

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01203 vom 28. September 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-09-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2008.01203](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.01203)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01203 du 28 septembre 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.01203 del 28 settembre 2010

## Erwägungen

### E. 1

Es sei dem Beschwerdeführer eine volle Invalidenrente sowie darauf basierend Kinderrenten rückwirkend ab dem 1. Juni 2004 zuzusprechen.

### E. 2

Es sei ein zweites umfassendes, die Disziplinen übergreifendes, medizinisches Gutachten (inklusive Gutachten Kardiologie) über den Gesundheitszustand, die Arbeitsfähigkeit und damit über den Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers - unter besonderer Berücksichtigung des Zusammenwirkens aller Beschwerden des Beschwerdeführers - seit November 2001 bis heute und auf längere Sicht anzuordnen; der Gutachter sei nach dem Verfahren gemäss Art. 44 ATSG zu bestimmen.

### E. 3

3.1 Am 24. Januar 2005 erhob med. pract. A. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin und Hausarzt des Beschwerdeführers, die Diagnosen eines chronischen zervikospodylogenen und zervikocephalen Syndroms bei Status nach Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (HWS; Stadium II) mit Kopfkontusion parietal rechts 11/01, muskulärer Dysbalance des Schultergürtels, einer thorako-lumbalen Symptomausweitung, eines metabolischen Syndroms, eines Diabetes mellitus Typ II, einer arteriellen Hypertonie, einer Adipositas, schmerzbedingter Schlafstörungen, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten sowie einer depressiven Verstimmung. Der Beschwerdeführer sei seit 15. Januar 2005 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 10/10/5). Mit Bericht an die IV-Stelle vom 9. September 2005 erhob er wiederum dieselben Diagnosen und hielt fest, es sei dem Versicherten auch keine behinderungsangepasste Tätigkeit mehr zumutbar. Dieser habe seine persönlichen Ressourcen durch ein schlecht verarbeitetes und nicht integriertes Schmerzsyndrom abgebaut (Urk. 10/18).

3.2 Der Ergänzungsbericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 26. Januar 2006 durch Dr. med. B. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, ist zu entnehmen, dass auf radiologischer Ebene (Röntgenbilder vom 24. April 2006; vgl. Urk. 10/22/7) keine Erklärung für die klinisch gefundenen Einschränkungen der HWS des Beschwerdeführers gegeben sei (Urk. 10/22/3). Dessen Kooperation sei seit langem als fraglich beurteilt und bereits im Jahr 2003 sei eine Tendenz zur Symptomausweitung festgehalten worden. Bei fehlenden pathologisch-anatomischen Veränderungen lasse sich das heutige Beschwerdebild aus medizinischer Sicht nur auf dieser Ebene erklären (Urk. 10/22/4).

3.3. Mit Arztbericht vom 28. April 2006 bescheinigte med. pract. A. \_\_\_ dem Versicherten weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Es bestanden noch immer persistierende chronische Nacken- und Kopfschmerzen und eine eingeschränkte Beweglichkeit im Rücken, Schwindelanfälle, nächtliche Schmerzen und deshalb massive Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten und eine reaktive depressive Verstimmung (Urk. 10/6). Dasselbe Zustandsbild beschrieb er mit Arztbericht vom 6. Dezember 2006. Eine sehr schlechte Schmerzverarbeitung und massive Anpassungsstörungen des Beschwerdeführers an seine Lebenssituation führten zu einer mittelschweren bis schweren Depression mit psychosozialer Isolation. Dieser ziehe sich zurück, könne mit den chronischen Schmerzen in Rücken und Nacken und der Frustration nicht umgehen. Dieser Teufelskreis von Schmerzen und Isolation verstärke die Existenzängste, sodass der Beschwerdeführer vollends resigniere (Urk. 10/34).

3.4. Dr. med. C. \_\_\_s (Facharzt FMH für Neurologie und Computer-Tomographie) Bericht vom 10. Juli 2007 an med. pract. A. \_\_\_, der auf einer einmaligen konsiliarischen Untersuchung des Beschwerdeführers beruht (vgl. Urk. 10/46/11), ist folgende Beurteilung zu entnehmen: ■ Mässige subligamentäre Diskushernien C3/4 und C4/5, mediane Protrusion C5/6, diskrete diffuse Protrusion C6/7, keine Hinweise auf degenerative Veränderungen (höchstens minimal C6/7 beginnende anteriore Spondylose) ■ (Urk. 10/42/5). Der Beschwerdeführer wolle arbeiten. Jedoch habe bei der Untersuchung festgestellt werden können, dass die Gebrauchsfähigkeit der rechten Nacken-Schulter-Armseite praktisch nicht möglich sei. Die Kraftverhältnisse seien wegen der Schmerzchronifizierung vermindert. In dieser Hinsicht sei der Beschwerdeführer im Moment angestammt und adaptiv nicht arbeitsfähig (Urk. 10/42/6).

3.5. Mit Bericht vom 18. Juni 2007 erhob Dr. med. D. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zuhanden der IV-Stelle folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung anderer Gefühle (Ängste, Sorgen, Ärger und Angespanntheit mit depressiven Anteilen; ICD-10 F43.23) und Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54; Urk. 10/40/3). ■ Familie, Arbeitsstelle finden und Ausbildung ■ seien soziale Faktoren, die die Gesundheit und/oder die Arbeitsfähigkeit beeinflussten. Der Versicherte nehme nicht alle Behandlungsmöglichkeiten wahr, da er keine regelmässige Therapie besuche (Urk. 10/40/8).

3.6. Im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens des Z. \_\_\_ vom 5. August 2008 wurde der Versicherte am 23./24. Juni 2008 internistisch, psychiatrisch und neurologisch untersucht (Urk. 10/56). Die verantwortlichen Fachärzte diagnostizierten mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein zervikobrachiales Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) mit/bei Zustand nach HWS-Distorsionstrauma 2001 (ICD-10 S13.4) und mässigen degenerativen Veränderungen, ohne radikuläre Syndrome. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) und ein metabolisches Syndrom mit/bei Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9), Adipositas (ICD-10 E66.0) und arterieller Hypertonie (ICD-10 I10; Urk. 10/56/15). Bei der neurologischen Untersuchung zeige sich eine Diskrepanz zwischen den vom Versicherten angegebenen Beschwerden, dessen Verhalten während der Untersuchung und den objektiven Befunden. Aufgrund letzterer bestehe eine weitgehende Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten und ■berkopfarbeiten mit Zwangshaltungen im

Nacken-/Schulterbereich. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit, ohne die erwähnten Einschränkungen, liege aus neurologischer Sicht eine 100%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit vor. Die Einschränkung bestehe seit dem Unfall im November 2001. Die bei der psychiatrischen Untersuchung diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung erkläre die vom Beschwerdeführer vermehrt angegebenen Schmerzen, habe aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Mögliche Hintergründe der psychischen Überlagerung seien die wirtschaftlichen Schwierigkeiten; der Versicherte sei noch heute darüber enttäuscht, dass er seine selbständige Tätigkeit habe aufgeben müssen. Die von diesem empfundene Arbeitsunfähigkeit stehe in einer Diskrepanz zu den angegebenen Alltagsaktivitäten und den Untersuchungsbefunden (Urk. 10/56/11 und 16). Die ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung habe keinen Krankheitswert (Urk. 10/56/12). Die vom behandelnden Psychiater nach dem Unfall diagnostizierte Anpassungsstörung könne nicht mehr bestärkt werden. Aus neurologischer Sicht könne die von Dr. C. \_\_\_ angegebene Arbeitsunfähigkeit aufgrund der objektiven Befunde nicht nachvollzogen werden; dieser habe sich auf die subjektiven Einschränkungen des Beschwerdeführers gestützt (Urk. 10/56/17).

3.7. Eine ambulante Untersuchung von X. \_\_\_ im Herz Zentrum' \_\_\_' vom 23. Oktober 2008 ergab die Diagnosen einer hypertensiven Herzkrankheit mit normaler linksventrikulärer Funktion bei konzentrischer Hypertonie und einer eingeschränkten Belastbarkeit am Fahrradergometer bei Trainingsmangel. Der verantwortliche Arzt, Dr. med. E. \_\_\_, FMH Innere Medizin und Kardiologie, hielt mit Bericht vom 28. Oktober 2008 fest, der Versicherte habe eine hypertensive Herzkrankheit, die neben den zahlreichen vorhandenen Risikofaktoren angesichts der familiären Belastung mit kardiovaskulären Erkrankungen eine schlechte Ausgangslage darstelle. Die geringe Belastbarkeit am Fahrradergometer verunmögliche eine prognostische Aussage. Die Beschwerden gingen aufgrund der Anamnese und der Untersuchungsbefunde aber am ehesten vom Bewegungsapparat aus. Falls die Symptome weiterhin und belastungsindiziert auftreten würden, schlage er ein Koronarangiogramm-CT zu Standortbestimmung vor. Der Beschwerdeführer müsse sein Gewicht drastisch reduzieren (Urk. 3/1).

3.8. Mit Arztzeugnis vom 17. November 2008 führte Dr. D. \_\_\_ aus, der Versicherte sei wegen einer depressiven reaktiven Störung mit somatischen Beschwerden (Schulterschmerzen; ICD-10 F32.11) in seiner Behandlung. Diese Schmerzen und in letzter Zeit auch die depressive Symptomatik hätten zugenommen. Diese zeige sich mit Verzweiflung, innerer Unruhe und Überforderung. Eine Reintegration in die Privatwirtschaft sei aktuell nicht möglich (Urk. 3/2).

3.9. Am 20. November 2008 beschrieb med. pract. A. \_\_\_ dasselbe Zustandsbild wie am 28. April und am 6. Dezember 2006, wobei neu der Verdacht auf eine koronare Herzkrankheit bestehe (Urk. 3/3). Mit ärztlichem Attest vom 24. Februar 2009 hielt er fest, die Blutzuckerwerte und der Blutdruck seien bis jetzt noch nicht optimal eingestellt. Die anhaltenden chronischen Nacken- und Kopfschmerzen und die depressive Verstimmung seien Hindernisse für die Optimierung der Medikation. Im Verlauf habe der Beschwerdeführer, bei Verdacht auf TIA (transitorischer ischämischer Anfall), Absenzen gehabt, die jeweils 10 bis 15 Minuten gedauert hätten und die noch weiter abgeklärt werden müssten (Urk. 19/4).

3.10. Am 3. März 2009 sind ein MRI der HWS und LWS erstellt worden, die bezüglich HWS eine geringe bis mässige degenerative Diskopathie C5/C6 mit leichter, beidseitiger Unkovertebralarthrose und Protrusion des Anulus fibrosus, eine fokale recht ausgeprägte hypertrrophe Spondylarthrose C6/C7, rechts mehr als links, keine Neurokompression zervikal und bezüglich der LWS weder Diskushernien, Neurokompression noch ossäre Pathologien aufzeigten (Urk. 19/7).

#### E. 4

4.1. Es ist zwischen den Parteien unbestritten und ergibt sich aus den Akten, dass der Beschwerdeführer gesundheitlich beeinträchtigt ist (Urk. 1; Urk. 2). Nicht einig gehen die Parteien in der Frage, ob damit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verbunden sind. Der Beschwerdeführer ist der Ansicht, dass er nicht mehr arbeits- bzw. erwerbsfähig ist, während die IV-Stelle bei der Beurteilung des Leistungsgesuchs gestützt auf das Gutachten des Z. \_\_\_ vom 5. August 2008 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit ausgeht (Urk. 5/1; Urk. 10/56).

4.2. Das Arzzeugnis von Dr. D. \_\_\_ vom 17. November 2008 (Urk. 3/2), der Arztbericht von med. pract. A. \_\_\_ vom 20. November 2008 (Urk. 3/3), dessen ärztliches Attest vom 24. Februar 2009 (Urk. 19/4) und der Bericht der Radiologie am Graben vom 4. März 2009 (Urk. 19/7) sind erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereicht worden. Sie waren der IV-Stelle bei Verfügungserlass nicht bekannt. Da sich die Feststellungen in den genannten Schreiben auch auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers vor Erlass der Verfügung vom 27. Oktober 2008 beziehen, sind sie indessen grundsätzlich zu beachten. Die IV-Stelle hatte im Rahmen des Beschwerdeverfahrens Gelegenheit, dazu Stellung zu nehmen (vgl. Urk. 4; Urk. 9; Urk. 20; Urk. 22; vgl. etwa Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. November 2001, I 135/01, Erw. 3a in fine).

4.3. Das Gutachten des Z. \_\_\_ vom 5. August 2008 ist für die strittigen Belange umfassend, schlüssig und vollständig. Es beruht auf den Untersuchungen durch Dr. med. F. \_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, internistische/allgemeinmedizinische Fallführung (Urk. 10/56/6-8), Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie (Urk. 10/56/8-12), Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie (Urk. 10/56/12-15) sowie auf einer Konsensbeurteilung der erwähnten Ärzte (Urk. 10/56/15-18) und somit auf allseitigen Untersuchungen. Die Vorakten, die oben in Erw. 3 auszugsweise zitiert sind, sowie die persönlichen Aussagen des Versicherten wurden ebenfalls umfassend berücksichtigt und gewürdigt (Urk. 10/56/4-6). Die medizinische Situation ist einleuchtend und im Wesentlichen widerspruchsfrei dargestellt und die gezogenen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet (Urk. 10/56). Das Gutachten erfüllt somit grundsätzlich die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Grundlage (vgl. oben Erw. 1.2).

4.4. Am Beweiswert des Z. \_\_\_-Gutachtens vom 5. August 2008 vermögen die Vorbringen des Beschwerdeführers und die teilweise anderslautenden Beurteilungen der behandelnden Ärzte nichts zu ändern.

Das psychiatrische Teilgutachten des Z. \_\_\_ festhielt, wie auch der kurzfristig behandelnde Psychiater sind der Ansicht, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt ist (Urk. 10/56/12 Ziff. 4.1.7), obschon Dr. D. \_\_\_ zwar ausführte, aus psychiatrischer Sicht in der Privatwirtschaft 100 %

arbeitsunfähigkeit, aber neben die Frage der Arbeitsfähigkeit in bisheriger Berufstätigkeit ein „Nein“ setzte und anführte, aus medizinischer Sicht sei eine berufliche Umstellung zu prüfen (Urk. 10/40/8), handelt sich um ein Versehen, das nichts an der Nachvollziehbarkeit des Z. \_\_\_-Gutachtens ändert.

Es sind den medizinischen Akten keine Diagnosen zu entnehmen, die im Gutachten des Z. \_\_\_ keine Berücksichtigung gefunden hätten. Soweit es sich um die von Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte und von med. pract. A. \_\_\_ aufgenommene Anpassungsstörung handelt, wurde im Gutachten des Z. \_\_\_ nachvollziehbar begründet, weshalb eine solche nicht vorliegt (Urk. 10/56/11). Im übrigen vermag eine Anpassungsstörung in der Regel keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsbeziehungsweise Erwerbsunfähigkeit zu begründen und ist im Lichte der klassifikatorischen Umschreibung ganz allgemein im Grenzbereich dessen zu situieren, was überhaupt noch als krankheitswertiges, potentiell invalidisierendes Leiden gelten kann (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 28. Juli 2008, 9C\_636/2007, Erw. 3.2.3). Zu der von Dr. D. \_\_\_ am 18. Juni 2006 erhobenen Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung, die im Rahmen der Z. \_\_\_-Begutachtung von Dr. G. \_\_\_ bestätigt werden konnte, ist zu erwähnen, dass eine solche zu den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren gehört, wobei sie psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten beinhaltet. Sie stellt lediglich eine Verhaltensauffälligkeit, aber nie ein psychisches Leiden mit Krankheitswert dar (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 17. September 2009, 8C\_567/2009, Erw. 5).

Bezüglich der behandelnden Ärzte med. pract. A. \_\_\_ und Dr. D. \_\_\_ ist in grundsätzlicher Weise zu beachten, dass das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärzten und behandelnden Spezialärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Der Psychiater Dr. D. \_\_\_ begründet seine Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht näher und scheint dabei vor allem invaliditätsfremde Umstände ("Familie, Arbeitsstelle finden und Ausbildung") zu berücksichtigen (vgl. oben Erw. 1.1). Ferner äussert sich Dr. D. \_\_\_ nicht zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit, was jedoch unabdingbar wäre. Dass er eine berufliche Umschulung als medizinisch indiziert betrachtet, spricht gegen eine Arbeitsunfähigkeit auch in angepasster Tätigkeit. Der Hausarzt med. pract. A. \_\_\_ setzt sich in seinen Berichten zu wenig kritisch mit den Angaben des Beschwerdeführers auseinander beziehungsweise scheint sich in seiner Befunderhebung insbesondere auf diese zu stützen. Auch begründet er nicht nachvollziehbar, aus welchen Gründen dem Versicherten keine Tätigkeit mehr zugemutet werden kann oder wieso es diesem nicht zumutbar sein soll, seine Beeinträchtigungen mit zumutbarer Willensanstrengung zu überwinden. Der psychiatrische Teilgutachter des Z. \_\_\_, Dr. G. \_\_\_, hingegen begründete plausibel, weshalb dies dem Beschwerdeführer zumutbar ist (kein sozialer Rückzug, keine Hinweise auf unbewusste Konflikte, kein primärer Krankheitsgewinn, Scheitern aller therapeutischen Massnahmen auch durch ausgeprägte subjektive Krankheitsüberzeugung begründet, keine Hinweise auf eingeschränkte Realitätsprüfung und Urteilsbildung, gute Beziehung zu Ehefrau und Sohn, soziale Kontakte, Möglichkeit der Steuerung der Emotionen und Impulse, aktive

Alltagsgestaltung, intakte Abwehrorganisation; Urk. 10/56/11 Ziff. 4.1.5).

Die Z.\_\_\_\_-Gutachter und Dr. B.\_\_\_\_ stellten Diskrepanzen zwischen dem Verhalten des Beschwerdeführers, den objektivierbaren Befunde und auch dessen Alltagsaktivitäten fest. Hierzu ist anzumerken, dass die Anerkennung einer rentenbegründenden Invalidität ausscheidet, wenn eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung - die im übrigen im Gegensatz zu einer Schmerzverarbeitungsstörung ein psychisches Leiden mit Krankheitswert darstellen kann - die versicherte Person lediglich am Wiedereintritt in die Arbeitswelt, nicht aber daran hindert, persönliche, familiäre, gesellschaftliche Beziehungen im normalen Rahmen zu pflegen, Freizeit und Ferien in der üblichen Weise zu verbringen, Hobbies und anderen nichterwerblichen Aktivitäten im Wesentlichen frei von Schmerz nachzugehen usw. Schmerzangaben einer versicherten Person genügen nie allein für die Anerkennung einer Invalidität, dies trotz der grundsätzlichen Problematik der Unterscheidung von objektiven Befunden und subjektiven Schmerzangaben. Gerade weil die Feststellung von Schmerzen sich einer wissenschaftlichen Beweisführung entzieht, muss im Rahmen der Leistungsprüfung verlangt werden, dass Schmerzangaben durch damit korrelierende schlüssig feststellbare Befunde hinreichend erklärbar sind (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 84 mit Hinweis auf Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 9. Oktober 2001, I 382/00). Med. pract. A.\_\_\_\_ unterlässt es, zur Feststellung Dr. B.\_\_\_\_s, dass sich die Beschwerden des Versicherten nicht bildgebend objektivieren liessen, Stellung zu nehmen. Dr. C.\_\_\_\_, der den Beschwerdeführer lediglich ein Mal untersuchte, nimmt nur eine momentane Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Zeitraum von 3 Monaten) vor. Dr. E.\_\_\_\_ stellte drei Tage vor Verfügungserlass Diagnosen, welche das Herz betreffen, wobei er dem Beschwerdeführer keine Arbeitsunfähigkeit attestierte.

Es ist somit gestützt auf das Gutachten des Z.\_\_\_\_ vom 5. August 2008 von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ohne Überkopfarbeiten und Zwangshaltungen im Nacken- und Schulterbereich und von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in einer schweren Tätigkeit auszugehen. Entgegen der Ansicht der IV-Stelle entsprechen jedoch die vom Beschwerdeführer zuletzt ausgeübten Tätigkeiten nicht den dem Z.\_\_\_\_-Gutachten zu entnehmenden Anforderungen an eine angepasste Tätigkeit. Wie der Beschwerdeführer nachvollziehbarerweise vorbringen lässt, erfordern sowohl die berufliche Tätigkeit als Chauffeur als auch diejenige als Sicherheitsbeauftragter gute Gesundheit und Belastbarkeit. Insbesondere da Zwangshaltungen im Nacken-/Schulterbereich vom Belastbarkeitsprofil des Beschwerdeführers ausgenommen sind, dürften diese beiden Berufszweige wohl nicht in Frage kommen.

## E. 5

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad 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 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 könnten, wenn sie nicht invalid geworden wären (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

5.2.1.1 Der Beschwerdeführer möchte bezüglich des Valideneinkommens auf sein, der Teuerung angepasstes, durchschnittliches Einkommen aus den Jahren 1997 bis 2000 und damit auf einen Betrag von Fr. 55'917.76 abstellen, da sein Einkommen geschwankt habe (Urk. 18 S. 10). Tatsächlich unterlagen die Einkommen des Beschwerdeführers seit seiner Einreise in die Schweiz im Jahr 1989 bis zu seinem Unfall im November 2001 grossen Schwankungen (vgl. Auszug aus dem individuellen Konto, Urk. 10/17), so dass das durchschnittliche Einkommen aus den Jahren 1997 bis 2000 keine zuverlässige Grundlage bildet. Es drängt sich somit die Anwendung von Tabellenlöhnen auf. Hierbei wäre grundsätzlich vom nicht nach Branchen differenzierten standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des Anforderungsniveaus der Kategorie 4 (Einfache und repetitive Tätigkeiten) von Fr. 4'588.-- auszugehen (Tabelle TA1 der LSE 2004). Aufgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche im Jahr 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2008 S. 94 Tabelle B9.2) ergibt dies ein jährliches Einkommen von Fr. 57'258.25.

5.3.1.1 Bezüglich des Invalideneinkommens möchte der Beschwerdeführer den Durchschnittslohn eines Hilfsarbeiters gemäss LSE 2004 TA1, Anforderungsniveau 4, angewendet sehen (Urk. 18 S. 10 f.). Dem kann grundsätzlich gefolgt werden: Entsprechend ist - wie beim Valideneinkommen - vom nicht nach Branchen differenzierten standardisierten monatlichen Bruttolohn (inklusive 13. Monatslohn, basierend auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden) für männliche Arbeitskräfte an Arbeitsplätzen des niedrigsten Anforderungsniveaus (Kategorie 4) von Fr. 4'588.-- auszugehen (Tabelle TA1 der LSE 2004). Aufgerechnet auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden pro Woche im Jahr 2004 (vgl. Die Volkswirtschaft 12-2008 S. 94 Tabelle B9.2) ergibt dies ein jährliches Einkommen von Fr. 57'258.25. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 15 % resultiert bei einer 100%igen Arbeitstätigkeit ein Invalideneinkommen von Fr. 48'669.50 und damit einen nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 15 %. Mit anderen Worten entspricht unter diesen Umständen der Invaliditätsgrad dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung des Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2010, 9C\_215/2010, Erw. 5.2 mit Hinweisen). Es würde am Ergebnis selbst dann nichts ändern, wenn bezüglich des Valideneinkommens von der Kategorie 3 (Berufs- und Fachkenntnisse vorausgesetzt) und damit von Fr. 69'264.-- ausgegangen würde. Auf den Antrag des Beschwerdeführers auf Abklärung der Leistungen der Arbeitslosenkasse und der Y. \_\_\_ ist nicht weiter einzugehen, besteht doch nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 133 V 549) für die Invalidenversicherung keine Bindungswirkung an die Invaliditätseinschätzung der Unfallversicherung.

6.1. Die Kosten des Verfahrens sind auf Fr. 800.-- festzulegen und ausgangsgemäss vom Beschwerdeführer zu tragen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG), zufolge unentgeltlicher Prozessführung aber einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.2. Mit Honorarnote machte Rechtsanwältin Rechtsanwältin Dr. Nicole Vögeli Galli einen Aufwand sowie Barauslagen von insgesamt Fr. 3'601.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) geltend (Urk. 24/1-2; Urk. 25). Dieser Betrag erscheint als angemessen. Zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtsvertretung sind Rechtsanwältin Dr. Nicole Vögeli Galli deshalb für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse Fr. 3'601.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu entrichten.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Dr. Nicole Vögeli Galli, Kloten, wird mit Fr. 3'601.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Dr. Nicole Vögeli Galli
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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