

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01022 vom 16. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.01022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.01022)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01022 du 16 juin 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.01022 del 16 giugno 2010

## 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

1.2 Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken.

1.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer

Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

1.5 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 konnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen konnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (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).

1.6 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

1.7 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE

125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

## E. 2

2.1 Streitig und zu präzisieren ist, ob beim Beschwerdeführer ein invaliditätsrelevanter Gesundheitsschaden vorliegt.

2.2 Die Beschwerdegegnerin ging davon aus, der Beschwerdeführer sei in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 1 unten). Da er nur noch körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten verrichten könne, nahm sie vom ermittelten Tabellenlohn einen Abzug von 10 % vor, sodass ein Invalideneinkommen von Fr. 53'277.-- und ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von 26 % resultierte (Urk. 2 S. 2, Urk. 9/43 S. 2).

2.3 Der Beschwerdeführer wandte beschwerdeweise (Urk. 1) ein, es sei beim Invalideneinkommen ein Leidensabzug von 20 %, mindestens jedoch von 15 % vorzunehmen, da seine körperliche Belastbarkeit eingeschränkt, er bereits 55 Jahre alt und aufgrund des Gesundheitsschadens seit Anfang 2006 nicht mehr berufstätig gewesen sei (Ziff. 12). Zudem müsse aufgrund seines Zusatzeinkommens bei der B. AG das Valideneinkommen auf 117 % aufgerechnet werden. Somit resultiere ein Invaliditätsgrad von mindestens 43 % oder eine Viertelsrente (Ziff. 13). Des Weiteren sei im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten entgegen anderen vorliegenden ärztlichen Beurteilungen zu Unrecht das Vorliegen einer mittelgradigen depressiven Episode verneint worden. Im Übrigen sei zu beachten, dass auch der Gutachter zumindest eine leichte depressive Symptomatik festgestellt habe (Ziff. 14). Schliesslich sei ein ergänzendes Gutachten anzufertigen, um die Diskrepanz zwischen den Berichten der behandelnden Ärzte und des Gutachters aufzuklären. Depressive Zustandsbilder hätten gravierende Beeinträchtigungen zur Folge und sogar eine leichte depressive Episode bedeute eine Einschränkung in der Erwerbsfähigkeit (Ziff. 15).

## E. 3

3.1 Vom 10. bis 19. Juli 2005 war der Beschwerdeführer wegen seit vier Wochen verspürten Rückenschmerzen mit Ausstrahlung ins linke Bein und Sensibilitätsverminderung im Spital E. hospitalisiert (Urk. 9/10/16 oben, Mitte). Mit Bericht vom 6. September 2005 (Urk. 9/10/16-17) stellten Dr. med. F., Oberarzt, und Dr. med. G., Assistenzarzt, folgende Diagnosen (S. 1):

- lumboradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L5 links
- Diabetes mellitus, nicht insulinpflichtig

Die Röntgenaufnahmen des Beckens und der linken Hüfte hätten keine ossären traumatischen Läsionen am dargestellten Skelett gezeigt. Es bestehe eine leichte degenerative Veränderung der unteren Lendenwirbelsäule (S. 2 oben).

Durch konsequente Analgesie und Physiotherapie habe sich die Schmerzsymptomatik zunehmend verbessert. Der Beschwerdeführer sei vom 10. bis 22. Juli 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (S. 2 Mitte).

3.2 Am 21. Juli 2006 erstatteten Dr. med. H. \_\_\_\_, Leitender Arzt, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, und I. \_\_\_\_, Therapeutin Ergonomie, Rehaklinik J. \_\_\_\_, Bericht zu Handen des Taggeldversicherers betreffend die in Auftrag gegebene und am 4. Juli 2006 durchgeführte vertrauensärztliche Abklärung des Beschwerdeführers (Urk. 9/10/7-13). Aus den ihnen vorliegenden Akten gehe hervor, dass der Beschwerdeführer im Sommer 2005 wegen Schmerzausstrahlung ins linke Bein arbeitsunfähig gewesen sei. Ab 15. August 2005 habe er zunächst 50 % und dann wieder voll gearbeitet. Wegen Rücken- und Beinschmerz sei er seit 10. April 2006 erneut arbeitsunfähig. Den Akten liessen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 1):

- lumboradikuläres Reizsymptom links

- Röntgen LWS vom 15. Juli 2005 (Spital E. \_\_\_\_): Bandscheibenverschmälerung L4/5 und diskrete Rethrolisthesis von L5

- Diabetes mellitus

Die von ihnen durchgeführten Tests habe der Beschwerdeführer vorzeitig abgebrochen und sich selbst unter Angabe von Schmerzen limitiert, bevor das physische funktionelle Leistungsmaximum beobachtet werden könnten. Es sei somit von einer höheren Belastbarkeit auszugehen (S. 5 unten, S. 6 unten).

Die körperliche Belastbarkeit für die bisherige Tätigkeit als Baumaschinist sei zurzeit nicht ausreichend. Eine Wiederaufnahme dieser Tätigkeit erscheine jedoch realistisch, wobei dafür wegen der bereits erheblichen Chronifizierung wahrscheinlich eine längere Trainingsphase erforderlich sein dürfte. Die körperliche Belastbarkeit für eine mindestens leichte berufliche Tätigkeit wurde als ausreichend und eine solche Tätigkeit entsprechend als zumutbar erachtet. Einschränkend seien jedoch längeres Sitzen, Stehen oder Tätigkeiten in vorgeneigter Position zu vermeiden (S. 4 Mitte).

Empfohlen wurde ein umfassendes Ergonomie-Trainingsprogramm. Der Beschwerdeführer zeige sich aber hinsichtlich Training eher skeptisch, angeblich hätte auch der Hausarzt gesagt, dass er sich schonen solle. Deshalb erachteten die Ärzte der Rehaklinik J. \_\_\_\_ es als notwendig, mit dem Beschwerdeführer die Notwendigkeit einer trainingsorientierten Rehabilitation noch einmal ausführlich zu besprechen und ihn dafür zu motivieren (S. 4 unten).

3.3 Am 25. bis 26. Februar 2007 war der Beschwerdeführer zur Diskographie in der Universitätsklinik K. \_\_\_\_ hospitalisiert (Urk. 9/10/14 Mitte). Im Bericht vom 29. März 2007 (Urk. 9/10/14) stellten Prof. Dr. med. L. \_\_\_\_, leitender Arzt, Teamleiter Wirbelsäule, und Dr. med. M. \_\_\_\_, Assistenzärztin, die Austrittsdiagnose chronische Lumboischialgien mit Beteiligung der Dermatome L5/S1.

In der Wirbelsäulensprechstunde vom 13. März 2007 stellte Dr. med. N. \_\_\_\_, Oberarzt, Universitätsklinik K. \_\_\_\_, die Diagnose Bandscheibendegeneration und Osteochondrose sowie Bandscheibenprotrusion in der Höhe L4/5. Die Schmerzen des Beschwerdeführers seien auf kein eindeutiges morphologisches Korrelat zurückzuführen, so dass ihm keine operative Therapieoption angeboten werden könne. Auch die Infiltrationen seien letztendlich ohne Erfolg geblieben. Dem

Beschwerdeführer verbleibe nur die konsequente Fortsetzung der Physiotherapie, um die Schmerzen zu lindern (Urk. 9/10/15).

3.4 Am 1. Mai 2007 erstattete Dr. med. O.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, einen Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/10/2-6). Der Beschwerdeführer sei seit 2002 in seiner Behandlung, die letzte Untersuchung datiere vom 24. April 2007 (Ziff. 4.1-2). Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- Spondylolisthesis, bestehend seit Jahren
- Diskushernie L4/5, bestehend seit 1-2 Jahren
- Osteochondrose, bestehend seit Jahren
- Diabetes mellitus

Gemäss seinen Unterlagen sei der Beschwerdeführer für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit vom 10. Juli 2005 bis 7. November 2005 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit 11. April 2007 bestehe erneut eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Ziff. 3). Es bestehe primär eine organische Problematik (Ziff. 6.1 am Ende). In der bisherigen Berufstätigkeit sei eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zumutbar. Dr. O.\_\_\_\_ ging davon aus, dass dem Beschwerdeführer seit etwa Juli 2007 eine behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sei; allerdings ist aufgrund seiner Angabe "etwa 30-40" unklar, ob es sich dabei um Wochenstunden oder um eine Prozentangabe handelt (vgl. Ziff. 6.2).

3.5 Am 12. April 2007 und am 8. Mai 2007 war der Beschwerdeführer für zwei Vorgespräche im medizinischen Zentrum P.\_\_\_\_ (Urk. 9/18/4 oben). Am 15. Mai 2007 berichteten Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. phil. R.\_\_\_\_, Klinischer Psychologe und Supervisor, ihren ersten Eindruck aufgrund der Informationen des Beschwerdeführers (Urk. 9/18/4, Urk. 9/18/8). Ihre Diagnosen lauteten (Urk. 9/18/4 Mitte):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- Diabetes mellitus, Typ II, seit 2005
- essentielle Hypertonie

Die Rehabilitationsfähigkeit sei körperlich und psychisch sowie von der Motivation her gegeben, die Rehabilitationsprognose sei gut (Urk. 9/18/8 Mitte).

3.6 Am 25. Juli 2007 berichtete Dr. N.\_\_\_\_, Universitätsklinik K.\_\_\_\_, zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/17/2-8). Er nannte als Diagnose ein lumbospondylogenes Syndrom, bestehend seit etwa 2005 (Urk. 9/17/7 Ziff. 2.1). Der Beschwerdeführer sei vom 5. Oktober 2005 bis 13. März 2007 in der Universitätsklinik K.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen (Urk. 9/17/7 Ziff. 4.1). Ihrerseits sei keine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Es sei nicht auszuschliessen, dass für eine leichte bis mittelschwere Arbeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (Urk. 9/17/7 Ziff. 3).

3.7 Dr. med. S.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete am 10. September 2007 einen Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/19/3-4, Urk. 9/19/6-7). Der Beschwerdeführer stehe seit März 2007 in seiner Behandlung (Ziff. 4.1).

Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- depressive Episode mittleren Grades (F32.11), bestehend seit etwa 2005
- Anpassungsstörung mit multipler Symptomatik (F43.23/24/25)
- chronisches Schmerzsyndrom, therapieresistent
- internistisch: Diabetes und Hypertonie

Als Baumaschinist sei der Beschwerdeführer seit April 2006 auf unbestimmte Zeit zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3). Zur Zeit könne er weder in der bisherigen noch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit arbeiten (Ziff. 6.2). Die psychischen Ressourcen seien massiv eingeschränkt (Urk. 9/19/4 unten).

3.8 Vom 7. November 2007 bis 9. Januar 2008 nahm der Beschwerdeführer an einem tagesklinischen achtwöchigen Rehabilitationsprogramm im Medizinischen Zentrum P. teil (Urk. 9/29/9 Ziff. 4.7). Am 28. Januar 2008 berichteten Dr. med. Q., Dr. phil. R. und T., dipl. Psychologin FH, vom medizinischen Zentrum P. zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 9/29/2-9). Ihre Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten (Ziff. 2):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD 10 F45.4), bestehend seit 2005
- mittelgradige depressive Episode (F32.1), bestehend seit 2005

Auf längere Sicht sei mit einer Verbesserung der Bewältigungsstrategien der Schmerzen und der Reduzierung der Depression zu rechnen. Aufgrund des Krankheitsverlaufs der chronischen Schmerzen sei eine Steigerung der Leistungsfähigkeit jedoch fraglich (Ziff. 4.7).

Seit 10. April 2006 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Baumaschinist (Ziff. 3). Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit fehlt (vgl. Ziff. 6.2).

3.9 Am 26. Juli 2008 erstatteten Dr. med. U., MBA (University of Wales), Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie (FMH), Psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPPM), und Dr. med. V., Assistenzärztin in Weiterbildung zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten (Urk. 9/38).

Dieses stützten sie auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 f.), auf die Angaben des Beschwerdeführers (S. 3-6) und auf diverse Tests (Urk. 9/37), welche sie anlässlich der Untersuchung vom 8. Juli 2008 durchführten.

Die Gutachter nannten als Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, F45.4 (S. 8 Ziff. 3). Diese sei maximal leichtgradig ausgeprägt (S. 11 oben). Es würden objektivierbare depressive Symptome bestehen, die allerdings nicht das Ausmass einer depressiven Episode erreichten (S. 11 f.).

Dem Beschwerdeführer sei es zumutbar, seine Schmerzen zu überwinden. Die leichte depressive Symptomatik sei nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung. Der Beschwerdeführer nehme - wenn auch eingeschränkt - am sozialen Leben teil. Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne aus fachärztlicher Sicht nicht vermutet werden. Mit überwiegender

Wahrscheinlichkeit hätten auch für die Zeit ab 2005 bis zum Zeitpunkt des Gutachtens die Voraussetzungen für eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht vorgelegen (S. 14 Mitte).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, diese sei nicht eingeschränkt (S. 11 oben). Die anhaltende somatoforme Schmerzstörung alleine vermindere die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit oder einer körperlich angepassten Tätigkeit nicht, da ihm eine Überwindung seiner Schmerzen aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht zumutbar sei. Ebenfalls zumutbar sei eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Unterstützung (S. 15 Ziff. 4).

3.10 Mit Stellungnahme vom 8. September 2008 hielt Dr. med. W. \_\_\_\_, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin mit Verweis auf seine Stellungnahme vom 5. März 2008 (Urk. 9/42/4 f.) fest, dass gestützt auf die vorliegenden Arztberichte aus somatischer Sicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers in seiner bisherigen Tätigkeit als Baumaschinist und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten auszugehen sei. Gestützt auf das Gutachten von Dr. U. \_\_\_\_, und Dr. V. \_\_\_\_, sei aus psychischer Sicht die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (Urk. 9/42/5).

3.11 Dr. med. X. \_\_\_\_, Allgemeinmedizin FMH, erstattete am 5. Januar 2009 einen Bericht zu Händen der Sozialhilfebehörde (Urk. 9/50), dies gestützt auf seine Untersuchungen des Beschwerdeführers vom 31. Oktober, vom 11. November und vom 16. Dezember 2008 sowie diverse Telefonate mit anderen den Beschwerdeführer behandelnden Ärzten. Er hielt im Wesentlichen fest, dem Beschwerdeführer sei aufgrund der Depression eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne längeres Sitzen oder Stehen und ohne stereotype Fehlhaltungen der Wirbelsäule zunächst während vier Stunden pro Tag zumutbar. Nach erfolgreicher Therapie der Depression hielt er einen ganztägigen Einsatz für möglich (S. 1 unten). Mit einer Verschlechterung des Rückenleidens sei bei Ausübung von Tätigkeiten innerhalb des Zumutbarkeitsprofils nicht zu rechnen. Das Resultat des neurologischen Konsils wegen den bis anhin ungeklärt gebliebenen Lähmungserscheinungen im linken Bein sei noch ausstehend, die Ergebnisse würden sich jedoch kaum auf das Zumutbarkeitsprofil auswirken (S. 2).

3.12 Am 27. Februar 2009 erstatteten Prof. Dr. med. Y. \_\_\_\_, Chefarzt Rheumatologie, und Dr. med. Z. \_\_\_\_, Assistenzarzt, Universitätsklinik K. \_\_\_\_, einen Bericht über die ambulante Untersuchung des Beschwerdeführers in der Rheumasprechstunde vom 12. Februar 2009 (Urk. 9/55/4-5). Sie stellten folgende Diagnosen (S. 1):

- lumbospondylogenes Schmerzsyndrom links
- MRI LWS 9. Dezember 2008: mediolateral rechts kleine Diskushernie L4/5 links mit Kontakt zur Wurzel L5 rechts, jedoch ohne Kompression. Ausgedehnte und bodenplattennahe Veränderung L4/5 vom Typ Modic II
- muskuläre Dysbalance
- Diabetes mellitus Typ 2
- unter oralen Antidiabetika OAD

Klinisch habe sich keine radikuläre Komponente gefunden. Die taktile Hypästhesie entspreche keinem Dermatome. Aufgrund der Schmerzüberlagerung der Grosszehen- und Fusshebeaparese links seien die motorischen Ausfälle nicht klar zuzuordnen. Diesbezüglich werde eine weitere neurologische Abklärung empfohlen (S. 2 Mitte).

3.13 Am 31. März 2009 erstattete Dr. med. BB. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, gestützt auf seine Untersuchung des Beschwerdeführers vom 30. März 2009 einen Bericht (Urk. 9/55/9-12). Diesem sind folgende Diagnosen zu entnehmen (S. 1):

- lokoregionales Schmerzsyndrom lumbal mit anamnestisch zeitweiliger Ausstrahlung linksseitig
- lumbo-spondylogener Charakter links
- aktuell keine Zeichen eines radikulären motorischen Ausfallsyndroms lumbo-sakral
- Fühlstörung am Bein lateral ab Mitte Oberschenkel wahrscheinlich multifaktorieller Pathogenese
- möglicherweise residuell bei Status nach radikulärem Reiz-Schmerzsyndrom L5 links
- somatoform und/oder im Rahmen des Schmerzsyndroms
- Diabetes mellitus II, bekannt seit 2005
- therapiert mit oralen Antidiabetika
- aktuell keine Hinweise für periphere Neuropathie

Aus neurologischer Sicht könne er das berichtete und offensichtlich chronifizierte Schmerzsyndrom nicht weiter klassifizieren. Aktuell beständen keine Hinweise für ein radikulär bedingtes Reiz- beziehungsweise Schmerzsyndrom. Die verminderte Aktivierung verschiedenster Muskelgruppen am linken Bein sei nicht auf eine peripher-neurogene Ursache zurückzuführen. Die Fühlstörung interpretiere er im Wesentlichen als somatoform (S. 1 unten). Er habe dem Beschwerdeführer erklärt, dass er im Wesentlichen verlernt habe, sein Bein richtig zu bewegen, der Nerv aber dabei unbeschadet geblieben sei (S. 2).

3.14 Mit Stellungnahme vom 21. September 2009 hielt der RAD an seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemäss Stellungnahme vom 8. September 2008 (Erw. 3.10) fest (Urk. 9/56/2).

#### **E. 4**

4.1 Aus den Akten geht hervor, dass beim Beschwerdeführer sowohl somatische als auch psychiatrische Abklärungen durchgeführt wurden.

Für die Schmerzen des Beschwerdeführers konnte in der Wirbelsäulensprechstunde kein eindeutiges morphologisches Korrelat gefunden werden (Erw. 3.3). Sie konnten zudem weder rheumatologisch (Erw. 3.12) noch neurologisch (Erw. 3.13) einer radikulären Problematik zugeschrieben werden. Die Somatiker gingen - sofern sie sich zur Frage der Arbeitsfähigkeit äusserten - von einer Einschränkung des Beschwerdeführers in der angestammten Tätigkeit als Baumaschinist aus. So befanden die Ärzte der Rehaklinik J. \_\_\_\_, seine körperliche Belastbarkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als nicht ausreichend (Erw. 3.2), und auch Dr. O. \_\_\_\_ kam zum Schluss, dass in der bisherigen Berufstätigkeit eine Erwerbstätigkeit nicht mehr zumutbar sei (Erw. 3.4). Die



4.3 Dr. U. und Dr. V. diagnostizierten beim Beschwerdeführer eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Eine solche vermag - wie jede andere psychische Beeinträchtigung - alleine noch keine Invalidität zu begründen. Vielmehr ist zu vermuten, dass diese oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Einzig bei Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität oder weiterer spezifischer Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, könnte davon ausgegangen werden, dass der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar wäre, weil der Beschwerdeführer in diesem Fall nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (Erw. 1.3).

Die Gutachter attestierten dem Beschwerdeführer zwar eine leichte depressive Symptomatik, wiesen aber zugleich darauf hin, dass diese nicht von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung sei (Erw. 3.9). Die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode konnten sie - wie in Erw. 4.2 dargelegt - nicht bestätigen, wobei selbst bei Vorliegen einer solchen die nötige Intensität für die Annahme einer erheblichen psychischen Komorbidität wohl zu verneinen wäre. Das zentrale Kriterium einer erheblichen psychischen Komorbidität ist deshalb nicht erfüllt.

Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren Kriterien zu prüfen.

Chronische körperliche Begleiterkrankungen gehen aus den Akten keine hervor. Auch kann nicht von einem sozialen Rückzug des Beschwerdeführers in sämtlichen Lebensbelangen gesprochen werden. So ist von Spazieren die Rede (Urk. 9/10/7 unten, Urk. 9/38/6 oben) und davon, dass er nicht den ganzen Tag zu Hause sitzen könne (Urk. 9/18/4 Mitte, Urk. 9/29/8 Ziff. 4.4). Der Beschwerdeführer gab auch an, mit den Enkelkindern zu spielen zu versuchen (Urk. 9/38/6 oben). Zudem verrichtete er offenbar im Frühjahr 2009 im Rahmen eines Projekts des Sozialamts halbtags leichte Arbeiten (Urk. 9/55/7 unten). Ein verfestigter, nicht mehr behandelbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung ist ebenfalls nicht erkennbar. Zu diesem Schluss kamen im Übrigen auch die Gutachter (Erw. 3.9).

Ersichtlich ist hingegen eine Chronifizierung der Beschwerden des Beschwerdeführers. Eine solche wurde in mehreren Arztberichten festgestellt (Urk. 9/10/10 Mitte, Urk. 9/10/14 Mitte, Urk. 9/29/7 Mitte, Urk. 9/55/8). Die Symptomatik wird zudem als unverändert oder gar progredient beschrieben (Urk. 9/10/15 oben, Urk. 9/10/17 unten, Urk. 9/55/8).

Was die durchgeführten Behandlungen anbelangt, so geht aus den Akten hervor, dass der Beschwerdeführer sich physiotherapeutischen Behandlungen unterzog und seit März 2007 Dr. S. für psychiatrisch-psychotherapeutische Einzelgespräche aufsuchte (Urk. 9/10/8 oben, Urk. 9/18/4 unten, Urk. 9/29/5 Ziff. 6.5). Vom 7. November 2007 bis 9. Januar 2008 war er überdies in einem tagesklinischen Rehabilitationsprogramm des medizinischen Zentrums P. (Urk. 9/29/9 oben). Obwohl die Ärzte der Rehaklinik J. dem Beschwerdeführer im Bericht vom Juli 2006 ein umfassendes Ergonomie-Trainingsprogramm empfohlen hatten (Erw. 3.2), wurde ein solches offenbar nie in Angriff genommen. Aus dem Gutachten von Dr. U. und Dr. V. geht hervor, dass der Beschwerdeführer gemäss eigenen Angaben lediglich etwa ein Mal im Monat in die Physiotherapie gehe (Urk. 9/38/4 oben). Zudem beschränkte sich diese bis anhin offensichtlich auf passive Massnahmen (Urk. 9/10/8 oben, Urk. 9/55/5 unten). Die Ärzte

der Rehaklinik J.\_\_\_\_ bemerkten im Ä▒brigen, dass der BeschwerdefÄ¼hrer sich hinsichtlich Training eher skeptisch zeigte und sich aufgrund einer angeblichen Aussage seines Hausarztes schonen wollte (Erw. 3.2). Offenbar ist es nicht gelungen, den BeschwerdefÄ¼hrer in der Folge von einem intensiven-trainingsorientierten Rehabilitationsprogramm zu Ä¼berzeugen. Gegenteiliges geht jedenfalls nicht aus den Akten hervor. Auffallend ist auch die Bemerkung der Ä▒rzte im Bericht der UniversitÄ¼tsklinik K.\_\_\_\_ vom 15. April 2009 (Urk. 9/55/7-8), wonach der BeschwerdefÄ¼hrer trotz Schmerzintensivierung scheinbar nur gelegentlich Tramal-Tropfen (10-15 Tropfen pro Tag) einnehme (S. 1 unten). Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgefÄ¼hrten Behandlung, auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz, trotz kooperativer Haltung des Versicherten, sei erfÄ¼llt.

4.4Ä Ä Ä Ä Die GesamtwÄ¼rdigung der bei Fehlen einer psychischen KomorbiditÄ¼t zu beachtenden zusÄ¼tzlichen Kriterien fÄ¼hrt zum Schluss, dass lediglich das Kriterium eines chronifizierten Krankheitsverlaufs mit unverÄ¼nderter oder gar progredienter Symptomatik ohne lÄ¼nger dauernde RÄ¼ckbildung vorhanden ist. In ihrer Gesamtheit erlauben die Kriterien deshalb nicht den Schluss, die willentliche SchmerzÄ¼berwindung sei ausnahmsweise unzumutbar.

Somit ist - in Ä▒bereinstimmung mit der Auffassung der Gutachter (Erw. 3.9) - der Regelfall der zumutbaren Ä▒berwindbarkeit gegeben, sodass aus versicherungsmedizinischer Sicht die diagnostizierte somatoforme SchmerzstÄ¼rung keine EinschrÄ¼nkung der ArbeitsfÄ¼higkeit zur Folge hat.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin zurecht von einer 100%igen ArbeitsfÄ¼higkeit des BeschwerdefÄ¼hrers in einer behinderungsangepassten TÄ¼tigkeit ausging.

## **E. 5**

5.1Ä Ä Ä Ä Zu bestimmen ist der InvaliditÄ¼tsgrad des BeschwerdefÄ¼hrers.

5.2Ä Ä Ä Ä Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen FÄ¼higkeiten und persÄ¼nlichen UmstÄ¼nde mit Ä¼berwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unverÄ¼nderten VerhÄ¼ltnissen, verdienen wÄ¼rde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis), wobei fÄ¼r die Vornahme des Einkommensvergleichs grundsÄ¼tzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginns abzustellen ist (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Der BeschwerdefÄ¼hrer war vor seiner erstmaligen krankheitsbedingten ArbeitsunfÄ¼higkeit im Juli 2005 seit MÄ¼rz 2003 als BaggerfÄ¼hrer bei der C.\_\_\_\_ AG tÄ¼tig (Urk. 9/9/2 Ziff. 2.1, Ziff. 2.7). Es ist davon auszugehen, dass er ohne Gesundheitsschaden weiterhin als BaggerfÄ¼hrer bei diesem Unternehmen tÄ¼tig gewesen wÄ¼re, weshalb es sich bei der Berechnung des Valideneinkommens rechtfertigt, an das dort erzielte Erwerbseinkommen anzuknÄ¼pfen.

Die Beschwerdegegnerin stÄ¼tzte sich bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die Angaben der C.\_\_\_\_ AG im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 9/9/2-7), wonach der BeschwerdefÄ¼hrer im Jahr 2004, vor Eintritt der ArbeitsunfÄ¼higkeit, einen Monatslohn

von Fr. 5'120.--, beziehungsweise im Dezember 2004 Fr. 5'160.--, und einen 13. Monatslohn erzielt hätte, weshalb für das Jahr 2004 ein Jahreslohn von Fr. 66'600.- resultiere. Dieser Betrag werde auch im IK-Auszug bestätigt (Urk. 9/43/1). Dieser Auffassung kann gefolgt werden. Sie wird vom Beschwerdeführer denn auch nicht bestritten.

5.3. Der Beschwerdeführer arbeitete vom 1. Juni 2001 bis 31. März 2005 zudem sechs bis acht Stunden pro Woche bei der B. AG als Reinigungsmitarbeiter (Urk. 9/8/2 Ziff. 2.1) und erzielte dort ein Nebeneinkommen. Gestützt auf die Angaben dieser Arbeitgeberin im Arbeitgeberfragebogen (Urk. 9/8/2-8) rechnete die Beschwerdegegnerin zu dem bei der C. AG erzielten Einkommen von Fr. 66'600.-- ein im Jahr 2004 aus der Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiter erzielt Einkommen von Fr. 4'295.-- hinzu, womit für das Jahr 2004 ein Valideneinkommen von Fr. 70'895.-- resultiere (Urk. 9/43/1).

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist ein Nebeneinkommen nur dann als Valideneinkommen zu berücksichtigen, wenn es bereits im Gesundheitsfall erzielt wurde und ohne Gesundheitsschaden weiterhin erzielt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juli 2008, 9C\_45/2008, Erw. 4.2). Aus den Akten geht hervor, dass die B. AG das Arbeitsverhältnis mit dem Beschwerdeführer bereits per 31. März 2005 - also noch vor Eintritt seiner erstmaligen Arbeitsunfähigkeit aufgrund seines Gesundheitsschadens - wegen unsorgfältigem und unsauberem Arbeiten aufgelöst hatte. Das Kriterium, wonach dieses Einkommen ohne Gesundheitsschaden weiterhin erzielt worden wäre, ist somit nicht erfüllt, weshalb eine Hinzurechnung der Fr. 4'295.-- zum Einkommen aus der Tätigkeit bei der C. AG für das Jahr 2004 zu unterbleiben hat. Somit wird die Frage, ob das Invalideneinkommen im Sinne der Parallelität der Bemessungsfaktoren auf 117 % aufzurechnen ist, wie dies vom Beschwerdeführer geltend gemacht wird, hinfällig.

5.4. Die Beschwerdegegnerin ging aufgrund der Angaben im Arbeitgeberfragebogen der C. AG (Urk. 9/9/4 Ziff. 2.14) vom Eintritt der Arbeitsunfähigkeit am 10. Juli 2005 aus und stellte entsprechend für den Rentenbeginn auf das Jahr 2006 ab. Bei der Berechnung des Valideneinkommens (Urk. 9/43/2) berücksichtigte sie deshalb die Nominallohnentwicklung für die Jahre 2004 (0,9 %), 2005 (1 %) und 2006 (1,2 %, Die Volkswirtschaft, 5-2010 S. 87 Tabelle B10.2). Dies ist nicht zu beanstanden. Unter Berücksichtigung dieser Nominallohnentwicklung auf dem bei der C. AG im Jahr 2004 erzielten Einkommen resultiert somit für das Jahr 2006 ein Valideneinkommen von Fr. 68'686.-- (Fr. 66'600.-- x 1,009 x 1,010 x 1,012).

5.5. Für die Bestimmung des hypothetischen Invalideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) und ging von einem Lohn für Hilfsarbeit (Zentralwert) für das Jahr 2006 von Fr. 59'197.-- aus (Urk. 9/43/2).

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzielt Einkommen 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 Tabellen ohne 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 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41.9 Stunden, seit 1999 von 41.8 Stunden, seit 2001 von 41.7 Stunden, seit 2004 von 41.6 Stunden und seit 2006 von 41.7 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).

Seit der Beschwerdeführer im April 2006 zum zweiten Mal krankheitsbedingt arbeitsunfähig geschrieben wurde, geht er keiner Arbeit mehr nach. Vielmehr bezog er seit 2005 - mit einem Unterbruch - Krankentaggelder (Urk. 9/15). Daher ist - wie dies auch die Beschwerdegegnerin getan hat (Urk. 9/43/2) - auf die Tabellenlöhne abzustellen.

Der im Rahmen der Lohnstrukturerhebung ermittelte Durchschnittslohn der Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausführen, belief sich im Jahre 2006 auf monatlich Fr. 4'732.-- (LSE 2006, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2008, Tabelle A1, Niveau 4, Total). Diesem liegt eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde. Sodann sind der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen, weshalb für die Festsetzung des Jahreslohnes lediglich der Faktor 12 zu verwenden ist. Ausgehend vom genannten Einkommen und der durchschnittlichen wörtlichen Arbeitszeit im Jahr 2006 von 41.7 Stunden ergibt dies ein Jahreseinkommen von Fr. 59'197.-- (Fr. 4'732.-- : 40 x 41.7 x 12). Dieses gestützt auf die LSE ermittelte Invalideneinkommen wird vom Beschwerdeführer nicht bestritten.

5.6. Da der Beschwerdeführer nur noch körperlich leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeiten verrichten kann, gewährte die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen einen behinderungsbedingten Abzug von 10 %, womit ein massgebendes Invalideneinkommen von Fr. 53'277.-- resultiert (Urk. 9/42/2).

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 nurmehr 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).

Vorliegend fällt ins Gewicht, dass der Beschwerdeführer zwar mindestens noch leichte berufliche Tätigkeiten verrichten kann, einschränkend aber längeres Sitzen, Stehen oder Tätigkeiten in vorgeneigter Position vermieden werden sollten (Urk. 9/10/10 Mitte). Damit besteht im Vergleich zu Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, welche für Hilfsarbeitertätigkeiten voll leistungsfähig und entsprechend einsetzbar sind, eine gewisse lohnmassige Benachteiligung. Auch dem Umstand, dass der Beschwerdeführer bereits 55 Jahre alt ist, ist vorliegend Rechnung zu tragen. Dennoch ist die Einschränkung des Beschwerdeführers nicht als derart schwer zu einzustufen, dass sich, wie von ihm geltend gemacht, ein Abzug von mindestens 15 %, geschweige denn 20 %, rechtfertigen würde. Nicht zu berücksichtigen ist insbesondere die Tatsache, dass er bereits seit rund vier Jahren nicht mehr arbeitstätig war, denn gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei Tätigkeiten im Anforderungsniveau 4 der LSE, gestützt auf welches das Invalideneinkommen des Beschwerdeführers ermittelt wurde, weder eine lange Einarbeitungszeit noch Berufspraxis erforderlich, weshalb eine Arbeitskarenz keinen Lohnabzug zu begründen vermag (Urteil des Bundesgerichts vom 24. Juni 2009, 8C\_887/2008, Erw. 5.4). Der von der Beschwerdegegnerin gemachte Leidensabzug von 10 % ist damit angemessen und nicht zu beanstanden. Somit ergibt dies ein Invalideneinkommen von Fr. 53'277.-- (Fr. 59'197.-- x 0,9).

5.7. Ausgehend von einem Valideneinkommen für das Jahr 2006 von Fr. 68'686.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 53'277.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 15'409.--. Entsprechend resultiert ein Invaliditätsgrad von rund 22 %, weshalb kein Rentenanspruch ausgewiesen ist. Selbst wenn man einen maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % berücksichtigt würde - wofür vorliegend keine Gründe bestehen - würde ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 35 % resultieren.

6. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten ist, dass beim Beschwerdeführer gemäss überzeugender medizinischer Einschätzung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten besteht, wobei einschränkend längeres Sitzen, Stehen oder Tätigkeiten in vorgeneigter Position vermieden werden sollten. Von weiteren medizinischen Abklärungen, wie sie beschwerdeweise beantragt werden, sind keine massgebenden neuen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf verzichtet werden kann.

Der ermittelte Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers ist nicht rentenbegründend.

Die angefochtene anspruchsverneinende Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als rechtmässig.

Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

7. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

## 8. Â Â Â Â Â Â

8.1 Â Â Â Â Â Â Nach Â§ 34 Abs. 3 des Gesetzes Â¼ber das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die HÃ¶he der gerichtlich festzusetzenden EntschÃ¤digung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne RÃ¼cksicht auf den Streitwert. GemÃ¤ss Â§ 9 in Verbindung mit Â§ 8 Abs. 1 der Verordnung Â¼ber die GebÃ¼hren, Kosten und EntschÃ¤digungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich fÃ¼r unnÃ¶tigen Aufwand kein Ersatz gewÃ¤hrt.

8.2 Â Â Â Â Â Â Der von Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat mit Eingabe vom 14. Juni 2010 geltend gemachte Aufwand von 16 Stunden und Fr. 16.50 Barauslagen (Urk. 12 S. 2) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen. Namentlich erscheint ein Aufwand von 8.5 Stunden fÃ¼r das Erstellen der Beschwerdeschrift als deutlich Â¼berhÃ¶ht.

Angesichts des bescheidenen Umfangs der zu studierenden relevanten AktenstÃ¼cke der Beschwerdegegnerin, der rund zehneitigen Rechtsschrift, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche RechtsverteistÃ¤ndung sowie der in Ã¤hnlichen FÃ¤llen zugesprochenen BetrÃ¤gen ist die EntschÃ¤digung von Rechtsanwalt Le Soldat bei Anwendung des gerichtsÃ¼blichen Stundensatzes von Fr. 200.-- (zuzÃ¼glich Mehrwertsteuer) auf Fr. 2'100.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

8.3 Â Â Â Â Â Â Der BeschwerdefÃ¼hrer wird auf Â§ 92 der Zivilprozessordnung hingewiesen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen fÃ¼r die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er in gÃ¼nstige wirtschaftliche VerhÃ¤ltnisse kommt.

Das Gericht erkennt:

1. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Â Â Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden dem BeschwerdefÃ¼hrer auferlegt, jedoch zufolge GewÃ¤hrung der unentgeltlichen ProzessfÃ¼hrung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der BeschwerdefÃ¼hrer wird auf Â§ 92 ZPO hingewiesen.

3. Â Â Â Â Â Â Â Â Der unentgeltliche Rechtsvertreter des BeschwerdefÃ¼hrers, Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat, ZÃ¼rich, wird mit Fr. 2'100.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschÃ¤digt. Der BeschwerdefÃ¼hrer wird auf Â§ 92 ZPO hingewiesen.

4. Â Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Alex R. Le Soldat
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons ZÃ¼rich, IV-Stelle
- Bundesamt fÃ¼r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. Â Â Â Â Â Â Â Â 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.