

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00962 vom 20. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00962](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00962)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00962 du 20 janvier 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00962 del 20 gennaio 2011

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Nachdem die behandelnden Ärzte Dres. B. und A. ab dem 24. Mai 2007 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. Arztzeugnisse Urk. 8/2/60-70) und Dr. med. D., Facharzt FMH für Innere Medizin, mit Bericht vom 28. November 2007 (Urk. 8/2/41-43) ein therapierefraktes lumbospondylogenes Syndrom links bei Diskusprotrusion L3/4 und L4/5 diagnostiziert, eine offensichtliche Überlagerungssymptomatik jedoch (noch) nicht als gegeben erachtet hatten (Urk. 8/2/41), hielt Dr. med. E., Leitender Arzt Manuelle Medizin und interventionelle Rheumatologie, Klinik F., am 27. Februar 2008 (Urk. 8/2/34) dafür, aus seiner Sicht bestehe - bei eher diskreten MRI-Befunden - eine Entkopplung zwischen Schmerz und Struktur. Möglicherweise hätten sich bereits eine Schmerzverselbständigung und Ausweitung eingestellt, weshalb er keine weiteren invasiven Massnahmen mehr empfehle. Als Diagnose nannte der Arzt ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom links bei breitbasiger Diskusprotrusion L3/4 und L4/5 mit leichter Einengung der Neuroforamina L3/4 und L4/5 links mehr als rechts, mit ausgeprägtem Schon- und Schmerzverhalten bei 4 von 5 positiven Waddellzeichen, mit Facettengelenksüberlastung L3/4, L4/5, links mehr, bei erfolgloser Facettengelenksinfiltration L3/4, L4/5 sowie periradikulären Infiltrationen L4/5 links.

3.2 Am 30. März 2008 (Urk. 8/2/19-33) erstattete Dr. med. G., Psychiatrie und Psychotherapie FMH, im Auftrag des Krankentaggeldversicherers ein psychiatrisches Gutachten. Dafür stützte er sich auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 18. März 2008 gemachten Angaben und erhobenen Befunde sowie auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten (Urk. 8/2/21-25). An aktuellen Beschwerden schilderte der Beschwerdeführer Kreuzschmerzen, Schmerzen in der linken Schulter und im linken Arm sowie gelegentliche Stimmungstiefs. Dr. G. führte aus, obwohl sich der Beschwerdeführer vordergründig thematisiert gebe, seien bis auf gelegentliche Übungen mit dem Therapieball zu Hause keine eigenen aktiven Ansätze zur Schmerzbewältigung zu erkennen (Urk. 8/2/30). Er liege tagsüber viel zu Hause und helfe nur wenig im Haushalt. Gelegentlich gehe er den in der Nähe wohnenden Bruder bzw. die Schwester besuchen. An den ehelichen Verhältnissen sei nichts auszusetzen (Urk. 8/2/31). Der Gutachter erhob einen weitgehend unauffälligen Psychostatus und hielt dafür, den angegebenen und sowohl mimisch als auch durch die Körperhaltung dargestellten Beschwerden zum Trotz habe ein Leidensdruck nicht wirklich gespürt werden können. Die innere Haltung habe irgendwie von den Beschwerden losgelöst gewirkt und die Mimik habe sich meist wesentlich entspannter als die Sitzhaltung präsentiert (Urk. 8/2/25-26). Dr. G. diagnostizierte eine anhaltende

somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ausgehend von einer somatischen Wirbelsäulenerkrankung, deren Ausprägung aber aufgrund der rheumatologischen Beurteilung weder die Schmerzpersistenz noch das Nichtansprechen auf die zahlreichen bisherigen somatischen Therapieversuche erklären können. Weil beim Beschwerdeführer weder psychische noch - bis auf das genannte Wirbelsäulenleiden - somatische oder soziale Komorbiditätsfaktoren vorliegen, sei eine ambulante, spezialärztlich psychiatrische Behandlung zumutbar. Sofern aus somatischer Sicht keine Verschlechterung der bisherigen Krankheit eintrete, sei in spätestens drei Monaten eine volle Arbeitsfähigkeit zu erlangen (Urk. 8/2/32).

3.3 Die am 14. und 15. A. 2008 durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) (Urk. 8/2/4-18) lieferte zufolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz (vgl. insbesondere Urk. 8/2/13) nur teilweise verwertbare Resultate. H., Betriebsphysiotherapeut und Ergonom, sowie Dr. B. notierten, es sei davon auszugehen, dass bei gutem Effort eine bessere Leistung hätte erbracht werden können, als der Beschwerdeführer bei den Tests gezeigt habe. Das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen lasse sich mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht ungenügend erklären. Aufgrund des ausgeprägt schmerzlimitierenden Verhaltens hätten keine körperlichen Limiten beobachtet werden können und sei eine abschliessende Aussage bezüglich der körperlichen Zumutbarkeit nicht möglich. Die bisherige Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer mindestens im Umfang von 50 % zumutbar. Ebenso sei eine zumindest halbtags ausgeübte, sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeit möglich (Urk. 8/2/8).

3.4 Mit Bericht vom 10. Juni 2008 (Urk. 8/2/2-3) erklärte Dr. B. unter Nennung der Diagnose eines chronischen therapieresistenten lumbospondylogenen Syndroms links sowie eines Verdachts auf gestörte Schmerzverarbeitung zu Händen des Krankentaggeldversicherers, weder der Aufenthalt in der Rheumaklinik des Spitals L. noch jener in der Rehaklinik I. hätten zu einer Verbesserung geführt. Unglücklicherweise seien schliesslich die darauffolgenden Arbeitsversuche missglückt, wobei er, Dr. B., nicht von einer wesentlichen psychischen Überlagerung ausgegangen sei. Die anschliessende, interventionelle Schmerztherapie sei ebenfalls erfolglos geblieben und bei beginnenden Zeichen der Symptomausweitung abgebrochen worden (Urk. 8/2/2). Weil die Reintegration des Beschwerdeführers in den Arbeitsprozess oberstes Ziel gewesen sei, sei schliesslich eine EFL veranlasst worden, welche im Wesentlichen wegen Selbstlimitierung keine konklusiven Resultate geliefert habe. Anlässlich eines niederschweligen Einstiegs in eine angepasste Beschäftigung habe der Beschwerdeführer einen erneuten Schmerzschub beklagt und sich Gehstücke zugelegt, mit deren Gebrauch er sein Leiden deutlich mache. Obwohl der Beschwerdeführer reell imponiere, seien nun Zeichen der regressiven Schmerzverarbeitung mit fehlenden aktiven Copingstrategien unübersehbar. Entsprechend den bisherigen erfolglosen somatischen Abklärungen und Therapien komme man zur Diagnose von unspezifischen Rückenschmerzen (Urk. 8/2/3).

3.5 Vom 14. bis zum 22. Mai 2008 hielt sich der Beschwerdeführer aufgrund starker Schmerzen im Rückenbereich im Spital J. auf (Bericht vom 4. Juni 2008, Urk. 8/10/14-17). Nach einer epiduralen Infiltration auf Höhe L5/S1 konnte er in gebessertem

Zustand nach Hause entlassen werden. Die während der Hospitalisation aufgetretenen Synkopen wurden bei unauffälligem Schellong-Test als vasovagal bedingt gewertet (Urk. 8/10/14). Auch ein anlässlich der Behandlung eines Harnwegsinfektes durch das Spital J. \_\_\_ durchgeführter Schellong-Test zur Abklärung eines ungerichteten Schwindels zeigte sich unauffällig (Urk. 8/10/11-13).

3.6. Zu Herrn von Dr. B. \_\_\_ diagnostizierte der Psychiater Dr. A. \_\_\_ am 1. September 2008 (Urk. 8/15/14-17) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) bei chronisch therapieresistentem lumbospondylogenen Syndrom links sowie eine depressive Reaktion auf Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.21). Deutlich depressive Verstimmungen mit Schlafstörungen und Schmerzen hätten das psychopathologische Bild beherrscht. Es bestehe ein sozialer Rückzug selbst von den nächsten Familienangehörigen. Anlässlich der letzten Konsultation - gerade nach einem dreiwöchigen Aufenthalt in seiner Heimat in M. \_\_\_ - habe sich das depressive Zustandsbild als deutlich aufgehellt gezeigt. Die Schmerzen seien aber unverändert stark, so dass der Beschwerdeführer angegeben habe, keinesfalls arbeiten zu können (Urk. 8/15/14). Der Psychiater hielt dafür, es bestehe eine starke somatoforme Schmerzstörung bei einem einfach strukturierten Kosovaren ohne Bildung in unserer westlichen Medizin. Er könne nicht verstehen, dass ihn die Ärzte zur Arbeit schicken wollten, bevor er nicht von allen Schmerzen geheilt sei. Teilweise aus sprachlichen Gründen, aber viel mehr noch aus tiefer Überzeugung geprägt durch seine Kultur und Bildung sei es nicht möglich, ihm auf irgendeine Art Verständnis für seine Situation beizubringen und ihn darüber aufzuklären, dass eine berufliche Reintegration für seine Gesundheit am besten wäre. Es fehlten eine psychiatrische Anamnese oder vorbestehende psychiatrische Erkrankung. Der Beschwerdeführer leide unter einer Schmerzverarbeitungsstörung und komme einfach mit seinen Schmerzen nicht zurecht. Dr. A. \_\_\_ erklärte, eine psychiatrische Behandlung habe kaum Aussicht auf Erfolg. Einzig die Schlafstörungen könnten sich mit Antidepressiva etwas lindern lassen. Aktuell bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (Urk. 8/15/15).

3.7. Mit an die Beschwerdegegnerin adressiertem Bericht vom 24. November 2008 (Urk. 8/13) diagnostizierte Dr. A. \_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.1) seit 2008 sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) seit 2007. Mit Bezug auf die Anamnese hielt er fest, die Rückenschmerzen seien zunehmend, es beständen eine Symptomausweitung und seit 2008 zunehmend eine depressive Störung. Der Arzt erhob eine depressive Symptomatik mit sozialem Rückzug selbst von seinen nächsten Familienangehörigen, eine Affektlabilität sowie eine deutlich depressive Stimmung mit Verzweiflung und Traurigkeit. Der Beschwerdeführer sei stark auf körperliche Symptome wie Schwindel und Schmerzen fixiert. Dr. A. \_\_\_ notierte, im Zeitraum 2007/2008 habe eine Symptomausweitung stattgefunden (Urk. 8/13/3). Spätestens im Frühjahr 2008 - der Beschwerdeführer befindet sich seit dem 27. August 2008 bei Dr. A. \_\_\_ in Behandlung (Urk. 8/13/3) - sei eine depressive Störung hinzugekommen, welche therapieresistent sei. Im Verlaufe des Jahres 2008 habe der Beschwerdeführer schliesslich deutlich an sozialer Integration verloren (Verlust der Arbeitsstelle, sozialer Rückzug, Schwierigkeiten in Ehe und Familie sowie Verminderung persönlicher Interessen). Damit seien die ersten-Kriterien grösstenteils erfüllt, und es sei mit Blick auf den ungünstigen Verlauf von einer dauerhaften vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (Urk. 8/13/7).

3.8. Mit Schreiben vom 13. Januar 2009 (Urk. 8/29) hielt Dr. A. unter Hinweis auf seinen letzten Bericht an seiner Einschätzung (vgl. Erw. 3.7) fest.

3.9. Am 23. Juni 2009 (Urk. 8/33/1-2) führte Dr. med. K., Facharzt für Innere Medizin, zertifizierter medizinischer Gutachter (SIM), RAD, mit Blick auf die Einschätzung von Dr. A. aus, zwar sei auf psychiatrischem Fachgebiet eine umfangreiche Befunderhebung und längere depressive Reaktion dokumentiert, wobei allerdings vermehrt auch subjektive Beschwerden eingeflossen seien. Zudem würden zahlreiche psychosoziale und damit IV-fremde Faktoren der Genese der Beschwerden zugrunde gelegt (Verlust Arbeitsstelle, sozialer Rückzug, Schwierigkeiten in Ehe und Familie). Hinweise auf eine schwerwiegende depressive Stimmung seien kaum nachvollziehbar, und eine wie von der Rechtsprechung geforderte gravierende psychiatrische Komorbidität anderer Art fehle.

3.10. In Stellungnahme zur aufliegenden medizinischen Aktenlage schrieb der Psychiater Dr. C., RAD, am 3. September 2009 (Urk. 8/33/2), ein Schon- und Vermeidungsverhalten entspreche nicht einem psychiatrischen, krankheitswertigen Stimmungsbild. Ebenso wenig falle eine Symptomausweitung unter die sogenannten Firstkriterien. Es sei Dr. A. nicht gelungen, die von ihm diagnostizierte depressive Reaktion (ICD-10: F33.11) nachvollziehbar von einer Symptomausweitung abzugrenzen. Weiteres sei der bereits durch Dr. K. erfolgten Beurteilung nicht anzufügen.

3.11. Dr. B. erklärte mit Schreiben vom 21. September 2009 (Urk. 3/2) zu Händen des Rechtsvertreters des Beschwerdeführers, Dr. A. habe in seinem Schreiben vom 13. Januar 2009 mittels Firstkriterien die dauerhafte, vollständige Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers nachvollziehbar begründet. Aus rheumatologischer Sicht fehlten tatsächlich objektivierbare Fakten zur Begründung einer Arbeitsunfähigkeit.

#### **E. 4**

4.1. Die Aktenlage erhellt, dass sich eine Leistungseinschränkung des Beschwerdeführers aus somatischer Sicht kaum begründen lässt. Zwar kamen H. und Dr. B. anlässlich der EFL zum Schluss, die bisherige und jede andere sehr leichte Tätigkeit seien zumindest halbtags zumutbar, was einer wenigstens teilweisen Verminderung der Leistungsfähigkeit gleichkäme. Angesichts der erheblichen Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenzen bezeichneten sie jedoch die Resultate der Untersuchung als nicht konklusiv und hielten eine abschliessende Beurteilung für nicht möglich (Erw. 3.3). Nachdem Dr. B. im Juni 2008 die berufliche Reintegration des Beschwerdeführers als oberstes Ziel genannt und entsprechend den erfolglosen somatischen Abklärungen sowie Therapien von unspezifischen Rückenbeschwerden gesprochen hatte (Erw. 3.4), hielt er am 21. September 2009 fest, aus rheumatologischer Sicht fehlten objektivierbare Fakten zur Begründung einer Arbeitsunfähigkeit (Erw. 3.11). Mit Blick auf diese Aktenlage sowie vor dem Hintergrund, dass Dr. E. im Februar 2008 die MRI-Befunde als eher diskret bezeichnet und vier von fünf Waddellzeichen positiv getestet hatte (Erw. 3.1) und sich objektive Ursachen für den geklagten Schwindel nicht hatten finden lassen (Erw. 3.5), ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Folge von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in einer wirbelsäulenadaptierten Beschäftigung ausging (Urk. 2). Wie weit die bisherige Tätigkeit des Beschwerdeführers als zumutbar zu betrachten

wäre, kann dabei offen bleiben (vgl. nachfolgend Erw. 5.5).

4.2.2 Der Beschwerdeführer machte insbesondere psychische Gründe für seine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit geltend. Diesbezüglich diagnostizierten sowohl der Gutachter Dr. G. (Erw. 3.2) als auch der behandelnde Psychiater Dr. A. (Erw. 3.6) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche Diagnose zwar eine rechtlich notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für einen invalidisierenden Gesundheitsschaden darstellt (vgl. Erw. 2.2). Während Dr. G. sowohl eine psychiatrische als auch somatische und soziale Komorbidität verneinte und eine volle Arbeitsfähigkeit innerhalb von drei Monaten für erreichbar hielt (Erw. 3.2), diagnostizierte Dr. A. am 1. September 2008 eine depressive Reaktion auf Schmerzsyndrom (ICD-10: F43.21) (Erw. 3.6), was gemäss internationaler Klassifikation einem leichten depressiven Zustand gleichkommt (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg]: Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Aufl., Bern 2008, S. 186). Nur knapp drei Monate später hielt er indes dafür, es bestehe eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10: F33.11) - diese Kodierung entspricht einer depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, a.o.O., S. 157) - und der Beschwerdeführer sei seit dem 27. August 2008 bis auf Weiteres vollständig arbeitsunfähig (Urk. 8/13/2). Diese zweite Einschätzung des behandelnden Psychiaters vermag nicht zu überzeugen. Dabei fällt vorab ins Gewicht, dass sich der Beschwerdeführer erst seit dem 27. August 2008 bei Dr. A. in Behandlung befindet (Erw. 3.7), womit sich der behandelnde Psychiater in Bezug auf den davor liegenden Zeitraum offensichtlich einzig auf die Angaben des Beschwerdeführers stützen konnte. Hinweise dafür, dass die Expertise von Dr. G. den Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten (Erw. 2.4) nicht erfüllte, liegen nämlich nicht vor. So tätigte der Gutachter eigene Untersuchungen, berücksichtigte die geklagten Beschwerden und legte unter Einbezug der Vorakten nachvollziehbar dar, dass es an Komorbiditätsfaktoren fehle (Erw. 3.2). Machte Dr. A. zudem vorwiegend kulturelle und soziale Gründe - und damit invalidenversicherungsrechtlich unbeachtliche Faktoren - für eine fehlerhafte Schmerzverarbeitung verantwortlich (Erw. 3.6), und hielt er am 1. September 2008 gegenüber Dr. B. darüber hinaus fest, es sei ihm nicht gelungen, dem Beschwerdeführer klar zu machen, dass eine berufliche Reintegration für seine Gesundheit am besten wäre (Erw. 3.6), so vermag seine nachfolgende Einschätzung das Gutachten von Dr. G. erst recht nicht zu erschüttern. Dies umso weniger, als er noch am 1. September 2008 festgestellt hatte, vorbestehende psychiatrische Erkrankungen fehlten (Erw. 3.6). Mithin ist der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. K., Hinweise auf eine psychiatrische Komorbidität fehlten (Erw. 3.9), ohne Weiteres zu folgen und unverändert auf das Gutachten von Dr. G. abzustellen.

4.3.2 Was schliesslich die sogenannten Forderungskriterien betrifft, so drängt sich auch diesbezüglich kein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung auf. Wenngleich Dr. A. bereits mit Bericht vom 1. September 2008 von einem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers - selbst von den nächsten Familienmitgliedern - sprach (Erw. 3.6), kann angesichts von dessen dreiwöchigem Ferientaufenthalt in der Heimat (Erw. 3.6) sowie seinen gelegentlichen Besuchen beim Bruder und der Schwester (Erw. 3.2) von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens (Erw. 2.2) nicht die Rede sein. Das lumbospondylogene Syndrom bei Diskusprotrusionen L3/4 und L4/5 links

(Erw. 3.1) war zu Beginn noch einer Behandlung und Verbesserung zugänglich (vgl. Urk. 8/15/12). Danach blieb nach erfolglosen somatischen Abklärungen und Therapien die Diagnose von unspezifischen Rückenschmerzen (Erw. 3.4), welche eine Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht nicht (mehr) zu begründen vermochten (Erw. 3.11). Damit fehlt es an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung mit mehrjährigem Krankheitsverlauf, kann doch dafür nicht jenes Leiden gelten, welches die anhaltende Schmerzstellung aufrechterhält (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 14. Dezember 2009, i.S. M., 9C\_709/2009, Erw. 4.1.4). Hinweise für einen primären Krankheitsgewinn ergeben sich keine aus den Akten. Beim Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung ergibt sich zwar, dass der Beschwerdeführer in der Rehaklinik I. \_\_\_ aktiv engagiert war. Dennoch zeigte er unbeobachtet ein deutlich geladeneres Bewegungsmuster (Urk. 8/15/7) und bezeichnete Dr. G. \_\_\_ den Beschwerdeführer als bloss vordergründig thematisiert (Erw. 3.2). Machte schliesslich Dr. B. \_\_\_ im Juni 2008 fehlende aktive Copingstrategien aktenkundig (Erw. 3.4) und waren anlässlich der EFL eine erhebliche Selbstlimitierung und Inkonsistenzen augenfällig (Erw. 3.3), so ergeben sich erhebliche Zweifel an der Kooperationsbereitschaft des Beschwerdeführers.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst liegen damit die relevanten Kriterien weder hinreichend gehäuft noch ausgeprägt vor, weshalb aus rechtlicher Sicht - so wie auch schon von Dr. G. \_\_\_ postuliert (Erw. 3.2) - von der Zumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen ist.

4.4 Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ergänzend ist anzufügen, dass, soweit psychosoziale und soziokulturelle Faktoren direkte Ursache der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sind, keine Krankheit im Sinne der Invalidenversicherung vorliegt (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 18. September 2009, in Sachen D., 9C\_161/2009, Erw. 2.2). Mit Blick auf die vor allem in soziokulturellen Faktoren gründende Beschwerdepersistenz (Erw. 3.6) ist mithin so oder anders ein invalidenversicherungsrechtlich relevanter Gesundheitsschaden aus psychiatrischer Sicht zu verneinen.

## **E. 5**

5.1 Ä Ä Ä Ä Wie festgestellt (Erw. 4.1), ist dem Beschwerdeführer zumindest eine leidensangepasste Tätigkeit zumutbar, weshalb zu prüfen bleibt, wie sich eine solchermassen eingeschränkte Leistungsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt.

5.2 Ä Ä Ä Ä 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).

Die Gemäss Angaben des Arbeitgebers vom 17. Dezember 2008 (Urk. 8/17) - Anlass, an deren Richtigkeit zu zweifeln, besteht nicht und wurde denn vom Beschwerdeführer auch nicht geltend gemacht - würde der Beschwerdeführer ohne Gesundheitsschaden ein Gehalt von Fr. 5'400.-- monatlich erzielen (Urk. 8/17/3), was unter Berücksichtigung eines 13. Monatslohnes zu einem Jahreslohn von Fr. 70'200.-- für das Jahr 2008 führte. Da der mutmassliche Rentenbeginn auf das Jahr 2008 fällt, ergibt sich eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung.

5.3 Weil der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE abzustellen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Gemäss TA1 der LSE 2008 (S. 23) erzielten mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigte Männer im Jahre 2008 einen monatlichen Zentralwert von Fr. 4'935.--, welcher praxismässig auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche im Jahre 2008 anzupassen ist (Die Volkswirtschaft, 12-2010, Tab. B9.2 S. 90) und Fr. 5'132.40 pro Monat bzw. Fr. 61'588.80 für das Jahr 2008 ergibt.

5.4 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Die Beschwerdegegnerin gewahrte in der Annahme, der Beschwerdeführer sei aus rheumatologischer Sicht auf eine wirbelsäulenadaptierte Tätigkeit beschränkt, sowie unter Berücksichtigung einer Betriebszugehörigkeit von über 18 Jahren einen Abzug von 10 % (Urk. 8/21/2). Weitere Umstände, denen im Rahmen des leidensbedingten Abzuges Rechnung zu tragen wäre, liegen nicht vor, weshalb das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden ist.

5.5. In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre es dem Beschwerdeführer demzufolge möglich, ein Invalideneinkommen von Fr. 55'430.-- (90 % von Fr. 61'588.80) zu erzielen, was zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 14'770.-- und im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 70'200.-- zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 21 % führt.

Es ergibt sich, dass selbst unter der Annahme einer leidensangepassten Beschäftigung kein Rentenanspruch besteht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch verneinte, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), auf Fr. 700.-- anzusetzen und entsprechend dem Ausgang des Verfahrens dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Hans Hegetschweiler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

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

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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