

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00843 vom 26. Februar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-02-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2012.00843](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00843)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00843 du 26 février 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00843 del 26 febbraio 2013

## Erwägungen

### E. 2

2.1 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).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht 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).

2.3 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 könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (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).

2.4.1 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5). Spricht die Verwaltung der versicherten Person eine befristete Rente zu und wird beschwerdeweise einzig die Befristung der Leistungen angefochten, hat dies nicht eine Einschränkung des Gegenstandes des Rechtsmittelverfahrens in dem Sinne zur Folge, dass die unbestritten gebliebenen Bezugszeiten von der Beurteilung ausgeklammert bleiben (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Die gerichtliche Prüfung hat vielmehr den Rentenanspruch für den gesamten verfahrensweise geregelten Zeitraum und damit sowohl die Zusprechung als auch die Aufhebung der Rente zu erfassen (Urteil des Bundesgerichts I 526/06 vom 31. Oktober 2006 E. 2.3 mit Hinweisen).

### 3.1.1.1

3.1.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich im angefochtenen Entscheid gestützt auf das G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 (Urk. 7/150) auf den Standpunkt, die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei seit August 2004 in seiner angestammten Tätigkeit als Krankenpfleger zu 100 % eingeschränkt. In jeder leidensangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sei er ab Juli 2005 zu 50 % und ab Dezember 2005 zu 100 % arbeitsfähig. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 63 % respektive von 25 %, was nach Ablauf des Wartejahres einen Anspruch auf eine befristete Dreiviertelsrente vom 1. August 2005 bis zum 28. Februar 2006 begründe (Urk. 2 S. 5 ff.).

3.2.1 Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, mit Urteil des Sozialversicherungsgerichts des Kantons Zürich vom 24. August 2009 sei die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen worden, um nebst den ergänzenden Abklärungen zum Valideneinkommen konkret beschriebene Mängel am G.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Dezember 2006 zu beheben, nicht aber um eine unzulässige second opinion (zweite Meinung) einzuholen. Die Erwägungen in einem solchen unangefochtenen Rückweisungsentscheid, auf die im Dispositiv verwiesen worden sei, seien verbindlich. Das neue G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 richte sich nicht nach den Vorgaben des Sozialversicherungsgerichts. Darauf dürfe nur abgestellt werden, soweit es dazu diene, die gerügten Mängel zu beheben, was nur teilweise der Fall sei.

Soweit die Zweitgutachter den gleichgebliebenen Gesundheitszustand anders beurteilt hätten - so insbesondere in psychischer Hinsicht -, komme deren Einschätzung aufgrund der formellen Rechtskraft des genannten Urteils kein Beweiswert zu. Ohnehin vermöge das G.\_\_\_\_-Gutachten insbesondere aus psychiatrischer und kardiologischer Sicht nicht zu überzeugen. Es sei nicht nachgewiesen, dass ihm, dem Beschwerdeführer, ab Dezember 2005 eine 100%ige leidensangepasste Erwerbstätigkeit und darüber hinaus die Verrichtung eines Nebenerwerbs zumutbar seien. Schon aus rheumatologischer Sicht sei mit PD Dr. I.\_\_\_\_ lediglich von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit auszugehen. Auch die Berichte von Dr. J.\_\_\_\_ und Dr. K.\_\_\_\_ sowie die Arbeitsversuche würden keinen anderen Schluss zulassen. Es rechtfertige sich daher nicht, für die Zeit nach Februar 2006 von einem höheren Invalideneinkommen auszugehen und die Dreiviertelsrente zu befristen (Urk. 1 S. 4 ff., Urk. 10).

3.3.3 Strittig ist die Befristung der Dreiviertelsrente per Ende Februar 2006. Zu präferieren ist darüber hinaus der gesamte Rentenanspruch (BGE 125 V 413 f. E. 2d mit Hinweisen). Zu klären gilt es dabei insbesondere die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leidensangepassten Tätigkeit und die erwerblichen Auswirkungen.

#### **E. 4**

4.1 Zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet rechtsprechungsgemäss jeweils der Erlasszeitpunkt des angefochtenen Entscheides (BGE 132 V 220 E. 3.1.1, 122 V 77 E. 2b, Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2, je mit Hinweis). Mit Urteil vom 24. August 2009 im Prozess Nr. IV.2007.01273 (Urk. 7/125) war dementsprechend lediglich der Sachverhalt bis zur Verhängung vom 5. September 2007 (Urk. 7/82, Urk. 7/89) geprüft worden. Zutreffend ist, dass kraft Verweisung in der Dispositiv-Ziffer 1 des Urteils (Urk. 7/125 S. 13) die Erwägungen an der formellen Rechtskraft des unangefochtenen in Rechtskraft erwachsenen Urteils teilhaben, soweit sie zum Streitgegenstand gehörten, und dass die Motive, auf die das Dispositiv verweist, für die Beschwerdegegnerin und nunmehr für die hiesige Beschwerdeinstanz verbindlich wurden (vgl. BGE 120 V 233 E. 1; Urteile des Bundesgerichts 9C\_703/2009 vom 30. Oktober 2009 E. 2.2 und 9C\_210/2011 vom 21. April 2011 E. 1.2 mit Hinweisen). Die Erwägungen im Urteil vom 24. August 2009 sind somit für den Sachverhalt bis am 5. September 2007 massgeblich.

Insofern verbindlich festgehalten wurde im Urteil vom 24. August 2009, dass der Beschwerdeführer aufgrund der nach dem Unfall vom 9. August 2001 aufgetretenen Beschwerden am rechten Ellbogen spätestens seit Beginn der Tätigkeit als Krankenpfleger im Altersheim C.\_\_\_\_ per Anfang März 2004 wieder zu 100 % arbeitsfähig war (vgl. Erwägung 4.2.1 des Urteils; Urk. 7/125 S. 6 f.). Im Weiteren wurde in den Erwägungen des Urteils begründet, weshalb auf die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung des G.\_\_\_\_-Gutachtens vom 28. Dezember 2006, wonach der Beschwerdeführer seit August 2004 in seiner angestammten Tätigkeit zu 50 % und in einer körperlich leichten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei (Urk. 7/51 S. 12 f.), nicht abgestellt werden konnte. Und zwar war die Konsens-Konferenz vom 7. Dezember 2006 ohne jene Fachärzte erfolgt (Urk. 7/51 S. 12), welche den Beschwerdeführer zuvor untersucht und begutachtet sowie die rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten vom 18. September 2006 erstellt hatten (Urk. 7/51 S. 15 ff.). Ausserdem war das im rheumatologischen Teilgutachten festgelegte eingeschränkte Anforderungsprofil in der

angestammten Tätigkeit als Krankenpfleger (keine Tätigkeiten mit Tragen von Lasten von mehr als 10-15 Kilogramm) ohne Erläuterungen in der Gesamtbeurteilung nicht mehr berücksichtigt worden (vgl. Erwägung 4.2.2; Urk. 7/125 S. 7 f.). Schliesslich war das Gutachten insbesondere in Bezug auf die kardiologische Gesundheitsproblematik vor dem Hintergrund der übrigen Akten und angesichts der operativen Eingriffe nach dem Herzinfarkt vom 20. August 2004 im August, Dezember 2004 und Januar 2005 sowie angesichts der fachärztlichen Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnden Kardiologen nicht überzeugend (vgl. Erwägung 4.2.3; Urk. 7/125 S. 8 f.).

4.2. Die medizinische Aktenlage ist in Bezug auf die angestammte Tätigkeit nunmehr hinreichend geklärt. Die Parteien sind sich zu Recht darin einig, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Pflegefachmann und Stationsleiter seit August 2004 zu 100 % eingeschränkt ist (Urk. 2 S. 5). Zwar war der Beschwerdeführer von Juni 2008 bis August 2009 in einem 40%igen Pensum in der Nachtpflege bei der Spitex L. und M. angestellt (Urk. 7/132, Urk. 7/135 S. 1, Urk. 7/146, Urk. 7/150 S. 18). Diese Tätigkeit hat er nach seinen Angaben gegenüber den G.-Gutachtern gemäss dem Gutachten vom 2. September 2010 jedoch lediglich versuchsweise aufgenommen und wegen der Notwendigkeit, Patienten zu heben, respektive wegen zunehmender Rückenbeschwerden sowie wegen der als belastend erlebten Nachtarbeit wieder aufgeben müssen (Urk. 7/150 S. 18 und S. 22). Der Kardiologe Dr. K. attestierte in der Folge vom 2. bis 13. August 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 7/135 S. 2) und der Rheumatologe PD Dr. I. eine solche ab dem 14. August 2009 (Urk. 7/135 S. 3 ff.). Entsprechend gelangten die G.-Gutachter gemäss dem Gutachten vom 2. September 2010 nachvollziehbar begründet zum Schluss, dass aufgrund der gegenüber dem G.-Vorgutachten vom 28. Dezember 2006 (Urk. 7/51) im Wesentlichen unveränderten dominierenden positions- und belastungsverstärkten lumbalen Symptomatik eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in Bezug auf die Tätigkeit in der Pflege bestehe. Denn es erscheine nicht als realistisch, dass dabei die gesundheitsbedingten Belastungsgrenzen eingehalten werden könnten. Ausserdem sei im Gegensatz zur Begutachtung im Jahr 2006 aktuell (wieder) eine leichtgradige chronische therapierefraktäre Epicondylopathia humeri radialis am (dominanten) rechten Arm zu diagnostizieren (Urk. 7/150 S. 31 ff.). Mit den Parteien ist vor diesem Hintergrund von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit ab Mitte August 2004 (Verhebetrauma vom 15. August, Herzinfarkt vom 20. August 2004, Urk. 7/8 S. 50 f., Urk. 7/51 S. 9) auszugehen. Der Beginn des Rentenanspruchs nach Ablauf des Wartjahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG, in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung; ab 2008: Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) wurde unstrittig und zutreffend auf den 1. August 2005 festgesetzt (Urk. 2 S. 2 und S. 7). Ab diesem Zeitpunkt ist die Frage der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit relevant.

4.3. Hinsichtlich der kardiologischen Symptomatik ist mit der aktuellen medizinischen Aktenlage nunmehr ebenfalls geklärt und unstrittig, dass ab dem Herzinfarkt vom 20. August 2004 während den Behandlungen und der Rehabilitation bis zum 10. Juli 2005 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit und vom 11. Juli bis zum 7. Dezember 2005 von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit auszugehen ist, wie dies die Gutachter im G.-Gutachten vom 2. September 2010 darlegten (Urk. 7/150 S. 34 ff.). Dabei würdigten sie nachvollziehbar und korrekt die

bisherige Aktenlage (vgl. zu dieser auch Erwägung 4.2.3 der Urteils vom 24. August 2009, Urk. 7/125 S. 8 f.). Ebenfalls zu folgen ist ihrer zutreffenden Berücksichtigung der aktuellen kardiologischen Befunderhebung und ihrer Feststellung des stabilen Krankheitsverlaufs seit der letzten Stentung vom 4. Januar 2005 (Urk. 7/13 S. 15 ff.). Die darauf geänderte Einschätzung einer 100%igen Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht seit dem 8. Dezember 2005 (Urk. 7/150 S. 36, vgl. auch das kardiologische Teilgutachten von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Kardiologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 23. August 2010, Urk. 7/150 S. 67 f.) berzeugt.

Der Bericht des behandelnden Kardiologen Dr. K.\_\_\_\_ vom 12. Dezember 2011, der den Beschwerdeführer zuletzt am 30. Juni 2011 untersucht hatte (Urk. 7/177), lässt keinen anderen Schluss zu. Auch Dr. K.\_\_\_\_ hielt fest, dass das Beschwerdebild seit 2005 recht konstant sei. Er anerkannte zudem die von Dr. N.\_\_\_\_ durchgeführten Untersuchungen als angemessen und komplett sowie dessen Wertung des Gesundheitszustandes aus kardiologischer Sicht als korrekt. Er hielt lediglich dagegen, dass ihm unter dem Blickwinkel seiner spezialärztlichen Betreuung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit als zu hoch erscheine, da auch die langjährige psychische Stigmatisierung durch das chronifizierte Leiden ohne Besserungstendenz in Rechnung zu stellen sei (Urk. 7/177). Diese Bedenken beziehen sich indes nicht auf den kardiologischen Fachbereich.

4.4 In Bezug auf die Beschwerden am Bewegungsapparat klagte der Beschwerdeführer gemäss dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 über konstant vorhandene lumbale Beschwerden linksbetont mit Ausstrahlung nach gluteal links, in den lateralen Oberschenkel und Fussrücken bis in die Zehen II bis IV links mit belastungs- und positionsabhngiger Verstärkung sowie gelegentlich Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel bei starken Lumbalschmerzen sowie mit intermittierendem Taubheitsgefühl und Kribbelparästhesien am lateralen Oberschenkel links. Die Schmerzen würden sich bei körperlicher Belastung, im Sitzen und beim Gehen verstärken. Daneben seien belastungsabhängige Schmerzen am lateralen rechten Ellbogen mit Ausstrahlung distal und proximal vorhanden, welche beim Heben von Gewichten oder bei Kraftanwendung mit dem rechten Arm auftreten würden (Urk. 7/150 S. 32 und S. 53 f.). Diesbezüglich stellten die Gutachter gemäss dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 (Urk. 7/150 S. 27) respektive die rheumatologische Expertin Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie und Physikalische Medizin sowie Rehabilitation, gemäss ihrem G.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 12. April 2010 (Urk. 7/150 S. 56) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Lumbovertebralsyndrom (ICD-10 M54.4 und M48.8) mit/bei pseudoradikulrer Schmerzausstrahlung in die unteren Extremitäten linksbetont, mögliche dynamische radikuläre Komponente links, und zentraler Spinalkanalstenose L4/5 bei breitbasiger Diskusprotrusion und Hypertrophie der Ligamenta flava, Forameneinengung L4/5 beidseits mit möglicher Irritation der Nervenwurzeln L4 und L5 beidseits (Computertomographie [CT] der Lendenwirbelsäule [LWS] vom Dezember 2009) sowie leichtgradige chronische Epicondylopathia humeri radialis rechts (ICD-10 M77.1). Weiter ist dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 und dem rheumatologischen Teilgutachten zu entnehmen, dass die positions- und belastungsverstrkten lumbalen Beschwerden weitgehend durch die dargestellten degenerativen Veränderungen des Segmentes L4/5 erklärt werden könnten. Dadurch bestehe eine verminderte Belastbarkeit der unteren LWS. Zudem liege

aufgrund der chronischen Epicondylopathia humeri radialis eine leicht verminderte Belastbarkeit des dominanten rechten Arms vor. Identisch mit dem rheumatologischen G.\_\_\_\_-Vorgutachten (Untersuchung vom 18. September 2006, Urk. 7/51 S. 15 ff.) sei bei klinisch und radiomorphologisch unveränderter dominierender lumbaler Symptomatik und trotz der aktuell zusätzlichen leichtgradigen chronischen Epicondylopathia humeri radialis rechts weiterhin von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit auszugehen (Urk. 7/150 S. 32 f. und S. 58 f.). Im Einzelnen enthält das von Dr. O.\_\_\_\_ empfohlene Belastungsprofil im Vergleich zu jenem gemäss dem rheumatologischen G.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 27. Oktober 2006 (Untersuchung vom 18. September 2006; Urk. 7/51 S. 20) folgerichtig zusätzliche Einschränkungen betreffend die rechte obere Extremität. Und zwar sei dem Beschwerdeführer noch eine wechselbelastende Tätigkeit ohne längerdauernde Rückenflexion oder Rückenextension, ohne Zwangshaltungen, ohne Gehstrecken über 30 Minuten, mit Hantieren von Gewichten bimanuell oder mit der linken Hand selten bis maximal 10 Kilogramm, rechts selten bis maximal 5 Kilogramm und ohne repetitive, stereotype Bewegungsabläufe mit dem rechten Arm zumutbar (Urk. 7/150 S. 59). Diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ist wie schon jene gemäss dem G.\_\_\_\_-Teilgutachten vom Herbst 2006 (Urk. 7/51 S.

20; vgl. auch Erwägung 4.2.1 des Urteils vom 24. August 2009, Urk. 7/125 S. 6) nachvollziehbar. Es wurden dabei die geklagten Beschwerden korrekterweise mit Blick auf die objektivierbaren Befunde, das Verhalten und den Krankheitsverlauf gewürdigt (Urk. 7/150 S. 57 ff.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch der behandelnde Rheumatologe PD Dr. I.\_\_\_\_, bei dem der Beschwerdeführer zuletzt am 31. August 2011 eine Konsultation wahrgenommen habe, befand gemäss seinem Bericht vom 24. Januar 2012, dass die von Dr. O.\_\_\_\_ vorgenommene Beschreibung der rheumatologischen Problematik (G.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 12. April 2010, Urk. 7/150 S. 49 ff.) korrekt sei und der Bezug auf das damals fünf Monate alte CT (vom 3. Dezember 2009, Urk. 7/150 S. 56) als valable Beurteilung des anatomisch-pathologischen Zustandes gelten dürfe. Lediglich die attestierte 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeit befand PD Dr. I.\_\_\_\_ als unzumutbar, weil bei solchen Tätigkeiten häufiges Sitzen und damit einhergehend meist repetitive stereotype Bewegungsabläufe respektive bei mittelschweren Arbeiten das Herumtragen von Lasten mit einer Belastung der Arme von mehr als 5-10 Kilogramm verbunden sei. Daher werde der Beschwerdeführer in allen Tätigkeiten früher oder später nicht mehr eine Leistung von acht Stunden an fünf Tagen pro Woche erbringen können. Es sei aus seiner Sicht aufgrund der pathologisch-anatomischen Veränderungen mit dem Schmerzbild, das laut Psychiater auch überlagert sei, nicht vorstellbar, dass der Beschwerdeführer voll arbeiten könne. Das Verrichten einer halbtägigen körperlich leichten Tätigkeit sei indes durchaus vorstellbar (Urk. 7/173 S. 1 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit beurteilte PD Dr. I.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit jedoch nicht allein aus medizinisch-theoretischer und rheumatologischer Sicht, sondern berücksichtigte nebst der psychischen Überlagerung auch mutmassliche Anforderungen des Arbeitsmarktes bei körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Er ging mit anderen Worten davon aus, dass derartige Tätigkeiten, wie sie Dr. O.\_\_\_\_ als zumutbar erachtete, auf dem Arbeitsmarkt nicht verfügbar seien, was indes nicht von medizinischer Seite zu beurteilen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_119/2008 vom 22. September

2008 E. 6.2). Im Übrigen wurden eine Belastung der Arme von mehr als 5-10 Kilogramm, langes Sitzen und repetitive stereotype Bewegungsabläufe wurden auch im Belastungsprofil von Dr. O. \_\_\_ ausgeschieden (Urk. 7/150 S. 59).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus invalidenversicherungsrechtlicher Sicht gilt es zudem zu beachten, dass Referenzpunkt für die Verwertung der Restarbeitsfähigkeit der hypothetische ausgeglichene Arbeitsmarkt ist. Daraus folgt, dass für die Invaliditätsbemessung nicht darauf abzustellen ist, ob ein Invalider unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob er die ihm verbliebene Arbeitskraft noch nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (Urteil des Bundesgerichts I 758/02 vom 16. Juli 2003 unter Verweis auf AHI 1998 S. 291). Dabei führt rechtsprechungsgemäss selbst der allfällige Umstand, dass eine versicherte Person zur Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf einen Nischenplatz angewiesen ist, nicht zur Verneinung des Vorhandenseins entsprechender Arbeitsgelegenheiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Urteile des Bundesgerichts I 680/00 und I 714/00 vom 21. Dezember 2001 E. 4 am Ende, U 425/00 vom 29. Januar 2003 E. 4.4, I 819/04 vom 27. Mai 2005 E. 2.1). Entgegen der sinngemässen Ansicht von PD Dr. I. \_\_\_ führen die aus rheumatologischer Sicht zu berücksichtigenden Einschränkungen, wie sie überzeugend von Dr. O. \_\_\_ festgelegt wurden (Urk. 7/150 S. 59), nicht dazu, dass damit nur noch realitätsfremde Einsatzmöglichkeiten verbleiben würden. Zu denken ist etwa an Überwachungs- und leichte Bedienungsarbeiten an Maschinen, leichte Magazinerarbeiten oder Archivarbeiten mit firmeninterner Briefpostverteilung.

#### 4.5 Ä Ä Ä Ä

4.5.1 Ä Ä In psychischer Hinsicht gab der Beschwerdeführer gegenüber dem G. \_\_\_-Gutachter Dr. med. P. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, der nach der Untersuchung vom 11. April 2010 (Urk. 7/150 S. 60) das psychiatrische G. \_\_\_-Teilgutachten vom 15. Juni 2010 erstellte, an, dass er im Anschluss an die Rückenbeschwerden und den Herzinfarkt zusätzlich psychische Beschwerden in Form von Angstsymptomen, Herzklopfen und Schlafstörungen entwickelt habe. Die Symptomatik trete vor allem auf, wenn er alleine sei und in der Nacht. Er verspüre Herzdruck, Herzklopfen und Schweissausbrüche. Die Ängste würden anfallsartig ein- bis zweimal pro Woche auftreten (Urk. 7/150 S. 61). Er habe kein Interesse mehr, sei nur noch müde und könne keine Freude mehr empfinden. Er stehe sehr spät auf, gehe teilweise spazieren, helfe sehr wenig im Haushalt, kümmere sich noch um die Rechnungen und erledige Briefe. Er habe keine eigentliche Tagesstruktur, ausser wenn er Termine bei Ärzten habe. Darüber hinaus mache er noch seine Übungen (Urk. 7/150 S. 62). Dr. P. \_\_\_ kam zum Schluss, die beim Beschwerdeführer vorliegende Symptomatik entspreche einer vor allem nach Herzinfarkt pathologischen Realangst, wie sie in der Literatur beschrieben werde. Die verzerrte Wahrnehmung der zugrunde liegenden Krankheit, hervorgerufen durch subjektive Krankheitsvorstellungen, führe häufig zu diesen fehlgeleiteten und verzerrten Interpretationen von körperlichen Krankheitssymptomen. Daraus folge häufig eine ängstliche Aufmerksamkeitsfokussierung. Es setze ein zunehmendes Sicherungs- und Schonverhalten der Patienten ein mit dem Versuch, jegliche Anstrengung zu vermeiden und auch keine Wege mehr zu nehmen, bei denen nicht sofort Hilfe in der Nähe sei. Nach ICD-10 handle es sich bei dieser Störung am ehesten um eine Phobie vom situativen Typ (ICD-10 F40.2).

Eine generalisierte Angststörung, wie sie der G.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, gemäss dem G.\_\_\_\_-Teilgutachten vom 24. November 2006 (Urk. 7/51 S. 22 ff.) diagnostiziert habe, liege nicht vor, da nicht eine frei flottierende Angst vorhanden sei, die eine ständige Nervosität, Muskelverspannung, Schwitzen, Benommenheit, Herzklopfen etc. hervorbringe. Vielmehr würden anfallsartige Angstzustände und Panikattacken in spezifischen belastenden Situationen vorliegen. Es seien zudem die Diagnosen einer Panikstörung (ICD-10 F41) und einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F. 32.0) zu stellen. Der Beschwerdeführer habe berichtet, dass die Symptome unter der Einnahme von Efexor ER 75 mg etwas gebessert hätten. Es könne indes keine längerfristige Invalidität aufgrund der vorliegenden Angststörungen attestiert werden. Erst nach Ausschöpfung sämtlicher ambulanter und stationärer Behandlungsmassnahmen könne eine längerfristige Invalidität beurteilt werden. Die Angststörungen und die leichte depressive Episode seien behandelbare Erkrankungen. Entsprechend liege beim vorliegenden Krankheitsbild bisher keine längerfristige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht vor (Urk. 7/150 S. 63 f.).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der interdisziplinären Beurteilung gemäss dem G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 folgten die G.\_\_\_\_-Gutachter dieser Einschätzung (Urk. 7/150 S. 33 f.) und führten zusätzlich aus, wenn man von einer korrekten Diagnose einer generalisierten Angststörung im Jahr 2006 ausgehe, müsse heute (mithin zur Zeit der zweiten G.\_\_\_\_-Begutachtung im April 2010; Urk. 7/150 S. 60) diesbezüglich also eine Verbesserung angenommen werden, indem sich die Ängste sehr viel enger und konkreter auf die kardiologische Situation beziehen würden (Urk. 7/150 S. 34). Insgesamt kamen die G.\_\_\_\_-Gutachter entsprechend zum Schluss, massgebend für die Zumessung der Arbeitsfähigkeit sei aktuell einzig der rheumatologische Befund. Aus psychiatrischer und kardiologischer Sicht liege keine weitere Einschränkung vor, die über das rheumatologische Mass hinausgehe (Urk. 7/150 S. 35).

4.5.2 Ä Ä Es trifft zu, was der Beschwerdeführer vorbringt (Urk. 1 S. 7), nämlich dass den G.\_\_\_\_-Gutachtern kein Bericht des behandelnden Psychologen Dr. J.\_\_\_\_ vorgelegen hatte, was auch der psychiatrische G.\_\_\_\_-Experte Dr. P.\_\_\_\_ explizit festhielt (Urk. 7/150 S. 64). Die G.\_\_\_\_-Gutachter schlossen daher aus der Anamnese und der vorliegenden Medikation, mithin ohne genaue Kenntnis des psychischen Krankheitsverlaufs seit der G.\_\_\_\_-Begutachtung im Jahr 2006, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nicht ausreichend sei. Dabei schlossen sie auch retrospektiv auf eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychische Symptomatik, dies mit der Begründung, sie sei behandelbar (Urk. 7/150 S. 34 und S. 64). Jedoch sind eine Chronifizierung oder Fixierung eines Leidens keine Voraussetzungen für das Vorliegen einer Invalidität. Auch bei einer behandelbaren oder therapierbaren gesundheitlichen Beeinträchtigung kann eine Invalidität gegeben sein. Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit (Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG) bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG, Art. 28a IVG; BGE 127 V 294 E. 4c; Urteil des Bundesgerichts I 72/01 vom 16. September 2002 E. 2.2). Das G.\_\_\_\_-Gutachten vom 2. September 2010 stellt daher in Bezug auf die psychischen Beschwerden für sich allein keine genügende Beweisgrundlage zur Beurteilung der

retrospektiven Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers dar.

Dem nunmehr vorliegenden Bericht des Psychologen Dr. J. \_\_\_ vom 20. Januar 2012 (Urk. 7/175) ist zu entnehmen, dass sich Ende 2007 eine Besserung des psychischen Gesundheitszustandes eingestellt habe. Und zwar habe der psychotherapeutische Fokus am Anfang (ab August 2005) auf der Symptomatik mit Depression, Angst, Schlafstörungen, Schmerzen, Entgegenwirken des sozialen Rückzugs, Konfrontation mit dem dysfunktionalen Alkoholabusus und wiederholter Aufarbeitung der zwischen Ende August 2004 bis Januar 2005 andauernden Todesängste gelegen. Von Januar 2008 bis März 2010 hätten dann lediglich noch unregelmäßige Konsultationen, und zwar nur 10 Sitzungen in 27 Monaten, stattgefunden, in denen hauptsächlich die familiäre und finanzielle Belastung sowie die Zukunftsplanung besprochen worden seien (Urk. 7/175 S. 2). Während dieser Zeit von Juni 2008 bis Anfang August 2009 übte der Beschwerdeführer zudem die 40%ige Erwerbstätigkeit bei der Spitex aus (Urk. 7/135, Urk. 7/146). Im Sommer 2008 habe der Beschwerdeführer sodann auch die Antidepressiva (Efexor) abgesetzt. In den Jahren 2008 und 2009 seien die wichtigsten Gesprächsthemen innerfamiliäre Konflikte und psychische/finanzielle Belastungen wegen der Schule/Ausbildung der Kinder, der Tod eines nahestehenden Bruders sowie schwere gesundheitliche Probleme der Eltern in R. \_\_\_ gewesen. Im Februar 2009 und zwischen Oktober 2009 und März 2010 seien erneut depressive Verstimmungen mit Schlafstörungen, Energie- und Freudlosigkeit, fehlende Zukunftsperspektive, Gereiztheit, Nervosität, innerer Unruhe und Pessimismus aufgetreten. Ende November 2009 sei die antidepressive Behandlung mit Efexor wieder aufgenommen worden. Am 7. April 2010, mithin kurz vor der zweiten Begutachtung durch den psychiatrischen G. \_\_\_-Gutachter Dr. P. \_\_\_ am 11. April 2010 (Urk. 7/150 S. 60 ff.), habe der Beschwerdeführer ihm, Dr. J. \_\_\_, mitgeteilt, dass es ihm „wesentlich gut“ gehe. Er habe erst eineinhalb Jahre später wieder vom Beschwerdeführer gehört, und zwar sei ab dem 20. Oktober 2011 im Rahmen familiärer Belastungen erneut psychotherapeutische Unterstützung wahrgenommen worden. Dabei sei es um den Sohn gegangen. Es hätten bis zum 5. Dezember 2011 drei Gespräche stattgefunden, beim ersten zusammen mit der Ehefrau und der Tochter. Es sei eine psychiatrische Abklärung des Sohnes bei einem Kollegen erfolgt. Zurzeit sei unklar, ob und mit welchem Fokus der Beschwerdeführer eine weitere Behandlung wünsche (Urk. 7/175 S. 1 f.).

Damit ist belegt, dass die in der Herzerkrankung verwurzelte Angstproblematik (Urk. 7/21 S. 5, Urk. 7/51 S. 23), welche gemäß dem psychiatrischen G. \_\_\_-Teilgutachten von Dr. Q. \_\_\_ vom 24. November 2006 zu einer 20-30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit geführt hatte (Urk. 7/51 S. 24 f.), ab Anfang 2008 nicht mehr im Vordergrund stand und sich der psychische Gesundheitszustand insgesamt verbessert hatte. Die psychischen Beschwerden wurden gemäß der Verlaufsbeschreibung von Dr. J. \_\_\_ ab Januar 2008 hauptsächlich noch von psychosozialen und soziokulturellen Belastungen genährt und besserten sich nach einer intermittierenden Verschlechterung zudem nochmals entscheidend ab Anfang April 2010. Vor diesem Hintergrund ist nicht zu beanstanden, dass die G. \_\_\_-Gutachter auf der Grundlage des psychiatrischen Teilgutachtens vom 11. April 2010 von einer Besserung des psychischen Gesundheitszustandes mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgingen, auch wenn sie die vollständige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit letztlich mit der Behandelbarkeit begründeten (Urk. 7/150 S. 3 und S. 61). Der Erfolg der





Sozialversicherungsanstalt (SVA) des Kantons Zürich im Jahr 2004 Fr. 5'400.-- erzielt hatte (Urk. 7/4 S. 1), ist nichts Weiteres bekannt. Den Akten sind insbesondere keine Hinweise über deren Art, Dauer, Regelmässigkeit etc. zu entnehmen. Auch der Beschwerdeführer führte dazu nichts aus und rügte insbesondere nicht, dass die Beschwerdegegnerin dieses Einkommen im angefochtenen Entscheid mit der Begründung nicht berücksichtigt hat, diese Tätigkeit sei nicht regelmässig und über längere Zeit andauernd ausgeübt worden (Urk. 2 S. 6). Es ist somit weder behauptet noch erwiesen, dass der Beschwerdeführer diese Tätigkeit im Gesundheitsfall nebst den anderen Tätigkeiten im Jahr 2005 weitergeführt hätte, weshalb sie beim Valideneinkommen nicht zu berücksichtigen ist.

Bezüglich der im Jahr 2002 erzielten Einkommen aus einer Nebenerwerbstätigkeit bei der U. (vormals: V.) wird auf Erwägung 5.2.2 des Urteils vom 24. August 2009 verwiesen (Urk. 7/125 S. 10). Seither haben sich keine neuen Erkenntnisse ergeben, weshalb davon auszugehen ist, dass diese Tätigkeit im Gesundheitsfall im Jahr 2005 nicht mehr ausgeübt worden wäre.

5.2.5 Insgesamt ist damit von einem Valideneinkommen von Fr. 92'077.15 (Fr. 64'480.-- + Fr. 27'597.15 [Fr. 19'200.-- + Fr. 5'413.95 + Fr. 2'983.20]) im Jahr 2005 auszugehen. Dies entspricht im Jahr 2010 unter Berücksichtigung der branchenspezifischen Nominallohnentwicklungen im Gesundheitswesen (Fr. 64'480.-- : 112,6 x 121,9; Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.93], Abschnitt M-O, 2005: 112,6; 2010: 121,9) und in der Versicherungsbranche (Fr. 27'597.15 : 120,2 x 131,9; BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.93], Abschnitt J-K, 2005: 120,2; 2010: 131,9) einem Valideneinkommen von Fr. 100'089.-- (Fr. 69'805.60 + Fr. 30'283.40).

### E. 5.3

5.3.1 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Ein - in die Bemessung des Valideneinkommens - einbezogenes Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb ist insoweit zu berücksichtigen, als die versicherte Person ein solches trotz ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise weiterhin erzielen kann. Hierfür ist gleich wie beim Haupterwerb massgebend, welche Arbeiten und Leistungen ihr aufgrund ihres Gesundheitsschadens nach ärztlicher Beurteilung noch zugemutet werden können. Dies gilt auch, wenn ein Einkommen mit hohem zeitlichem Einsatz erarbeitet wurde. Allerdings darf allein aufgrund der mangelnden Zumutbarkeit des bisher geleisteten überdurchschnittlichen Pensums nicht automatisch auf eine Invalidität geschlossen werden. Ein solches Vorgehen widerspricht nicht nur dem Grundsatz, wonach die Invalidenversicherung als Erwerbsunfähigkeitsversicherung im Prinzip für eine normale erwerbliche Tätigkeit Versicherungsschutz bietet, sondern auch dem Grundsatz, dass im Rahmen des Einkommensvergleichs invaliditätsfremde Faktoren überhaupt nicht oder dann bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_671/2010 vom 25. Februar 2011 E. 5.2-3 mit Hinweisen).

5.3.2 Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte zur Bestimmung des Invalideneinkommens nebst einer 100%igen leidensangepassten Erwerbstätigkeit,

welchen Lohn sie nach der Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik auf Fr. 62'099.-- im Jahr 2011 festlegte, zudem das von ihr auch (und allein) beim Valideneinkommen angerechnete Einkommen aus der Tätigkeit für die F.\_\_\_\_ im Betrag von Fr. 14'400.-- zusätzlich der Nominallohnentwicklung bis zum Jahr 2011 (Urk. 2 S. 6). Der Beschwerdeführer wendet dagegen ein, es sei nicht erwiesen, dass ihm ab Dezember 2005 nebst dem Haupterwerb auch noch die Verrichtung einer Nebenerwerbstätigkeit zumutbar sei, weshalb kein solches zusätzliches Einkommen hinzugerechnet werden dürfe (Urk. 1 S. 11 f.).

Die Tätigkeit als Krankenpfleger (80 %) und die Tätigkeit als Geschäftsführer der eigenen Gesellschaft (20 %) ergaben zusammen ein 100%iges Pensum (vgl. Erwägungen 5.2.1-2 hiervor). Insofern bestand kein überdurchschnittliches Pensum. Lediglich die zusätzlichen Vermittler- und Maklertätigkeiten für die S.\_\_\_\_ und die T.\_\_\_\_ mit einem durchschnittlichen Jahreseinkommen von insgesamt Fr. 8'397.15 bei unbekanntem zeitlichem Aufwand stellen Zusatzeinkommen aus Nebenerwerb dar. Die G.\_\_\_\_-Gutachter äusserten sich im Gutachten vom 2. September 2010 nicht explizit dazu, ob das von ihnen formulierte Leistungsprofil einer leidensangepassten Tätigkeit auch in Bezug auf die Tätigkeiten als Geschäftsführer, Vermittler und Makler dem Beschwerdeführer zumutbar sei (Urk. 7/150 S. 2 ff.). Dr. med. W.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) erklärte in seiner Stellungnahme vom 18. August 2011, die Tätigkeit bei der F.\_\_\_\_, wie sie vom Rechtsdienst (gemäss dem Zweck der Gesellschaft im Handelsregistereintrag) beschrieben worden sei (vgl. Urk. 7/166 S. 3), entspreche einer leidensangepassten Tätigkeit im Sinne von Punkt 7.3 des G.\_\_\_\_-Gutachtens (Urk. 7/161 S. 4). Dem kann gefolgt werden. Allerdings hatte der Beschwerdeführer die Tätigkeit als Geschäftsführer bei der F.\_\_\_\_ - ebenso wie die übrigen Nebenerwerbstätigkeiten - bis zum August 2005 bereits aufgegeben (vgl. Erwägung 5.2.2 hiervor), so dass deren Zumutbarkeit hier letztlich keine Rolle spielt. Denn es sind mangels eines damit tatsächlich erzielten relevanten Invalideneinkommens ohnehin hypothetische Lohnbeträge anhand statistischer Werte zu ermitteln (vgl. nachfolgend Erwägung 5.3.3; betreffend das mit der 40%igen Tätigkeit bei der Spitex von Juni 2008 bis August 2009, Urk. 7/135, Urk. 7/146, erzielte effektive Einkommen vgl. Erwägung 5.3.4 hernach).

Massgeblich für die Frage der zusätzlichen Berücksichtigung der Nebenerwerbseinkommen beim Invalideneinkommen ist, dass sich die wie oben beurteilte, gutachterlich eingeschätzte Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit ab August 2005 (50 % bis zum 7. Dezember 2005, 70 % vom 8. Dezember 2005 bis 6. April 2010, 100 % ab 7. April 2010; vgl. Erwägungen 4.3-6 hiervor) auf ein durchschnittliches 100%iges Arbeitspensum bezogen hat und nicht auf ein darüberhinausgehendes Pensum und auch nicht auf die bisher ausgeübten Tätigkeiten. Einen anderen Schluss lassen die Ausführungen der G.\_\_\_\_-Gutachten vom 28. Dezember 2006 (Urk. 7/51) und vom 2. September 2010 (Urk. 7/150) nicht zu. So wurden im ersten G.\_\_\_\_-Gutachten und insbesondere in den hier massgeblichen rheumatologischen und psychiatrischen Teilgutachten die Tätigkeiten als Versicherungsvermittler nicht erwähnt und auch nirgends festgehalten, dass der Beschwerdeführer zu mehr als 100 % gearbeitet und/oder mehrere Tätigkeiten nebeneinander ausgeübt habe (Urk. 7/51). Bei der zweiten G.\_\_\_\_-Begutachtung war den Gutachtern zwar bekannt, dass der Beschwerdeführer

zuletzt als Krankenpfleger lediglich zu 80 % und nebenberuflich auf Provisionsbasis als Vermittler für Versicherungs- respektive Finanzgesellschaften sowie ab April 2004 als Geschäftsführer im Umfang von 20 % tätig war (Urk. 7/150 S. 1, S. 20, S. 35 und S. 62). Ihre Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit bezogen sich indes nicht mehr auf diese Tätigkeiten, sondern auf Tätigkeiten mit einem allgemein formulierten, aus rheumatologischer Sicht eingeschränkten Belastungsprofil (Urk. 7/150 S. 35), die aus kardiologischer Sicht zeitweise zudem nur noch in einem 50%igen Pensum zumutbar waren (Urk. 7/150 S. 36). Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach dem Gesagten ist das Invalideneinkommen allein nach den LSE-Tabellen Ihnen unter Berücksichtigung der in Erwägung 4.6 hiervor festgehaltenen Arbeits(un)fähigkeiten (50 % ab August 2005 bis 7. Dezember 2005, 70 % vom 8. Dezember 2005 bis 6. April 2010, 100 % ab 7. April 2010) wie folgt zu bestimmen.

5.3.3 Ä Ä Ausgehend vom durchschnittlichen LSE-Tabellenlohn des Jahres 2004, Anforderungsniveau 4, von Fr. 4'588.-- pro Monat (LSE 2004, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2006, TA 1, S. 53) und unter Berücksichtigung der allgemeinen Wochenarbeitszeit im Jahr 2004 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft, Heft 10/2012, S. 94, Tabelle B9.2, Total 2004) sowie der durchschnittlichen Nominallohnentwicklung im Jahr 2005 (BFS, Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.93], Total, 2004: 113,3; 2005: 114,3) resultiert ein Einkommen im Jahr 2005 von Fr. 57'902.50 (12 x Fr. 4'588.-- : 40; x 41,7; : 113,3; x 114,3). Für das Revisionsjahr 2010 ist sodann unter Berücksichtigung der allgemeinen Wochenarbeitszeit im Jahr 2010 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft, a.a.O., Total 2010) vom LSE-Tabellenlohn von Fr. 61'164.50 (Fr. 4'901.-- x 12 : 40 x 41,6; [LSE 2010, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel 2012, TA 1, S. 26]) auszugehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Davon ist je (2005 und 2010) ein sogenannter leidensbedingter Abzug zu machen, den die Beschwerdegegnerin ohne Begründung ausserhalb ihres Ermessens vernachlässigt hat (Urk. 2 S. 6, Urk. 7/160 S. 1). Dieser darf nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung maximal 25 % betragen und ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er hat sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) Rechnung zu tragen (BGE 129 V 481 E. 4.2.3 mit Hinweisen). Angesichts der konkreten Umstände im Jahr 2005 ist ein Abzug von 20 % angemessen. Denn nebst der multifunktionalen gesundheitlichen Einschränkung in physischer und psychischer Hinsicht ist aufgrund des Arbeitspensums von zuerst 50 % und ab Dezember 2005 von 70 % (vgl. LSE 2004, a.a.O., T6 S. 25, Teilzeit zwischen 50 bis 74 %, Anforderungsniveau 4, Männer) in Kombination mit dem Alter (Jahrgang 1953) und den anfänglichen Dienstjahren (vgl. LSE 2004, a.a.O., S. 26 und TA9-10, S. 65 f.) eine erhebliche Einbusse vom betreffenden durchschnittlichen Lohnniveau zu erwarten. Auch ab April 2010 rechtfertigt sich wegen der durch die Beschwerden am rechten Arm hinzugetretenen Einschränkungen weiterhin ein Abzug von 20 %, obschon dem Beschwerdeführer nunmehr ein 100%iges Arbeitspensum zumutbar war, das die Lohnhöhe bei Männern im Vergleich zum Teilzeitpensum gemäss den statistischen Werten nicht (mehr) reduziert (vgl. LSE 2004, a.a.O., T6 S. 25).

5.3.4 Ä Ä Das von Juni 2008 bis August 2009 mit der 40%igen Tätigkeit bei der Spitex erwirtschaftete tatsächliche Einkommen von insgesamt Fr. 49'098.-- (in 15 Monaten)





- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5. 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.