hatte sich am 27. August 2009 zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 7/3). Gestützt auf Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG würde ein Rentenanspruch somit frühestens am 1. Februar 2010 entstehen. Spätestens ab diesem Zeitpunkt gilt das von der MEDAS ermittelte Belastungsprofil (vgl. Urk.

7/48 S.

65 und die Einschätzung von Dr. D.____ im Bericht vom 18.

August 2010, wonach der Zustand seit Monaten stabil sei;

Urk. 7/28 S.

5). 5. 5

Für die Ermittlung des Valideneinkommens, ist entscheidend, was der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns, im vorliegenden Fall am

1.

Februar 2010, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunder tatsächlich verdient hätte.

Die IV-Stelle verweist bezüglich Berechnung des Invaliditätsgrades auf die Verfügung der SUVA vom 5. Oktober 2010 (Urk. 7/31). Die SUVA hatte das

Valideneinkommen

für das Jahr 2010 im Betrag von Fr.

84'500.-- gestützt auf die Angaben der Arbeitgeberin ermittelt (Fr. 6'500.-- mal 13; Urk. 7/29/5; vgl. auch Urk. 7/4/1-5

Ziff. 2.11), was

auch vom Beschwerdeführer nicht beanstandet wird und einzig zur Bemerkung Anlass gibt, dass dabei zu Recht weder die seit 1988 bestehende Anstellung als Hauswart noch die frühere Nebentätigkeit bei einer Reinigungsfirma berücksichtigt wurde.

Bei der Hauswartstelle

wurden die effektiven Arbeiten gemäss Auskunft des Beschwerdeführers von seiner Frau und deren Bruder ausgeführt, an die er den Lohn jeweils weitergeleitet habe; die Reinigungstätigkeit habe er einige Zeit vor dem Unfall wegen vermehrter Arbeit am Abend und am Wochenende (Pikett) aufgeben müssen (Urk. 7/30/12-14 S.

1).

Sowohl der Versicherte als auch der Arbeitgeber schlossen eine zukünftige Tätigkeit am bisherigen Arbeitsplatz aus (Urk. 7/28/2-7 S. 5), so dass – obwohl der Beschwerdeführer auch im Begutachtungszeitpunkt noch in ungekündigter Stellung stand (Urk. 7/47/1-62 S. 33) – für die Bestimmung des Invalideneinkommens praxisgemäss die Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) heranzuziehen sind. Nicht übernommen werden kann demgegenüber das von der SUVA aufgrund „Abklärungen in verschiedenen Betrieben“ ermittelte

Invalideneinkommen von Fr. 54'379.--, zumal aus den vorliegenden Akten die konkrete Berechnung des Invalideneinkommens nicht ersichtlich ist (vgl. im Übrigen zur fehlenden Bindungswirkung der Invaliditätsschätzung der Unfallversicherung für die Invalidenversicherung BGE 133 V 549 E. 6). Das von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug im Jahr 2010 Fr. 58'812.-- (Fr. 4'901.-- x 12; LSE 2010, S.

26, Tabelle TA1, Total, Männer, Anforderungsniveau 4). Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft, 10-2013, S. 94 Tabelle B9.2) ergibt sich ein Einkommen von Fr. 61'164.--. 5.6

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) um maximal 25 % zu kürzen, wenn persönliche und berufliche Merkmale wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität respektive Aufenthaltskategorie oder Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben und die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_325/2013 vom 22. Oktober 2013 E. 4.1 mit Hinweisen). Dem 61 Jahre alten, 29 Jahre beim selben Arbeitgeber angestellten Beschwerdeführer, der neben den invalidisierenden Beschwerden an der rechten Schulter noch an zahlreichen anderen – wenn auch keine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründenden

– Gesundheitsproblemen leidet

und dessen Betätigungsmöglichkeiten

schlechter bedingt eingeschränkt sind,

ist ein leidensbedingter Abzug von 15

% zu gewähren, woraus sich ein Invalideneinkommen von Fr. 51'989.-- und eine Einkommenseinbusse von Fr. 32'511.-- ergibt. Bei Gegenüberstellung des Valideneinkommens resultiert ein unter der rentenbegründenden Grenze liegender Invaliditätsgrad von 38 %.

Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen. 6.

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis

IVG ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert unter Berücksichtigung des gesetzlichen Rahmens (Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.--) auf Fr. 700.-- festzusetzen und dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Sandra Esteves

Gonçalves - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4 .

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 1. Juli bis und mit dem 1. August sowie vom 1. 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Oertli

E. 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.