

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00520 vom 29. Oktober 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-10-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00520](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00520)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00520 du 29 octobre 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00520 del 29 ottobre 2008

## Erwägungen

### E. 2

/

### E. 3

3.1. In seinem Urteil vom 12. Oktober 2005 in Sachen des Beschwerdeführers erwog das Gericht, die vorhandenen medizinischen Akten würden sich angesichts der Komplexität des vorliegenden medizinischen Sachverhalts, welche sowohl somatisch wie eventuell auch psychisch begründet sei, als unvollständig erweisen, weshalb eine umfassende Beurteilung des Gesundheitszustandes sowie der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers unerlässlich sei. Die Beschwerdegegnerin werde ein externes, polydisziplinäres (rheumatologisches, psychiatrisches und, sollte die Behauptung des Beschwerdeführers, er habe sich einer schweren Herzoperation unterziehen müssen, verifizieren lassen, gegebenenfalls auch ein internistisches) Gutachten einzuholen und dabei auch abzuklären haben, inwiefern die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus rheumatologischer, psychiatrischer und falls nötig auch internistischer Sicht eingeschränkt sei. Die Begutachtung solle auch mit einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers (EFL) verbunden sein. Die begutachtende psychiatrische Fachperson müsse auch zu den in der neusten Rechtsprechung dargelegten Kriterien zur invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz von Somatisierungsstörungen befragt werden (Urk. 13/63 Erw. 3.4.5 S. 11).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Daraufhin erfolgte am 2. Mai 2006 eine interdisziplinäre Begutachtung beim Institut X. Zuvor war der Beschwerdeführer für die Zeit vom 19. Oktober bis 14. November 2005 in der Rheumaklinik des Spital W. hospitalisiert gewesen.

3.2. Aus dem Austrittsbericht von Dr. med. B., Assistenzärztin, und Dr. med. C., Oberarzt, sowie Dr. med. D., Chefarzt, Rheumaklinik des Spital W., vom 17. November 2005 (Beilage zum Gutachten des Institut X., Urk. 13/74/27-32) geht hervor, dass der Beschwerdeführer an einem chronischen invalidisierenden Cervicobrachialsyndrom rechts mit segmentalen Dysfunktionen der unteren Halswirbelsäule (HWS) C6-Th1 mit Triggerpunkten an Hals-, Nacken- und Schultermuskulatur rechts, einem Verdacht auf eine Schmerzverarbeitungsstörung, einem Status nach einem Rotationstrauma des Vorderarmes vom 22. April 2002, einer Osteochondrose C5/6 und an einer breitbasigen mediolateralen Diskushernie C5/C6 mit Nervenwurzelkompression C6 rechts (MRI vom Oktober 2005) leidet. Zudem diagnostizierten sie beim Beschwerdeführer ein chronisches lumbovertebrales intermittierend spondylogenes Syndrom rechts mit einem druckschmerzhaften

Beckenkamm rechts, gereizten Facettengelenken L4/5 und L5/S1 beidseits mit segmentalen Dysfunktionen, einer Fehllhaltung der Wirbelsäule und einem myofaszialen Schmerzsyndrom der paravertebralen Muskulatur. Ferner leide der Beschwerdeführer an einer koronaren Herzkrankheit bei einem Status nach einem infero-posterioren Myokardinfarkt mit einer Herzkranzgefäss-Erweiterung (PTCA) am 2. Februar 1998 bei einem stenosefreien Koronarogramm vom 17. März 2004 und kardiovaskulären Risikofaktoren (Hypercholesterinämie, Diabetes mellitus, Nikotinabusus und Adipositas). Schliesslich diagnostizierten diese Ärzte beim Beschwerdeführer einen Aethylabusus, Adipositas und einen Status nach einer Gastritis (Gastroskopie 01/04). Für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Bücken sei der Beschwerdeführer zu 70 % arbeitsfähig.

3.3 Im Gutachten des Institut X. wird gestützt auf eine Evaluation der internistischen Situation (Urk. 13/74/10), ein orthopädisches (Urk. 13/74/10-15) und ein psychiatrisches (Urk. 13/74/15-17) Teilgutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführer mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit an einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.5) mit degenerativen Veränderungen der Intervertebralgelenke und Diskusprotrusionen ohne Neurokompression L3/4 bis L5/S1 (ICD-10 M47.86/M51.2) leide. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien die folgenden Diagnosen:

"1. Symptomausweitung (ICD-10 F54)

2. Verdacht auf beginnendes multilokuläres Schmerzsyndrom, weitgehend ohne objektivierbares klinisches Korrelat (ICD-10 R52.1)

3. Koronare Herzkrankheit (ICD-10 I25.9)

- stenosefreies Koronarogramm 17.3.04 - Status nach infero-posteriorem Myokardinfarkt mit PTCA des Ramus

circumflexus der linken Koronararterie (RCX) am 2.2.98

- kardiovaskuläre Risikofaktoren:

Hypercholesterinämie, Diabetes

mellitus, Nikotinabusus, Adipositas

4. Metabolisches Syndrom (ICD-10 E88.9)

- Adipositas mit Body Mass Index 32.4 kg/m<sup>2</sup> (ICD-10 E66.0) - Diabetes mellitus (ICD-10 E11.9), derzeit schlecht eingestellt mit

HbA1c von 8,7 %

- arterielle Hypertonie (ICD-10 I10), derzeit gut eingestellt

- Hypercholesterinämie (ICD-10 E78.0)

- Dyslipidämie (ICD-10 E78.2)"

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter aufgrund der

degenerativen Veränderungen an der unteren Wirbelsäule nicht mehr einsatzfähig sei. Wegen der koronaren Herzkrankheit seien körperlich belastende Tätigkeiten für den Beschwerdeführer ungeeignet und sollten ihm nicht zugemutet werden. Aus psychiatrischer Sicht sei lediglich die Diagnose einer Schmerzausweitung zu stellen. Diese habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, ohne Zwangshaltung der unteren Wirbelsäule und ohne repetitive Überkopfarbeiten der Arme sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsfähig.

3.4 Aus dem im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dres. E.\_\_\_\_ und Y.\_\_\_\_, Rheumaklinik Spital W.\_\_\_\_, vom 16. März 2007 (Urk. 3) gehen folgende Diagnosen hervor:

"1. Chronisch invalidisierendes cervikobrachiales Syndrom rechts bei Osteochondrose C5/6, breitbasig mediolateraler Diskushernie C5/6 mit

Nervenwurzelkompression C6 rechts (MRI 10/05) - Status nach Rotationstrauma des Vorderarmes 22.04.02

2. Chronisch lumbospondylogenes, DD lumboradikuläres Schmerzsyndrom,

am ehesten L5 oder S1 bei

- Hinweisen für aktivierte Facettengelenksarthrose L4/5 und L5/S1

beidseits

- Fehlhaltung der Wirbelsäule

- myofaszialem

Schmerzsyndrom der paravertebralen Muskulatur

3. Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung

4. Koronare Herzkrankheit bei

- Status nach inferiorem posteriorem Myokardinfarkt mit PTCA des Left

circumflex (LCX) am

22.02.08 - stenosefreies

Koronarogramm 17.03.04

- koronar vaskuläre Risikofaktoren: Hypercholesterinämie, Diabetes

mellitus, Nikotinabusus, Adipositas

Nebendiagnosen: Aethylabusus, Adipositas, Status nach

Gastritis

(Gastroskopie 1/05)".

Dazu führten die Rheumatologen aus, bezüglich der cervikobrachialen Beschwerden ergäben sich im Vergleich zum Jahre 2005 keine neuen Aspekte. Hinsichtlich der lumbospondylogenen Problematik sei es möglich, dass es sich um eine lumboradikuläre Reizsymptomatik handle, da die Schmerzen nun ins Bein ausstrahlten. Zusätzlich könnten lumbal auch aktivierte Facettengelenkarthrosen vorhanden sein. Neben der rheumatologischen Problematik bestehe jedoch weiterhin vor allem aufgrund des Verhaltens mit teilweise deutlichem Schonhinken der Hinweis auf eine Schmerzverarbeitungsstörung. Zusätzlich bestehe auch eine ausgeprägte psychosoziale Belastungssituation beim nun ausgesteuerten, von der Sozialhilfe abhängigen Beschwerdeführer mit schlechten Deutschkenntnissen. Zur Klärung der Frage nach aktivierten Facettengelenksarthrosen beziehungsweise einer lumbalen

Diskushernie werde erneut eine Skelettszintigraphie und eine Magnetresonanztomographie (MRI) durchgeführt. Erst im Anschluss daran könnten sie dazu Stellung nehmen, ob die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt sei.

3.5 Auf Grund der am 9. und 14. März 2007 durchgeführten bildgebenden Verfahren beurteilten die gleichen Ärzte des Spital W., Dres. E. und Y., die Situation in ihrem Bericht vom 2. Mai 2007 (Urk. 19/1) dahingehend, dass bezüglich der cervikobrachialen Schmerzen keine neuen Aspekte beständen. Auch hinsichtlich des chronisch lumbospondylogenen Schmerzsyndroms seien keine Hinweise für eine neu aufgetretene Diskushernie mit Wurzelkompression vorhanden. Sowohl im MRI der LWS als auch in der Szintigraphie fanden sich keine Anhaltspunkte für aktivierte Facettengelenkarthrosen. Daher sei dem Beschwerdeführer nochmals erklärt worden, dass eine rumpfstabilisierende Gymnastik notwendig sei, um die Schmerzen etwas abzuschwächen. Jedoch habe der Beschwerdeführer die Annahme des Informationsblattes der Rheumaliga zur Rückengymnastik abgelehnt. Aus rheumatologischer Sicht sei weiterhin von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ohne repetitives Bücken zumutbar. Ob die Arbeitsfähigkeit zusätzlich durch eine psychiatrische Problematik eingeschränkt sei, könne nicht beurteilt werden.

3.6 Dr. A. stellte anhand der am 25. Mai 2007 am rechten Schultergelenk des Beschwerdeführers durchgeführten triplanaren Arthro-Magnetresonanztomographie (Arthro-MRT) eine intakte Rotatorenmanschette fest. Es hätten sich eine mässige Acromio-clavicular (AC-) Gelenkarthrosis mit einem kleinen reaktiven Spongiosaödem im Acromion und eine Kapselschwellung sowie eine Alteration des subacromialen Gleitraums gezeigt. Lateral sei ein etwas abgesenktes Acromion ersichtlich gewesen, was derzeit nicht als sicheres Zeichen eines Impingements zu qualifizieren sei. Das Arthro-MRT links sei normal mit regelrechter Darstellung der einzelnen Manschettenanteile, der labralen Strukturen, der periartikulären Muskulatur und der langen Bicepssehne. Insbesondere gebe es keinen Hinweis für eine Rotatorenmanschettenläsion (Bericht vom 25. Mai 2007, Urk. 19/2).

3.7 Das Gutachten des Institut X. ist für die strittigen Belange umfassend, beruht auf Untersuchungen durch Dr. med. F., Facharzt für Orthopädie, (Urk. 13/74/10) und Dr. G., Facharzt Psychiatrie, (Urk. 13/74/15) sowie auf einer Gesamtbeurteilung durch einen multidisziplinären Konsensus (Urk. 13/74/18) und somit auf allseitigen Untersuchungen. Es berücksichtigt die im orthopädischen Fachgutachten vom 2. Mai 2006 (Urk. 13/74/10-15) ausführlich beschriebenen subjektiven Beschwerden und begründet aufgrund einer sorgfältigen klinischen Untersuchung, weshalb sich die angegebenen Schmerzen nicht mit den objektiven Befunden decken. Ebenso leuchtet die Verneinung einer psychisch bedingten Arbeitsunfähigkeit ein, vermochte doch die psychiatrische Exploration keinen innerseelischen Konflikt mit Krankheitswert nachzuweisen (Urk. 13/74/15-17). Das nicht weiter substantiierte Vorbringen in der Beschwerde, es liege eine psychische Beeinträchtigung mit Krankheitswert vor, geht daher fehl. Dies zumal er bis anhin auch keine entsprechende Therapie, weder eine medikamentöse noch eine psychiatrische, aufgenommen hat. Da sich aufgrund der Anamnese und der Befunde aus der klinischen Untersuchung sowie der Laboranalysen aus internistischer Sicht keine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit ergab, ist es nachvollziehbar, dass auf eine entsprechende fachärztliche Begutachtung

verzichtet wurde (Urk. 13/74/10). Insoweit die von den Experten erhobenen Befunde nicht mit denjenigen der medizinischen Vorakten übereinstimmen (Arztberichte von Dr. med. H.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, "\_\_\_\_", vom 11. und 23. April 2003 [Urk. 13/12] sowie vom 16. und 18. Februar 2004 [Urk. 13/34], Bericht der Rheumatologen des Spital W.\_\_\_\_ vom 2. April 2004 und 17. November 2005 [Urk. 13/74/22-34]) haben die Gutachter des Institut X.\_\_\_\_ dazu Stellung genommen und in nachvollziehbarer Weise dargelegt, wie sich die Diskrepanzen erklären lassen und weshalb sie den dortigen Einschätzungen nicht folgen (Urk. 13/74/20). Was die Abweichungen in der Diagnosestellung hinsichtlich des chronischen und invalidisierenden Cervikobrachialsyndroms sowie der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des Spital W.\_\_\_\_ im Bericht vom 17. November 2005 (Urk. 13/74/27-34) betrifft, ist zudem festzuhalten, dass die Gutachter bei ihrer Einschätzung der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit im Gegensatz zu den Ärzten des Spital W.\_\_\_\_ im November 2005 mangels entsprechender klinischer Korrelate und damit in nachvollziehbarer Weise nicht mehr von einer aktivierten Diskushernie C5/6 mit Nervenwurzelkompression ausgehen mussten. So hielt der orthopädische Gutachter fest, dass die Kopffrotation bei der expliziten Prüfung in beide Richtungen um nur 20° gelinge, wogegen in abgelenkter Situation eine Endstellung problemlos erreicht werde, ohne dass der Beschwerdeführer dabei Schmerzen angebe. Palpatorisch würden in Bauchlage diffuse Schmerzen am gesamten Rücken sowohl über den Processus spinosi als auch der paravertebralen Muskulatur angegeben, wogegen im Liegen das Beklopfen des Rückens ohne Schmerzäusserung möglich sei. Verspannungen der paravertebralen oder der Nackenmuskulatur liessen sich nicht finden (Urk. 13/74/13). Des Weiteren liessen sich auch die noch von Dr. H.\_\_\_\_ anfangs 2004 beschriebenen Befunde der damals offenbar vorherrschenden Epicondylopathie am rechten Ellbogen nicht mehr finden. Hat sich demnach die medizinische Situation verbessert, ist die Einschätzung der Gutachter des Institut X.\_\_\_\_, wonach der Beschwerdeführer im Rahmen einer leidensangepassten körperlich leichten Arbeit vollständig arbeitsfähig ist, nachvollziehbar. Im Weiteren leuchtet das Gutachten in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein, und die darin gezogenen Schlussfolgerungen sind begründet, weshalb es alle rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlagen erfüllt (Erw. 1.7).

3.8 Der Beschwerdeführer brachte keine Kritik am Gutachten und den darin getroffenen Schlussfolgerungen vor. Vielmehr verwies er in seiner Beschwerde lediglich auf die Schwere beziehungsweise stetige Verschlimmerung seiner Erkrankung und die erneute Behandlung im Spital W.\_\_\_\_ (Urk. 1). In der Ergänzung der Beschwerde (Urk. 6) liess der Beschwerdeführer alsdann geltend machen, aus dem Bericht des Spital W.\_\_\_\_ vom 16. März 2007 (Urk. 3) seien neue Diagnosen und damit eine noch nicht vollständig abgeklärte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes ersichtlich. Gemäss dem jüngsten Bericht der Rheumatologen des Spital W.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2007 (Urk. 19/1) liess sich weder der Verdacht auf eine lumboradikuläre Reizsymptomatik noch derjenige auf aktivierte Facettengelenksarthrosen mittels der durchgeführten bildgebenden Befunderhebungen (MRI der LWS vom 14. März 2007 und Skelettszintigraphie vom 9. März 2007) erhärten, mithin ist nicht von einer seit der Begutachtung durch das Institut X.\_\_\_\_ eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers auszugehen. Keine Rolle spielt es, wenn nunmehr hinsichtlich der rechten Schulter durch Dr. A.\_\_\_\_ neu eine mögliche AC-Gelenksarthrosis diagnostiziert wurde (Arthro-MRT vom 25. Mai 2007, Urk. 19/2).

Denn so sind die diesbezüglich geklagten Beschwerden sowohl bereits in die Befunderhebung als auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die Gutachter des Institut X. \_\_\_ eingeflossen. So führte der Orthopäde Dr. med. F. \_\_\_ in diesem Zusammenhang aus, dass sich an den oberen Extremitäten die Problematik auf die rechte Schulter beziehe, wo leichtgradige Einschränkungen bei Nackenkopfarbeiten festzustellen seien. Diese seien jedoch nicht beliebig reproduzierbar. Nach passiver Vordehnung sei alsdann auch eine freie Beweglichkeit möglich. Die Schmerzangaben seien etwas inkonsistent, so dass ein subakromiales Impingement höchstens ansatzweise postuliert werden könne. Eine wesentliche Einschränkung im Alltagsleben dürfte dadurch mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht entstehen (Urk. 13/74/13). Mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit tragen die Gutachter den geklagten Schulterbeschwerden dadurch Rechnung, dass sie repetitive Nackenkopfbewegungen beider Arme nicht mehr für zumutbar halten (Urk. 13/74/19).

3.9 Zusammenfassend ist somit davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer gemäss dem Gutachten des Institut X. \_\_\_ in seiner angestammten Tätigkeit als Bauarbeiter seit April 2002 nicht mehr arbeitsfähig ist, ihm jedoch körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in wechselnder Position, ohne Zwangshaltung von Kopf oder Wirbelsäule und ohne repetitive Nackenkopfbewegungen beider Arme eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitstätigkeit zumutbar ist.

#### 4. Zusammenfassung

4.1 Im Weiteren ist zu prüfen, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt. Für den Einkommensvergleich ist dabei auf die Gegebenheiten zum Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns abzustellen (BGE 128 V 174 Erw. 4a). Ein solcher ist vorliegend frühestens für das Jahr 2003 festzusetzen (Beginn der Arbeitsunfähigkeit im April 2002 [Urk. 13/74]; Art. 4 Abs. 2 in Verbindung mit Art 29 Abs. 1 lit. b IVG).

4.2 Gemäss den Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin des Beschwerdeführers vom 23. April 2003 (Urk. 13/8) hätte dieser ohne Gesundheitsschädigung mit einem Vollzeitpensum im Jahre 2003 einen Lohn von Fr. 58'097.-- verdienen können.

4.3 Erzielt die versicherte Person kein tatsächliches Einkommen mehr, weil sie nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können nach der Rechtsprechung zur Bestimmung der Invalidenlohnes Tabellenlöhne herangezogen werden (ZAK 1991 S. 321).

Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI 1998 S. 291). Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer betrug im Jahre 2002 im privaten Sektor Fr. 4'557.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2002, Tabelle TA1 S. 43), was bei einer im Jahre 2002 und 2003 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (Die Volkswirtschaft 9-2008 S. 98 Tab. B.9.2) und einer Nominallohnentwicklung für Männer im Jahre 2003 von 25 Punkten (1958 - 1933; Die Volkswirtschaft 9/2008, S. 99, Tab. B10.3) ein Gehalt von rund Fr. 4'812.-- pro Monat beziehungsweise ein solches von Fr. 57'744.-- (x 12) pro Jahr ergibt.

Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass Versicherte mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. u 242 S. 412 Er. 4b/bb; AHI-Praxis 1998 S. 177 f.). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalles ab (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad. Das Ausmass des Abzugs ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der maximal zulässige Abzug 25 % beträgt (BGE 126 V 79 Erw. 5b, bestätigt in AHI 2002 S. 62). Im vorliegenden Fall sind die Voraussetzungen für einen leidensbedingten Abzug erfüllt, da der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte Tätigkeiten ausüben kann und sich daher möglicherweise mit einem geringeren Lohn begnügen muss. Nicht in Betracht fallen jedoch die übrigen Kriterien wie das Alter, die Dienstjahre, die Nationalität und die Aufenthaltskategorie, weil der Beschwerdeführer im Zeitpunkt eines allfälligen Rentenbeginns knapp 43 Jahre alt war, sich bereits seit 1991 in der Schweiz aufhält, über eine Aufenthaltsbewilligung C verfügt und seine Nationalität angesichts der Tatsache, dass statistische Löhne auf Grund der Einkommen der schweizerischen und ausländischen Wohnbevölkerung erfasst werden, vernachlässigt werden kann (Urteil EVG in Sachen S. vom 16. April 2002, I 640/00, Urk. 13/2, Urk. 8/3). Unter diesen Umständen trägt ein leidensbedingter Abzug von maximal 10 % den tatsächlichen Verhältnissen angemessene Rechnung. Somit resultiert ein zumutbares Invalideneinkommen von rund Fr. 51'970.--.

Im Vergleich mit dem möglichen Valideneinkommen von Fr. 58'097.-- folgt daraus eine Erwerbseinbusse von Fr. 6'127.-- und ein Invaliditätsgrad von 10.54 %. Somit ist die Verneinung des Rentenanspruchs durch die Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

## 5. Anwendung

5.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 800.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.2 Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf Art. 9 in Verbindung mit Art. 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht sowie in Verbindung mit Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird.

1. Mit Schreiben vom 3. Oktober 2008 machte Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg Aufwendungen von total 6 Stunden und 20 Minuten sowie Auslagen von Fr. 32.-- geltend (Urk. 20).

2. Dieser Aufwand erscheint angemessen. Bei einem gerichtsblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- und unter Berücksichtigung der geltend gemachten Barauslagen von Fr. 32.-- resultiert demnach eine Entschädigung inklusive 7,6 % Mehrwertsteuer von Fr. 1'397.40.

3. Kommt der Beschwerdeführer künftighin in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann ihn das Gericht zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO]).

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg, wird mit Fr. 1'397.40 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Roland Ilg

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage des Doppels von Urk. 17 sowie je einer Kopie von Urk. 18 und Urk. 19/1-2

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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).

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

7. 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.