

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00563 vom 8. August 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-08-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00563

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00563 du 8 août 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00563 del 8 agosto 2011

Erwägungen

E. 2

Eventualiter sei die Verfügung vom 10. Mai 2010 aufzuheben und die Prozedur im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen;

E. 3

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. ■

Die Beschwerdegegnerin ersuchte mit Beschwerdeantwort vom 23. Juli 2010 um Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was dem Beschwerdeführer am 19. August 2010 bekannt gemacht wurde (Urk. 10). Mit Eingabe vom 26. August 2010 liess er nachträglich einen medizinischen Bericht von Prof. Dr. med. A., Leitende Ärztin, und Dr. med. B., Assistenzarzt am Herzkreislaufzentrum der Klinik für Kardiologie des Spitals C., vom 20. April 2010, einen Arztbericht von Dr. med. D., Oberarzt, und Dr. med. E., Assistenzarzt an der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des Spitals C., vom 18. Juni 2010 sowie einen Magnetresonanztomographie(MRI)-Bericht von Dr. med. F., Facharzt Radiologie und Neuroradiologie, Institut G., ' ', vom 15. Juni 2010 und einen Röntgenbericht von Dr. med. H., Facharzt FMH für Radiologie, ebenfalls Institut G., ' ', vom 15. Juni 2010, einreichen (Urk. 13-14). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 10. September 2010 auf eine Stellungnahme (Urk. 17), was dem Beschwerdeführer am 14. September 2010 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 18).

Auf die Vorbringen der Parteien und die eingereichten Akten wird, soweit erforderlich, im Rahmen der nachfolgenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit

Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 10. Mai 2010 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445; Urteil des Bundesgerichts I 28/04 vom 7. Juni 2006 E. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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).

2.2 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 aller Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.3 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).

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 256 E. 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 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formale Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. 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 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a).

Die medizinische Aktenlage stellt sich wie folgt dar:

Dr. med. I. ____, Oberärztin, und Dr. med. J. ____, Assistenzarzt an der Rheumaklinik und dem Institut für Physikalische Medizin des Spitals C. ____, stellten in ihrem Bericht vom 16. Juli 2003 folgende Diagnosen (Urk. 6/26/24):

- leichtgradige mediale Gonarthrose beidseits mit/bei mukoider Degeneration des Hinterhorns des medialen Meniskus rechts und Tendenz zur Hyperlaxität;
- Verdacht auf depressive Entwicklung mit Schmerzverarbeitungsstörung.

Der Beschwerdeführer leide an chronischen rezidivierenden Knieschmerzen beidseits. Die Schmerzen seien periarthropathisch, vorwiegend medialeits rechtsbetont. Objektiv liessen sich nur geringgradige Zeichen einer beginnenden Gonarthrose beidseitig feststellen. Die geklagten chronischen Beschwerden seien multifaktorieller Ätiologie. Einerseits zeige sich eine Tendenz zur Hyperlaxität bei grazilem leptosomem Habitus, andererseits liege eine depressive Entwicklung bei Problemen im soziokulturellen Umfeld vor mit vermuteter konsekutiver Schmerzverarbeitungsstörung. Ab dem 25. Dezember 2002 habe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestanden (Urk. 6/26/25).

3.2 Dr. med. K. ____, Oberarzt an der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des Spitals C. ____, berichtete am 13. Februar 2008, bei Status nach Operation eines Karpaltunnelsyndroms rechts im Jahre 2004 sei es zu einem protrahierten Verlauf mit Entwicklung eines Schmerz-/Quadrantensyndroms der rechten oberen Extremität gekommen. Klinisch finde sich dort eine sehr sensible, druckempfindliche Narbe. Es komme zu einer Schmerz- und Beschwerdeausdehnung nach proximal bis zervikal mit einem abgeschwächten Vibrationssinn clavicular. Elektrodiagnostisch fanden sich ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom rechts und ein diskretes Karpaltunnelsyndrom links. Eine leichte Karpaltunnelsyndrom-Symptomatik links sei durchaus möglich (Urk. 6/13/12).

3.3 Dr. med. L. ____, Oberärztin an der Klinik für Wiederherstellungschirurgie des Spitals C. ____, hielt in ihrem Bericht vom 2. Juni 2008 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Rezidiv-Karpaltunnelsyndrom rechts mit/bei Status nach Karpaltunnelsyndrom-Operation rechts im Jahre 2004, Spaltung des Retinaculum flexorum (Reoperation) und Neurolyse des Nervus medianus am 27. August 2007 sowie persistierendem leichtem Karpaltunnelsyndrom im Februar 2008;

- leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom links im Februar 2008.

Vom 27. August 2007 bis am 29. Februar 2008 sei der Beschwerdeführer als Elektromonteur zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 6/13/7). Seit dem 2. Juni 2008 sei die bisherige Berufstätigkeit als Elektromonteur nicht mehr zumutbar. In einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei eine Erwerbstätigkeit hingegen seit dem 2. Juni 2008 ganztags zumutbar (Urk. 6/13/10).

3.4 Prof. Dr. A. ____, leitende Ärztin, und Dr. E. ____, damals Assistenzarzt an der Klinik für Kardiologie des Spitals C. ____, diagnostizierten in ihrem Bericht vom 10. September 2008 ein klinisch asymptomatisches Wolff-Parkinson-White-Syndrom, ein Karpaltunnelsyndrom mit Status nach Operationen in den Jahren 2005 und 2007 sowie eine Akne miliaris necrotica seit dem Jahr 1990 (Urk. 6/26/20). Zur Arbeitsfähigkeit nahmen sie keine Stellung, empfahlen aber eine Verlaufskontrolle in einem Jahr (Urk. 6/26/21).

3.5 Dr. Z. ____, führte in seinem Bericht vom 19. September 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit folgende an:

- Karpaltunnelsyndrom an beiden Händen seit November 2002;
- chronisches lumbovertebrales Syndrom;
- chronische Knieschmerzen beidseits seit Januar 2002.

3.5. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt Dr. Z. ein Wolff-Parkinson-White-Syndrom fest. Die Einschränkungen betrafen jegliche Lastenhandhabung, Arbeiten über Kopfhöhe, in geringem Masse auch das Vorneigen im Sitzen und Stehen, das Knien, längeres Gehen in unebenem Gelände sowie jegliches Treppensteigen (Urk. 6/26/4-5). In psychischer Hinsicht seien die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt (Urk. 6/26/5). Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehe seit dem 27. August 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 6/26/2). Der Beschwerdeführer weise eine Schonhaltung beider Vorderarme und Hände auf (Urk. 6/26/3). Eventuell sei eine Umschulung angezeigt. Dass die Ehegattin unregelmässig arbeite, sei ein sozialer Faktor, der seine Gesundheit und/oder Arbeitstätigkeit beeinflusse (Urk. 6/26/6).

3.6. In seinem Untersuchungsbericht vom 7. Mai 2009 (Urk. 6/38) nannte RAD-Arzt Dr. S. folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Urk. 6/38/3):

- Karpaltunnelsyndrom rechte Hand mit/bei Zustand nach Operation am 18. August 2005, Zustand nach Reoperation mit Neurolyse am 27. August 2007 sowie im Februar 2008 fortdauernde Restbeschwerden mit neurologisch bestätigter leichter Nervenkompression;
- Karpaltunnelsyndrom linke Hand mit/bei im Februar 2008 bestehenden Beschwerden mit neurologisch bestätigter leichter Nervenkompression.

3.7. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. S. ein Wolff-Parkinson-White-Syndrom ohne funktionsrelevante Rhythmusstörung an. Im Gebiet der zweimaligen Operation des Karpalkanals der rechten Hand sei eine teilweise in die tieferen Strukturen reichende Vernarbung eingetreten. Klinisch liessen sich eine Sensibilitätsstörung und Kraftverminderung nachweisen. Auffallend sei eine teils beabsichtigte, grösstenteils unbeabsichtigte Schonhaltung und Gebrauchsvermeidung der rechten Hand. Der Gebrauch der linken Hand werde in Form verminderter Kraftausübung ebenfalls geschont (Urk. 6/38/3). Die neurologisch nachgewiesene leichte Schädigung des Medianus-Nervs auf beiden Seiten führe zu einer Funktionseinschränkung für mittelschwere Lastenhandhabung sowie für die feinmotorischen Arbeiten mit der rechten Hand. Die linke Hand könne und solle normal gebraucht werden (Urk. 6/38/4).

3.7. Prof. Dr. A. und Dr. B. führten in ihrem Bericht vom 20. April 2010 (Urk. 14/1) als Diagnose ein Wolff-Parkinson-White-Syndrom, ein Karpaltunnelsyndrom beidseits bei Status nach Operationen in den Jahren 2005 und 2007 sowie eine seit dem Jahr 1990 bestehende Acne miliaris necrotica an. Im Ruhe-Elektrokardiogramm finde sich eine Delta-Welle bei posteroseptaler Lokalisation der akzessorischen Leitungsbahn. Laborchemisch habe sich eine Hypercholesterinämie bei allerdings nicht nächtlicher Blutentnahme gezeigt. Zusammenfassend finde sich aus kardialer Sicht ein erfreulicher Verlauf.

3.8. Am 5. Mai 2010 hielt RAD-Arzt Dr. S. in seiner Stellungnahme fest, der Hausarzt habe mit der Diagnose eines chronischen lumbovertebralen Syndroms auf den nicht näher klassifizierbaren unspezifischen Kreuzschmerz hingewiesen. Dieser stelle kein Krankheitsgeschehen mit Bezug auf Funktionssegmente der Wirbelsäule dar. Bezüglich des Knieschmerzes seien die nachgewiesenen degenerativen Veränderungen für leichte Arbeiten nicht berufsrelevant. Die vom Hausarzt beschriebene psychische Beeinträchtigung der Anpassungsfähigkeit und Belastbarkeit sowie die reaktive

Depression hätten in der RAD-Untersuchung nicht festgestellt werden können. Die Untersuchung sei ausser der dort beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten ohne die Beeinträchtigungen verlaufen, welche auf die geltend gemachte Beurteilung des Hausarztes zutreffen würden. Als tätigkeitsrelevante Funktionsminderungen seien sie nicht schlüssig. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit sei in Übereinstimmung mit dem Hausarzt und unter Berücksichtigung des ausgebliebenen Operationserfolgs angesetzt worden (Urk. 6/61/2). Die Hände und Knie seien für leichte Arbeiten belastbar (vgl. Urk. 6/61/2-3). Bei Anpassung der beruflichen Belastung ergebe sich aus diesen funktionellen Einschränkungen auch kein erhöhter Erholungsbedarf (Urk. 6/61/3).

3.9. Dr. D. und Dr. E., dieser jetzt an der Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie des Spitals C. tätig (vgl. Sachverhalt Ziff. 2), diagnostizierten in ihrem Bericht vom 18. Juni 2010 (Urk. 14/2) eine Hiatushernie sowie einen Verdacht auf einen kleinen Stimmbandpolyp.

3.10. Dr. F. berichtete am 15. Juni 2010 von einer zirkumferentiellen Bandscheibenherniation der Lendenwirbelsäule (LWK) 4/5 und LWK 5/1. In Höhe LWK 5/1 rechts bestehe eine relative Einengung des Intervertebralkanals mit möglicher Irritation des Lendenwirbels (L) 5, keine Kompression. In Höhe LWK 4/5 sei beidseits eine relative rezessale Einengung vorhanden. Eine therapeutische, gegebenenfalls auch diagnostische perineurale Infiltration der L5 rechts sei möglich. Es beständen beidseits subchondrale Sklerosierungen und eine Verfettung um die Iliosakralgelenke, vereinbar mit einem Zustand nach symmetrischer Sakroilitis (Urk. 14/3).

3.11. Dr. H. wies in seinem Bericht vom 15. Juni 2010 (Urk. 14/4) auf eine leichtgradige, rechtskonvexe Skoliosehaltung hin. Es beständen deutliche ventrale spondylophytäre Appositionen ab L4 und leichtgradige Endplatten-Sklerosierungen in Form osteochondrotischer Veränderungen ab L4 sowie leichtgradige Spondylarthrosen ab L4.

4. Zu prüfen ist, wie sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers auf seine Arbeitsfähigkeit auswirkt.

4.1. Der Beschwerdeführer erklärte dem RAD-Arzt, Dr. S., selbst, eine leichte Arbeitsbelastung als problemlos zu betrachten, aber keine Möglichkeit zu sehen, eine solche Tätigkeit zu finden (vgl. Urk. 6/38/2). Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass für die Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit die subjektive Einschätzung des Beschwerdeführers nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begründete und nachvollziehbare Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mögliche Arbeitsfähigkeit auch tatsächlich verwertet.

4.2

4.2.1. Die Beschwerdegegnerin stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers insbesondere auf den medizinischen Untersuchungsbericht von RAD-Arzt Dr. S. vom 7. Mai 2009 (E. 3.7) (vgl. Urk. 6/47; Urk. 6/61). Er hielt als Diagnose, welche die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränke, ein an beiden Händen vorhandenes Karpaltunnelsyndrom fest. Die leichte Schädigung des Medianus-Nervs beidseits führe zu einer Funktionseinschränkung

für mittelschwere Lastenhandhabung sowie für feinmotorische Arbeiten mit der rechten Hand. Die linke Hand könne normal gebraucht werden (vgl. E. 3.7). Dr. L.____ erachtete die Arbeitsfähigkeit als durch ein Rezidiv-Karpaltunnelsyndrom rechts sowie ein leichtgradiges Karpaltunnelsyndrom links eingeschränkt (vgl. E. 3.3), Dr. Z.____ - er ist der Hausarzt des Beschwerdeführers (vgl. Urk. 6/8/7) - als durch ein Karpaltunnelsyndrom an beiden Händen (vgl. E. 3.5), ohne die Einschränkungen aber näher zu präzisieren. Der unspezifische Rückenschmerz im Kreuz ist gemäss RAD-Arzt Dr. S.____ hingegen kein Krankheitsgeschehen, die degenerativen Knieveränderungen seien für leichte Arbeiten nicht berufsrelevant. Die Hände und Knie seien für leichte Arbeiten belastbar, wobei sich bei einer leidensangepassten Tätigkeit kein erhöhter Erholungsbedarf ergebe (vgl. E. 3.9). Dr. Z.____ erachtete die Arbeitsfähigkeit demgegenüber zusätzlich als durch ein chronisches lumbovertebrales Syndrom sowie chronische Knieschmerzen beidseits eingeschränkt. Die Einschränkungen betreffen die Lastenhandhabung, Arbeiten über Kopfhöhe, das Vorneigen im Sitzen und Stehen, das Knien, das Gehen in unebenem Gelände sowie das Treppensteigen (vgl. E. 3.5). Welche Tätigkeiten dem Beschwerdeführer weiterhin möglich und zumutbar sind, sagte Dr. Z.____ indessen nicht und stützte sich bei der Bezeichnung der erwähnten Einschränkungen offenbar weitgehend auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers, es fehlt an einer näheren objektiven Begründung. Diesbezüglich ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärzte und Ärzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Entsprechend kann auf die Aussagen von Dr. Z.____ nicht abgestellt werden. Laut Dr. S.____ besteht seit dem 27. August 2007 in der bisherigen Tätigkeit eine 100%ige, in leidensangepassten Tätigkeiten eine 0%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. 3.6). Gemäss Dr. L.____ ist die angestammte Tätigkeit als Elektromonteur seit dem 2. Juni 2008 nicht mehr zumutbar, hingegen eine leidensangepasste Tätigkeit ganztags (vgl. E. 3.3), wobei Dr. L.____ nicht nachvollziehbar begründet, wieso als ausschlaggebender Zeitpunkt für die (Rest-)Arbeitsfähigkeit vom 2. Juni 2008 (Datum ihres Untersuchs) auszugehen ist.

4.2.2.2. Dr. S.____ stützte seine Aussagen auf eine eigene allseitige Untersuchung, welche die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden berücksichtigt. Der RAD-Arzt setzte sich auch mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Als RAD-Arzt besass Dr. S.____ sodann auch genügende Kenntnis der Vorakten. Seine Aussagen sind einleuchtend und nachvollziehbar. Demgemäss kann für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden (vgl. E. 2.4).

4.2.3. Die übrigen medizinischen Berichte vermögen die Einschätzung von Dr. S.____ nicht zu erschüttern, weshalb weitere medizinische Abklärungen nicht angezeigt sind. Insbesondere nahmen Dr. K.____, Prof. Dr. A.____ und Dr. E.____, Prof. Dr. A.____ und Dr. B.____, Dr. D.____ und Dr. E.____, Dr. F.____ sowie Dr. H.____ in ihren Berichten keine Einschätzung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit vor und äusserten sich auch zu weiterhin möglichen und zumutbaren Tätigkeiten nicht (vgl. E. 3.2; E. 3.4; E. 3.8; E. 3.10-12). Es finden sich in diesen Berichten auch keine Anhaltspunkte für die Arbeitsfähigkeit zusätzlich einschränkende Leiden.

4.3. Da auf die Aussagen von RAD-Arzt Dr. S.____ abgestellt werden kann, erweist sich der medizinische Sachverhalt als genügend abgeklärt. Es ist mithin davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer zumindest seit dem 27. August 2007 in seiner

GmbH vom 27. Januar 2007 (Urk. 6/28/2) bzw. 5. März 2008 (Urk. 6/28/1) im Jahre 2006 ohne invalidisierenden Gesundheitsschaden Fr. 14'248.-- und im Jahre des Eintritts des invalidisierenden Gesundheitsschadens bis zur Kündigung am 30. Juni 2007 Fr. 38'252.--. Da der Beschwerdeführer die Stelle bei der letzten Arbeitgeberin, der Y.____ GmbH, aus invaliditätsfremden Gründen verlor - die Stelle wurde ihm aus wirtschaftlichen Gründen gekündigt (Arbeitszeugnis vom 31. Mai 2007, Urk. 6/28/3) -, sind für die Bestimmung des Valideneinkommens die Lohnangaben des Bundesamtes für Statistik für Hilfsarbeiten im Baugewerbe heranzuziehen (LSE des Jahres 2008, Tabellengruppe TA1, Ziff. 45 ■Baugewerbe■, Niveau 4). Demnach hätte der Beschwerdeführer im Jahre 2008 ohne Gesundheitsschaden und in einem Pensum von 100 % bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden einen monatlichen Verdienst von Fr. 5'150.-- erzielt. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2008 von 41.6 Stunden (vgl. nachfolgend E. 5.3.1) resultiert damit für das Jahr 2008 ein hypothetisches Valideneinkommen in der Höhe von Fr. 64'272.-- (Fr. 5'150.-- : 40 x 41.6 x 12).

5.3

5.3.1Ä Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die bis 1998 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41.9 Stunden, seit 2009 von 41.7 Stunden (Die Volkswirtschaft 12-2010 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem Beschwerdeführer steht eine breite Palette von Tätigkeiten offen. Es rechtfertigt sich daher, zur Bemessung des Invalideneinkommens auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen (LSE des Jahres 2008, Tabellengruppe TA1, Rubrik ■Total■, Niveau 4). Danach erzielten Männer im Durchschnitt aller bei einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielbaren Einkommen im Jahre 2008 einen monatlichen Verdienst von Fr. 4'806.--. Unter Berücksichtigung der durchschnittlichen betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2008 von 41.6 Stunden resultiert damit für das Jahr 2008 ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 59'979.-- (Fr. 4'806.-- : 40 x 41.6 x 12).

5.3.2Ä 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

verrichtet und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nunmehr beschränkt einsetzbar 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 Abzugs 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 E. 5.2). Der Abzug wird sich daher in der Regel auf leidensbedingte Faktoren beschränken und die maximal zulässigen 25 % für sämtliche invaliditätsfremden und invaliditätsbedingten Merkmale nicht ausschöpfen (BGE 134 V 330 E. 6.2; 135 V 297 E. 5.3).

Die Beschwerdegegnerin nahm in ihrer Verfügung einen behinderungsbedingten Abzug von 15 % vor, welchen sie damit begründete, der Beschwerdeführer könne nur noch leichte Tätigkeiten ausüben (Urk. 2 S. 2). Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Ansicht, es sei ein leidensbedingter Abzug von 25 % zu gewähren, weil er wegen seiner praktischen Einzijdigkeit im Arbeitsmarkt derart eingeschränkt sei, dass nur ganz ausgefallene Stellen überhaupt und zu einem reduzierten Pensum in Frage kämen. Dazu komme die Umstellung auf nur noch leichte Arbeit, die lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, die fehlende Erfahrung an der neuen Stelle, die voraussehbaren krankheitsbedingten Abwesenheiten, die rasche Ermüdbarkeit und insbesondere die mangelnde Flexibilität infolge der Einschränkungen (Urk. 1 S. 7). Vorliegend wurden bei der Bemessung des Invalideneinkommens statistische Werte berücksichtigt, weshalb grundsätzlich nur ein Abzug für leidensbedingte Faktoren in Frage kommt. Da der Beschwerdeführer aus gesundheitlichen Gründen auf Arbeitsstellen angewiesen ist, die nur leichte Tätigkeiten erfordern (vgl. E. 4.2.1), muss er auf Grund seines Leidens im Vergleich zu Gesunden mit einer gewissen Lohneinbusse rechnen. Gemäss der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Ein solcher Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf, und zwar sowohl bezüglich der verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b; Urteil 9C_121/2008 vom 4. August 2008 E. 5.1). Bei einer Einschränkung auf bloss leichte Tätigkeiten reduziert sich der dem Beschwerdeführer noch offenstehende allgemeine Arbeitsmarkt auf Tätigkeiten im Bereich Überwachung, Kontrolle und

Ähnliches, womit praxisgemäss von einem Leidensabzug in Höhe von 15 % auszugehen ist. Unter Berücksichtigung des Leidensabzugs ergibt sich mithin ein Invalideneinkommen von rund Fr. 50'982.-- (Fr. 59'979.-- x 0.85).

5.3.3.3.1 Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 64'272.-- mit dem hypothetischen Invalideneinkommen von Fr. 50'982.-- ergibt eine Einkommenseinbusse von Fr. 13'290.--, was zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von rund 21 % (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 E. 3.2) führt.

6. Die angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als rechtmässig. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

7.

7.1 Da der Beschwerdeführer nachgewiesenermassen mittellos ist und seine Beschwerde nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden konnte, ist seinem Gesuch um unentgeltliche Prozessführung und um Bestellung seines Rechtsvertreters zum unentgeltlichen Rechtsbeistand zu entsprechen und sind die gemäss Art. 61 Abs. 1 bis IVG auf Fr. 600.-- festzusetzenden Verfahrenskosten ausgangsgemäss dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) hinzuweisen, dass er zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

7.2 Mit Schreiben vom 1. Juli 2011 (Urk. 19) machte Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller für Aufwendungen von 11.5 Stunden sowie Auslagen von Fr. 100.10 ein Honorar von insgesamt Fr. 3'201.20 geltend (Urk. 19). Der Aufwand von 11.5 Stunden erscheint angemessen, während der von Rechtsanwalt Ehrenzeller geltend gemachte Stundenansatz von Fr. 250.-- (Urk. 19) nicht gerichtsüblich und entsprechend auf den gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- herabzusetzen ist.

Bei einem gerichtsüblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- und unter Berücksichtigung von Barauslagen von Fr. 100.10 resultiert demnach eine Entschädigung inklusive 7.6 % Mehrwertsteuer von Fr. 2'582.50. Der Beschwerdeführer ist auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 10. Juni 2010 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller, Teufen, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller, Teufen, wird mit Fr. 2'582.50 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSV hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Ehrenzeller
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- 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).

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.