

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00629 vom 20. März 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-03-20, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00629](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00629)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00629 du 20 mars 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00629 del 20 marzo 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

Schlafstörungen können im Sinne von Art. 8 ATSG nur invalidisierend sein, wenn sie auf ein fachärztlich schlüssig festgestelltes organisches oder psychisches Leiden zurückzuführen sind. Der Schlaf kann zwar analysiert und mit dem in der Bevölkerung üblichen verglichen werden, indessen ist auch bei genauer Angabe der Schlafdauer oder der Bezifferung der sogenannten Schlaffeffizienz über die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit noch nichts gesagt. Zunächst fehlt es an einer wissenschaftlich exakten Definition, wie viel Schlaf quantitativ notwendig ist. Die durchschnittliche Schlafzeit liegt in den Industrieländern bei etwa sieben Stunden, wobei Jugendliche oft dazu neigen, wenig zu schlafen und ältere Menschen häufig die Bettzeiten verkürzen, indessen weniger Tiefschlaf aufweisen. Sodann wird erholsamer bzw. nicht erholsamer Schlaf durch das subjektive Empfinden des Einzelnen bestimmt und dieses wiederum beeinflusst massgeblich die Leistungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts in Sachen W. vom 18. April 2007, U 127/08 Erw. 8.1 mit Hinweisen).

1.2 Laut Art. 28 Abs. 1 IVG 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.

1.3 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 Aussagen 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).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszumessende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 Erw. 5.1; 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

## E. 2

2.1 Im Urteil vom 4. Februar 2009 in Sachen der Parteien (Urk. 8/142) erwog das hiesige Gericht, dass gestützt auf die Arztberichte davon ausgegangen werden könne, 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 ■berkopfarbeiten) eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Erw. 4.3.3).

Was die Hypersomnie betreffe, könnten relevante Auswirkungen derselben auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht ohne Weiteres verneint werden, es könne aber auch nicht einfach angenommen werden, dass solche beständen. Zum einen erscheine unklar, welche Form der Hypersomnie vorliege. Nach den Berichten des Zentrums für Schlafmedizin bestehe eine medizinisch bedingte Hypersomnie nach HWS-Trauma, gleichzeitig werde aber bemerkt, es liege eine primäre resp. idiopathische Hypersomnie vor, was widersprüchlich erscheine. Bei Fehlen einer organischen Ursache würde sich auch die Frage stellen, ob diese mit psychischen Störungen verbunden sei. Eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit müsse unbeschrieben der ■tiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend sei eine nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu erfolgende Beurteilung, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeitsfähigkeit zumutbar sei. Die bestehende übermässige Tagesmüdigkeit erweise sich weder in diagnostischer Hinsicht noch bezüglich der (zumutbaren) Behandlungsmöglichkeiten und der konkreten Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit als hinreichend abgeklärt. Angesichts der Komplexität des Krankheitsbildes "Hypersomnie" sowie angesichts der

Tatsache, dass diesem verschiedene Ursachen, insbesondere auch eine psychiatrische Grunderkrankung, zugrunde liegen könnten, sei eine neurologische und psychiatrische Abklärung erforderlich (Erw. 4.4 ff.).

2.2.2.2.2.2 In dem im Nachgang dieses Urteils von der Beschwerdegegnerin eingeholten polydisziplinären (orthopädischen, neurologischen und psychologischen) MEDAS-Gutachten vom 18. März 2010 (Urk. 8/165) stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 28):

"1. Verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule bei degenerativen Veränderungen der mittleren/unteren Halswirbelsäule und der unteren Lendenwirbelsäule ohne nervenwurzelbezogenes neurologisches Defizit".

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 28):

2. Fehlstatik der Wirbelsäule mit Haltungsinsuffizienz, muskulärem Hartspann und verschmälertiger Rumpfmuskulatur sowie erheblich verkürzter Ischiokruralmuskulatur beiderseits

3. Dezent varische Beinachsen

4. Geringe Fehlbelastung durch Übergewicht

5. Angegebene Hypersomnie bei nicht organischer Tagesschlafträgheit und Schlafapnoesyndrom (diagnostiziert in der E. \_\_\_ und im C. \_\_\_)".

Der Beschwerdeführer beschreibe neben zervikalen und zervikozephalen Beschwerden, zeitweilig ausstrahlend in den linken Arm, sowie Lumbalgien, vor allem eine vermehrte Tagesmüdigkeit mit erhöhtem Schlafbedürfnis. Die klinisch-neurologische Untersuchung und die psychiatrische Exploration ergäben keine Erklärung für das von ihm beschriebene erhöhte Schlafbedürfnis. Anhaltspunkte für eine Narkolepsie ergäben sich aus neurologischer Sicht nicht. Die aus psychiatrischer Sicht im Oktober 2005 beschriebene Anpassungsstörung mit ängstlich-depressiver Symptomatik nach Autounfall sei abgeklungen.

Aus orthopädischer Sicht zeigten sich Veränderungen degenerativen Ursprungs an der Halswirbelsäule und geringer auch an der Lendenwirbelsäule.

Der Beschwerdeführer sei ursprünglich auch zu einer pneumologischen Untersuchung aufgeboten worden, habe aber eine erneute pneumologisch-schlafmedizinische Untersuchung abgelehnt und auf die bereits durchgeführten Untersuchungen in der E. \_\_\_ sowie im C. \_\_\_ verwiesen.

Zusammenfassend sei man aus polydisziplinärer Sicht zur Auffassung gelangt, dass die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Maler wegen der damit verknüpften körperlichen Belastungen und Zwangshaltungen nicht mehr fortgesetzt werden könne. Auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hingegen könne der Beschwerdeführer durchschnittlich mittelschwere körperliche Arbeiten durchschnittlich geistiger Art mit durchschnittlichen Verantwortungsbereichen vollzeitlich verrichten. Arbeiten mit besonderem Zeitdruck, Arbeiten unter Schichtarbeitsbedingungen, insbesondere Tätigkeiten in Nachtarbeit seien ebenso auszuschließen wie Tätigkeiten mit schwerem

Heben und Tragen von Gegenständen sowie häufigem Bücken und ständigen Zwangshaltungen wie auch Überkopfarbeiten und unter Einfluss von Kälte und Nässe.

2.3 In dem für die SUVA erstellten Gutachten der Neurologischen Klinik und Poliklinik des C. \_\_\_ vom 25. Oktober 2008 wurde eine exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie diagnostiziert mit/bei (1) DD am ehesten posttraumatisch nach Autounfall am 7.3.2004 mit HWS-Distorsionstrauma und möglichem leichtem Schädel-Hirn-Trauma mit initialer Commotio labyrinthii, (2) keine Hinweise auf spezifische primäre Schlaf-Wach-Erkrankung oder auf andere Ursachen und (3) mögliche Depression als negativ interagierender Faktor (Urk. 8/143 S. 16).

Es bestanden keine Hinweise für eine medikamenten-induzierte Hypersomnie. Die exzessive Tagesschläfrigkeit (objektiviert durch sehr kurze Einschlafzeiten im Multiplen Schlaflatenz-Test) und die Hypersomnie (vermehrtes Schlafbedürfnis pro 24 Stunden, anamnestisch erhoben und aktigraphisch bestätigt) seien am ehesten (wahrscheinlich) durch den Unfall vom März 2004 verursacht worden. Für diese Kausalität sprechen folgende Fakten:

Es hätten vor diesem Unfall keine ähnlichen Schlaf-Wach-Störungen bestanden, und soweit aktenmäßig eruierbar, seien auch davor keine solchen Störungen aktenkundig. Es sei gut möglich und sei wiederholt - auch am Beschwerdeführer - beobachtet worden, dass Schlaf-Wach-Störungen unmittelbar nach Traumata nicht beachtet würden, zumal andere Beschwerden (vorab Schmerzen) im Vordergrund gestanden hätten.

Schlaf-Wach-Störungen und insbesondere die exzessive Tagesschläfrigkeit und die Hypersomnie gehören gemäss medizinischen Studien zu den häufigsten Beschwerden nach Schädel-Hirn-Trauma und auch nach HWS-Distorsionstrauma. In Zusammenarbeit mit der Harvard-Universität Boston sei ein Verlust von Hypocretin-(Orexin-)Neuronen im Hypothalamus verstorbener Schädel-Hirn-Trauma-Patienten gefunden worden. Hypocretin-Neuronen fördern die Wachheit - ein Fehlen dieser Neuronen führe zu Narkolepsie mit schwerer Tagesschläfrigkeit. Dies stütze die Hypothese, dass neuronale Schädigungen nach Schädel-Hirn-Trauma für posttraumatische Schlaf-Wach-Störungen verantwortlich sein könnten. Es sei gut möglich, sei jedoch bislang nicht untersucht worden, dass auch andere wachheitsfördernde Neuronenpopulationen im Mesencephalon bzw. Hirnstamm durch Traumata geschädigt würden.

Beim Beschwerdeführer finden sich keine Hinweise für eine andere Ursache dieser schweren Tagesschläfrigkeit (keine Narkolepsie, keine idiopathische Hypersomnie, keine relevanten Schlaf-assoziierten Bewegungs- [z.B. Restless legs-Syndrom] oder Atemstörungen [z.B. Schlafapnoe], kein chronisches Schlafmanko [mittels Aktigraphie ausgeschlossen], keine Hinweise auf zugrundeliegende psychiatrische oder medizinische Erkrankungen).

Aufgrund der Schlaf-Wach-Störungen betrage die Arbeitsfähigkeit 0 %.

### E. 3.1



3.3.1.1 Der Vorwurf, die Gutachter hätten keine neuen Röntgenbilder angefertigt, ist völlig haltlos, stand gemäß Urteil vom 4. Februar 2009 (Urk. 8/142) doch fest, dass aus orthopädisch/rheumatologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit in behinderungsangepasster Tätigkeit besteht, und wurde die Sache vom hiesigen Gericht lediglich zur Abklärung der Hypersomnie an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen. Auch anlässlich der MEDAS-Begutachtung führte der Beschwerdeführer aus, im Vordergrund seiner Beschwerden stehe das ausgeprägte Schlafbedürfnis, und er machte keine Verschlechterung der Beschwerden im Bereich der Wirbelsäule geltend (Urk. 8/165 S. 22). Im Übrigen standen den Experten die aktuellen MRI-Befunde der Lendenwirbelsäule vom 19. Februar 2008 zur Verfügung (Urk. 8/165 S. 16).

### E. 3.4

3.4.1.1 Nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung können Schlafstörungen nur unter bestimmten Voraussetzungen invalidisierend sein und müssen jedenfalls auf ein fachärztlich schlüssig festgestelltes organisches oder psychisches Leiden zurückgehen. Weil eine Schlafstörung invalidenversicherungsrechtlich darüber hinaus nur relevant ist, wenn der betroffenen Person - nach möglicher Therapie und Aneignung geeigneter Schlafstrategien - die Willensanstrengung, trotz ihrer Schlafprobleme einer Arbeitstätigkeit nachzugehen, nicht zugemutet werden kann, ist bei einer nichtorganischen Schlafstörung vorauszusetzen, dass diese durch eine psychische Störung von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer verursacht wird oder andere qualifizierte, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllte Kriterien vorliegen, welche eine Überwindung der subjektiven Arbeitsunfähigkeitsüberzeugung als unzumutbar erscheinen lassen (Urteil des Bundesgerichts in Sachen M vom 2. Dezember 2009, 9C\_840/2009 Erw. 4.2 mit Hinweisen).

3.4.2.1 Die Gutachter der MEDAS kamen zum Schluss, dass die Schilderung des Tagesablaufs die exzessive Tagesschläfrigkeit weder einer primären Hypersomnie, noch einer Narkolepsie, noch einer exogenen Ursache, wie vorübergehende Schlafdeprivation, chronische Einnahme von schlafinduzierenden Medikamenten, bzw. einer Narkolepsie zuordnen lasse (Urk. 8/165, neurologisches Zusatzgutachten S. 7). Diese Einschätzung wird im Gutachten der Neurologischen Klinik des C. gestützt, wurden doch auch anlässlich der Begutachtung im C. keine Hinweise auf eine spezifische primäre Schlaf-Wach-Erkrankung oder auf andere Ursachen (Urk. 8/143 S. 16) gefunden. Was das vom Gutachter des C. als Ursache für das Leiden genannte HWS-Distorsionstrauma und das mögliche leichte Schädel-Hirn-Trauma mit initialer Commotio labyrinthii betrifft, liegen diesbezüglich keine objektivierbaren Schädigungen vor, denn objektivierbar sind nur Ergebnisse, die reproduzierbar und von der Person des Untersuchenden und den Angaben des Patienten unabhängig sind (vgl. Dr. med. Urs Pilgrim, Nicht oder schwer objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Erfahrungen des Hausarztes und Rheumatologen, in: Erwin Murer [Hrsg.], Nicht objektivierbare Gesundheitsbeeinträchtigungen: Ein Grundproblem des öffentlichen und privaten Versicherungsrechts sowie des Haftpflichtrechts", Freiburger Sozialrechtstage 2006, S. 3 f.). Würde auf Ergebnisse klinischer Untersuchungen abgestellt, so würde fast in allen Fällen ein organisches Substrat namhaft gemacht (vgl. BGE 127 V 102 E. 5b/bb S. 103 mit Hinweisen). Von organisch objektiv ausgewiesenen Gesundheitsstörungen kann vielmehr erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit

apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden (vgl. BGE 134 V 109 E. 9 Ingress S. 122, 117 V 359 E. 5d/aa S. 363; SVR 2007 UV Nr. 25 S. 81 E. 5.4 mit Hinweisen, U 479/05; Urteil des Bundesgerichts vom 7. August 2008 in Sachen G., 8C\_806/2007, E. 8.2 mit weiteren Hinweisen). Solche Befunde konnte auch der Neurologe des C. nicht nennen, sondern er beschreibt lediglich Resultate von medizinischen Studien, aus welchen er eine mögliche Hirnschädigung des Beschwerdeführers ableitet (Urk. 8/143 S. 17 f.), was selbstredend nicht genügt. Auch die vom Neurologen des C. attestierte vollständige Arbeitsunfähigkeit (siehe Erw. 2.3)  berzeugt in keiner Weise, wenn man den Tagesablauf des Beschwerdeführers betrachtet, wie er ihn anlässlich der MEDAS-Begutachtung geschildert hat: Er erwache um 6 Uhr durch seinen Wecker. Er mache sich sodann für den Tag fertig, frühstücke, lese etwas. Zwischen 8 und 9 Uhr halte er für etwa 30 Minuten ein erstes Nickerchen. Er brauche dieses, um Anlauf für den Tag zu nehmen. Im Verlaufe des späteren Vormittages erledige er Einkäufe und Besorgungen, gehe spazieren. Wenn er heimkehre, bereite er das Mittagessen vor. Zwischen 11 und 11.30 Uhr liege er nochmals für 30 bis 45 Minuten ab. Er nehme sodann das Mittagessen ein, am frühen Nachmittag halte er nochmals kurzen Mittagsschlaf. Am späteren Nachmittag gehe er spazieren, gehe ins Schwimmbad, erledige den Haushalt. Nach dem Nachtessen schaue er meist fern. Er sei recht müde, und spätestens um 22 Uhr sei Nachtruhe. In den Ausgang gehe er so gut wie nie. Seine Hobbys seien Kochen und Schachspielen. Er schwimme gerne, allerdings nicht mehr so oft wie in der Vergangenheit. 1 bis 2 Mal in der Woche treffe er sich mit Freunden, w hentlich habe er Kontakt zu seinem Sohn und dessen Ehefrau. Man besuche sich gegenseitig. Ab und zu besuche er auch seine Halbschwester, welche in sehr ländlicher Umgebung wohne. Er könne sich dort gut erholen. Weitere Unternehmungen kämen kaum vor, es mangle an Geld. Essen gehen könne er nur, wenn er eingeladen werde (Urk. 8/165 S. 23). Angesichts dieser doch recht aktiven Lebensgestaltung ist nicht einzusehen, weshalb dem Beschwerdeführer gar keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar sein soll.

3.5     Da beim Beschwerdeführer auch keine psychische Störung vorliegt, stellt die von den Ärzten genannte exzessive Tagesschläfrigkeit und Hypersomnie keinen invalidisierenden Gesundheitsschaden dar (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2011 i.S. F., 9C\_871/2010). Unter Berücksichtigung seiner somatischen Rückenbeschwerden ist er in einer behinderungsangepassten leichten wechselbelastenden Tätigkeit mit einigermaßen regelmässigen Arbeitszeiten zu 100 % arbeitsfähig.

4.     Zu prüfen bleibt, wie sich die verminderte Arbeitsfähigkeit auf die Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers auswirkt.

4.1     Laut Arbeitgeberbericht der B. hatte der Beschwerdeführer im Jahr 2004 ein Jahresgehalt von Fr. 67'600.-- (13 x Fr. 5'200.--, Urk. 8/19) erzielt. Dies entspricht bei einem Nominallohnindex für Männer von 1'975 Punkten im Jahr 2004 und einem solchen von 1'992 Punkten im Jahr 2005 (nach Ablauf der Wartefrist; vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG) einem Jahreseinkommen (Valideneinkommen) von Fr. 68'182.-- (Die Volkswirtschaft 1/2-2011 S. 95 Tabelle B10.3).

4.2     Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der

Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 476 Erw. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,9 Stunden, seit 2008 von 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

4.3 Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Aufgaben beschäftigten Männer betrug im Jahr 2004 im privaten Sektor Fr. 4'588.-- pro Monat (LSE 2004, Tabelle TA 1 S. 53), was unter Berücksichtigung des Nominallohnindex von 1975 Punkten im Jahr 2004 und 1992 Punkten im Jahr 2005 sowie unter Berücksichtigung einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,6 Wochenstunden (vgl. oben Erw. 4.1 und 4.2) ein hypothetisches Erwerbseinkommen von Fr. 57'751.-- ergibt.

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 nur noch 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).

Da der Beschwerdeführer von 1989 bis 1999 als technischer/kaufmännischer Angestellter bei der Swissair arbeitete (Urk. 8/28 und Urk. 8/67/3) und auch als Selbständigerwerbender tätig war, ist mit dem Abstellen auf Löhne für einfache und repetitive Arbeiten den Leiden des Beschwerdeführers bereits sehr grosszügig Rechnung getragen, weshalb auf ein Abzug vom Tabellenlohn

verzichtet werden kann, dies umso mehr, als eine behinderungsangepasste Tätigkeit zu 100 % zumutbar ist.

4.4. Wird das Valideneinkommen von Fr. 68'182.-- in Beziehung gesetzt zum hypothetischen Erwerbseinkommen von Fr. 57'751.--, ergibt dies eine Erwerbseinbusse von Fr. 10'431.-- beziehungsweise einen Invaliditätsgrad 15,3 %. Folglich besteht kein Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

5. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten in Höhe von Fr. 800.-- dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- AXA-ARAG Rechtsschutz AG
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

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.