

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00009 vom 18. September 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-09-18, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2006.00009

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00009 du 18 septembre 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2006.00009 del 18 settembre 2007

Erwägungen

E. 2.1

Streitig und zu präzisieren ist der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers. Die Höhe des Integritätsschadens ist unbestritten (vgl. Urk. 1 S. 2).

E. 2.2

Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf die ärztlichen Beurteilungen davon aus, dass der Beschwerdeführer zu 15 % erwerbsunfähig sei. Weiter sei bei der Berechnung des Valideneinkommens auf den Durchschnitt der in den Jahren 1996 bis 1998 erzielten Einkommen abzustellen, da der Beschwerdeführer jeweils nur zehn Monate pro Jahr gearbeitet habe und während der verbleibenden zwei Monate verreist sei (Urk. 2 S. 3 f.). Er sei nicht teilzeit-, sondern vollzeitbeschäftigt gewesen (Urk. 7 S. 11). Zur Berechnung des Invalideneinkommens sei auf die vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen, wobei kein leidensbedingter Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen sei.

E. 2.3

Dem hielt der Beschwerdeführer entgegen, er leide nach ärztlicher Beurteilung an einem ausgeprägten Schmerzsyndrom mit einhergehender psychischer Beeinträchtigung; es bestehe eine zumindest teilweise bedingte psychische Unfallkausalität. Weiter seien das Validen- und das Invalideneinkommen und somit sein Invaliditätsgrad falsch berechnet worden. Es sei ein Leidensabzug von 20 % vom Tabellenlohn zu gewähren. Dazu habe sich die Beschwerdegegnerin nicht geäussert, weshalb eine Verweigerung des rechtlichen Gehörs vorliege (Urk. 1 S. 2 f.).

E. 3.1

Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) sowie Art. 42 ATSG haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 129 II 504 Erw. 2.2, 127 I 56 Erw. 2b, 127 III 578 Erw. 2c, 126 V 131 Erw. 2b; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 126 I 16 Erw. 2a/aa, 124 V 181 Erw. 1a, 375 Erw. 3b, je mit Hinweisen).

E. 3.2

Die Beschwerdegegnerin hat in der dem angefochtenen Einspracheentscheid zugrunde liegenden Verfügung vom 14. Dezember 2004 (Urk. 8/174) ausführlich dargelegt, weshalb sie bei der Berechnung des Invalideneinkommens keinen Leidensabzug gewährte, und ging dabei auf den vom Beschwerdeführer bereits zu diesem Zeitpunkt geltend gemachten Abzug von 20 % ein (vgl. Urk. 8/174 S. 10). Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt somit nicht vor.

E. 4

Insertionstendinose des Musculus carpi radialis links

E. 4.1

Der Beschwerdeführer stürzte am 24. Juli 1999 mit seinem Fahrrad und verletzte sich dabei an der linken Achsel (Urk. 8/60). Die erste Behandlung erfolgte am 25. Juli 1999 beim Hausarzt (vgl. Urk. 8/93 S. 1) Dr. med. B. ____, Allgemeine Medizin FMH. Dr. B. ____ diagnostizierte eine Schulterkontusion links mit ausgeprägter Impingement-Symptomatik. Er attestierte dem Beschwerdeführer eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 26. Juli 1999 für die Dauer von voraussichtlich 3-4 Wochen, nachdem am 27. Juli 1999 ein Arbeitsversuch gescheitert war (Urk. 8/61). In seinem Überweisungsschreiben vom 7. September 1999 (Urk. 8/67) an Dr. med. C. ____, Orthopädische Chirurgie FMH, führte Dr. B. ____ aus, der Verlauf sei initial fast zu gut gewesen, aber seit Mitte August verspüre der Beschwerdeführer vermehrt Schmerzen in der linken Schulter. Bis zu diesem Zeitpunkt sei die Beweglichkeit und Kraft weitgehend normal gewesen und es seien einzig beim Scher- und Schultergriff links Endphasenschmerzen sowie eine leichte Kraftverminderung feststellbar gewesen. Nun nahmen die Schmerzen zu und habe die Kraft deutlich abgenommen (Urk. 8/67).

E. 4.2

Bildgebend wurde am 10. September 1999 ein Zustand nach Traumatisierung des AC-(Acromio-clavicular)

Gelenks, eine leichte Verschmälerung des subacromialen Raumes ventral, eine intakte Rotatorenmanschette sowie eine retraktile Kapsulitis festgestellt (Urk. 8/63).

E. 4.3

Dr. C. ____ diagnostizierte mit Bericht vom 20. September 1999 (Urk. 8/68) eine AC-Gelenkskontusion sowie ein posttraumatisches Impingement links. Der Beschwerdeführer berichtete über eine sehr dramatische Schmerzzunahme seit Mitte August 1999. Auffallend sei die deutlich abgeschwächte rohe Kraft im Supraspinatus. Zusätzlich habe sich auch im AC-Gelenk eine Irregularität gefunden. Die beginnende adhäsive Kapsulitis würde das schmerzfreie Intervall erklären (Urk. 8/68).

E. 4.4

Am 20. Dezember 1999 (Urk. 8/69) überwies Dr. B. ____ den Beschwerdeführer erneut an Dr. C. _____. Dabei führte der Hausarzt aus, dass die Injektionen loco dolenti eine deutliche Verbesserung der Symptomatik zur Folge gehabt hätten. Die 50%ige Arbeitsleistung könne zwar problemlos erbracht, jedoch nicht gesteigert werden. Arbeiten unter Schulterniveau seien für 5-6 Stunden möglich, Arbeiten über der Horizontalen jedoch lediglich für 3 x 30 Minuten möglich. Im Anschluss an diese Belastung komme

es jeweils zu Schmerzexazerbationen. Weiterhin würden die Schmerzen bei Aussenrotation, vor allem bei Elevation auf Schulterniveau, persistieren. Es liege eine mäßige Atrophie des M. supra- und infraspinatus vor. Weiterhin sei der Jobe-Test positiv und bestehe eine mäßig eingeschränkte Beweglichkeit beim Schultergriff. Die Innen- und Aussenrotation im Schultergriff sei ohne Schmerzen möglich, die Kraft gegen Widerstand sei gut, hier bestehe eine eindeutige Verbesserung (Urk. 8/69).

E. 4.5

Gegenüber Dr. C.____ berichtete der Beschwerdeführer am 14. Januar 2000, dass die linke Schulter noch nicht schmerzfrei sei, es aber ordentlich gehe. Er könne schwimmen und der Bewegungsumfang habe sich fast normalisiert. Gestört werde er noch durch die eingeschränkte rohe Kraft. Sein neues Problem sei die Schwäche im rechten Vorderarm.

Dr. C.____ stellte ein Restimpingement fest. Da die Rotatorenmanschette intakt sei, würde er mit operativen Revisionen zuwarten. Die Schwäche am rechten Arm interpretiere er als Druckschädigung, möglicherweise nach Nerveninnervation. Die Prognose sei üblicherweise gut. Er habe dem Beschwerdeführer eine Handgelenksmanschette abgegeben. Vorerst seien keine weiteren keine Kontrollen geplant (Bericht vom 19. Januar 2000; Urk. 8/70).

E. 4.6

Auf Anfrage der Beschwerdegegnerin führte Dr. B.____ mit Bericht vom 1. März 2000 (Urk. 8/74) aus, dass im Verlauf die Impingementsymptomatik zugenommen habe und der Beschwerdeführer als Maler immer zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig geblieben sei. Bereits ohne Belastung beständen ab 90 bis 120° Abduktion Schmerzen und fänden sich im Supraspinatusbereich noch weitere Schwächen, der Jobe-Test sei positiv. Dr. B.____ diagnostizierte ein persistierendes Supraspinatus-Impingementsyndrom. Bei Arbeiten über Schulterniveau leide der Beschwerdeführer nach subjektivem Beschwerdebild bereits nach 30-60 Minuten an derart starken Schmerzen, dass die Arbeit niedergelegt werden müsse. Bei Arbeiten auf Brusthöhe könne ohne Schmerzen vier bis sechs Stunden gearbeitet werden. Die Arbeitsfähigkeit könne sukzessive gesteigert werden, allerdings sei der Beschwerdeführer aktuell wegen erneuter Schmerzzunahme und einer zusätzlichen Radialisparese rechts zu 100 % arbeitsunfähig. Gegen Ende März 2000 sei aber bereits mit einer vollständigen Arbeitsaufnahme zu rechnen (Urk. 8/74).

E. 4.7

Mit Bericht vom 23. Mai 2000 (Urk. 8/79) hielt Dr. C.____ hinsichtlich des Befundes fest, es bestehe eine ausgeprägte Atrophie der Supra- und Infraspinatusmuskulatur mit entsprechender Abschwächung der rohen Kraft. Die Schulterbeweglichkeit sei praktisch seitengleich und es liege noch eine leichte Restimpingementsymptomatik vor.

E. 4.8

Dr. med. D.____, FMH Neurologie, diagnostizierte mit Bericht vom 10. Juli 2000 (Urk. 8/82) einen Status nach Schulterkontusion im August (richtig: Juli) 1999 mit Atrophie des M. supra- und infraspinatus links und Läsion des N. suprascapularis. Der Beschwerdeführer sei selbständiger Maler und Tapezierer, zu 50 % arbeitsfähig und verrichte leichte Arbeit in voller Stundenzahl (Urk. 8/82 S. 1).

Die klinisch sichtbare Atrophie des M. supra- und infraspinatus links sei nicht nur schmerzbedingt. Es müsse davon ausgegangen werden, dass es anlässlich des Schultertraumas zu einer Kompression beziehungsweise einer Zerrung des N. suprascapularis gekommen sei. Aufgrund der Myographie sei die Prognose eigentlich gut, der Verlauf sei anamnestisch jedoch eher etwas langwierig (Urk. 8/82 S. 2).

E. 4.9

Am 25. August 2000 (Urk. 8/86) hielt Dr. B.____ fest, der Befund habe sich gegenüber der früheren Untersuchung kaum verändert: Die Schulterbeweglichkeit sei unverändert gut mit residueller Impingementsymptomatik, weiterhin bestehe eine ausgeprägte Atrophie des M. supraspinatus und insbesondere des M. infraspinatus. Letztere habe sogar zugenommen, während erstere eher regredient sei. Dr. B.____ führte aus, sich mit der aktuellen Situation zufrieden geben zu können, wenn der Beschwerdeführer nicht Maler wäre. Im privaten Alltag verspüre dieser kaum Nachteile oder Schmerzen, bei der Arbeit aber unvermindert rasche Ermüdung und Schmerzen, oft bereits nach ein paar Minuten, obwohl er regelmäßig seine Muskeln trainiere (Urk. 8/86).

E. 4.10

Gegenüber der Beschwerdegegnerin nahm Dr. B.____ am 1. September 2000 wie folgt Stellung (Urk. 8/88): Mitte Mai 2000 habe er beim Beschwerdeführer persistierende, belastungsabhängige Schmerzen im linken Schultergelenk bei sämtlichen Arbeiten ab Brustniveau festgestellt. Während dieser vor dem Unfall überwiegend linkshändig gearbeitet habe, könne er aktuell links nur während 10 Minuten schmerzfrei arbeiten. Sämtliche bisherigen Therapieversuche hätten keine Verbesserung gebracht. Nun nähmen rechts überlastungsbedingte Schulterschmerzen zu. Hinsichtlich der Befunde verwies Dr. B.____ auf seine Notizen vom Mai, Juni und August 2000, ohne wesentliche Veränderung (Urk. 8/88).

E. 4.11

Vertrauensarzt Dr. med. E.____, Spezialarzt FMH für Orthopädische Chirurgie, hielt mit Bericht vom 29. September 2000 fest, dass offenbar keine Verbesserung eingetreten sei. Der Beschwerdeführer werde von beiden behandelnden Ärzten mit glaubhaften Gründen als weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig eingestuft. Dem sei zuzustimmen (Urk. 8/93).

E. 4.12

Prof. Dr. med. F.____, Wirbelsäulen- und Rückenmarkschirurgie, Schulthess Klinik, kam am 12. April 2001 (Urk. 8/98) zum Schluss, dass eine Operation des Beschwerdeführers keinen Sinn mehr habe, weil die seit eineinhalb Jahren denervierte Muskulatur komplett lipofibromatös umgewandelt sei. Der Beschwerdeführer verführe immer noch über eine volle Funktion des linken Nichtgebrauchsarms und habe sporadische Schmerzen im Schulterblatt und im Bereich der linken Schulter, die mit einer physikalischen Therapie und mit Schmerzmitteln zu behandeln seien. Der heutige Zustand sei in Bezug auf die Denervation der Muskulatur endgültig und mit einer Operation nicht zu verbessern (Urk. 8/98).

E. 4.13

PD Dr. med. G.____, Spezialarzt für Chirurgie FMH, stellte in seinem zuhanden der Beschwerdegegnerin am 15. August 2001 erstatteten Gutachten (Urk. 8/105) folgende,

unfallbedingte Diagnose (Urk. 8/105 S. 11):

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Status nach Schulterkontusion links vom 24. Juli 1999, konsekutiv persistierende vorzeitige Ermüdbarkeit und Schmerzhaftigkeit der Schulter links bei der beruflichen Tätigkeit als Maler und Tapezierer, insbesondere bei Überkopparbeiten, infolge

- Partialläsion (partielle Rupturen) der Supraspinatussehne links im Ansatzbereich mit anamnestisch Impingementsymptomatik unter Dauerbelastung;

- gewisser Restatrophie des M. supraspinatus und infraspinatus links, wahrscheinlich bedingt durch eine peripher-neurogene Läsion am ehesten im Rahmen einer primär übersehenen, partiellen, wenig ausgeprägten oberen Armplexusparese links, differentialdiagnostisch bei N. suprascapularis-Läsion links;

- wahrscheinlich traumatisierter, vorbestehender acromioclavicularen Arthrose links, unter anderem mit kaudaler Osteophytenbildung bei Status nach Claviculafraktur links vor Jahren.

Als unfallfremde Diagnose nannte Dr. G. ___ unter anderem eine Hepatomegalie bei chronischer Hepatitis B, eine konstitutionell enge Subacromialpassage links und einen Status nach Autounfall 1976 mit Traumatisierung der HWS (Urk. 8/105 S. 11).

Die klinische Untersuchung habe eine eher leichtgradige Atrophie der Supra- und Infraspinatusmuskulatur links ergeben. Im Übrigen sei die Schultermuskulatur des Beschwerdeführers im Verhältnis zum Körperhabitus eher überdurchschnittlich kräftig entwickelt. An den oberen Extremitäten sei bei eher Rechtsdominanz (der Beschwerdeführer sei ambidexter: esse links, schreibe rechts, setze bei Malerarbeiten beide Arme gleichberechtigt ein) die cursorisch geprüfte rohe Kraft beidseits gut in allen Segmenten. Die Beweglichkeit der grossen Gelenke sei symmetrisch und nicht eingeschränkt. Insbesondere beim linken Schultergelenk bestehe ein voller Bewegungsumfang. Psychisch sei kein Eindruck einer Befindlichkeitsstörung auszumachen (Urk. 8/105 S. 9 f.).

Anlässlich des Unfalls habe sich der Beschwerdeführer im Rahmen des Kontusionstraumas überwiegend wahrscheinlich eine Partialläsion der Supraspinatussehne sowie eine Traumatisierung einer vorbestehenden acromioclavicularen Arthrose zugezogen. Aufgrund der mit Latenz aufgetretenen Atrophie des M. supra- und infraspinatus und den neurologischen Abklärungen sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer beim Unfall ausserdem eine peripher-neurogene Läsion links, am ehesten im Rahmen einer primär übersehenen, partiellen, wenig ausgeprägten oberen Armplexusparese links erlitten habe (Urk. 8/105 S. 12).

Die aktuelle klinische Untersuchung ergebe ein weitgehend symmetrisches Relief der Schulterweichteile, insbesondere auch bezüglich des M. supra- und infraspinatus. Aufgrund der vollständigen aktiven symmetrischen Flexion/Abduktion/Elevation im Schultergelenk sowie des schmerzfreien symmetrischen Schulter- und Nackengriffs könnten relevante pathologische Veränderungen weitgehend ausgeschlossen werden. Dies gelte nicht für den angenommenen Status nach der erlittenen Armplexusparese links, selbst wenn diese gering gewesen sein sollte. Es entspreche der medizinischen Erfahrung, dass Armplexuszerrungen zu dauerhaften Beschwerden in Form belastungs- und bewegungsabhängiger Schmerzen, vorzeitiger Ermüdbarkeit und Leistungseinbusse

fürhren könnten. Allerdings zeigten grundsätzlich auch Verläufe nach Armplexusschädigungen das Maximum der Symptome in unmittelbarem Nachgang zum Ereignis, mit tendenzieller Abnahme im weiteren Verlauf. Es gebe keine plausible Erklärung für den Verlauf beim Beschwerdeführer, mit initial fast zu gutem Verlauf und anschliessend progressiver Beschwerdeentwicklung und auch Symptomausweitung. Diese von Dr. C. ___ vorerst im Rahmen der beginnenden adhäsiven Kapsulitis beurteilten Beschwerden seien unter diesem Titel spätestens nach restituerter Beweglichkeit des linken Schultergelenks überholt (Urk. 8/105 S. 13).

Aus unfallmedizinischer, somatischer Sicht sei im Rahmen der erlittenen Schulterkontusion von einer kontinuierlichen Beschwerdeabnahme auszugehen, wie sie dem klinischen Verlauf der ersten Wochen entsprochen habe. Im Zusammenhang mit der postulierten peripher-neurogenen Läsion seien dauerhafte Restbeschwerden in Form von bewegungs- und belastungsabhängigen Schmerzen und vorzeitiger Ermüdbarkeit bis zu einem gewissen Grad nachvollziehbar; diese Restsymptomatik falle je nach beruflicher Tätigkeit ins Gewicht: Bei einem Maler müsse der Invaliditätsgrad in der Grössenordnung von 20-25 % angesetzt werden. Dabei sei zu bemerken, dass auch für den Maler mit den verschiedenen Tätigkeitsschwerewichten ein breites Einsatzspektrum bestehe, das eine gewisse Leidensanpassung zulasse. Unter diesem Aspekt sei die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit im Umfang von 75-80 % zu sehen; eine über diesen Erfahrungswerten liegende Arbeitsunfähigkeit sei auf nicht unfallbedingte Faktoren - chronische Hepatitis B, Aethylabusus, Status nach Konsum harter und fortgesetzter Konsum weicher Drogen, konstitutionell enge Subacromialpassage und vorbestehende Acromioclaviculararthrose links - zurückzuführen. Es werde auch vom Beschwerdeführer zugestanden, dass im Rahmen einer beruflichen Neuausrichtung bei geeigneter Tätigkeit eine Erwerbsfähigkeit von 100 % ohne Weiteres erreicht werden könne. Der Beschwerdeführer nenne als Alternative die Tätigkeit als Hilfskraft in einem Behinderten- oder Altersheim. Weiter gereiche dem Beschwerdeführer die beidseitig dominante Einsetzbarkeit der Arme zum Vorteil (Urk. 8/105 S. 14 f.).

Die gesundheitlichen Einschränkungen des Beschwerdeführers wirkten sich auf körperlich belastende Tätigkeiten wie das Manipulieren von Gewichten über 10 kg und insbesondere Arbeiten ab der Horizontalen in Richtung überkopfarbeiten aus. Bei einer leidensangepassten Tätigkeit sei weniger entscheidend, ob die Arbeit sitzend oder stehend ausgeführt werde, sondern vielmehr das Ausmass und die Gleichförmigkeit der körperlichen Belastung und der Sektor - unterhalb oder oberhalb der Horizontalen-, in dem die Arbeit ausgeführt werden müsse. Geeignet seien grundsätzlich sämtliche vorwiegend manuell ausgeführten Tätigkeiten, die körperlich wenig anstrengend und wechselnd belastend seien (Urk. 8/105 S. 17).

Es sei nicht anzunehmen, dass Zusatz- oder Kontrolluntersuchungen entscheidende neue Gesichtspunkte erbringen würden, deretwegen eine wesentliche Abweichung zur jetzigen Beurteilung denkbar wäre. Vielmehr würde durch entsprechende diagnostische Ergänzungsmaßnahmen der heute bereits berücksichtigte Vorzustand bestätigt (Urk. 8/105 S. 19).

E. 4.14

Dr. B. ___ führte mit Schreiben vom 27. August 2001 (Urk. 8/106) zum Gutachten von Dr. G. ___ aus, dieser vergesse bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des

Beschwerdeführers den Umstand, dass bei Überkopfarbeiten häufig beide Arme zugleich eingesetzt werden müssten oder dass bei Arbeiten auf dem Gerüst die nicht arbeitende Hand zur Sicherung benutzt werde. Zudem werde ein Teil der Arbeitsunfähigkeit auf die chronische Hepatitis und den Alkoholabusus des Beschwerdeführers zurückgeführt. Dadurch sei jedoch dessen Arbeitsfähigkeit nie beeinträchtigt gewesen; er sei erst seit dem Unfallereignis von 1999 wieder zunehmend alkoholabhängig (Urk. 8/106).

E. 4.15

Im Auftrag der IV-Stelle erstatteten die Ärzte der Medizinischen Abklärungsstelle (MEDAS) Universitätskliniken H. ___ am 26. November 2003, bei der Beschwerdegegnerin eingegangen am 22. September 2004, ein polydisziplinäres Gutachten (Urk. 8/109), basierend auf den vorhandenen Akten und einer internistischen, neurologischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchung. Darin wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (Urk. 8/109 S. 10):

1. Nervus suprascapularis-Läsion im Rahmen eines Velounfalls mit Schulterkontusion am 24. Juli 1999 (ICD-10 G58.8)
2. Status nach anamnestischer Nervus radialis-Parese rechts mit restitutio ad integrum
3. Subakromiales Impingement bei Verdacht auf Partialruptur des Supraspinatus Schulter links

E. 4.16

Dr. med. I. ___, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erhob gemäß Bericht vom 28. Oktober 2004 (Urk. 8/108) folgenden Befund: Der Beschwerdeführer sei deutlich verlangsamt, verhalten, wirke unsicher und ängstlich, taue erst nach einiger Zeit auf, wirke sehr eigen und erzähle nach und nach seine eindrückliche Lebensgeschichte, sei affektiv deprimiert, habe ein schlechtes Selbstbild, schildere glaubwürdig seine chronischen Schmerzen im Schulterbereich beidseits, wirke zermürbt und hoffnungslos, sein geliebter Beruf bedeute ihm sehr viel und er arbeite sehr gern, könne sich nicht vorstellen, wie er sich beruflich wieder eingliedern solle. Er schildere seine hintergründige Verzweiflung, die ihn auch zu Suizidgedanken bringe, sei jetzt nicht aktiv suizidal (Urk. 8/108 S. 2).

Dr. I. ___ führte aus, es bestehe trotz der eingeleiteten medikamentösen Behandlung weiter ein mittleres bis schweres depressives Zustandsbild mit somatischen Symptomen auf dem Hintergrund eines chronischen Schmerzsyndroms und einer Persönlichkeit, die durch Traumatisierungen (Kindheit, Unfalltod des Bruders etc.) gezeichnet sei (emotionale Instabilität). Die aktuelle starke Verunsicherung im sozialen Bereich belaste den Beschwerdeführer sichtlich sehr. Dr. I. ___ hielt fest, sich nicht vorstellen zu können, wie der Beschwerdeführer in dieser Verfassung in irgend einem Bereich arbeiten solle. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bis auf weiteres eine vollständige Erwerbs- und Vermittlungsunfähigkeit (Urk. 8/108 S. 2).

E. 4.17

Mit Stellungnahme zum MEDAS-Gutachten hielt Dr. B. ___ am 28. Oktober 2004 (Urk. 8/107) zuhanden des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers fest, er habe bei der IV-Anmeldung des Beschwerdeführers dessen Arbeitsfähigkeit noch wesentlich besser, nämlich mit 50 %, eingeschätzt. Er sei mit der aktuellen Einschätzung der

Arbeitsfähigkeit nicht einverstanden. Mit den Untersuchungsbefunden sei er einverstanden. Für eine körperlich leichte, wechselnde Tätigkeit in sitzender Position ohne Beanspruchung der oberen Extremitäten dürfte aufgrund der Untersuchungsbefunde in der Praxis tatsächlich eine dauernde Arbeitsfähigkeit von 50-70 % angenommen werden. Andererseits würden die Gutachter übersehen, dass der Beschwerdeführer im Alltag auch ohne Arbeitstätigkeit wegen seiner Schulter weit mehr behindert sei; er werde alle sechs bis acht Wochen wegen Schmerzen vorzeitig. Diese Belastungsschmerzen seien vermutlich die Folge der Schonhaltung im Schulterbereich und der Atrophie der Muskulatur bei posttraumatischer Nervenläsion. Er habe den Beschwerdeführer im Jahr 2004 nie mehr ohne Schmerzen der beidseitigen Schulterpartie und des Nackens gesehen; bei vollständiger Schonung sei er für wenige Tage fast beschwerdefrei. Haushaltarbeiten könnten für maximal eine halbe Stunde verrichtet werden, anschliessend seien zwei bis drei Stunden Ruhe, Massagen, Wärme oder Schmerzmittel nötig. Da diese Symptomatik seit zwei Jahren progredient sei, komme der Beschwerdeführer langsam an die Grenze seiner Kräfte, nicht nur somatisch, sondern auch psychisch. Er werde deswegen bereits seit Ende 2003 mit Antidepressiva behandelt. Insgesamt bestehe maximal eine 20-30%ige Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (Urk. 8/107 S. 1-2).

5.

E. 5

Synovialitis OSG rechts bei Status nach Distorsionstrauma

E. 5.1

Den zeitnah zum Unfallereignis vom 24. Juli 1999 ergangenen Arztberichten ist zu entnehmen, dass die Verletzung des Beschwerdeführers zunächst einen guten Heilverlauf nahm, er aber seit Mitte August 1999 wieder vermehrt Schmerzen in der linken Schulter verspürte (vgl. Erw. 4.1 und 4.3 vorstehend). Am 14. Januar 2000 berichtete der Beschwerdeführer, bezüglich der linken Schulter noch nicht schmerzfrei zu sein, aber es gehe ordentlich: Er könne schwimmen und der Bewegungsumfang habe sich fast normalisiert; er werde noch durch die eingeschränkte rohe Kraft gestört. Gemäss Dr. C.____ waren zu diesem Zeitpunkt keine Kontrollen mehr geplant (Bericht vom 19. Januar 2000; Urk. 8/70).

Am 1. März 2000 führte Dr. B.____ aus, dass er bereits gegen Ende März 2000 mit einer vollständigen Arbeitsaufnahme rechne (Urk. 8/74 S. 1 unten f.), wobei sich diese Einschätzung auf die Wiederaufnahme der Tätigkeit als Maler bezog. Dennoch attestierte Dr. B.____ dem Beschwerdeführer auch für die folgenden Monate eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. Unfallscheine; Urk. 7/77; Urk. 7/80), ohne diesen Widerspruch zu begründen. Auch Dr. D.____ hielt mit Bericht vom 10. Juli 2000 fest, der Beschwerdeführer sei zu 50 % arbeitsfähig, notierte dies jedoch unter der Rubrik **Sozial** und damit als Auskunft des Beschwerdeführers, nicht als eigene Einschätzung (vgl. Urk. 8/82 S. 1).

Im weiteren Verlauf waren gemäss Dr. B.____ die erhobenen Befunde jeweils unverändert (vgl. Urk. 8/86; Urk. 8/88). Vertrauensarzt Dr. E.____ ging -gestützt auf die Berichte der behandelnden Ärzte - ebenfalls von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit aus (Urk. 8/93).

Insgesamt fehlt es den genannten Berichten an Vollständigkeit und Schlüssigkeit, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann (vgl. vorstehend Erw. 1.4): Dr. D.____ und Dr. E.____ nahmen keine eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers vor, sondern übernahmen diese entweder vom Beschwerdeführer selbst oder von den behandelnden Ärzten. In den Berichten von Spezialarzt Dr. C.____ finden sich sodann keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit; diejenigen von Dr. B.____ sind, wie vorgängig dargelegt, widersprüchlich. Was sodann die Stellungnahmen von Dr. B.____ zum Gutachten G.____ und MEDAS angeht (Urk. 8/106 und Urk. 8/107), so vermögen diese nur wenig zur hier interessierenden Frage der Arbeitsfähigkeit beizutragen, da es sich dabei insbesondere mangels eigener, aktueller Untersuchungen nicht um Arztberichte im Sinne der Beweispraxis handelt (vgl. vorstehend Erw. 1.4).

E. 5.2

Demgegenüber genügen sowohl das Gutachten von Dr. G.____ (Urk. 8/105) wie auch das MEDAS-Gutachten (Urk. 8/109) den praxisgemässen Anforderungen an einen Arztbericht (vgl. vorstehend Erw. 1.4): Beide sind für die streitigen Belange - die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers - umfassend, beruhen auf allseitigen Untersuchungen, wurden in Kenntnis der Vorakten abgegeben, sind in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend und hinsichtlich der Schlussfolgerungen begründet. So kam Dr. G.____ zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte Arbeit als Maler zu 75 bis 80 % zumutbar ist, dies insbesondere, da ein breites Einsatzspektrum und somit eine gewisse Leidensanpassung möglich sei. Mit dieser Reduktion der Arbeitsfähigkeit wird dem Umstand, dass übermässige Belastungen wie zum Beispiel das Malen über Kopf für den Beschwerdeführer nicht günstig sind, Rechnung getragen. Hier ist der Vollständigkeit halber auf die von der Rechtsprechung aufgestellte Definition des ausgeglichenen Arbeitsmarktes im Sinne von Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) zu verweisen, die auch im Bereich der Unfallversicherung Geltung hat (vgl. BGE vom 17. April 2000 in Sachen K.; U 176/98): Ein solcher Arbeitsmarkt 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 Fischer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen als auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 276 Erw. 4b; ZAK 1991 S. 321 Erw. 3b; RKUV 1989 Nr. U 69 S. 180). Ob der Beschwerdeführer tatsächlich eine Stelle als Maler finde, bei der auf seine gesundheitlichen Einschränkungen Rücksicht genommen würde, ist aus unfallversicherungsrechtlicher Sicht deshalb nicht massgeblich.

Weiter kam Dr. G.____ nachvollziehbar zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten, körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit ohne das Manipulieren von Gewichten über 10 kg und unterhalb der Horizontalen zu 100 % arbeitsfähig sei. Dieser Ansicht war denn auch der Beschwerdeführer selbst (vgl. Urk. 8/105 S. 14).

E. 5.3

Demgegenüber kamen die MEDAS-Ärzte zum Schluss, dass der Beschwerdeführer in seinem angestammten Beruf nicht mehr und in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 85 % arbeitsfähig sei. Dabei ist zu beachten, dass die MEDAS-Einschätzung der behinderungsangepassten Arbeitsfähigkeit entsprechend der invalidenversicherungsrechtlichen Fragestellung auch auf unfallfremden Gesundheitsschäden beruhte (vgl. Diagnose; Urk. 8/109 S. 10). Dennoch nahm die Beschwerdegegnerin zugunsten des Beschwerdeführers nicht eine 100%ige (Gutachten G.____), sondern gestützt auf das MEDAS-Gutachten eine 85%ige angepasste Arbeitsfähigkeit an. Dies ist nicht zu beanstanden.

E. 5.4

Hinsichtlich der Frage einer psychischen Beeinträchtigung des Beschwerdeführers, die dieser auf seine Schmerzen zurückführt (vgl. Urk. 1 S. 2), ist Folgendes festzuhalten: Den medizinischen Akten lässt sich zunächst kein Hinweis darauf entnehmen, dass der Beschwerdeführer - trotz dauernder Schmerzen - an psychischen Problemen gelitten hat; weder hat er solche selbst geschildert noch wurden solche ärztlich festgestellt. Dr. G.____ hielt im August 2001 ausdrücklich fest, es bestehe in psychischer Hinsicht kein Eindruck einer Befindlichkeitsstörung (Urk. 8/105 S. 10). Im psychiatrischen MEDAS-Konsilium vom 24. Juni 2003 konnte sodann keine nach ICD-10 diagnostizierbare Störung festgestellt werden. Die infolge der unfallbedingten Aufgabe des Berufs - und, nicht, wie prozessual vorgebracht, der Schmerzen - eingetretene psychische Anpassungsreaktion erreiche kein psychopathologisch bedeutsames Mass: Der Beschwerdeführer äussere Sorgen und Ängste, die in dieser Form eine normale Reaktion auf eine berufliche Veränderung darstellten. Weiter bestätige sich der Eindruck im psychopathologischen Befund im Beurteilungsbogen und im weitgehend unauffälligen Tagesablauf (Urk. 8/109 S. 8 unten f.).

E. 5.5

Dr. B.____ wies mit Stellungnahme vom 28. Oktober 2004 (Urk. 8/107) zum MEDAS-Gutachten erstmals auf psychische Probleme des Beschwerdeführers hin (vgl. Urk. 8/107 S. 2). Da Dr. B.____ Allgemeinmediziner ist, kann jedoch auf diese Angaben nur bedingt abgestellt werden. Zudem ist nicht auszuschliessen, dass Dr. B.____ als Hausarzt des Beschwerdeführers eher zu dessen Gunsten aussagte (vgl. vorstehend Erw. 1.5), zumal zu diesem Zeitpunkt gestützt auf das MEDAS-Gutachten eine Überprüfung der Invalidenrente des Beschwerdeführers anstand (vgl. Urk. 8/166; Urk. 8/167). Dr. B.____ überwies den Beschwerdeführer denn auch an den Psychiater Dr. I.____, der in seinem Bericht an Dr. B.____ vom 28. Oktober 2004 (Urk. 8/108) ausdrücklich festhielt, er gebe dem Beschwerdeführer eine Kopie seines Berichts mit, da dieser wegen dem häufigen IV-Entscheid einen Termin habe (Urk. 8/108 S. 1). Wie es sich mit einer psychisch bedingten Erwerbsunfähigkeit des Beschwerdeführers verhält, kann jedoch schlussendlich offen bleiben, da es ohnehin an der adäquaten Kausalität zum als leicht einzustufenden Unfallereignis vom 24. Juli 1999 fehlt: Bei banalen Unfällen wie z.B. bei geringfügigem Anschlagen des Kopfes oder Übertreten des Fusses und bei leichten Unfällen wie z.B. einem gewöhnlichen Sturz oder Ausrutschen kann der adäquate Kausalzusammenhang zwischen Unfall und psychischen Gesundheitsstörungen in der Regel ohne weiteres verneint werden, weil aufgrund der allgemeinen Lebenserfahrung aber auch unter Einbezug unfallmedizinischer Erkenntnisse davon ausgegangen werden darf, dass ein solcher Unfall nicht geeignet ist, einen erheblichen Gesundheitsschaden zu

verursachen (BGE 120 V 355 Erw. 5b/aa, 115 V 139 Erw. 6a). Zwar ist \hat{A} nach der Rechtsprechung \hat{A} unter Umständen eine Ad \hat{A} quanzbeurteilung auch bei leichten Unfällen vorzunehmen: Ergeben sich aus einem als leicht zu qualifizierenden Unfall unmittelbare Folgen, die eine psychische Fehlentwicklung nicht mehr als offensichtlich unfallunabhängig erscheinen lassen (z.B. Komplikationen durch die besondere Art der erlittenen Verletzung, verzögelter Heilungsverlauf, langdauernde Arbeitsunfähigkeit), ist die Ad \hat{A} quanzfrage als Ausnahme der Regel auch bei solchen Unfällen zu prüfen (RKUV 1998 Nr. U 297 S. 244 Erw. 3b).

Anlass dafür besteht vorliegend jedoch nicht: Die erlittene Verletzung war nicht von besonderer Art; zudem war der - physische - Heilungsverlauf zwar langwierig, erlaubte dem Beschwerdeführer aber zumindest in einer behinderungsangepassten Tätigkeit immer eine Restarbeitsfähigkeit.

E. 5.6

Zusammenfassend ist somit von einer Restarbeitsfähigkeit von 85 % in angepasster Tätigkeit auszugehen. Anlass zu weiteren Abklärungen besteht nicht.

E. 6

Aus der Einheitlichkeit des Invaliditätsbegriffs (Art. 8 ATSG) in der Sozialversicherung folgt, dass die Schätzung der Invalidität, auch wenn sie für jeden Versicherungszweig grundsätzlich selbständig vorzunehmen ist,

mit Bezug auf denselben Gesundheitsschaden praxisgemäss denselben Invaliditätsgrad zu ergeben hat (vgl. BGE 131 V 123 Erw. 3.3.3, 126 V 291 f. Erw. 2a mit Hinweisen; Art. 16 ATSG).

Vorliegend ist nur der unfallbedingte Gesundheitsschaden massgeblich, weshalb der daraus resultierende Invaliditätsgrad nicht mit dem invalidenversicherungsrechtlich bestimmten Invaliditätsgrad übereinstimmen muss.

E. 6.1

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 16 ATSG 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre.

E. 6.2

Für die Ermittlung des Valideneinkommens stellt sich die Frage, was der Beschwerdeführer aufgrund seiner beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände zu erwarten gehabt hätte, wenn er nicht invalid geworden wäre. Dabei entspricht es empirischer Erfahrung, dass die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, weshalb Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens häufig der zuletzt erzielte, der Teuerung sowie der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst ist (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 f. Erw. 3b).

E. 6.3

Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Berechnung des Valideneinkommens auf die bei der Werkstatt A. ___ im Durchschnitt der in den Jahren 1996 bis 1998, vor dem Unfallereignis vom 24. Juli 1999, erzielten Jahreseinkommen, da der Beschwerdeführer jährlich jeweils etwa 10 Monate gearbeitet habe und in der restlichen Zeit auf Reisen gewesen sei. Der jährliche Durchschnitt von Fr. 58'442.-- wurde sodann, indexbereinigt per 2001, auf Fr. 60'575.-- festgesetzt (Urk. 2 S. 4 f.). Vergleichsgrösse bildet der mutmassliche Jahreslohn im Zeitpunkt des Rentenbeginns, der vorliegend auf den 1. August 2001 festgesetzt wurde.

E. 6.4

Nach Angaben des ehemaligen Arbeitgebers des Beschwerdeführers war dieser im Stundenlohn angestellt, dies zu 5 Tagen bzw. 42 Stunden pro Woche (Urk. 8/60 Ziff. 12; Urk. 8/20 Ziff. 9, Ziff. 12). Dass er jeweils nur etwa neun Monate pro Jahr gearbeitet hat und die restliche Zeit auf Reisen verbrachte (Urk. 12/1), wirkt sich nicht auf die Berechnung des hypothetischen Valideneinkommens aus: Entsprechend der Anstellung im Stundenlohn stand es dem Beschwerdeführer offenbar frei, bei geringer Auftragslage in den Wintermonaten nicht zu arbeiten (vgl. Urk. 12/1). Eine Reduktion des zumutbaren erwerblichen Arbeitspensums, ohne dass die dadurch frei werdende Zeit für die Tätigkeit in einem Aufgabenbereich verwendet wird, ist für die Methode der Invaliditätsbemessung ohne Bedeutung: Entscheidend ist, was die versicherte Person als Gesunde tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Wäre sie gesundheitlich in der Lage, voll erwerbstätig zu sein, reduziert sie aber das Arbeitspensum aus freien Stücken, insbesondere um mehr Freizeit zu haben, hat dafür nicht die Sozialversicherung einzustehen (BGE 131 V 51 Erw. 5.1.2).

E. 6.5

Dem Auszug aus dem individuellen Konto des Beschwerdeführers (IK-Auszug, Urk. 8/17) sind für die Jahre 1996 bis 1998 Einkommen von Fr. 47'033.--, Fr. 71'305.-- und Fr. 56'988.-- zu entnehmen. Angesichts dieser Schwankungen rechtfertigt es sich, vom Durchschnitt dieser Einkommen auszugehen: Es ergibt sich ein durchschnittlicher Jahreslohn von Fr. 58'422.--. Dies entspricht weitgehend einem Einkommen, wie es der Beschwerdeführer bei einer Arbeitstätigkeit von 9 Monaten jährlich erzielt hätte: Bei einem Stundenlohn von Fr. 38.-- (Urk. 8/60 Ziff. 13) ergäbe sich bei einer 42-Stunden-Woche ein monatliches Einkommen von Fr. 6'916.-- (Fr. 38.-- x 42 x 4 1/3), mithin ein Jahreseinkommen von Fr. 62'244.-- (Fr. 6'916.-- x 9).

Unter Berücksichtigung der nominalen Lohnentwicklung im Bereich Baugewerbe für die Jahre 1999, 2000 und 2001 in Höhe von -0,5 %, 1,9 % und 2,8 % (Die Volkswirtschaft 5/2006 S. 87 Tabelle B102 lit. F) ergibt sich für das Jahr 2001 ein hypothetisches Valideneinkommen in Höhe von Fr. 64'877.-- (Fr. 62'244.-- x 0,995 x 1,019 x 1,028).

E. 6.6

Hinsichtlich der geltend gemachten Essensentschädigung in Höhe von Fr. 3'000.-- jährlich (Urk. 1 S. 4) ist festzuhalten, dass im Bereich der Beitragspflicht Gewinnungskosten grundsätzlich nur in ihrem tatsächlichen, nachgewiesenen Ausmass berücksichtigt werden dürfen und weitergehende Entschädigungen zum massgebenden Lohn gehören (Hanspeter Käser, Unterstellung und Beitragswesen in der obligatorischen AHV, 2. Auflage, Zürich 1996, S. 165, Rz 4.151). Diese Unterscheidung gilt auch für die geltend gemachten Zulagen: Soweit damit effektive Aufwendungen

ersetzt wurden, handelte es sich nicht um massgebenden Lohn und die Bezüge unterlagen nicht der Beitragspflicht. In diesem Fall können sie auch nicht als Teil des Valideneinkommens gelten. Soweit die erhaltenen Vergütungen über den Ersatz effektiver Auslagen hinausgingen, handelte es sich um massgebenden, der Beitragspflicht unterliegenden Lohn und einen Teil des Valideneinkommens, soweit sie mit der Ausgleichskasse korrekt abgerechnet wurden. Massgebend ist, was im Entstehungszeitpunkt von den Beteiligten als massgebender Lohn deklariert und verabgabt wurde. Was im damaligen Zeitpunkt nicht als Lohn deklariert wurde, lässt sich nicht nachträglich - im Hinblick auf allfällige Versicherungsleistungen - dem der Invaliditätsbemessung zugrunde liegenden Valideneinkommen zuschlagen (Entscheid des hiesigen Gerichts in Sachen T. vom 21. Februar 2005, Prozess-Nr. IV.2004.00192, Erw. 4.7).

Damit bleibt es beim hypothetischen Valideneinkommen in Höhe von Fr. 64'877.--.

E. 6.7

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes 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 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 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 bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7 und seit 2004 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 7/8-2007 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

E. 6.8

Das Invalideneinkommen bestimmt sich entsprechend den gesetzlichen Vorgaben danach, was die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnten. Dabei kann das - vom Arzt festzulegende - Arbeitspensum unter Umständen grösser sein als das ohne gesundheitliche Beeinträchtigung geleistete (BGE 131 V 51 Erw. 5.1.2). Dies entspricht auch dem Grundsatz der Schadenminderungspflicht.

E. 6.9

Angesichts der Zumutbarkeit einer 85%igen behinderungsangepassten Tätigkeit steht dem Beschwerdeführer eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, für die Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE 2000 S. 31, Tabellengruppe A,

Rubrik 'Total', Niveau 4).

Das im Jahr 2000 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'437.-- pro Monat (LSE 2000 S. 31, Tabellengruppe A, Rubrik 'Total', Niveau 4), mithin Fr. 53'244.-- pro Jahr (Fr. 4'437.-- x 12). Der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahr 2001 von 41,7 Stunden angepasst ergibt dies den Betrag von Fr. 55'507.-- (Fr. 53'244.-- : 40 x 41,7). Unter Berücksichtigung der Lohnentwicklung für das Jahr 2001 in Höhe von 2,5 % (Die Volkswirtschaft 5/2006 S. 87 Tabelle B10.2 Rubrik Nominal Total) ergibt sich ein Wert von Fr. 56'895.-- (Fr. 55'507.-- x 1,025) und bei einer Arbeitsfähigkeit von 85 % resultieren Fr. 48'361.-- (Fr. 56'894.50 x 0,85).

E. 6.10

Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellen ohne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellen ohne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Die Verwaltung hat kurz zu begründen, warum sie einen - oder keinen - Abzug vom Tabellenlohn gewährt, insbesondere welche Merkmale sie bei ihrer gesamthaften Schätzung berücksichtigt. Das Sozialversicherungsgericht darf bei der Überprüfung des Abzugs sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd, Erw. 6).

E. 6.11

Die Beschwerdegegnerin nahm keinen Abzug vor, da sie von der maximalen Arbeitsunfähigkeit (15 % gemäss MEDAS-Gutachten anstelle von 0 % gemäss Gutachten G.____) ausgehe und deshalb kein zusätzlicher Abzug herangezogen werden könne (Urk. 8/174 S. 7).

Dem kann nicht gefolgt werden: Einerseits wies auch Dr. G.____ darauf hin, dass der Beschwerdeführer körperlich wenig anstrengende, wechselbelastende Tätigkeiten ausführen sollte (Urk. 8/105 S. 17), so dass er im Vergleich nicht als voll einsetzbar gelten kann. Andererseits wirkt sich Teilzeitarbeit bei Männern - im Gegensatz zu Teilzeit arbeitenden Frauen - erfahrungsgemäss lohnverringern aus (vgl. LSE 2004 S. 29). Es besteht deshalb ein hinreichender Grund, von der Beurteilung der Vorinstanz abzuweichen. Gerechtfertigt erscheint ein Abzug vom Tabellenlohn in Höhe von 10 %. Ein höherer

Abzug ist in Würdigung der Gesamtumstände nicht naheliegend, insbesondere auch da eine weitere Verbesserung der Nervenschädigung und eine Kraftzunahme medizinisch als durchaus möglich betrachtet wurden (vgl. MEDAS-Gutachten, Urk. 8/109 S. 11 Ziff. 6.1.4).

Damit resultiert ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 43'525.-- (Fr. 48'361.-- x 0,9).

E. 6.12

Der Vergleich des hypothetischen Valideneinkommens von Fr. 64'877.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 43'525.-- ergibt einen Erwerbsunfähigkeitsgrad von 32,91 % beziehungsweise gerundet (BGE 130 V 121) 33 %. Damit hat der Beschwerdeführer rückwirkend ab 1. August 2001 Anspruch auf eine Rente basierend auf einem Erwerbsunfähigkeitsgrad von 33 %. Dies führt zur Aufhebung des angefochtenen Entscheides und zur teilweisen Gutheissung der Beschwerde im genannten Sinne.

7. Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Person Anspruch auf den vom Gericht festgesetzten Ersatz der Parteikosten, die nach dem zu beurteilenden Sachverhalt beziehungsweise nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses zu bemessen sind; als weitere Bemessungskriterien nennen die ergänzenden kantonalen Vorschriften (Art. 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie Art. 8 und 9 der Verordnung über die sozialversicherungsgerichtlichen Gebühren, Kosten und Entschädigungen) das Mass des Obsiegens, den Zeitaufwand und die Barauslagen. Unter Berücksichtigung der massgeblichen Kriterien ist die reduzierte Prozessentschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz vom Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 500.-- (inklusive Mehrwertsteuer und Barauslagen) festzulegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass der Beschwerdeführer rückwirkend per 1. August 2001 Anspruch auf eine Rente entsprechend einer Erwerbsunfähigkeit von 33 % hat.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:
 - Rechtsanwalt Michael Ausfeld
 - Försprecher René W. Schleifer
 - Bundesamt für Gesundheit
5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2.

Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift 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.