

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00596 vom 20. März 2007

ZH Sozialversicherungsgericht, 2007-03-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2006.00596

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00596 du 20 mars 2007

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2006.00596 del 20 marzo 2007

Erwägungen

E. 1

1.1 F. ____, geboren 1955, reiste im Jahr 1972 in die Schweiz ein und arbeitete an verschiedenen Stellen (Auszug aus dem individuellen Konto vom 20. November 2003, Urk. 7/9). Seit 1977 war er als Drucker bei der A. ____, B. ____, angestellt, welche Stelle er per 31. Mai 2004 wegen der Schliessung des Unternehmens verlor (Arbeitgeberbericht vom 3. Februar 2004 [Urk. 7/13/1-3] sowie Arbeitszeugnis vom 26. Mai 2004 [Urk. 7/31/2]). Seit ca. 1990 leidet der Versicherte an einer Polyarthrose mit belastungsabhängigen Schmerzen in verschiedenen Gelenken. Später kamen ein lumbospondylogenes Syndrom rechts sowie eine koronare Zweigefässkrankung hinzu. Am 19. Februar 2000 trat sodann ein Non-Q-Wave-Infarkt lateral auf. Am 4. Mai 2003 erlitt er einen Verkehrsunfall, als er mit seinem Motorfahrrad stürzte und auf die Straße fiel (Arztzeugnis von Dr. med. C. ____, Innere Medizin FMH, vom 13. Juni 2003 [Urk. 7/68/5], welcher eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte). Auch der neue Hausarzt (Nachfolger von Dr. C. ____) bescheinigte eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit ab 6. Mai 2003 (undatiertes Bericht von Dr. med. D. ____, Allgemeinmedizin FMH, Urk. 7/11/3). Seither arbeitete er nicht mehr (Arbeitgeberbericht, Urk. 7/13/1-3).

1.2 Am 7. November 2003 meldete sich F. ____, bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an und beantragte die Ausrichtung einer Rente (Urk. 7/3/6 Ziff. 7.8). Die IV-Stelle holte nebst einem Auszug aus dem individuellen Konto (vom 20. November 2003, Urk. 7/9) und des erwähnten Berichtes des Hausarztes (samt Kopien der vorbehandelnden Ärzte, Urk. 7/11/3-29) Auskunft der Arbeitgeberin (vom 3. Februar 2004, Urk. 7/13/1-3) ein und liess das Gutachten des Dr. med. E. ____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, vom 13. Juli 2004 (Urk. 7/23) erstellen. Sodann zog sie das vom Krankentaggeldversicherer, der Helsana Versicherungen AG, in Auftrag gegebene Gutachten des G. ____, vom 22. September 2004 (Urk. 7/28) bei. Die IV-Stelle veranlasste schliesslich ein Arbeitstraining vom 22. November 2004 bis zum 21. Februar 2005, wobei der Versicherte an zehn Abklärungstagen erschien (Verfugung vom 1. November 2004 [Urk. 7/35] und Abklärungsbericht vom 27. Januar 2005 [Urk. 7/40/1-4]). Mit Verfugung vom 2. Februar 2005 (Urk. 7/43) wurde der vorzeitige Abbruch der beruflichen Massnahme festgehalten.

Am 11. Februar 2005 (Urk. 7/46/3-4) und 8. April 2005 (Urk. 7/52) berichtete Dr. D. ____, über den Krankheitsverlauf. Nach einer berufsberaterischen Abklärung (vom 2. Mai 2005, Urk. 7/54) wies die IV-Stelle das Rentenbegehren mit Verfugung vom 13. Mai 2005 (Urk. 7/57) ab. Die dagegen erhobene Einsprache vom 14. Juni 2005 (Urk. 7/58) wurde nach der Einsichtnahme in einen neuen Verlaufsbericht von Dr. D. ____, (vom 11. Februar 2006, Urk. 7/71/3) mit Entscheid vom 29. Mai 2006 (Urk. 2)

abgewiesen.

E. 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).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG 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 ziffermässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffermässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 128 V 30 Erw. 1, 104 V 136 Erw. 2a und b, AHI 2000 S. 309 Erw. 1a in fine mit Hinweisen).

1.4 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 präzisierend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 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

), (7) eine Refluxkrankheit sowie (8) diverse Allergien (Urk. 7/23 S. 11).

2.3.3.1 Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. E. aus, aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine körperlich leichte Tätigkeit aktuell mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Das mögliche Belastungsprofil könne der ausstehenden Evaluation der funktionellen Leistungskapazität entnommen werden. Dem Beschwerdeführer seien teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten durchaus zumutbar (Urk. 7/23 S. 11). Dabei hielt er fest, dass der somatisch objektivierbare Gesundheitsschaden spärlich sei. Die subjektiv angegebenen Beschwerden liessen sich durch diese Befunde alleine nicht erklären. Es sei daher sinnvoll, dass die vorgesehene Evaluation der funktionellen Leistungskapazität durchgeführt werde (Urk. 7/23 S. 15).

E. 2.3.1

Anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. E. am 6. Juli 2004 (vgl. Expertise vom 13. Juli 2004, Urk. 7/23) berichtete der Beschwerdeführer über einen im Jahr 1973 erlittenen Tiefschneeunfall im Schnee, wobei er sich eine Schädelfraktur zugezogen habe. Im Juni habe er als Beifahrer einen Autounfall gehabt. Das Fahrzeug sei gegen einen Lichtkandelaber gefahren; dabei habe er sich Schnittverletzungen im Gesicht zugezogen. Bei einem erneuten Tiefschneeunfall im November habe er das linke Bein gebrochen, das dann operiert worden sei. 1975 habe er wegen einer Tuberkulose drei Monate in der Heilanstalt H. verbracht. 1979 habe er eine Schnittverletzung des Zeigefingers links und im Februar 2000 einen Herzinfarkt erlitten. Im August 2003 sei er auf der dermatologischen Klinik des I. wegen Allergien hospitalisiert gewesen (Urk. 7/23 S. 5).

Von Seiten des Bewegungsapparates her sei er bis 1990 beschwerdefrei gewesen. Erst mit der Belastung durch die Pflege der krebserkrankten Ehefrau seien Hüftschmerzen rechts aufgetreten. Er habe mehrere Spritzen erhalten, aber auch viele Medikamente, so dass er immer habe arbeiten können. Ab 1998 seien dann Schulterschmerzen beidseits dazugekommen vor allem nachts, aber auch bei gewissen Tätigkeiten im Beruf, meist in Kombination mit Ellbogenschmerzen. Er habe immer nur Schmerzmittel eingenommen, keine Therapien gemacht. Vor zwei Jahren seien dann auch Schmerzen in beiden Händen und den Knien dazu gekommen, auch dann habe er noch weitergearbeitet. Erst nach einem Sturz mit seinem Tiefschnee am 5. Mai 2003 sei er arbeitsunfähig geworden. Vor einem Fussgängerstreifen habe er eine Vollbremsung aufgeführt und sei dann nach rechts gestürzt. Gross verletzt habe er sich nicht, während zwei Wochen habe er jedoch noch einen Bluterguss am Gesäss rechts gehabt. In der Folge seien jedoch seine Hüftschmerzen verstärkt aufgetreten. Im August 2003 sei er dann auf der Rheumaklinik des Kantonsspitals B. abgeklärt worden, wobei Polyarthrosen diagnostiziert worden seien. Therapeutisch notwendig sei ein

Muskelaufbau. Das sei seine erste Physiotherapie gewesen, vorher habe er dazu nie Zeit gehabt. Seit März des Jahres gehe er auch regelmäßig in ein privates Krafttraining, zwei bis dreimal pro Woche. Im Januar 2004 sei er zudem in der Rheumapoliklinik des I. ___ gewesen. Herausgekommen sei nichts Neues (Urk. 7/23 S. 5/6).

2.3.2.1 Dr. E. ___ diagnostizierte (1) eine somatoforme Schmerzstörung bei generalisierten Schmerzen, Schlafstörungen, psychosozialen Belastungsmomenten und möglicher Depression, (2) leichte polyartikuläre Arthrosen mit Hüftarthrosen beidseits, stationär, und degenerativen Veränderungen der Fusswurzel rechts anamnestisch, (3) einen Status nach Algodystrophie der Hände, (4) einen Status nach Supraspinatus-Tendinitis anamnestisch, (5) eine koronare Zweigefäßkrankheit, (6) Übergewicht (28 kg/m

E. 2.4

2.4.1 Die Spezialisten des G. ___ führten in ihrem Gutachten vom 22. September 2004 (Urk. 7/28, kurz: G. ___-Gutachten) aus, klinisch zeige sich bei Beckengeradstand keine relevante Skoliose der Wirbelsäule bei leichter Hyperkyphose der oberen BWS. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule sei nur wenig eingeschränkt, und es bestehe eine Druckdolenz mit Ventralisationsschmerzen vor allem der unteren LWS. Die Schultergelenke seien beidseits in der Beweglichkeit endphasig schmerzhaft bei allerdings negativem Jobe-Test beidseits, jedoch Druckdolenz im Bereich des Coracoids, des Tuberculum majus und des AC-Gelenkes beidseits in Dorsalextension und Dorsalflexion je 1/3 eingeschränkt bei jeweiligem Endphasenschmerz. Die Beweglichkeit der unteren Extremitäten sei mit Ausnahme einer 1/3-Einschränkung beider oberen Sprunggelenke (OSG) normal. Neurologisch seien keine Auffälligkeiten festzustellen. Radiologisch zeigten sich eher diskrete degenerative Veränderungen im Bereich der Hüftgelenke beidseits und der LWS (L3/4) sowie eine anlagebedingte Fusion des Sakrums und Osiliums links.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ingesamt präsentiert sich ein Bild mit Polyarthralgien im Sinne einer generalisierten chronifizierten Schmerzsymptomatik, welche am ehesten im Rahmen der beginnenden Polyarthrose zu sehen sei. Darüber hinaus bestehe eine gewisse Weichteilproblematik mit Ansatzentzündungen, insbesondere im Schulterbereich beidseits. Anlässlich der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe sich der Beschwerdeführer im mittelschweren Bereich belasten lassen und statisch keine größeren Probleme gezeigt. Einzig die Handkraft beidseits sei selbstlimitiert, und bei schnellerem Gehen und Hantieren horizontal sei ein Entlastungshinken rechts zu beobachten gewesen (Urk. 7/28 S. 2).

E. 2.4.2

Betreffend Arbeitsfähigkeit sahen die Ärzte das Hauptproblem im Schmerzverhalten und der Schmerzverarbeitung. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht und gestützt auf die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit erachteten sie dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit als ganztags zumutbar. Namentlich befanden sie die zuletzt durchgeführte Tätigkeit als Maschinenführer in einer Druckerei als möglich (Urk. 7/28 S. 4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Einschätzung des Dr. E. ___ vom 13. Juli 2004 führten sie aus, die attestierte Arbeitsfähigkeit von lediglich 50 % habe sich möglicherweise daraus ergeben, dass Dr. E. ___ keine objektivierbaren Testergebnisse der körperlichen

Belastbarkeit möglich gewesen seien. Zusätzlich könnte das aspektmissige Verhalten des Beschwerdeführers zu einer Vermengung psychologisch-psychiatrischer Aspekte beigetragen haben, sodass die Schmerzkomponente zusätzlich in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen sei. Demgegenüber habe sich der Beschwerdeführer belasten lassen und sollte wieder vollständig in den Arbeitsprozess reintegriert werden können (Urk. 7/28 S. 4).

E. 2.5

2.5.1.1 Dr. D. ___ berichtete in der Folge über den Verlauf und führte am 11. Februar 2005 (Urk. 7/46/3-4) aus, vom 22. November 2004 bis 21. Februar 2005 sei eine Arbeit im K. ___ vorgesehen gewesen, um die Arbeitsfähigkeit besser zu objektivieren. Als Komplikation habe sich eine Zirkulationsstörung im rechten Femurkopf im Sinne wahrscheinlich einer leichten Femurkopfnekrose entwickelt (vgl. auch Bericht der Ärzte des Kantonsspitals B. ___ vom 22. Dezember 2004 und 14. Januar 2005, Urk. 7/46/6-7). Aus diesem Grund habe der Beschwerdeführer ab dem 4. Dezember 2004 nicht mehr arbeiten können.

Dr. D. ___ konnte die Arbeitsfähigkeit nicht genau einschätzen, erachtete jedoch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit bei leichter körperlicher Arbeit (Dr. E. ___) als realistischer denn eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit im angestammten Beruf sowie in einer mittelschweren Tätigkeit (G. ___), welche Einschätzung ihm realitätsfremd erscheine. Aus diesem Grunde befürwortete er einen erneuten Arbeitsversuch im K. ___.

2.5.2.1 Am 11. Februar 2006 (Urk. 7/71/3-4) diagnostizierte Dr. D. ___ ergänzend eine Zirkulationsstörung im rechten Femurkopf 12/04 sowie einen Verdacht auf eine depressive Episode. Er hielt fest, man könne von einer gewissen Beruhigung des Zustandes ausgehen mit eventuell einem "Ausbrennen" der Problematik im Bereich des rechten Hüft-/Fussgelenkes. Angaben zur Arbeitsfähigkeit konnte der Arzt nicht machen.

E. 3.1

Aufgrund der ärztlichen Angaben ist erstellt, dass der Beschwerdeführer an verschiedenen Krankheiten leidet, so an einer Polyarthrose, einem lumbospondylogenen Syndrom, einer Coxarthrose sowie einer Herzerkrankung. Nach dem Unfall, bei dem er sich allerdings nicht schwer verletzte (Urk. 7/23 S. 21/22), wurde er vom Hausarzt vollumfänglich krank geschrieben. Dieser verwies in seinem Bericht von Ende 2003 (Urk. 7/11/3) jedoch auf eine Abklärung am I. ___ zur Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit und machte deshalb keine weiteren Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Auch die Ärzte des I. ___ konnten die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht genau bestimmen, gingen indes von einer mindestens 50%igen Arbeitsfähigkeit aus. Auch sie empfahlen zur genauen Bestimmung der Arbeitsfähigkeit eine detaillierte Abklärung der Leistungsfähigkeit (Bericht vom 5. November 2003, Urk. 7/11/11). Im gleichen Sinn erachtete Dr. E. ___ in seinem Gutachten vom 13. Juli 2004 (Urk. 7/23 S. 15) eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als notwendig zur genauen Bestimmung der Arbeitsfähigkeit und bemass diese einstweilen mit mindestens 50 %, wobei dem Beschwerdeführer teilweise auch mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass sämtliche Ärzte keine verbindlichen Angaben machen konnten, sondern eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit als notwendig erachteten, um eine verlässliche Einschätzung abgeben zu können.

3.2 Ä Ä Ä Ä Die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit ergab dann, dass dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit ganztags zumutbar ist (G. ___-Gutachten vom 22. September 2004, Urk. 7/28)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Das G. ___-Gutachten erweist sich als für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, wurde doch detailliert dargelegt, inwiefern der Beschwerdeführer in seiner Arbeitsleistung eingeschränkt ist und welche Tätigkeiten er noch verrichten kann. Die Ausführungen beruhen sodann auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen unter konkreter Testung der verbliebenen Möglichkeiten. Weiter wurden die geklagten Beschwerden berücksichtigt, und es erfolgte eine kritische Auseinandersetzung damit sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, und es wurden die als abweichend interpretierbaren Äusserungen eingehend widerlegt. Sodann leuchtet die Einschätzung in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein und sind die Schlussfolgerungen in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präferend nachvollziehen kann. Die Ärzte konnten schlüssig darlegen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner eher diskreten körperlichen Leiden (Polyarthralgien im Sinne einer generalisierten chronifizierten Schmerzsymptomatik sowie eine Weichteilproblematik bei Beckengeradstand und keiner relevante Skoliose der Wirbelsäule) sowie aufgrund der gezeigten Leistungen in der Arbeitsfähigkeit nicht wesentlich eingeschränkt ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit entspricht das Gutachten in jeder Hinsicht den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise, weshalb ohne weiteres darauf abzustellen ist.

3.3 Ä Ä Ä Ä Auch aus den nachfolgenden Verlaufsberichten des Dr. D. ___ (vom 11. Februar 2005 [Urk. 7/46/3] und 11. Februar 2006 [Urk. 7/71/3]) kann nichts Gegenteiliges geschlossen werden. So liess er es bei der Feststellung bewenden, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im G. ___-Gutachten erscheine ihm als realitätsfremd, ohne darzulegen, welche Erhebungen denn falsch waren. Er nannte keinen konkret getesteten Bewegungsablauf, welcher unkorrekt bewertet worden wäre. Auch begründete er seine Meinung, dass wohl eher eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten körperlichen Tätigkeit gegeben sei, nicht näher. Im Gegenteil empfahl er einfach einen erneuten Arbeitsversuch zur Eruiierung der Arbeitsfähigkeit.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Invalidenversicherungsverfahren ist es die Aufgabe der Ärzte, die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person in medizinisch-theoretischer Hinsicht zu beziffern. Dieser Aufgabe kam Dr. D. ___ nicht begründet nach.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sodann sind aus den Akten keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass die im Dezember 2004 neu aufgetretene Zirkulationsstörung im rechten Femurkopf dauernde Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätte.

E. 3.4

Schliesslich ergibt auch der vom Beschwerdeführer pendente lite eingereichte Bericht der Ärzte des Kantonsspitals B. ___, Medizinische Klinik, vom 8. November 2006 (Urk. 13)

nichts anderes in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, jedenfalls nicht bis zum massgebenden Zeitpunkt des Erlasses des angefochtenen Einspracheentscheides. Der Beschwerdeführer war vom 6. bis 8. November 2006 wegen belastungsabhängigen peripheren Beschwerden hospitalisiert, wobei eine Koronarangiographie durchgeführt wurde, welche eine kleine, chronisch verschlossene rechte Koronararterie zeigte. Eine hochgradige Stenose eines grösseren Diagonalastes wurde dilatiert und mit einem Stent versehen. Der postinterventionelle Verlauf wurde als komplikationslos beschrieben.

E. 3.5

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass dem Beschwerdeführer eine mittelschwere Tätigkeit vollumfänglich zumutbar ist. Nachdem er seine Anstellung bei der A. AG aus krankheitsfremden Gründen verloren hat, stehen ihm auf dem Arbeitsmarkt genügend Tätigkeiten offen, welche seinem Leistungsprofil entsprechen. Aus diesem Grund liegt beim Beschwerdeführer keine Invalidität vor, weshalb sich der leistungsverweigernde Einspracheentscheid vom 29. Mai 2006 (Urk. 2) als rechtens erweist und die Beschwerde abzuweisen ist.

4. Da die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Verbeiständung gemäss Art. 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht erfüllt sind, ist dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen, welcher bei diesem Ausgang des Verfahrens aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist. Nach Einsicht in die Kostennote vom 23. Februar 2007 (Urk. 16) und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht sowie Art. 8 und 9 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- auf Fr. 1'577.50 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuches vom 28. Juni 2006 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand für das vorliegende Verfahren bestellt. Der Beschwerdeführer wird darauf hingewiesen, dass er zur Rückerstattung der Entschädigung für die Vertretung verpflichtet werden kann, wenn er in günstige wirtschaftliche Verhältnisse kommt (Art. 92 der Zivilprozessordnung, ZPO).

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, Zürich, wird mit Fr. 1'577.50 (Honorar und Auslagenersatz inkl. Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt.

E. 4

Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg

