

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00234 vom 21. Juni 2005

ZH Sozialversicherungsgericht, 2005-06-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2004.00234

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00234 du 21 juin 2005

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2004.00234 del 21 giugno 2005

Erwägungen

E. 1

1.1 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 oder geistigen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

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. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (BGE 102 V 165; AHI 2001 S. 228 Erw. 2b mit Hinweisen; vgl. auch BGE 127 V 298 Erw. 4c in fine).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstellung, 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 Schmerzstellung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstellung 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, so: 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

durchgefÄ¼hrten ambulanten oder stationÄ¼ren Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprÄ¼gter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen fÄ¼r eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der ArbeitsunfÄ¼higkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und ArbeitsunfÄ¼higkeit, St. Gallen 2003, S. 77). Beruht die LeistungseinschrÄ¼nkung auf Aggravation oder einer Ä¼hnlichen Konstellation, liegt regelmÄ¼ssig keine versicherte GesundheitsschÄ¼digung vor (siehe Meyer-Blaser, a.a.O., S. 92 f.). Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt; keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den SachverstÄ¼ndigen unglaubwÄ¼rdig wirken; schwere EinschrÄ¼nkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (Urteil des EidgenÄ¼ssischen Versicherungsgerichts vom 29. MÄ¼rz 2005 i.S. M., I 54/04 mit Hinweisen, insbes. auf zur Publikation in BGE 131 V bestimmtes Urteil J. vom 16. Dezember 2004, I 770/03).

1.2Ä¼Ä¼Ä¼ GemÄ¼ss Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2003 in Kraft gewesenen Fassung haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 66

E. 2

/

E. 3

3.1Ä¼Ä¼Ä¼ Wie dem rechtskrÄ¼ftigen Urteil vom 6. Juni 2000 im Verfahren IV.1998.00794 zu entnehmen ist (Urk. 15), hatte sich im Zeitpunkt der RentenaufhebungsverfÄ¼gung vom 8. Dezember 1998 der Gesundheitszustand des Versicherten insoweit stabilisiert, als er durch keine weiteren medizinischen Massnahmen mehr zu beeinflussen war und sich die Frage nach der ArbeitsfÄ¼higkeit in einer der gesundheitlichen EinschrÄ¼nkung angepassten TÄ¼tigkeit stellte. Davon ausgehend, dass der Versicherte in einer leichten wechselbelastenden TÄ¼tigkeit teils sitzend, teils stehend zu 100 % arbeiten und ein Invalideneinkommen von Fr. 40'968.-- erzielen kÄ¼nne, hatte das hiesige Gericht den Einkommensvergleich der IV-Stelle geschÄ¼tzt, der auf der bisher nicht in Rechtskraft erwachsenen RentenverfÄ¼gung der SUVA basierte und worin dem jÄ¼hrlichen Valideneinkommen von Fr. 40'320.-- ein bei einer 35-Stundenwoche erzielbares Invalideneinkommen von Fr. 34'100.-- pro Jahr gegenÄ¼bergestellt worden war. Diesem Entscheid lagen im Wesentlichen der Austrittsbericht der Rehabilitationsklinik E.____ vom 11. Juni 1998 (Urk. 16/1) und der Bericht von SUVA-Kreisarzt Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH fÄ¼r Chirurgie, Ä¼ber die Untersuchung vom 24. August 1998 (Urk. 16/2) zugrunde.

Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Als physikalisch-funktionelle Diagnose hatten die Ä¼rzte der Rehabilitationsklinik eine Periarthropathie des linken Kniegelenks angefÄ¼hrt - verbunden mit ausgeprÄ¼gten Schmerzen im Bereich des ehemaligen Patellarlagers sowie an der Tuberositas tibiae, mit einer Dysfunktionsschmerzsymptomatik ab 85Ä¼ Flexion, einer leichter Kapselirritationskomponente, einer verklebt-hypomobiler Quadrizepssehne, einer myofaszialen Komponente im Bereich der Wadenmuskulatur und der Adduktoren links, mit

einer ausgeprägten Quadrizepsatrophie links, mit einer Krafteinbusse des linken Beines, aber ohne Dystrophiezeichen, ohne Erguss und ohne Entzündungszeichen (Urk. 16/1 S. 2). Der Versicherte war als resignierter Patient ohne feststellbare depressive Symptomatik beschrieben worden. Mit der während des Klinikaufenthaltes etablierten antidepressiven Medikation mittels Saroten sei lediglich ein schlafanstossender und ein schmerzmodulierender Effekt bezweckt worden (Urk. 16/1 S. 3). Durch die Benutzung eines Unterarmgehstockes zur Entlastung des linken Beines sei der Beschwerdeführer in der Mobilität eingeschränkt. Das Gehen auf ebenem Gelände und das Treppensteigen seien noch möglich; auf unebenem Gelände sei es erschwert. Die Sitztoleranz mit flektiertem Knie betrage maximal 30 Minuten, danach sei eine leichte Entlastung des linken Beines (30° Flexionshaltung des Kniegelenkes) oder ein vorgehender Positionswechsel notwendig. Fürs Gehen betrage die Belastungstoleranz 60 Minuten. Das Einnehmen von das Kniegelenk belastenden Positionen wie Kauern und Knien seien dem Versicherten nicht mehr zuzumuten. Langfristig werde er auch für das Heben und Tragen von schweren Gewichten sowie für das Treppen- und Leiternsteigen eingeschränkt bleiben. Wegen der Gehbehinderung sei die Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit als Heizungsmonteur/Hilfsschweisser ausgeschlossen. Medizinisch-theoretisch sei dem Versicherten aber für eine ganztagige wechselbelastende, vorwiegend sitzend durchzuführende, leichte industrielle Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Zumutbar seien alle industriellen Hilfstätigkeiten wie Formschleifer und Polierer von Kleinteilen, Montagearbeiten von elektro- und elektromechanischen Komponenten, auch jene Tätigkeit, die er bei seiner Einreise in die Schweiz ausgeübt habe, die Kontrolle von Flaschen am Förderband, des weiteren Arbeiten an Abfüllmaschinen der Milch- und Pharmaindustrie (Urk. 16/1 S. 4). Im Bericht über die berufliche Abklärung vom 26. Juni 1998 war zudem bezüglich bei einer angepassten ganztagigen Tätigkeit auf das Erfordernis vermehrter Pausen von ca. zweistündiger Dauer pro Tag, beispielsweise in Form von längeren Mittagspausen, hingewiesen worden (Urk. 16/3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Kreisarzt Dr. F.____ hatte im Bericht vom 24. August 1998 (Urk. 16/2) festgehalten, der Versicherte erkläre, wegen vermehrter Schmerzen und Instabilitätsgefühlen im linken Knie ohne Stock schlecht gehen zu können. Er sei denn auch nicht in der Lage, über die ausgedünnte Quadrizepssehne eine ausreichende Quadrizepsspannung aufzubauen, wofür möglicherweise eine etwas gestörte Kooperation oder Motivation mitverantwortlich sei. Bezüglich der zumutbaren ganztagigen, vorwiegend sitzenden Arbeit empfahl Dr. F.____ anstelle einer verlängerten Mittagspause je eine halbstündige zwischengeschaltete Pause am Vormittag und Nachmittag. Der Kreisarzt hatte zudem festgestellt, der Versicherte könne bei leicht flektiertem Kniegelenk praktisch beschwerdefrei sitzen, wogegen sich bei stärkerer Flexion des Kniegelenkes in der Sitzstellung vermehrt Schmerzen einstellten.

3.2 Ä Ä Ä Ä Das im Rahmen des Neuanmeldeverfahrens beim Institut D.____ eingeholte polydisziplinäre Gutachten vom 2. Juni 2003, für das der Internist Dr. med. G.____ verantwortlich zeichnet, führt als die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Diagnosen einen Status nach Patellaektomie links vom 10. Februar 1997 (ICD-10 Z98.8) bei Status nach Osteosynthese einer Patellaträgerfraktur vom 26. August 1995 (ICD-10 T93.2), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.4) bei Symptomatik vor allem im Rahmen der somatischen Diagnose sowie

eine nicht näher bezeichnete Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.9) mit vermeidendem Verhalten und starker Tendenz zur Somatisierung innerer Konflikte an. Als weitere, sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnose wurde fortgesetzter Nikotinkonsum (ca. 20 py.; ICD-10 F17-1) genannt (Urk 8/20 S. 17-18). Das Bestehen relevanter internistischer Diagnosen, welche die Arbeitsfähigkeit tangieren würden, wurde verneint (Urk. 8/20 S. 18).

Im Gutachten wird dazu festgehalten, der Versicherte klagt nicht nur über Schmerzen im operierten Bein, namentlich auch in der Hüfte und im Sprunggelenk, sondern auch über Schmerzen im rechten Bein. Ferner führe er andauernde Brust- und Kopfschmerzen, übermäßiges Schwitzen, Nervosität, Aggressivität, Reizbarkeit, Schlafprobleme, Müdigkeit und Appetitlosigkeit an. Die Knieschmerzen links seien konstant und praktisch stellungsunabhängig und verstärkten sich beim Gehen. Ferner gebe er leichte Schmerzen im linken Handgelenk und Schmerzen in beiden Schultern sowie in der Herzgegend an (Urk. 8/20 S. 7, 9, 14). Aktuell bezeichne der Versicherte die Knieschmerzen links als sein Hauptproblem (Urk. 8/20 S. 18).

Laut Gutachten imponiert der Versicherte auf orthopädisch-neurologischer Ebene durch ein extrem hinkendes Gangbild; das linke Bein werde in fast maximaler Hüftausenrotation und leichter Flexion gehalten, dabei jedoch bei Anheben des rechten Beins voll belastet. Fersen- und Kauergang würden verweigert, aspektmäßig bestehe eine deutliche Hypotrophie der Quadrizepsmuskulatur. Bei der Prüfung des linken Knies zeige sich eine stark eingeschränkte Beweglichkeit vor allem der Flexion, wobei die Endstellung durch den Exploranden willkürlich durch kräftige Anspannung der Quadrizepsmuskulatur begrenzt werde. Es zeigten sich Druckdolenzen im Bereich des ehemaligen Patellagleitlagers am Femur, der darüber verlaufene sehnig-narbige Anteil des Streckapparates sei deutlich induriert und druckdolent. Im Bereich der gesamten Wirbelsäule inklusive des Kopfgelenkes, an beiden oberen Extremitäten und am rechten Bein fanden sich keinerlei pathologische Befunde. In medikamentöser Hinsicht seien die Analgetika im Verlauf der letzten Jahre deutlich gesteigert worden - dies obwohl das Zustandsbild objektiv in etwa unverändert geblieben sei dürfte. Insbesondere mit Rücksicht auf die bereits aufgetretenen gastrointestinalen Nebenwirkungen, die das Leidensbild des Patienten noch verstärkten, sei mittelfristig eine Reduktion der Medikamente anzustreben. Die in der Vergangenheit mehrfach beschriebenen Schulterschmerzen rechts seien in der Untersuchung vollständig verneint worden, hingegen würden jetzt linksseitige Schulterschmerzen angegeben bei allerdings vollständig freier Beweglichkeit und guter Kraft. Auch die anamnestisch angegebenen starken Schmerzen des rechten Knies liessen sich in keiner Weise objektivieren und korrelierten nicht mit den objektivierbaren Untersuchungsbefunden. Insgesamt bestehe der dringende Verdacht auf eine deutliche subjektive Aggravation des Beschwerdebildes (Urk 8/20 S. 11-12).

Aus psychiatrischer Sicht wurden im Gutachten massive und quälende Schmerzen und Einschränkungen angeführt, die somatisch nicht ausreichend erklärbar seien, und es wurde auf die psychosozialen Belastungen, vor allem die monetäre und medicolegale Situation, hingewiesen (Urk. 8/20 S. 16). Eine affektive Störung im Sinne einer Depression konnte nicht festgestellt werden. Trotzdem schlossen die Gutachter auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Denn die vorherrschenden andauernden, schweren und brennenden Schmerzen könnten allein durch

einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden. Diese traten seit dem Unfall von 1995 jeweils im Zusammenhang mit einem innerlichen Konflikt beziehungsweise einer psychosozialen Konfliktsituation auf. Der Explorand habe eine neurotische, wenig auf Problemlösung ausgerichtete innere Haltung, eine Tendenz zur Vermeidung und eine starke, rigide Abwehr innerer Ängste und depressiver Gefühle in Richtung Somatisierung (Urk. 8/20 S. 16). Es bestehe eine Comorbidität in Form von Anhaltspunkten für eine Persönlichkeitsstörung, so dass der Versicherte kaum eine sich an der Realität orientierende Bewältigungsstrategie seiner Schwierigkeiten habe. Er sei auf das Krankheitsleben fixiert und ganz auf seine körperlichen Beschwerden eingeeignet, weise Persönlichkeitszüge auf mit der Tendenz zum Ausweichen, Vermeiden, Somatisieren und zum passiven Reagieren. Den Symptomen komme insofern ein gewisser Krankheitswert zu, als der Versicherte sich nicht davon befreien könne (Urk. 8/20 S. 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Abschliessend wird im Gutachten festgehalten, in der Konsensbesprechung habe sich für die Untersucher ein junger Explorand mit einer ausgesprochenen Krankheits- und Behinderungsüberzeugung präsentiert. Für körperlich überwiegend sitzende leichte Tätigkeiten könne diese Selbsteinschätzung des Exploranden jedoch nicht nachvollzogen werden. Zwar seien ihm aufgrund der objektivierten orthopädischen Befunde alle körperlich schwer belastenden Tätigkeiten nicht mehr zumutbar und es kämen für ihn nur überwiegend sitzende, körperlich leichte Tätigkeiten in Frage, mit der Möglichkeit zur Entspannung des Streckapparates des Beines in leichter Flexionshaltung von 30° bis 50° mit aufgesetztem Fuss. Für derartige Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung. Das feststellbar psychische Leiden sei ebenfalls nicht so, dass dem Versicherten nicht die Willensanspannung zumutbar wäre, einer Arbeitstätigkeit ganzständig nachzugehen (Urk. 8/20 S. 19). Aus psychiatrischer Sicht könne daher eine maximale Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % attestiert werden. Demnach sei ihm eine adaptierte Tätigkeit bei einer maximalen Leistungseinschränkung von 20 % ganzständig zumutbar (Urk. 8/20 S. 18-19).

3.3 Ä Ä Ä Im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung hat sich demnach gemäss Auffassung der Gutachter des D.____ der somatische Gesundheitszustand nicht verändert. Dessen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden im Gegenteil insofern als geringfügiger eingestuft, als die von Dr. F.____ und von der Rehabilitationsklinik ursprünglich zugestandene verlängerte Pause erfüllt, hielten doch die Gutachter ausdrücklich fest, für angepasste Tätigkeiten bestehe aus orthopädischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung. Indes wurde nunmehr eine psychische Störung diagnostiziert, weshalb die Gutachter insgesamt von einer um maximal 20 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit ausgingen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf dieses Gutachtensergebnis kann abgestellt werden. Denn es beruht auf umfassenden internistischen, psychiatrischen und orthopädischen Untersuchungen, die medizinischen Vorakten werden in die Beurteilung miteinbezogen und die erhobenen Befunde, die angegebenen Beschwerden sowie das Verhalten des Beschwerdeführers werden eingehend gewürdigt. Auch leuchtet die Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein, und die Schlussfolgerungen der Gutachter sind ohne weiteres nachvollziehbar. Namentlich die Beurteilung der psychischen Befunde und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vermag im Lichte der eingangs zitierten

Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung (vgl. Erw. 1.1) vollumfänglich zu überzeugen.

3.4 Auch die vom Beschwerdeführer angeführten Beurteilungen der behandelnden Ärzte vermögen das Gutachtensergebnis nicht in Frage zu stellen:

So begründet der behandelnde Psychiater Dr. med. H. ____, Spezialarzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, im Bericht vom 22. Dezember 2003 (Urk. 3/8) die von ihm bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nur damit, dass der Beschwerdeführer die invalidisierenden Folgen der Patellaträgerfraktur nicht verkräftet habe und völlig auf die multiplen Schmerzen und Defizite fixiert sei. Seiner Ansicht nach ist auch die Aberkennung der Invalidität durch die Versicherungen und der damit verbundene häufige Gang auf Sozialamt mitverantwortlich dafür, dass der Versicherte äusserst agitiert und depressiv-verzweifelt im Sinne von ICD-10 F.32.2 sei, über anhaltende Schmerzen, Nervosität, Gräbeln, Schwitzen und Schlafstörungen klagt und ein nicht zu unterschätzendes Aggressionspotential aufgebaut habe. Dementsprechend erwartet Dr. H. ____, von der Anerkennung der Invalidität eine Beruhigung der Situation, welche ihrerseits die Reintegration in die Berufswelt ermöglichen würde. Diese Aspekte sind jedoch invaliditätsfremd und können daher bei der Ermittlung der gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden.

Wenn PD Dr. med. J. ____, Spezialarzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, in seinem Bericht vom 8. März 2004 (Urk. 3/6) auf die von Dr. med. K. ____, Leitender Arzt Orthopädie an der C. ____, Klinik, für eine sitzende Tätigkeit bescheinigte 100%ige Arbeitsunfähigkeit verweist, so ist festzuhalten, dass Dr. K. ____, diese im Bericht vom 16. Oktober 2000 (Urk. 3/7) enthaltene Schätzung ausschliesslich mit den Schmerzen begründet hatte, deren Ausmass jedoch angesichts des bei der Begutachtung zutage getretenen aggravatorischen Verhaltens des Versicherten keineswegs gesichert ist. Zudem hatte Dr. K. ____, im Bericht vom 12. Januar 2001 (Urk. 8/67/4/114) an seiner ursprünglichen Zumutbarkeitsbeurteilung nicht mehr festgehalten, ging er darin doch nur noch bezüglich des angestammten Berufs von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus und überliess er die Evaluation der allgemeinen Arbeitsunfähigkeit dem SUVA-Kreisarzt. PD Dr. J. ____, seinerseits bezieht aus somatischen Gründen für eine den Kniebeschwerden angepasste leichte sitzende Tätigkeit immerhin noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in Betracht und begründet seine diesbezüglich von den D. ____, -Gutachtern abweichende Auffassung im Wesentlichen mit rechtsseitigen Schulterschmerzen, die durch die mit der Stockbenutzung einhergehende Gangstörung bewirkt worden seien. Die Gutachter des Instituts D. ____, hatten jedoch die Schulterbeschwerden klinisch und röntgenologisch abgeklärt, und es hatten sich diesbezüglich keine pathologischen Befunde ergeben. Zudem erwiesen sich die Schmerzangaben des Versicherten auch in dieser Hinsicht nicht als konsistent; denn bei der Begutachtung wurden die Schulterschmerzen nicht mehr rechts, sondern links lokalisiert, was mit der dort vorhandenen vollständig freien Beweglichkeit und der guten Kraft nicht vereinbar war (Urk. 8/20 S. 11, 12).

3.5 Zusammenfassend ergibt sich, dass eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes nicht ausgewiesen ist. Die Grund für die Neuanmeldung bildende Schmerzzunahme und -ausweitung erklärt sich jedoch mit einer neu hinzugekommenen Schmerzverarbeitungsstörung, welche die Arbeitsfähigkeit in einer dem Knieleiden

angepassten Tätigkeit nunmehr maximal um 20 % beeinträchtigt. Folglich stellt sich die Frage nach den erwerblichen Auswirkungen dieser gesundheitlichen Verschlechterung.

E. 4

4.1 Für die Vornahme des Einkommensvergleichs ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des allfälligen Rentenbeginns abzustellen.

Vorliegend sind die in Art. 29 bis IVV enthaltenen Voraussetzungen erfüllt, wonach bei einem allfälligen Wiederaufleben der Invalidität nach der Aufhebung einer Rente zufolge Verminderung des Invaliditätsgrades früher zurückgelegte Zeiten von Arbeitsunfähigkeit angerechnet werden, wenn der Invaliditätsgrad innert drei Jahren seit der rechtskräftigen Rentenaufhebung wegen einer Arbeitsunfähigkeit, die auf dasselbe Leiden zurückzuführen ist, wieder ein rentenbegründendes Ausmass erreicht. Denn die Schmerzzunahme und die damit einhergehende Verringerung der Arbeitsfähigkeit ist spätestens seit dem Bericht der C. Klinik vom 18. Dezember 2000 (Urk. 8/67/4/113) ausgewiesen und erfolgte somit innert der seit der Rentenaufhebung vom 26. November 1998 laufenden Dreijahresfrist. Auch hatte der Beschwerdeführer das Wartejahr mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 100 % bei Beginn der ursprünglichen Rente bereits bestanden. Das Wiederaufleben einer allfälligen Rente würde folglich ins Jahr 2000 fallen, weshalb für den Einkommensvergleich auf die für dieses Jahr massgebenden Einkommenszahlen abzustellen ist.

4.2 Wie bereits im rechtskräftigen Urteil vom 6. Juni 2000 im Verfahren IV.1998.00794 festgehalten, betrug das Valideneinkommen des Beschwerdeführers im Jahr 1998 aufgrund der Lohnverhältnisse in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Hilfsschweisser und Hilfsschweissermonteur bei 41-Stundenwoche Fr. 40'320.-- (Urk. 15 S. 10; Urk. 8/66 Ziffer 8). Dieser Lohn liegt zwar wesentlich unter dem Betrag von Fr. 53'431.--, wie er sich aus dem in der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung 1998 (LSE) für das Baugewerbe bei 40-Stundenwoche ermittelten Durchschnittslohn von Fr. 4'344.-- pro Monat (Männer, Anforderungsniveau 4) und unter Berücksichtigung der im Betrieb des Beschwerdeführers geltenden Arbeitszeit ergibt. Doch entsprach er immerhin dem damals im Heizungs-, Klima-, Lüftungs-, Spenglerei- und Sanitärinstallationsgewerbe geltenden Mindestlohn der Kategorie "C-Monteur" (Urk. 16/4). Es kann daher nicht von einem unterdurchschnittlichen Lohn ausgegangen werden, der rechtssprechungsgemäss (vgl. BGE 129 V 222) auf ein branchenübliches Niveau zu korrigieren wäre. Zudem sind keine konkreten Anhaltspunkte für einen mutmasslichen beruflichen Aufstieg oder eine lohnmassige Verbesserung ersichtlich.

Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass das Anstellungsverhältnis bei der A. AG im Zeitpunkt des Unfalls nur knapp drei Monate gedauert hatte und dass der Versicherte, der in Mazedonien den Beruf eines Schlossers erlernt hatte, seit 1992 in der Schweiz lebt (Urk. 8/7a) und sich laut Feststellungen der Ärzte der Rehabilitationsklinik E. in gebrochenem Deutsch ausreichend verständigen kann (Urk. 16/5), sich längerfristig kaum mit diesem Mindestlohn begnügen hätte. Es ist daher überwiegend wahrscheinlich, dass er im Jahr 2000 zumindest den für die Kategorie "B-Monteur" geltenden Mindestlohn erreicht hätte. Dieser betrug im Jahr 1998 pro Monat Fr. 3'485.-- beziehungsweise Fr. 45'305.-- pro Jahr (Urk. 16/4). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung, Männer, die sich 1999 auf 0,1 % und

2000 auf 1,2 % belief (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2003, Tabelle T1.1.93), ergibt sich für das massgebende Jahr 2000 ein Valideneinkommen von Fr. 45'895.--.

4.3. Geht man bei der Ermittlung des hypothetischen Invalideneinkommens von der im D. -Gutachten angegebenen Mindestarbeitsfähigkeit von 80 % aus und trägt damit der nunmehr vorhandenen psychischen Beeinträchtigung Rechnung, so resultiert aufgrund des nach der Rechtsprechung massgebenden, in der LSE 2000, Tabelle TA1, für Männer des Anforderungsniveaus 4 bei 40-Stundenwoche ermittelten Zentralwert von monatlich Fr. 4'437.-- oder jährlich Fr. 53'244.-- ein Jahreseinkommen von Fr. 42'595.-- (= 80 % von Fr. 53'244.--). Umgerechnet auf die durchschnittliche Arbeitszeit von 41,8 Wochenstunden im Jahr 2000 (vgl. Die Volkswirtschaft, 5-2005, Tabelle B9.2) entspricht dies einem Jahreseinkommen von Fr. 44'512.--. Da der Beschwerdeführer im Vergleich zu gesunden Arbeitnehmern durch die Kniebehinderung und die Schmerzproblematik wie auch durch die Teilzeitarbeit lohnmassig erheblich benachteiligt ist, rechtfertigt sich ein behinderungsbedingter Abzug von höchstens 20 %, so dass sich ein Invalideneinkommen von Fr. 35'610.-- ergibt. Der von Rechtsprechung vorgesehene maximale Abzug von 25 % (vgl. BGE 126 V 75 ff, BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen) ist nicht gerechtfertigt, da es sich beim angenommenen Beschäftigungsgrad von 80 % um das von den Gutachtern genannte Mindestpensum handelt und damit den Beschwerden des Versicherten bereits ausreichend Rechnung getragen wird.

4.4. Die Differenz zwischen dem Invalideneinkommen von Fr. 35'610.-- zum Valideneinkommen von 45'895.-- beträgt rund 22 %. Der rentenbegrenzende Invaliditätsgrad von 40 % wird damit nach wie vor klar unterschritten.

Die IV-Stelle hat es demnach zu Recht abgelehnt, dem Beschwerdeführer aufgrund der Neuanmeldung vom Juli 2000 eine Rente zuzusprechen.

5. Da der unterliegende Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Prozessentschädigung hat, ist der zu seinem unentgeltliche Rechtsvertreter bestellte Rechtsanwalt Dr. Richter, Zürich, aufgrund der Honorarnote vom 21. Juni 2005 (Urk. 17) und das darin ausgewiesenen Aufwandes von 11,25 Stunden aus der Gerichtskasse mit Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. Dabei ist vom gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- auszugehen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Das Verfahren ist kostenlos.
3. Rechtsanwalt Dr. Richter, Zürich, wird für seine Bemühungen als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers aus der Gerichtskasse mit Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) entschädigt.
4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Daniel Richter
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherung

sowie an

- die Gerichtskasse

5. Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Rechtsanwalt Dr. Richter, ZÃ¼rich, wird aus der Gerichtskasse eine EntschÃ¤digung von Fr. 2'500.-- zugesprochen.

6. Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden.

Die Beschwerdeschrift ist dem EidgenÃ¶ssischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren BegrÃ¼ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdefÃ¼hrenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehÃ¶rige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdefÃ¼hrende Person sie in HÃ¤nden hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

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