

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00989 vom 31. Oktober 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-10-31, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00989

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00989 du 31 octobre 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00989 del 31 ottobre 2011

Erwägungen

E. 3

3.1 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in der bis zum 31. Dezember 2007 gÄ¼ltig gewesenen Fassung) haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 60 Prozent, auf eine halbe Rente bei einem InvaliditÄ¼tsgrad von mindestens 50 Prozent und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

Ä¼ Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG (in der bis Ende 2007 gÄ¼ltig gewesenen Fassung) entsteht der Rentenanspruch frÄ¼hestens in dem Zeitpunkt, in dem die versicherte Person mindestens zu 40 Prozent bleibend erwerbsunfÄ¼hig (Art. 7 ATSG) geworden ist (lit. a) oder wÄ¼hrend eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens zu 40 Prozent arbeitsunfÄ¼hig (Art. 6 ATSG) gewesen war (lit. b).

3.2 InvaliditÄ¼t ist die voraussichtlich bleibende oder lÄ¼ngere Zeit dauernde ganze oder teilweise ErwerbsunfÄ¼higkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die InvaliditÄ¼t kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). ErwerbsunfÄ¼higkeit ist der durch BeeintrÄ¼chtigung der kÄ¼rperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der ErwerbsmÄ¼glichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). FÄ¼r die Beurteilung des Vorliegens einer ErwerbsunfÄ¼higkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen BeeintrÄ¼chtigung zu berÄ¼cksichtigen. Eine ErwerbsunfÄ¼higkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht Ä¼berwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Ä¼ Bei erwerbstÄ¼tigen Versicherten ist der InvaliditÄ¼tsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der InvaliditÄ¼t und nach DurchfÄ¼hrung der medizinischen Behandlung und allfÄ¼lliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÄ¼tigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÄ¼nnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÄ¼nnte, wenn sie nicht invalid geworden wÄ¼re (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÄ¼ssig mÄ¼glichst genau ermittelt und einander gegenÄ¼bergestellt werden, worauf sich aus der

Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

3.3 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Gutachtens ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

E. 4

4.1 Im G. (G.), Klinik für Orthopädische Chirurgie, war laut Berichten vom 5. November und 14. Dezember 2004 ein laterales Patella-Hyperpressionssyndrom beidseits diagnostiziert worden. Krafttraining und Physiotherapie hätten keine Besserung der langwierig verlaufenden Krankheit bewirkt (Urk. 7/13/6-7). Laut Bericht des G. vom 29. März 2005 wären dem Versicherten eine Tätigkeit in sitzender Position oder mit längerem Stehen und Gehen kurzer Strecken verbundene Arbeiten durchaus zuzumuten. Schmerzprovozierende, kniebelastende, mit Treppensteigen oder Knien verbundene Tätigkeiten oder solche in Hockeposition sollten jedoch vermieden werden (Urk. 7/13/5).

4.2 Die Orthopäden der Universitätsklinik Z., an die Hausarzt Dr. D. den Beschwerdeführer Ende März 2005 überwiesen hatte und die am 30. Januar 2006 eine medialisierende Tuberositas-Osteotomie mit lateralem Retinakulum Release links durchgeführt hatten, diagnostizierten in den Berichten vom 1. und 8. Juni 2006 einen beginnenden Morbus Sudek mit Patella baja und aufgetriebenem Ligamentum patellae bei Status nach medialisierender Tuberositas-Osteotomie und lateralem Retinakulum-Release links sowie ein Maltracking der Patella links mit grenzwertiger Trochleadysplasie und erhöhter TAGT [Abstand zwischen dem tiefsten Punkt der Patellagleitrinne und dem höchsten Punkt der Tuberositas tibiae]. Sie bezeichneten den Verlauf als unbefriedigend. Nach dem von ihnen im Januar 2006 vorgenommenen relativ einfachen Eingriff, sei es zu einer Komplikation im Sinne einer beginnenden leichtgradigen Arthrofibrose mit Patella baja und einer chronischen Schmerzsymptomatik gekommen. Anhand der deutlichen Verdickung des Ligamentum patellae und der Ausbildung einer Patella baja liessen sich die Beschwerden objektivieren. Diese Befunde erklärten denn auch die Schmerzzunahme bei forcierter Flexion, wobei die Beweglichkeit noch sehr gut erscheine. Vier Monate nach der Operation sei eine Beurteilung der zumutbaren Tätigkeit wenig sinnvoll. Eine

Verbesserung des jetzigen Zustandes können aber erwartet werden. Bei Belastungs- und Ruheschmerzen bleibe der Versicherte weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Primärer erfolge die Behandlung weiterhin medikamentös und mit konservativer Therapie in Form von Physiotherapie mit streckungsnahe Kraftaufbau und sanfter Mobilisation. Eine weitere Traumatisierung durch einen operativen Eingriff sei zu vermeiden (Urk. 7/12/1-2, 7/22/5-7).

Im Bericht vom 23./25. August 2006 bezeichneten die Orthopäden der Universitätsklinik Z. den Zustand zwar weiterhin als besserungsfähig. Doch bestanden trotz Physiotherapie mit Patella-Tapping insbesondere beim Treppauf- und Treppabgehen im Bereich des vorderen Kniegelenkbereiches weiterhin therapieresistente retropatellare Beschwerden bei gesichertem Maltracking der Patella beidseits. Der Versicherte nehme keine Schmerzmittel ein und beschreibe auch Ruhe- oder Nachtschmerzen. Er sei als Geschäftsführer in einem Restaurant zu 50 % arbeitsunfähig. Als therapeutische Massnahmen sahen die Ärzte weiterhin Physiotherapie mit streckungsnahe Kraftaufbau und sanfter Mobilisation sowie einer medikamentösen Behandlung vor (Urk. 7/23).

Im kniechirurgischen Bericht der Universitätsklinik Z. vom 26. September 2006 wurde der Zustand als weitgehend unverändert beschrieben. Bei der Flexion/Extension werde mit Maße 120-0-0° erreicht, im Bereich des Ligamentum patellae bestehe eine ausgeprägte Druckdolenz, bei Aktivierung des Streckapparates würden Schmerzen auftreten, ansonsten bestanden keine eigentlichen Ruheschmerzen. Neun Monate nach der Operation sei die Situation mit dem stark aufgetriebenen Ligamentum patellae und der Patella baja schwierig und unklar. Eine eigentliche Vernarbungsreaktion im Sinne einer Arthrofibrose sei nicht zu erkennen. Für einen Morbus Sudeck gebe es aus klinischer Sicht wenig Anhaltspunkte. Die bisherige medikamentöse und physikalische Therapie habe keinerlei Erfolge gezeitigt, weshalb die Physiotherapie abgebrochen worden sei und der Versicherte nun an die Rheumatologie überwiesen werde (Urk. 7/25).

Der nunmehr mit dem Beschwerdeführer befasste Dr. med. H., Oberarzt Rheumatologie, Universitätsklinik Z., berichtete am 19. Oktober 2006 von einem protrahierten Verlauf. Der Versicherte leide unter Dauerschmerzen im linken Knie. Die aktuelle Gehdauer betrage zwei bis drei Stunden. Längeres Gehen und längeres Sitzen sei schmerzprovozierend. Auch berichte der Versicherte über ein teilweises Blockadegefühl und über eine Giving-way-Symptomatik. Dr. H. konstatierte ein linksseitiges Schonhinken, eine reizlose Operationsnarbe ohne Erguss, aber eine deutliche Artrophie am Oberschenkel und eine passive Beweglichkeit des linken Knies von 100-0-0°. Nachdem die intensive ambulante Physiotherapie zu keiner Änderung des Zustandes geführt habe, beauftragte Dr. H. einen dreiwöchigen stationären Aufenthalt. Er erklärte sich ausserstande, konklusive Auskunft zur Arbeitsfähigkeit bis heute und auf längere Sicht zu geben (Urk. 7/26/5-6).

Der Kniechirurg Dr. I. kam anlässlich der Verlaufskontrolle vom 1. März 2007 laut Bericht des gleichen Tages zum Schluss, mit grosser Wahrscheinlichkeit liege eine Arthrofibrose vor; es habe sich nun eine ausgeprägte Patella baja mit entsprechender Schmerzsymptomatik und Beweglichkeitseinschränkung in der Flexion entwickelt. Deren Messwerte betragen 120-0-0°. Grundsätzlich hielt Dr. I. eine proximalisierende Tuberositas-Osteotomie mit Resektion der Narben mittels

Arthrotomie für indiziert. Angesichts des deutlich schmerzhaften Kniegelenks sprach er sich für eine neuerliche Intervention jedoch zurückhaltend aus. Mangels wesentlicher Fortschritte werde die Physiotherapie gestoppt. Aufgrund der Beschwerden bleibe sicherlich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehen (Urk. 7/28).

4.3 Das von der IV-Stelle eingeholte Gutachten des C. ___ vom 8. Mai 2008 basiert auf internistischen, rheumatologischen und psychiatrischen Abklärungen, die am 13., 14. und 18. März 2008 durchgeführt wurden (Urk. 7/54 S. 1). Die Arbeitsfähigkeit wird laut diesem Gutachten ausschliesslich durch die vom Rheumatologen diagnostizierten chronischen, therapieresistenten Knieschmerzen links mit/bei Status nach medialisierender Tuberositas-Osteotomie mit lateralem Retinaculum Release links am 30. Januar 2006 wegen Maltracking der Patella sowie grenzwertiger Trochleadysplasie mit pathologischem TAGT (von 22 mm) sowie stark verkürzter Quadriceps- und Tractus iliotibialis Muskulatur links, ausgeprägter Arthrofibrose mit patella baja links, referred pain Symptomatik linker Unterschenkel, ausgehend vom Vastus lateralis, kernspintomographisch intakter Binnenstrukturen (MRI vom 01.06.2007) und szintigraphischem Ausschluss einer Osteonekrose (Skelettszintigraphie vom 31.08.2007) beeinträchtigt. Die psychiatrische Abklärung hatte keine krankheitswertige psychische Störung ergeben (Urk. 7/54 S. 23, 27, 28).

Das Gutachten auf die Dauer für vorwiegend stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar. Auch als Betriebsführer eines Restaurants sei er mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schon im Juli 2004 nicht mehr voll arbeitsfähig gewesen. Seit der nach der Operation vom Januar 2006 eingetretenen Verschlechterung der Schmerzsymptomatik könne sicher von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit ausgegangen werden. In einer behinderungsangepassten, vorwiegend sitzend und wechselbelastend ausübbarer Tätigkeit bestehe aus polydisziplinärer Sicht jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Insofern habe, auch retrospektiv betrachtet, zu keinem Zeitpunkt eine Einschränkung bestanden (Urk. 7/54 S. 28).

4.4 Wie schon im Bericht vom 29. März 2005 hielt Hausarzt Dr. D. ___ im Zeugnis vom 4. Juli 2008 fest, dass der Versicherte in seinem angestammten Beruf als Betreiber eines Restaurants wegen des invalidisierenden Knieleidens massiv eingeschränkt sei. Aus hausärztlicher Sicht wäre er in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit zu zirka 50 % arbeitsfähig (Urk. 7/12/1-2, 7/70).

4.5 Dr. med. J. ___, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, berichtete am 24. September 2008 von einer Schmerzpersistenz im linken Kniegelenk mit entsprechender Bewegungseinschränkung, von wiederholt auftretenden retropatellären Schmerzen rechts, von tieflumbalen Schmerzen sowie von einer aufgrund dieser Situation deutlichen psychischen Belastung. Laut Dr. J. ___s Befunden wies das linke Kniegelenk eine leichte Quadriceps-Insuffizienz auf, war die Patella in Extension dolent verschieblich, betrug die Flexion maximal 90° bei Tibiae varae beidseits und waren die Patellar- und die distale Quadrizepssehne druckdolent. Das rechte Kniegelenk war in Flexion und Extension vollumfänglich beweglich, zeigte aber ebenfalls ein leichtes Maltracking der Patella ohne Subluxation. Hinweise für eine intraartikuläre Pathologie lagen nicht vor. Eine Knie-Totalprothesen-Implantation sei bisher aufgrund des Alters des Versicherten nicht in Betracht gekommen. Die von der K. ___-Klinik vorgeschlagene Verlängerung der

Patellarsehne lehne der Versicherte aufgrund des damit verbundenen Risikos einer zusätzlichen Problematik am Streckapparat oder sogar einer Arthodesierung des Gelenkes ab. Dr. J. ___ vertrat die Auffassung, dass mit einer operativen Revision nicht viel erreicht werden könne und allenfalls ein Schmerzzentrum in Anspruch genommen werden müsste, um eine optimale Schmerz- und Psychotherapie einleiten zu können (Urk. 7/79).

4.6. Im Bericht vom 26. November 2009 über die Kontrolle dieses Tages in der Kniesprechstunde der Universitätsklinik Z. ___ wurde als Diagnose erneut eine Arthrofibrose mit Patella baja Knie links bei Status nach medialisierender Tuberositas-Osteotomie und lateralem Retinakulum-Release Knie links am 30. Januar 2006 bei Maltracking der Patella links mit grenzwertiger Trochleadysplasie und erhöhter TAG festgehalten. Der Patient klagt über eine unveränderte, seit der letzten Konsultation eher verschlechterte Situation und benötige täglich Schmerzmittel. Es könne nur eine 20%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit als Küchenhilfe erreicht werden. Eine Tätigkeit im Service-Bereich sei nicht mehr möglich. Ein Zeugnis zur Arbeitsunfähigkeit sei nicht ausgestellt worden. Diese sei jedoch unverändert (Urk. 13).

E. 5

5.1. Der Beschwerdeführer hält es nicht für nachvollziehbar, dass die IV-Stelle statt auf die Zumutbarkeitsbeurteilung des Hausarztes auf diejenige der C. ___-Gutachter abstellte, zumal der Regionalärztliche Dienst (RAD) am 21. März 2007 noch von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen sei. Er weist darauf hin, dass die Beweglichkeit seines linken Knies sehr stark eingeschränkt sei und er unter dauernden Schmerzen sowie Ein- und Durchschlafstörungen, eingeschränkter Mobilität, Rückzug aus dem sozialen Umfeld, Gereiztheit, Hang zu Depressionen, fehlenden Zukunftsperspektiven, Traurigkeit und einem Gefühl der Wertlosigkeit leide. Selbst wenn es eine leidensangepasste Tätigkeit geben würde, könnte er diese keinesfalls ganztags ausführen. Infolge Mehrbelastung habe er auch mit dem rechten Bein zunehmend Probleme (Urk. 1).

5.2. Die geltend gemachten psychischen Probleme waren bei der C. ___-Begutachtung fachärztlich abgeklärt und in erster Linie auf psychosoziale Faktoren zurückgeführt worden. Anhaltspunkte für eine eigentliche psychische Störung hatten sich bei der Begutachtung nicht ergeben. Bis auf die vom Chirurgen Dr. J. ___ am 24. September 2008 erwähnte psychische Belastung aufgrund der Schmerzen und Bewegungseinschränkungen (Urk. 7/79) finden sich denn auch in den übrigen medizinischen Akten, insbesondere auch den Berichten von Hausarzt Dr. D. ___ keine diesbezüglichen Hinweise. Auch die vom Beschwerdeführer geltend gemachte zusätzliche Behinderung aufgrund des auch rechtsseitig vorhandenen Maltracking der Patella (Urk. 1 S. 2) wird in keinem Arztbericht erwähnt und selbst im aktuellsten Bericht der Universitätsklinik Z. ___ vom 26. November 2009 fehlt ein entsprechender Hinweis.

Folglich kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeitsfähigkeit des Versicherten ausschliesslich durch die linksseitigen Kniebeschwerden beeinträchtigt wird. Dabei steht ausser Frage, dass der Beschwerdeführer in seiner früheren Tätigkeit als Betriebsführer eines Restaurants wie auch in jeder andern vorwiegend stehend und gehend ausführbaren Tätigkeit nicht mehr einsetzbar ist.

Die im Gutachten des C.____ für eine leidensangepasste, das heisst vorwiegend sitzend und wechselbelastend ausführbare, Tätigkeit auch rückwirkend attestierte vollständige Arbeitsfähigkeit wird durch die übrigen medizinischen Akten nicht ernsthaft in Frage gestellt, zumal bereits die Ärzte des G.____ im März 2005 eine Tätigkeit in sitzender Position oder mit längerem Stehen und mit Gehen kurzer Strecken als zumutbar erachtet hatten (Urk. 7/13/5). Die Zumutbarkeitsbeurteilung der C.____-Gutachter steht zudem mit den Berichten der Universitätsklinik Z.____ vom 23./25. August und 19. Oktober 2006 (Urk. 7/23, 7/26/5-6) insofern im Einklang, als darin in erster Linie kniebelastende Tätigkeiten wie Treppauf- und Treppabgehen oder längeres Gehen und längeres Sitzen als schmerzprovozierend bezeichnet wurden und die aktuelle Gehdauer trotz Dauerschmerzen im linken Knie immerhin mit zwei bis drei Stunden angegeben wurde. Die von den Z.____-Ärzten durchgehend bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit bezieht sich im übrigen ausschliesslich auf die angestammte, kniebelastende Tätigkeit des Versicherten in einem Restaurant. Zur Arbeitsfähigkeit in einer der Behinderung angepassten Tätigkeit äusserten sich diese Ärzte hingegen zu keinem Zeitpunkt.

Bei dieser Aktenlage kann der Beschwerdeführer allein aus dem Umstand, dass der Arzt des RAD am 21. März 2007 aufgrund der Berichte der Universitätsklinik Z.____ eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit annahm und die IV-Stelle gestützt darauf einen eine ganze Rente vorsehenden Vorbescheid erliess (Urk. 7/32 S. 3, 7/34), nichts zu seinen Gunsten ableiten. Auch die Zumutbarkeitsbeurteilung von Hausarzt Dr. D.____ im Zeugnis vom 4. Juli 2008, auf die sich der Beschwerdeführer des weiteren beruft (Urk. 1 S. 2, Urk. 7/70), vermag das Gutachten des C.____, das den für ein derartiges Beweismittel geltenden Anforderungen vollumfänglich genügt, nicht in Zweifel zu ziehen. Denn Dr. D.____ führte keine konkreten Gründe dafür an, warum dem Beschwerdeführer in einer leidensangepassten Tätigkeit mit dem im C.____-Gutachten enthaltenen Anforderungsprofil nur eine 50%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar sein sollte. Dieser Arzt scheint sich bei seinem Arbeitsunfähigkeitsattest somit von der - namentlich bei der BEFAS-Abklärung äusserten - Auffassung des Beschwerdeführers, mangels einer konkret vorstellbaren 100%igen wechselbelastenden Tätigkeit sei seiner Einschätzung nach eine Leistungsfähigkeit von 50 % eher realistisch (Urk. 7/105 S. 5), leiten gelassen und damit der Erfahrungstatsache entsprochen zu haben, dass Hausärzte infolge des besonderen Vertrauensverhältnisses zum Patienten im Zweifelsfall eher zu Gunsten der versicherten Person aussagen (Bundesgerichtsurteil 8C_232/2011 vom 12. Oktober 2011 E. 7.2.3 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 125 V 351 E. 3b/cc).

Bei dieser Beweislage hat die IV-Stelle zu Recht auf die Zumutbarkeitsbeurteilung der C.____-Gutachter abgestellt und die Invaliditätsbemessung auf der Grundlage einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit vorgenommen. Dabei bemass die IV-Stelle anhand des in der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) für 2006 erhobenen, um einen 10%igen Abzug verminderten Zentralwerts das in einer behinderungsangepassten Tätigkeit wie Konfektions-, Kontroll- oder Überwachungsarbeiten bei einem Pensum von 100 % erzielbare Invalideneinkommen mit Fr. 54'129.-. Dieses stellte sie dem der Nominallohnentwicklung bis 2007 angepassten Valideneinkommen von Fr. 61'692.- gegenüber und errechnete so einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 12 %

(Urk. 2).

Das als Grundlage zur Bemessung des Valideneinkommens verwendete, auf den ursprünglichen Angaben der Y.____ vom 22. März 2005 (Urk. 7/11 S. 2) beruhende Jahreseinkommen von Fr. 60'000.- erweist sich auch unter Berücksichtigung der anderen in den Akten vorhandenen Lohnangaben (Urk. 7/67, 7/86) als plausibel, zumal in der Regel am zuletzt erzielten Verdienst anzuknüpfen ist (vgl. BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen). Vergleichszeitpunkt ist allerdings der hypothetische Rentenbeginn (vgl. BGE 129 V 223 f. E. 4.2 in fine), mithin das Jahr 2005, als nach der am 15. Juli 2004 eingetretenen Arbeitsunfähigkeit die einjährige Wartefrist im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung) abgelaufen war. Folglich ist das Valideneinkommen mit Fr. 60'000.- zu bemessen. Auch das Invalideneinkommen ist per 2005 zu berechnen. Auf der Grundlage des in der LSE 2004 in der Tabelle TA1 für Männer bei einer 40-Stundenwoche für Tätigkeiten des Anforderungsniveaus 4 ausgewiesenen Zentralwerts von Fr. 4'588.- und unter Berücksichtigung der zwischen 2004 und 2005 auf den MännerInnen eingetretenen Nominallohnentwicklung von 0,9 % (Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2006, Tabelle T1.1.93) sowie der im Jahr 2005 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 9-2011 Tabelle B9.2) ergibt sich ein Jahreseinkommen von rund Fr. 57'912.-.

Mit dem von der IV-Stelle richtigerweise vorgenommenen Abzug von 10 % wird den erheblichen, sich allenfalls auf den Lohn auswirkenden Einschränkungen des Beschwerdeführers beim Gehen und Stehen Rechnung getragen. Mangels weiterer von der Rechtsprechung als lohnmindernde Faktoren anerkannter persönlicher oder beruflicher Merkmale (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75) muss es aber beim 10%igen Abzug sein Bewenden haben. Es ist folglich von einem Invalideneinkommen von rund Fr. 52'121.- auszugehen, welches das Valideneinkommen von Fr. 60'000.- um Fr. 7'879.- unterschreitet und somit zu einem Invaliditätsgrad von rund 13 % führt.

Im Ergebnis ist daher die angefochtene Rentenablehnung nicht zu beanstanden, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer für das aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG kostenpflichtige Verfahren aufzukommen, wobei die Kosten auf Fr. 800.- festzusetzen sind.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden ihm nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Die Beschwerde gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht 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.