

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00598 vom 4. Februar 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-02-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00598](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00598)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00598 du 4 février 2009

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00598 del 4 febbraio 2009

## 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 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 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 gültigen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden

hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 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 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

2.5 Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, BGE 122 V 160 f. Erw. 1c, je mit Hinweisen).

2.6 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückweisen, besonders wenn mit dem angefochtenen Entscheid nicht auf die Sache eingetreten oder der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer). Gemäss stndiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückweisung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückweisung in Frage, wenn der Versicherungsstrger auf ein Begehren überhaupt nicht eingetreten ist oder es ohne materielle Prüfung abgelehnt hat, wenn schwierige Ermessensentscheide zu treffen sind, oder wenn der entscheidrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).

### 3.

3.1 Streitig und zu prüfen ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine (ganze) Rente der Invalidenversicherung.

3.2 Die Beschwerdegegnerin macht geltend, gemäss ihren medizinischen Abklärungen sei dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Maler nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen sowie ohne Armvorhalte und berkopparbeiten wäre ihm zu 100 % zumutbar. Ausgehend von einem zumutbaren Erwerbseinkommen ohne Behinderung von Fr. 68'276.-- und einem solchen mit Behinderung von Fr. 52'047.-- ergebe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 16'229.-- resp. ein Invaliditätsgrad von 24 %. Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Rentenanspruch (Urk.2).

3.3.3 Der Beschwerdeführer bringt dagegen vor, er könne wegen der chronischen Hypersomnie überhaupt keine Arbeit in einem Pensum von 100 % ausführen, weil er durch die Schlafattacken nur ca. 3 Stunden pro Tag aktiv sein könne (Urk. 1). Er plädiere auf einen Invaliditätsgrad von 70 % (Urk. 6).

#### E. 4

4.1.1 Aus den medizinischen Akten geht hervor, dass der Beschwerdeführer aufgrund von degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule (Osteochondrose C4 bis C7) seit Jahren immer wieder unter positions- und belastungsverstärkten Nackenschmerzen litt (Urk. 12/15/5). Am 18. August 2003 stürzte er mit dem Wärschekorb auf der Treppe (siehe Urk. 12/95/13), wobei es zu einer Distorsion/Kontusion mit Zunahme dieser Nackenschmerzen kam (Urk. 12/15/5-6). Am 7. März 2004 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Autounfall in Brasilien erneut ein Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma zu. Er wurde deswegen von seinem Hausarzt, Y. \_\_\_\_, an den Neurologen A. \_\_\_\_, überwiesen, welcher ihn am 8. Juni 2004 klinisch untersuchte (Urk. 12/21/7).

4.1.2 Vom 1. Dezember 2004 bis 28. Januar 2005 hielt sich der Beschwerdeführer in der Klinik M. \_\_\_\_, auf, wobei ihm dort gemäß seinen Angaben eine vermehrte Einschlaf tendenz tagsüber auffiel (Urk. 12/106/9). Ab dem 3. August 2005 stand der Beschwerdeführer in Behandlung bei B. \_\_\_\_, (Urk. 12/110/2). Dieser überwies ihn erneut an A. \_\_\_\_, welcher ihn am 28. August und 2. September 2005 klinisch, elektrodiagnostisch und mit EEG untersuchte und eine Beurteilung im Schlaflabor empfahl (Urk. 12/95/47-49). Auf Zuweisung von B. \_\_\_\_, hin wurden in der Folge im Zentrum für Schlafmedizin der Klinik N. \_\_\_\_, zwei Schlafsprechstunden sowie am 26./27. Oktober 2005 eine nächtliche Polysomnographie durchgeführt (Urk. 12/106/9), wobei eine Hypersomnie medizinisch bedingt (nach HWS-Trauma am 7. März 2004), ein Rückenlage-abhängiges obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom leichten Grades sowie periodische Beinbewegungen der Gliedmassen leichten Grades erhoben wurden. Zur Behandlung der Hypersomnie unterzog sich der Beschwerdeführer seither einer Therapie mit regelmäßigen Tagesschlafepisoden sowie Stimulantien (Urk. 7).

#### E. 4.2

4.2.1 Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Y. \_\_\_\_, erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2004 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" ein Cervico-Vertebralsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren Halswirbelsäule C4 bis C7 und Halswirbelsäulenfehlform (Streckhaltung), bestehend seit mindestens 2001, und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" einen Status nach Inguinalhernien-Operation links (Urk. 12/15/1). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei sich verschlechternd (Urk. 12/15/2). Aktuell bestehe unfallbedingt eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maler. Vorläufig sei er im Malerberuf noch arbeitsfähig (Urk. 12/15/1). Eine Umschulung sei sicher dringend indiziert, da in absehbarer Zeit eine Teil- und später eine volle Arbeitsunfähigkeit als Maler drohe (Urk. 12/15/2). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm ganztags zumutbar (Urk. 12/15/4).

4.2.2 In seinem Verlaufsbericht vom 5. April 2006 führte er unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" zusätzlich ein lumbospondylogenes Syndrom links bei Status nach Diskushernie L5/S1 links, bestehend

sei 1984, und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine Colitis ulcerosa, bestehend seit 1974, an (Urk. 12/102/1). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 12/102/2). In der bisherigen Tätigkeit als Maler sei er seit dem 8. März 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/102/1). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm ganztags zumutbar (Urk. 12/102/4).

4.2.2.2. Der Neurologe, A. \_\_\_\_, verwies in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 11./15. Juni 2004 bezüglich Diagnosen auf seinen Bericht an Y. \_\_\_\_, vom 8. Juni 2004. Darin erhob er einen Status nach Halswirbelsäulen-, Beschleunigungs- und Kopftrauma am 7. März 2004 bei/mit residuellem cervico-cephalem muskulärem Schmerzsyndrom, Schwindel mit Verdacht auf Commotio vestibularis, anamnestisch cervico-brachialem Schmerz-Syndrom links sowie leichter neuropsychologischer Beeinträchtigung und vorbestehende belastungsabhängige Vertebralgien bei Status nach Wirbelsäulen-Distorsion/Kontusion (Treppensturz vom 18. August 2003 [Urk. 12/21/7]). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei besserungsfähig. Zur Arbeitsfähigkeit habe er in seinen Untersuchungen nicht explizit Stellung genommen. Aus rein neurologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % für angepasste Arbeiten (Urk. 12/21/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem - im Verfahren des Beschwerdeführers gegen die SUVA beigezogenen - Bericht an B. \_\_\_\_, vom 8. September 2005 diagnostizierte A. \_\_\_\_ eine exzessive Tagesschlafigkeit unklarer Ätiologie (Differentialdiagnose: Narkolepsie, eventuell posttraumatisch, Dyssomnie IR von posttraumatischem cervicalem Schmerzsyndrom [HWS, CTS], psychogen) sowie ein Karpaltunnelsyndrom rechts, demyelinisierend (Urk. 12/95/47). Die Ursache der seit Frühjahr 2005 störenden Hypersomnie und vor allem auch deren möglicher Zusammenhang mit den Unfallereignissen vom 18. August 2003 und 7. April 2004 sei mit seiner ambulanten Untersuchung nicht festzulegen. Obwohl anamnestisch eine relevante Hypersomnie bestehe, könnten die Beschwerden nicht eindeutig einer Entität zugeordnet werden. Es fehlten genügende Kriterien für ein Schlafapnoe-Syndrom oder eine Narkolepsie. Die Zusatzuntersuchung mit EEG habe keinen weiteren Hinweis darauf, insbesondere auch nicht auf das Vorliegen einer Narkolepsie, gegeben. Das zervicale Schmerzsyndrom habe sich nicht in der Weise verändert, dass es diese neu manifeste Schlafstörung (zeitlich klar abgegrenzt von eingangs erwähntem Unfall) genügend erklären könnte; eine Schlafstörung mit (nicht anfallsweiser) Tagesschlafigkeit sei jedoch bereits in früheren Abklärungen erwähnt worden (Urk. 12/95/48). Aus neurologischer Sicht sei der Beschwerdeführer ambulant nicht weiter abklärbar. Er empfehle jedoch eine Beurteilung in einem Schlaflabor hinsichtlich organischer Schlafstörungen (inkl. eventuell HLA-Bestimmungen), eventuell in Kombination mit psychiatrischer Beurteilung (bzw. Absprache mit dem bereits behandelnden Psychiater [Urk. 12/95/49]).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In seinem Verlaufsbericht vom 19. Juni 2006 hielt A. \_\_\_\_ fest, er habe den Beschwerdeführer letztmals am 2. September 2005 untersucht. Die Arbeitsfähigkeit habe er dannzumal nicht beurteilt. (Urk. 12/113/1). Er verweise diesbezüglich auf den Bericht des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N. \_\_\_\_ vom 8. November 2005 (Urk. 12/113/3-4).

4.2.3.2. Im Austrittsbericht der Klinik M. \_\_\_\_ vom 15. Februar 2005 wurden unter dem Titel "Diagnosen" der Treppensturz mit Halswirbelsäulen-Distorsions-/Kontusionstrauma und Exazerbation eines vorbestehenden Zervikovertebralsyndroms bei degenerativen

Veränderungen der unteren Halswirbelsäule (Unfall vom 18. August 2003), der Autounfall vom 7. März 2004 in Brasilien mit Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma bei/mit zervikozepalem und zervicobrachialem Schmerzsyndrom links, Schwindel bei fraglicher Commotio vestibularis (bei Austritt im Hintergrund) sowie einer leichten neuropsychologischen Beeinträchtigung (gemäss neurologischer Beurteilung durch A.\_\_\_\_ vom 8. Juni 2004), zur Zeit in Remission, ein lumbospondylogenes Syndrom links, bestehend seit 1984, zur Zeit in Remission, eine Rezidivhernie inguinal links bei Status nach Herniotomie 1987, eine beginnende Leistenhernie rechts sowie akute Grosszehenschmerzen rechts bei Austritt (Differentialdiagnose: Gichtanfall bei leicht erhöhter Harnsäure) aufgetreten. Die aktuellen Probleme bestanden in belastungs- und bewegungsverstärkten Schmerzen im Bereich der Hals- und Brustwirbelsäule, vom Nacken bis zur Stirn ausstrahlend, sowie in linksbetonten Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Die letzte berufliche Tätigkeit als Maler sei nicht (mehr) zumutbar, da die Anforderungen zu hoch seien (längerdauernde Malerarbeiten). Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten (ohne längerdauernde Tätigkeiten über Brusthöhe sowie vorgeneigt) seien ganztags zumutbar. Diese Zumutbarkeitsbeurteilung sei aus rein unfallkausalen Sicht erfolgt. Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Leistenhernienproblematik links sei vorläufig vom Hantieren von Lasten abzuraten (Urk. 12/44/1).

4.2.4.4 B.\_\_\_\_ erhob in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. August 2006 unter dem Titel "Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine Hypersomnie medizinisch bedingt, bestehend seit ca. Dezember 2004, bei Status nach Halswirbelsäulentrauma am 7. März 2004, sowie ein chronisches Cervicalsyndrom bei Osteochondrose der Halswirbelsäule, bestehend seit Dezember 2001, und Status nach zweimaligem Halswirbelsäulen-Trauma (18. August 2003 und 7. März 2004) und unter dem Titel "Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit" eine Colitis ulcerosa, bestehend seit 1974, einen Status nach Inguinalhernien-Operation links (1987), eine Diskushernie L5/S1 (2001) sowie ein leichtgradiges obstruktives Schlafapnoe- sowie Restless-leg-Syndrom (bestehend seit Oktober 2005 [Urk. 12/110/1]). Der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers sei stationär (Urk. 12/110/2). In seiner angestammten Tätigkeit sei er seit dem 7. März 2004 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 12/110/1). Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ihm seit Sommer 2006 während ca. 20 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 12/110/4).

4.2.5.5 E.\_\_\_\_, zertifizierter Spezialist für Schlafmedizin, und F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, speziell Lungenkrankheiten, vom Zentrum für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ erhoben in ihrem Bericht an B.\_\_\_\_ vom 8. November 2005 unter Bezugnahme auf die internationale Klassifikation von Schlafstörungen (ICSD) eine Hypersomnie medizinisch bedingt (nach HWS-Trauma am 7. März 2004), ein Rickenlage-abhängiges Schlaf-Apnoe-Syndrom (ICSD 780.53.-0) leichten Grades sowie periodische Bewegungen der Gliedmassen (ICSD 780.52-4) leichten Grades (Urk. 12/106/9). Ihre polysomnographischen Resultate des Nachtschlafes hätten ein leichtgradiges Schlafapnoe-Syndrom mit einigen gemischten Hypopnoen, insbesondere während des Schlafes in der Rickenlage, dokumentiert. Weil der Beschwerdeführer nur kurzzeitig in der Rickenlage verweilt sei, sei der Apnoe-Hypopnoe-Index mit 16,1 pro Stunde nur leicht erhöht ausgefallen. In der ersten Nachthalfte hätten periodische Beinbewegungen bestanden, welche zu vereinzelt Weckreaktionen und Schwankungen

der Atmung gefÃ¼hrt hÃ¤tten. Insgesamt seien diese somatischen StÃ¶rungen im Schlaf von geringer AusprÃ¤gung gewesen. Die in den Einschlaftests tagsÃ¼ber gemessenen Einschlafzeiten seien bei allen Nickerchen pathologisch verkÃ¼rzt gewesen mit einer mittleren Schlaflatenz von 0,9 Minuten. Wegen des Fehlens von REM-Schlaf kÃ¶nne eine Narkolepsie ausgeschlossen werden. Die Resultate entsprÃ¤chen jedoch einer schweren primÃ¤ren Hypersomnie. Die sehr kurzen Einschlafzeiten tagsÃ¼ber kÃ¶nnten nicht durch eine ungenÃ¼gende SchlafqualitÃ¤t oder Schlafdauer des vorangegangenen Nachtschlafes erklÃ¤rt werden, weil der Nachtschlaf von akzeptabler SchlafqualitÃ¤t gewesen sei und eine Dauer von 5 Stunden und 5 Minuten gezeigt habe. Weil eine deutliche VerÃ¤nderung des Schlafverhaltens des BeschwerdefÃ¼hrers seit dem Unfall vom 7. MÃ¤rz 2004 eingetreten sei, bestehe sehr wahrscheinlich ein Zusammenhang der Hypersomnie mit mikrostrukturellen VerÃ¤nderungen im Stammhirn nach HalswirbelsÃ¤ulen-Distorsions-Trauma (Urk. 12/106/11).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Darauf hingewiesen, dass die vermehrte Einschlafneigung nicht unmittelbar nach dem Unfall vom 7. MÃ¤rz 2004, sondern erst anÃ¤sslich des Aufenthaltes in der Klinik M.\_\_\_\_ (Dezember 2004) aufgetreten sei, fÃ¼hrten E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ in ihrem Bericht an den damaligen Rechtsvertreter des BeschwerdefÃ¼hrers vom 31. MÃ¤rz 2006 aus, ihnen sei die mehrmonatige Zeitspanne zwischen dem Unfall und dem Reha-Aufenthalt in M.\_\_\_\_ nicht bewusst gewesen. Sie kÃ¶nnten jedoch gut nachvollziehen, dass der medizinische Fokus in den ersten Monaten nach dem Unfall auf anderen Beschwerden gelegen habe, so dass die Schlaf-/Wachproblematik erst spÃ¤ter thematisiert und vom BeschwerdefÃ¼hrer wahrgenommen worden sei. Nach den bisherigen Therapieresultaten verbleibe beim BeschwerdefÃ¼hrer auch unter Therapie eine relevante Einschränkung der ErwerbsfÃ¤higkeit. Es sei noch zu frÃ¼h, Angaben zum zeitlichen Umfang einer seinem Leiden angepassten TÃ¤tigkeit zu machen, da der BeschwerdefÃ¼hrer erst seit wenigen Wochen in adÃ¤quater Behandlung fÃ¼r sein Hauptleiden einer primÃ¤ren Hypersomnie sei (Urk. 12/106/4).

Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã Ã In ihrem - vom BeschwerdefÃ¼hrer im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten - Bericht an B.\_\_\_\_ vom 14. Mai 2007 fÃ¼hrten E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ bei gleichen Diagnosen wie im genannten Bericht vom 8. November 2005 aus, die extrem kurzen Einschlafzeiten tagsÃ¼ber nach einem dokumentierten Nachtschlaf von akzeptabler QualitÃ¤t entsprÃ¤chen einer schweren und behindernden Einschlafneigung, wie dies gelegentlich auch bei der Schlafkrankheit Narkolepsie gesehen werde. KÃ¶rperliche InaktivitÃ¤t von weniger als einer Minute kÃ¶nne beim BeschwerdefÃ¼hrer bereits mit Einschlafen oder einem DÃ¶rsezustand verbunden sein. Einsprechend sei diese Einschlafneigung in Situationen, die eine anhaltende Aufmerksamkeit erforderten, sehr behindernd. Weil Tagesschlafepisodes beim BeschwerdefÃ¼hrer nur fÃ¼r eine kurze Zeit von ein bis zwei Stunden etwas Linderung seiner SchlÃ¤frigkeit und MÃ¼digkeit bewirkt hÃ¤tten, hÃ¤tten sie bei ihm eine medikamentÃ¶se UnterstÃ¼tzung des Wachzustandes eingeleitet. Weil das Medikament Modasomil keinen deutlichen Effekt gezeigt habe, sei auf eine Behandlung mit Ritalin gewechselt worden. Die bisherige Erfahrung mit dem BeschwerdefÃ¼hrer habe gezeigt, dass die Ritalinbehandlung mit einer tÃ¤glichen Dosis von 50 Milligramm keinen anhaltenden Effekt und eine nur leicht weckende Wirkung zeige. Selbst unter der vom BeschwerdefÃ¼hrer konsequent eingehaltenen Therapie mit Tagesnickerchen und Ritalin verbleibe eine behindernde Einschlafneigung, welche entsprechend mit einer EinschrÃ¤nkung der ErwerbsfÃ¤higkeit einhergehe. Durch mehrere

kürzere Nickerchen und Ruhezeiten im Verlaufe eines Tages und durch eine zu versuchende Dosiserhöhung von Ritalin oder durch einen Einsatz von Metaamphetamin könnte die Schlaflosigkeit eventuell etwas besser kompensiert werden (Urk. 7).

4.2.6.1 C. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht an die SUVA vom 24. Oktober 2005 eine Anpassungsstörung bei chronischen Schmerzen und psychosozialer Belastung mit Angst und Depressivität bei Status nach Autounfall (ICD-10 F43.22, F43.23 und F43.24). Der Beschwerdeführer habe durch den Autounfall eine neue Gesundheits- und Lebenssituation erlebt, welche er vorher nicht gekannt habe. Die daraus resultierenden Konsequenzen führten zu einer starken psychischen Belastung. Er brauche eine Weiterführung der psychiatrischen Behandlung zur Stabilisierung seiner Gesundheits- und Lebenssituation (Urk. 12/106/7).

4.2.7.1 D. \_\_\_ führte in seinem Bericht an B. \_\_\_ vom 6. Januar 2006 aus, die kreisärztliche Untersuchung vom 5. Januar 2006 habe somatisch bei auffälligem Probanden nur sehr diskrete Befunde mit minimaler Druckdolenz ohne wesentliche Verspannung der linksseitigen Nackenmuskulatur, keine Triggerpunkte und nur eine geringe allseitige aktive Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule ergeben. Bildgebend seien eindeutige degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule nachgewiesen mit konstitutioneller relativer Enge des Spinalkanals (Urk. 12/95/7). Bis anhin sei andauernd eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maler-Vorarbeiter besttigt worden. Dies möge im Rahmen der Abklärungen und Behandlungen richtig sein. Aufgrund der heutigen Untersuchung sei indessen mindestens eine Teilarbeitsfähigkeit auch in der angestammten Tätigkeit denkbar. Anlässlich der stationären Rehabilitation in M. \_\_\_ sei ein Zumutbarkeitsprofil ausformuliert worden, wobei vorwiegend auf die Arbeitsposition und die Belastungsfähigkeit Bezug genommen worden sei. Somatisch seien aufgrund der heutigen Untersuchung minimale Einschränkungen festzuhalten. Ob zusätzliche Einschränkungen bezüglich der psychiatrischen Diagnosen und typischen Beschwerden unfallbedingt beständen, sei aufgrund der Adäquanz-Prüfung festzulegen. Eine IV-Umschulung sei wegen der Schlafstörungen abgebrochen worden. Er denke, bei einer allfälligen Besserung dieses Beschwerdekompleses könnte eine berufliche Tätigkeit im vorgesehenen Rahmen wieder aufgenommen werden. Dies sei aber aufgrund der heutigen Fakten unfallfremd und werde im Rahmen der Unfallfolgen nicht abschliessend beurteilt (Urk. 12/95/8).

4.2.8.1 G. \_\_\_ vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2007 fest, beim Beschwerdeführer liege ein komplexes Krankheitsgeschehen vor mit vorherrschend internistischen, orthopädischen und psychiatrischen Beschwerden sowie bei ausgeprägter Hypersomnie. Anhand der medizinischen Berichterstattung könne gesamtheitlich betrachtet, aber vor allem aufgrund der orthopädischen Beschwerden, von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Maler ausgegangen werden. Leichte (angepasste) Tätigkeiten mit Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwanghaltungen sowie ohne Armvorhalte und Nebkopfarbeiten seien dem Beschwerdeführer hingegen medizinisch-theoretisch noch zu 100 % zumutbar (Urk. 12/119/7).

#### **E. 4.3**

4.3.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellt sich - gestützt auf die entsprechende Stellungnahme von G. \_\_\_ vom RAD vom 19. Januar 2007 (Urk. 12/119/7) - auf den Standpunkt, dem Beschwerdeführer sei die bisherige Tätigkeit als Maler nicht mehr, eine angepasste Tätigkeit in Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen sowie ohne Armvorhalte und Aushilfsarbeiten jedoch ganztags zumutbar (Urk. 2).

4.3.2.1 Mit Blick auf die in den Berichten von Y. \_\_\_ an die Beschwerdegegnerin vom 4. Mai 2004 (Urk. 12/15/1-4) und 5. April 2006 (Urk. 12/102/1-4), im Austrittsbericht der Klinik M. \_\_\_ vom 15. Februar 2005 (Urk. 12/44/5-6) sowie im Bericht von Kreisarzt D. \_\_\_ an B. \_\_\_ vom 6. Januar 2006 (Urk. 12/95/13) gemachten Feststellungen besteht in der Tat kein Grund zur Annahme, dass die von ihnen gestellten orthopädischen und rheumatologischen Diagnosen (vgl. Erwägungen 4.2.1, 4.2.2 und 4.2.3) die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer angepassten Tätigkeit massgeblich beeinträchtigen könnten. Y. \_\_\_, die Ärzte der Klinik M. \_\_\_ sowie D. \_\_\_ haben denn dem Beschwerdeführer für eine angepasste Tätigkeit auch ausdrücklich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert. Diese Einschätzung lässt sich insbesondere auch mit den Ergebnissen des am 5. Oktober 2005 im Radiodiagnostischen Institut O. \_\_\_ durchgeführten KM-verstärkten MRT der Halswirbelsäule (Urk. 12/95/46) in Einklang bringen und erscheint deshalb überzeugend.

4.3.2.2 B. \_\_\_ stellte sich in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. August 2006 demgegenüber zwar auf den Standpunkt, dem Beschwerdeführer sei eine behinderungsangepasste Tätigkeit während lediglich 20 Stunden pro Woche zumutbar (Urk. 12/110/4). Mit den von ihm erhobenen - allerdings äusserst knapp gefassten - Befunden ("guter AZ, normaler EZ, leicht eingeschränkte HWS-Beweglichkeit, ansonsten Allgemein- und Neurostatus unauffällig" [Urk. 12/110/2]) lässt sich diese Einschätzung indessen nicht begründen. Gemäss seinen eigenen Angaben berücksichtigte er dabei insbesondere - auch - die Hypersomnie (Urk. 12/110/2). Der Beschwerdeführer selbst führte als Grund für seine Invalidität sodann ebenfalls lediglich die Hypersomnie an (Urk. 1).

4.3.3.1 Es kann deshalb ohne Weiteres angenommen werden, dass beim Beschwerdeführer aus orthopädischer/rheumatologischer Sicht für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen sowie ohne Armvorhalte und Aushilfsarbeiten) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht.

#### **E. 4.4**

4.4.1.1 Was die - vom Beschwerdeführer als Grund für seine Invalidität angeführte - Hypersomnie betrifft, so geht die Beschwerdegegnerin - wiederum gestützt auf die Stellungnahme von G. \_\_\_ vom RAD vom 19. Januar 2007 (Urk. 12/119/7) - davon aus, diese wirke sich nicht massgeblich auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer - den somatischen Befunden - angepassten Tätigkeit aus.

4.4.1.2 Dieser Auffassung kann nicht unbesehen gefolgt werden, und zwar aus folgenden Gründen:

4.4.2.1 Wohl wird in den Berichten von Y. \_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 12/102/1-4) sowie der Klinik M. \_\_\_ vom 15. Februar 2005 (Urk. 12/44) eine allfällige exzessive Tagesschlafrigkeit resp. Hypersomnie des Beschwerdeführers mit keinem Wort

erwähnt. Er scheint die ihm gemäss seinen Angaben erstmals anlässlich des Aufenthaltes in der Klinik M.\_\_\_\_ aufgefallene vermehrte Einschlaf tendenz tagsüber somit weder gegenüber den Ärzten der Klinik M.\_\_\_\_, in welcher er sich vom 1. Dezember 2004 bis 28. Januar 2005 stationär aufhielt, noch gegenüber Y.\_\_\_\_, bei welchem er vom 10. März 2002 bis 6. Juli 2005 in hausärztlicher Behandlung stand (Urk. 12/102), je geussert zu haben. Dementsprechend wurde die betreffende Problematik bei den in diesen Berichten vorgenommenen Beurteilungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht berücksichtigt.

Im Bericht von C.\_\_\_\_, welcher den Beschwerdeführer ab dem 11. August 2005 psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt hatte, an die SUVA vom 24. Oktober 2005 (Urk. 12/106/6-8) wird zwar unter dem Titel "Psychostatus bei der ersten Konsultation am 11. August 2005" angeführt, der Beschwerdeführer habe auch über "grosse Schlafstörungen" geklagt (Urk. 12/106/7). Aufgesucht hatte ihn der Beschwerdeführer aber offenbar, weil er wegen seines psychischen Leidens Hilfe suchte (Urk. 12/106/6). Unter dem Titel "Beurteilung" nimmt denn C.\_\_\_\_ auch ausschliesslich zur psychischen Belastung des Beschwerdeführers Stellung (Urk. 12/106/7-8).

Der Kreisarzt D.\_\_\_\_, hat die Schlafstörungen des Beschwerdeführers in seinem Bericht vom 6. Januar 2006 zwar am Rande erwähnt (Urk. 12/110/27), liess sie, davon ausgehend, dass "dieser Beschwerdekomples aufgrund der heutigen Fakten unfallfremd ist", bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls unberücksichtigt.

Die von G.\_\_\_\_ vom RAD in seiner Stellungnahme vom 19. Januar 2007 (Urk. 12/119/7) zur Begründung seines Standpunktes angeführten Arztberichte enthalten somit in der Tat keine Anhaltspunkte dafür, dass sich die vom Beschwerdeführer geklagte Hypersomnie massgeblich auf seine Arbeitsfähigkeit in einer - den somatischen Beschwerden - angepassten Tätigkeit auswirken könnte.

Wie die nachfolgenden Ausführungen zeigen, hätte G.\_\_\_\_ vom RAD die weiteren in den Akten liegenden Arztberichte, insbesondere diejenigen des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ vom 8. November 2005 und 31. März 2006 (Urk. 12/106/9-12 und Urk. 12/106/3-4), jedoch nicht einfach ausser Acht lassen dürfen.

#### **E. 4.4.3**

Bei der Hypersomnie handelt es sich um eine Form der Schlafstörung mit Schlafbedürfnis und erhöhter Einschlafneigung am Tag. Dabei werden zwei Formen unterschieden: Die "primäre Hypersomnie" mit fast täglichen und über einen längeren Zeitraum auftretenden Zuständen von Schläfrigkeit, die zu deutlichen Einschränkungen der Leistungsfähigkeit führen und nicht durch eine andere physische oder psychische Ursache zu erklären sind, und die "sekundäre Hypersomnie" mit symptomatisch erhöhtem Schlafbedürfnis, zum Beispiel bei Intoxikationen, Pickwick-Syndrom, Schlafapnoesyndrom oder als Schlafanfälle (bei symptomatischer Narkolepsie [vgl. Psyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage, Berlin 2002, Seite 750]).

In der von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen Internationalen Klassifikation von Erkrankungen (International Classification of Diseases) in der 10. Fassung (ICD-10) findet sich das Krankheitsbild "Hypersomnie" einerseits als

"nichtorganische Hypersomnie" im Kapitel V (F [psychische und Verhaltensstörungen]) und andererseits im Kapitel VI (G [Krankheiten des Nervensystems]). Zu ICD-10 F51.1 (nichtorganische Hypersomnie [Seite 208 f.]) wird vermerkt, die Hypersomnie sei definiert "entweder als exzessive Schläfrigkeit während des Tages und Schlafanfänge, die nicht durch eine unzureichende Schlafdauer erklärbar sind, oder als verlängerte Übergangszeiten vom Aufwachen aus dem Schlaf bis zum völligen Wachsein." Bei Fehlen einer organischen Ursache sei dieses Zustandsbild gewöhnlich mit psychischen Störungen verbunden. Als "diagnostische Leitlinien" werden mitunter das Fehlen zusätzlicher Symptome einer Narkolepsie und von klinischen Hinweisen für eine Schlafapnoe sowie das Fehlen eines neurologischen oder internistischen Zustandsbildes, für das die Somnolenz während des Tages symptomatisch sein kann, genannt. Auszuschließen sei eine organische Hypersomnie (G47.1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der von der Amerikanischen Schlafforschungsgesellschaft zusammengestellten Internationalen Klassifikation von Schlafstörungen (International Classification of Sleep Disorders, aktualisierte Version 2005 [ICSD-2]) wird zwischen "idiopathischer Hypersomnie" (definiert als übermäßige Schläfrigkeit am Tage, übermäßig tiefer und/oder langer Schlaf, wahrscheinlich als Folge einer Störung im Gehirn [ICSD 780.54-7]) und "posttraumatischer Hypersomnie" (definiert als übermäßige Schläfrigkeit am Tag infolge einer Verletzung im Gehirn (einem sog. Trauma [ICSD 780.54-8]) unterschieden. In ICSD-2 nicht als eigenständige Kategorie berücksichtigt sind sekundäre Schlafstörungen, das heisst Schlafstörungen, die durch psychiatrische, neurologische oder andere Grunderkrankungen bedingt sind (vgl. <http://www.schlafgestoert.de> und <http://www.schlafzentrum.med.tum.de> ).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die "posttraumatische Hypersomnie" als Beispiel für eine organische Hypersomnie ist Folge einer traumatischen Schädigung des Gehirns. Sie tritt in der Regel unmittelbar nach dem Trauma auf und kann mehrere Wochen oder Monate anhalten. Neben dem Hauptsymptom der Tagesschläfrigkeit bestehen Symptome wie Kopfschmerzen, leichte Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen und Merkfähigkeitsschwäche (vgl. <http://www.schlafzentrum.med.tum.de> , Stichwort "Hypersomnie").

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Laut Dr. med. Karl C. Mayer, Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Heidelberg, bezeichnet man als "idiopathische Hypersomnie" eine vermehrte Tagesschläfrigkeit, ohne dass Kataplexien oder nächtliche Wachzustände auftreten (vgl. <http://www.neuro24.de> und <http://www.orpha.net> , je Stichwort "Hypersomnie").

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ätiopathogenese der "idiopathischen Hypersomnie" ist ungeklärt. Es werden genetische resp. zentralvenöse Ursachen vermutet. Die Diagnosestellung erfolgt durch Ausschluss aller anderen Ursachen für eine Hypersomnie (zum Beispiel Narkolepsie, Schlafapnoe-Syndrom [vgl. <http://www.schlafzentrum.med.tum.de> und <http://www.charite.de>, je Stichwort "idiopathische Hypersomnie"]).

4.4.4 Ä Ä Aufgrund der am 26./27. Oktober 2005 im Zentrum für Schlafmedizin der Klinik N. getätigten Abklärungen steht fest, dass der Beschwerdeführer eine pathologische Einschlafneigung tagsüber aufweist, welche sich nicht durch eine ungenügende Schlafqualität oder Schlafdauer in der Nacht erklären lässt. Während A. im genannten Bericht vom 8. September 2005 die Auffassung vertrat,

deren Ursache sei unklar, und dementsprechend eine exzessive Tagesschlafdrigkeit "unklarer Ätiologie" erhob (Urk. 12/95/48), diagnostizierten E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom Zentrum für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ in den genannten Berichten vom 8. November 2005 und 14. Mai 2007 eine Hypersomnie "medizinisch bedingt" (bei Status nach Halswirbelsäulen-Trauma am 7. März 2004), wobei sie diese als schwere primäre resp. idiopathische Hypersomnie bezeichneten (Urk. 12/106/11, Urk. 7). Laut ihrer Einschätzung geht die Einschlafneigung des Beschwerdeführers - selbst unter konsequent eingehaltener Therapie mit Tagesnickerchen und Ritalin - mit einer Einschränkung der Erwerbsfähigkeit einher (Urk. 7, vgl. Urk. 12/106/4). A.\_\_\_\_ verweist bezüglich allfälliger Auswirkungen der Hypersomnie auf die Arbeitsfähigkeit auf den Bericht des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ vom 8. November 2005 (Urk. 12/113/1).

4.4.5 Mit Blick auf die von E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom Zentrum für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ erhobenen Befunde sowie die von ihnen vorgenommene Beurteilung können relevante Auswirkungen der Hypersomnie auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres verneint werden. Es kann aber auch nicht einfach angenommen werden, dass solche bestehen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zum einen erscheint unklar, um welche Form der Hypersomnie (vgl. Erwägung 4.4.3) es sich handelt. So wurde in den genannten Berichten des Zentrums für Schlafmedizin eine "medizinisch bedingte" Hypersomnie (nach HWS-Trauma am 7. März 2004) erhoben, gleichzeitig aber bemerkt, es liege eine primäre resp. idiopathische Hypersomnie vor, was nach dem Gesagten widersprüchlich erscheint. Wie dargelegt, würde sich bei Fehlen einer organischen Ursache für die Hypersomnie insbesondere auch die Frage stellen, ob diese mit psychischen Störungen verbunden ist (vgl. Erwägung 4.4.3). Während A.\_\_\_\_, welcher seinerseits - unter Ausschluss einer neurologischen Ursache - von einer unklaren Ätiologie der Schlafstörung ausging, in seinem Bericht an B.\_\_\_\_ vom 8. September 2005 - folgerichtig (vgl. <http://www.orpha.net>, Stichwort "Hypersomnie, idiopathische") - nebst der Abklärung im Schlaflabor eine psychiatrische Beurteilung anregte (Urk. 12/95/49), wird in den genannten Berichten des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ angenommen, die Hypersomnie sei Folge des Unfalles vom 7. März 2004. Dementsprechend wird die Frage, ob psychische Faktoren eine Rolle spielen könnten, nicht aufgeworfen (Urk. 12/106/3-4, Urk. 12/106/9-12, Urk. 12/110/20-21 und Urk. 7). Dies wäre aber angezeigt gewesen, zumal aktenkundig ist, dass sich der Beschwerdeführer anfangs August 2005 in psychiatrische Behandlung bei C.\_\_\_\_ begab (Urk. 12/106/6-8); gleichzeitig wurde ihm seitens B.\_\_\_\_ erstmals eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen Hypersomnie attestiert (Urk. 12/68 und Urk. 12/110/2). C.\_\_\_\_ erhob in seinem Bericht an die SUVA vom 24. Oktober 2005, wie erwähnt, eine Anpassungsstörung bei chronischen Schmerzen und psychosozialer Belastung mit Angst und Depressivität bei Status nach Autounfall (ICD-10 F43.22, F43.23 und F43.44). Depressive Störungen können aber klinisch ähnlich verlaufen wie eine Hypersomnie (vgl. <http://www.orpha.net>).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wohl hat die Ursache eines Leidens grundsätzlich keinen Einfluss auf den für die Invaliditätsbemessung relevanten, allein aufgrund der Auswirkungen des Leidens ermittelten Grad der Arbeitsunfähigkeit. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich unbeschrieben der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem

weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar ist (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 29. Dezember 2003 in Sachen K., I 326/03, Erwägung 4.1, mit Hinweisen).

Die Ursache einer Hypersomnie erscheint indessen - abweichend vom genannten Grundsatz - insofern nicht gänzlich unbeachtlich, als je nach dem andere resp. weitere Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Dies gilt nach dem Gesagten insbesondere dann, wenn der Hypersomnie eine psychiatrische Grunderkrankung zugrunde liegt. In diesem Zusammenhang ist der Grundsatz der Selbsteingliederung zu erwähnen. Danach hat die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG (bis 31. Dezember 2002: Art. 31 Abs. 1 IVG) zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der beruflichen Massnahme resp. Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 Erw. 4.b.cc, mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. November 2005 in Sachen G., I 271/05, Erw. 2, mit Hinweisen).

Den Berichten des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ vom 31. März 2006, 25. Juli 2006 und 14. Mai 2007 ist zu entnehmen, dass die Hypersomnie ab November 2005 einerseits mit regelmässigen Tagesschlafepisoden und andererseits zunächst mit dem Stimulans Modasomil und in der Folge, da dieses Medikament keinen deutlichen Effekt gezeigt hatte, mit Ritalin behandelt wurde resp. wird (Urk. 12/106/3-4, Urk. 12/110/20-21 und Urk. 7). Insofern scheint der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nachgekommen zu sein. Im Weiteren hat er zwar im August 2005 mit einer Therapie bei C.\_\_\_\_ begonnen (Urk. 12/106/6). Dieser ist aber anfangs November 2005 verstorben (12/112). Seither scheint sich der Beschwerdeführer keiner psychiatrischen Behandlung mehr unterzogen zu haben. Jedenfalls wird solches weder im Bericht betreffend die kreisärztliche Untersuchung vom 5. Januar 2006 (Urk. 12/95/3-16) noch in den genannten Berichten des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ erwähnt. Je nach Ursache der beim Beschwerdeführer festgestellten übermässigen Einschlafneigung wäre er nach dem Gesagten indessen gehalten gewesen, die psychiatrische Behandlung weiterzuführen.

Schliesslich ist zu bemerken, dass die Ärzte des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N.\_\_\_\_ Auswirkungen der Hypersomnie auf die Arbeitsfähigkeit zwar klar bejahen (Urk. 12/106/4 und Urk. 7). In welchem konkreten Ausmass, hinsichtlich welcher Tätigkeiten sowie seit wann die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers deswegen beeinträchtigt ist, tun sie aber nicht dar. Ausserdem beruhen die in ihrem Bericht vom 14. Mai 2007 gemachten Feststellungen zum (fehlenden) Behandlungserfolg, soweit ersichtlich, ausschliesslich auf den Angaben des Beschwerdeführers. Dass seit Oktober 2005 je wieder eine Schlafanalyse (inklusive multiplen Einschlaftests am Tag) durchgeführt worden wäre, geht daraus jedenfalls nicht hervor. Es fehlt somit auch an objektiv eigenen ärztlichen Feststellungen zur Frage, wie sich die Tagesmüdigkeit des Beschwerdeführers seit Oktober 2005 entwickelt hat.

4.5. Die beim Beschwerdeführer bestehende übermässige Tagesmüdigkeit erweist sich somit weder in diagnostischer Hinsicht noch bezüglich der (zumutbaren) Behandlungsmöglichkeiten und der konkreten Auswirkungen auf seine Arbeitsfähigkeit als hinreichend abgeklärt.

5. Demnach kann aufgrund der vorliegenden Akten zwar ohne weiteres davon ausgegangen werden, dass aus orthopädischer/rheumatologischer Sicht für eine behinderungsangepasste Tätigkeit (mit Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen sowie ohne Armvorhalte und Neberkopfarbeiten) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. Erwägung 4.3). Hinsichtlich der Hypersomnie sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit erweist sich der medizinische Sachverhalt hingegen als ergänzungsbedürftig. Dabei erscheint angesichts der Komplexität des Krankheitsbildes "Hypersomnie" sowie angesichts der Tatsache, dass diesem verschiedene Ursachen, insbesondere auch eine psychiatrische Grunderkrankung, zugrunde liegen könnten, eine neutrale (neurologische und psychiatrische) Abklärung in einem stationären Rahmen erforderlich.

Die Sache ist daher zur gründlichen neutralen psychiatrischen und neurologischen Begutachtung in einem stationären Rahmen, beispielsweise im Zentrum für Schlafmedizin der Neurologischen Universitätsklinik und Poliklinik des Inselspitals Bern, in der Klinik für Schlafmedizin Zuzach oder der Klinik für Schlafmedizin Luzern an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Gutachter sollen sich in vertiefter Auseinandersetzung mit den Berichten der Klinik M. \_\_\_ vom 15. Februar 2005 (Urk. 12/44), von Y. \_\_\_ vom 5. April 2006 (Urk. 12/102/1-4), von A. \_\_\_ vom 8. September 2005 (Urk. 12/95/47-49), von C. \_\_\_ vom 24. Oktober 2005 (Urk. 12/106/6-8), von D. \_\_\_ vom 6. Januar 2006 (Urk. 12/95/3-16) sowie des Zentrums für Schlafmedizin der Klinik N. \_\_\_, Zürich, vom 8. November 2005 (Urk. 12/106/9-14), 31. März 2006 (Urk. 12/106/3-4), 25. Juli 2006 (Urk. 12/110/20-21) sowie vom 14. Mai 2007 (Urk. 7) zur "Hypersomnie" des Beschwerdeführers sowie, wenn möglich, zu deren Ursachen äussern. Zum Ausschluss anderer Störungen, die zu Schläfrigkeit am Tag führen, sollen sie vorgängig zunächst - erneut - eine Schlafanalyse sowie insbesondere auch eine psychiatrische Untersuchung durchführen (vgl. <http://www.orpha.net>, Stichwort "Hypersomnie, idiopathische"). Anschliessend sollen sie klare Befunde und Diagnosen erheben und sich darüber aussprechen, ob und gegebenenfalls in welchem Ausmass sich diese im Einzelnen auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer seinen somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit (mit Wechselbelastung ohne Heben, Tragen und Transportieren von Lasten über 5 Kilogramm, ohne Verharren in Zwangshaltungen sowie ohne Armvorhalte und Neberkopfarbeiten) seit März 2004 auswirken resp. allenfalls welche (anderen) Tätigkeiten dem Beschwerdeführer in welchem Ausmass und seit wann (noch) zumutbar sind. Schliesslich sollen sie auch angeben, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch medizinische Massnahmen verbessert werden kann und ob es ihm zumutbar ist, sich einer geeigneten Therapie, allenfalls auch in einem stationären Rahmen, zu unterziehen. Nach diesen Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu zu verfügen.

In diesem Sinne ist die Beschwerde gutzuheissen.

6. Da es vorliegend um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung).

Nach ständiger Rechtsprechung gilt die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfürgung als Obsiegen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 10. Februar 2004 i.S. K., U 199/02, Erw. 6 mit Hinweis auf BGE 110 V 57 Erw. 3a; SVR 1999 IV Nr. 10 S. 28 Erw. 3). Die Kosten in der Höhe von Fr. 800.-- sind daher der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfürgung vom 9. März 2007 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfürgt.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X. \_\_\_

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

- Vorsorgestiftung der MitarbeiterInnen der K. \_\_\_

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 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.