

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00578 vom 21. August 2008

ZH Sozialversicherungsgericht, 2008-08-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2007.00578](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2007.00578)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00578 du 21 août 2008

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2007.00578 del 21 agosto 2008

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 6. März 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

1.2 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 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. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50



1.7. Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prüfen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsätze entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prüfen nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

## E. 2

2.1. Streitig ist der Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung. Dabei steht fest, dass die Beschwerdegegnerin auf die Neuanschreibung des Beschwerdeführers vom 28. Oktober 2005 (Urk. 10/42) materiell eingetreten ist. Es gilt somit zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im massgeblichen Zeitraum zwischen dem letzten auf einer materiellen Prüfung beruhenden Einspracheentscheid vom 30. Januar 2004 (Urk. 10/29), in welchem ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Invalidenrente verneint wurde (vgl. BGE 130 V 76 ff.), und der Verfügung vom 6. März 2007 (Urk. 2), welche die zeitliche Grenze für den zu beurteilenden Sachverhalt bildet, in einer für den Anspruch auf eine Rente relevanten Weise verschlechtert hat.

2.2. Massgeblich für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des ursprünglichen Einspracheentscheids vom 30. Januar 2004 (Urk. 10/29) waren folgende Arztberichte (vgl. Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes vom 5. September 2003, Urk. 10/16, und 30. Dezember 2003, Urk. 10/27):

2.2.1. Dr. D. \_\_\_ diagnostizierte im Bericht vom 31. Mai 2002 (Urk. 10/23/6-7) an die E. \_\_\_ Gesundheitsorganisation ein lumbospondylogenes Syndrom, linksbetont mit anamnestisch radikaler Symptomatik bei Diskushernien L4/5 und L5/S1. Der Beschwerdeführer zeige eine auffällige Rückenrundhaltung im Sitzen mit leichter Hyperkyphosierung im Brustwirbelsäulen-Bereich als Ausdruck einer Haltungsinsuffizienz. Die Rückenmuskulatur sei vor allem im Lendenbereich ausserordentlich kräftig und verhärtet. Bei Drehung und Seitneigung in beiden Richtungen werde ein Schmerz im Bereiche des lumbosakralen Übergangs und des linken Iliosakralgelenks angegeben. Es werde unter Schmerzangabe am selben Ort ein Finger-Boden-Abstand von etwa 10 cm erreicht. Kopf, Nacken, Schulter und Arme seien frei beweglich. Im Liegen konnten beide Beine aktiv und passiv bis etwa 80 Grad



Ä Ä Ä Ä Ä -Ä DD: Facettengelenksarthrose

Ä Ä Ä Ä Ä -Ä Fehlform und -haltung der Wirbelsäule, Verkürzung der gesamten  
Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Oberschenkel- und Glutealmuskulatur

Ä 2.Ä Psychosoziale Belastungssituation".

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aktuell bestehe ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont ohne neurologische Auffälle und ohne Hinweise für radikuläre Symptome. Die klinischen Untersuchungsbefunde zeigten eine Fehlform und -haltung der Wirbelsäule. Daneben bestehe ein myofaszielles Schmerzsyndrom rechtsbetont. Die tieflumbalen Rückenschmerzen seien klinisch mit einer Facettengelenksproblematik vereinbar, die Anamnese und die Klinik passten weniger zu einer diskogenen Problematik. Zur weiteren Abklärung werde eine Kernspintomografie (MRI) der Lendenwirbelsäule durchgeführt. Daneben sei der Beschwerdeführer in der Physiotherapie angemeldet. Er leide momentan auch stark unter seiner sozialen Situation und wünsche ausdrücklich eine psychiatrische Beratung. Momentan nehme er pro Tag wegen Nervosität und Zukunftsorgen 3 Deanxit Tabletten ein.

2.3.2Ä Ä Nach erfolgter MRI-Untersuchung berichteten Dres. F.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ am 7. Oktober 2005 (Urk. 10/46/3-4), es habe sich neben den bekannten degenerativen Veränderungen eine rechtslaterale Diskushernie, welche zusammen mit der Spondylarthrose zu einer Einengung des rechten Neuroforamens und einer möglichen Reizung der Nervenwurzel foraminal rechts L5 bzw. rezessal rechts S1 führe, gezeigt. Bei der Konsultation am 4. Oktober 2005 habe der Beschwerdeführer zusätzlich zu den bereits bekannten lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Gesäß, die rechte Hüfte, den dorsalen rechten Oberschenkel und den dorsalen bis lateralen rechten Unterschenkel auch gelegentliche Kribbelparästhesien in den genannten Segmenten angegeben. Diese Beschwerden seien deshalb als lumboradikulares Schmerzsyndrom L5 und S1 rechts bei osteodiskaler Einengung des rechten Neuroforamens L5/S1 zu interpretieren. Entsprechend sei neben der Fortführung der Physiotherapie eine lokale Infiltration mittels Sakralblock vorgeschlagen worden. Der Beschwerdeführer habe sich aber von der Behandlung am 5. Oktober 2005 telefonisch abgemeldet aus Sorge vor Nebenwirkungen. Den Vorschlag, ihn nochmals den Neurochirurgen zur Abklärung, ob eine operative Sanierung notwendig sei, vorzustellen, habe er abgelehnt.

2.3.3Ä Ä Im Zusatzbericht vom 6. Dezember 2005 (Urk. 10/52/5-7) ergänzten Dres. F.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_, sie erachteten den Beschwerdeführer für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives Bücken mindestens als zu 50 % arbeitsfähig. Für die früher ausgeübte Tätigkeit als Fabrikarbeiter seien diese Voraussetzungen nicht gegeben. Die später ausgeübte Tätigkeit als selbständiger Verkäufer von CDs und DVDs sollte zu mindestens 50 % wieder möglich sein, wobei das Geschlecht gemäß Angaben des Beschwerdeführers nicht mehr existiere. Zur genaueren Abklärung empfahlen die Ärzte eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL).

2.3.4Ä Ä Die Diagnose im Bericht der Dres. J.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ vom 11. November 2005 (Urk. 10/50/11-12) lautet auf Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23) bei chronischem lumboradikulärem Schmerzsyndrom und Diskushernie L5/S1 rechts lateral sowie Spondylarthrose mit Einengung des Neuroforamens rechts. Der Beschwerdeführer sei wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten orientiert. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine Störung der höheren kognitiven Funktionen. Im formalen Denken sei er

adäquat und geordnet. Inhaltlich seien keine Anhaltspunkte für Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen vorhanden. In der Grundstimmung sei er leicht deprimiert und ängstlich. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten. Er beklage Schlafstörungen, grosse Sorgen um die Zukunft und vorübergehendes Gedankenkreisen und Grübeln. Der Antrieb sei unauffällig. Suizidgedanken und -absichten verneine er glaubhaft. Eine Fremdgefährdung sei nicht vorhanden. Es liege eine Anpassungsstörung mit einer schwierigen psychosozialen Situation (chronische Rückenschmerzen, länger dauernde Arbeitslosigkeit, mangelnde Deutschkenntnisse, kranke Ehefrau) vor. Aktuell stehe ein chronisches Schmerzsyndrom und eine generelle Verunsicherung bezüglich der Zukunft im Vordergrund.

2.3.5 Dr. C. attestierte dem Beschwerdeführer im Arztbericht vom 29. November 2005 (Urk. 10/50/1-4) eine halbtägige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und eine ganztägige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit.

2.3.6 Laut Arztbericht von Dr. M. vom 1. Dezember 2005 (Urk. 10/56) zeigte das Computertomogramm vom 26. Oktober 2000 eine Diskushernie L5/S1 rechts sowie L4/L5 links. Es bestehe ein massiges Lokalsyndrom, eine zirkulär eingeschränkte Lendenwirbelsäulenbeweglichkeit sowie ein Finger-Boden-Abstand bis Kniehöhe. Die Valleix'schen Druckpunkte seien rechts positiv. Rechts zeige sich ein leichtes Schonhinken. Der Trendelenburg sei beidseits negativ und der Lasèque endgradig beidseits positiv ausgefallen. Fersen- und Zehengang seien beidseits problemlos möglich. Die Muskeleinzelprüfung habe keine Paresen gezeigt. Die Muskeleigenreflexe nach Bahnung seien seitengleich mittellebhaft auslösbar. Es lägen weder vegetative Störungen und noch ein sensibles Defizit vor. Unter weiterer intensiver konservativer Therapie sollten sich die Beschwerden wieder bessern können. In behinderungsangepasster Tätigkeit bestehe eine ganztägige Arbeitsfähigkeit.

2.3.7 Dr. N. stellte im Bericht vom 1. Mai 2006 (Urk. 10/65) beim Beschwerdeführer eine rezidivierende depressive Störung - gegenwärtig mittelgradige Episode - mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11), eine generalisierte Angststörung (ICD-10: F41.1) sowie ein Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) fest. In den bisherigen Berichten hätten die somatischen Beschwerden im Vordergrund gestanden. Im Jahre 2002 habe ein Vertrauensarzt erwähnt, keine Depression wahrgenommen zu haben. Tatsächlich sei der Beschwerdeführer auch bei den ersten Gesprächen humorvoll und gut aufgelegt und lediglich bei der Schilderung der körperlichen Beschwerden bedrückt erschienen. Im weiteren Verlauf der Gespräche sei immer deutlicher geworden, dass er unter der subjektiven Aussichtslosigkeit der aktuellen Situation stark leide: Ängste, Nervosität und depressive Gefühle seien immer mehr in den Vordergrund getreten und seien adäquat spürbar geworden. Aus den biographischen Schilderungen sei nachvollziehbar, dass der Beschwerdeführer wohl schon seit Anfang der Neunzigerjahre zunehmend unter diesen Gefühlen gelitten habe, vor allem zunehmend seit Mitte letzten Jahres. Im Zentrum ständen intensive Schamgefühle, in diese Situation gekommen zu sein, und grosse Ängste, jemand könne davon erfahren. Der Beschwerdeführer habe daher grosse Hemmungen, diese Schattenseite seines Lebens zu erwähnen. Weder der Vater noch die Geschwister wüssten, wie es um ihn stehe. Er versuche sein subjektives Versagen um jeden Preis zu kaschieren, und es koste ihn daher viel Überwindung, von jemandem Hilfe anzunehmen. In den bisherigen Gesprächen habe ein Vertrauensverhältnis soweit

hergestellt werden können, dass diese Themen nun zur Sprache kämen. Die Psychopathologie und die angegebenen psychischen Beschwerden ergäben ein stimmiges Bild. Sofern die Schmerzen nicht völlig durch körperliche Ursachen erklärt werden könnten, sei an eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu denken. Da es sich hierbei um bereits lang anhaltende Beschwerden handle, sei von einer Chronifizierung auszugehen. Zur Zeit bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der langen Dauer der Beschwerden sei nicht mit einer raschen Verbesserung zu rechnen. Es sei mit einer Arbeitsunfähigkeit auf Jahre hinaus zu rechnen. Im Moment sei nur an eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen zu denken.

2.3.8. Im Gutachten vom 26. Dezember 2006 (Urk. 10/74 S. 27) diagnostizierte Dr. O. unter Mitarbeit von lic. phil. Z. eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1, aktuelle mittelgradige depressive Episode aufgetreten gegen Ende des Jahre 2005), welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sowie eine Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1) und ein schädlicher Gebrauch von Alkohol (ICD-10: F10.1, bestehend seit ungefähr dem Jahre 2002), welche sich nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Beim Beschwerdeführer falle die starke Beschäftigung mit seinem persönlichen Wert und mit seinem Erfolg auf. Es seien Minderwertigkeits- und Unterlegenheitsgefühle zu beobachten, die mit Omnipotenzgefühlen und Grössenphantasien bezüglich der eigenen Person wechselten. Darin zeigten sich narzisstische Persönlichkeitsanteile. Das soziale und berufliche Funktionsniveau sei in der Vergangenheit zu hoch gewesen, als dass sich die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung rechtfertigen liesse. Zusammenfassend sei diagnostisch von einer Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen (ICD-10: Z73.1) auszugehen. Dieser Diagnose komme per se keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Die Ergebnisse der Persönlichkeitsdiagnostik seien durch die mittelgradigen depressiven Beschwerden überlagert. Im Untersuchungszeitpunkt hätten weiter depressive Beschwerden bestanden. Hauptsymptome seien eine Traurigkeit, ein vermehrtes Weinen, eine Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, eine Gereiztheit, eine Interesse- und Freudlosigkeit, Mühe, Entscheidungen zu treffen, ein frühmorgendliches Erwachen, eine erhöhte Ermüdbarkeit, ein leicht reduzierter Antrieb, ein Appetitverlust, ein Gewichtsverlust, grosse Sorgen um gesundheitliche Probleme und phasenweise Selbstmordgedanken. In der Vergangenheit seien auch depressive Episoden beschrieben worden. Es könne daher zusammenfassend diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), ausgegangen werden. Infolge der mittelgradigen depressiven Episode nehme der Beschwerdeführer seine somatischen Beschwerden vermehrt wahr. Der schädliche Gebrauch von Alkohol, welcher als Selbstheilungsversuch mit untauglichen Mitteln zu verstehen sei, habe aktuell keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da der Beschwerdeführer den schädlichen Gebrauch von Alkohol gewohnt sei. Die Akzentuierung der Persönlichkeit mit narzisstischen Zügen sei als auslösender und aufrechterhaltender Faktor der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, zu verstehen. Die aktuell mittelgradige depressive Episode sei nach Aufgabe des eigenen Geschäftes im August 2005 bis Ende Jahr 2005 kontinuierlich aufgetreten. Die Ängste und das Vermeidungsverhalten seien im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, und im Rahmen der Akzentuierung der Persönlichkeitszüge mit narzisstischen Zügen zu sehen.

Â Â Â Â Â Â Â Â Aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell insgesamt eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % bei ganzt gigem Arbeitspensum. Die Fortführung der ambulanten psychiatrischen und psychopharmakologischen Behandlung sei zu empfehlen. Die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit stelle eine wichtige Massnahme dar. Die Prognose sei unter einer solchen Therapie bei entsprechender Motivation gut.

2.3.9Â Â Gemäss Arztbericht von Dr. von P.\_\_\_\_ an den Rechtsvertreter des Beschwerdeführers vom 16. April 2007 (Urk. 3/3) habe dieser den Beschwerdeführer zwischen April 2002 und Juni 2006 nicht gesehen. Am 27. Juni 2006 habe eine Kontrolle wegen hohem Blutdruck, Übergewicht und Rückenbeschwerden (letztere seien vor allem durch Dr. C.\_\_\_\_ behandelt worden) stattgefunden. Die medikamentöse Behandlung des Blutdrucks sei erfolgreich verlaufen. Im Februar 2007 habe der behandelnde Psychiater angerufen und mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer depressiv sei, zu Regression (Rückkehr in kindliche Muster) neige und vermehrt aktiviert werden müsse. Im Februar 2007 habe der Beschwerdeführer ferner Handgelenkschmerzen links bei beginnender Arthrose beklagt. Soweit er (Dr. von P.\_\_\_\_) die Situation beurteilen könne, halte er eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit für möglich.

### **E. 3**

3.1Â Â Â In somatischer Hinsicht hatte Dr. C.\_\_\_\_ schon vor dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 30. Januar 2004 (Urk. 10/29) gestützt auf das CT vom 26. Oktober 2000 eine linksforaminale Diskushernie L4/5, eine klinisch stumme medio rechtslaterale Diskushernie L5/S1 sowie eine diskrete Spondylarthrosis L5/S1 beidseits diagnostiziert (Urk. 10/6/3). Die MRI-Untersuchung der LWS vom 8. September 2005 an der Rheumaklinik des H.\_\_\_\_ ergab nebst den bekannten degenerativen Veränderungen eine rechtslaterale Diskushernie, welche gemäss Auffassung der Ärzte zusammen mit der Spondylarthrose zu einer Einengung des rechten Neuroforamens und einer möglichen Reizung der Nervenwurzel foraminal rechts L5 bzw. recessal rechts S1 führe. Diese Befunde führten in der Folge zur Diagnose eines lumboradikul ren Schmerzsyndroms L5 und S1 rechts (Urk. 10/50/9). Im Vergleich zur Diagnose, welche Dr. C.\_\_\_\_ im Januar 2004 gestellt hatte - chronisches lumbo-spondylogenes Syndrom linksbetont bei Diskushernie L4/5 und L5/S1 (Urk. 10/24/3) - hat sich am Gesundheitszustand des Beschwerdeführers rein diagnostisch eine Änderung ergeben. In Kenntnis dieser Änderung erachtete Dr. C.\_\_\_\_ aber den Beschwerdeführer in seinem Bericht vom 29. November 2005 in einer behinderungsangepassten Tätigkeit trotzdem nach wie vor als 100 % arbeitsfähig (Urk. 10/50/4). Wenn die Ärzte des H.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer in ihrem Bericht vom 6. Dezember 2005 für leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne repetitives B cken eine Arbeitsfähigkeit von mindestens 50 % attestierten (Urk. 10/52/5), ist dies kein Widerspruch zur Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_. Denn die Ärzte des H.\_\_\_\_ listeten in ihren Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nebst den körperlichen Beeinträchtigungen auch eine Anpassungsstörung auf (Urk. 10/52/5), welche offensichtlich ebenfalls in die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eingeflossen war (siehe auch Bericht der L.\_\_\_\_ an die Rheumaklinik des H.\_\_\_\_ vom 11. November 2005, Urk. 10/50/11-12). Somit kann davon ausgegangen werden, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer behinderungsangepassten Tätigkeit seit dem rechtskräftigen Einspracheentscheid vom 30. Januar 2004 trotz zum Teil geänderter rheumatologischer Diagnose in somatischer Hinsicht nicht verschlechtert hat.

3.2. Was die psychischen Beschwerden betrifft, berichteten erstmals Dres. F. \_\_\_ und G. \_\_\_ am 7. September 2005 (Urk. 10/46/1-2), dass der Beschwerdeführer stark unter seiner sozialen Situation leide und eine psychiatrische Beratung wünsche. Diese fand am 11. November 2005 bei Dres. J. \_\_\_ und K. \_\_\_ statt (Urk. 10/50/11-12). Die beiden Ärzte stellten eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.23) fest, verwiesen aber auf eine schwierige psychosoziale Situation. Im Vordergrund stehe aktuell ein chronisches Schmerzsyndrom und eine generelle Verunsicherung bezüglich der Zukunft. Über die Arbeitsfähigkeit äusserten sie sich nicht.

Dr. N. \_\_\_, zu welchem der Beschwerdeführer ab 22. November 2005 in die Behandlung ging, attestierte diesem im Arztbericht vom 1. Mai 2006 (Urk. 10/65) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Ausschliesslich gestützt auf die Angaben des Beschwerdeführers (siehe Anamnese) diagnostizierte er eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom sowie eine generalisierte Angststörung, welche beide seit 1991 bestehen sollen, und äusserte zudem noch den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, welche seit 2000 vorhanden sein soll. In keinem der Arztberichte jedoch, die vor dem Einspracheentscheid vom 30. Januar 2004 von der Beschwerdegegnerin eingeholt worden waren, ist auch nur annähernd von solchen Beschwerdebildern die Rede, und auch der Beschwerdeführer selbst erwähnte in seiner ersten Anmeldung vom 25. Oktober 2002 mit keinem Wort solche Störungen (Urk. 10/3), genau so wenig wie übrigens in seiner Neuanmeldung vom 28. Oktober 2005 (Urk. 10/42). Aus diesen Gründen kann auf die Einschätzung von Dr. N. \_\_\_ nicht abgestellt werden.

Hingegen ist das Gutachten von Dr. O. \_\_\_ vom 26. Dezember 2006 (Urk. 10/74) beweistauglich. Dieses ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend, beruht auf den erforderlichen Untersuchungen (S. 23 ff.), berücksichtigt die geklagten Beschwerden (S. 19 ff.) und setzt sich mit diesen sowie mit dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander (S. 29 ff.). Schliesslich wurde es in Kenntnis der Vorakten abgegeben (S. 7 ff.) und setzt sich mit den Diagnosen von Dr. N. \_\_\_ auseinander und erklärt nachvollziehbar, weshalb beim Beschwerdeführer weder eine generalisierte Angststörung noch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vorliegen (S. 29 ff.). Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. Auf dieses Gutachten kann somit abgestellt werden, was heisst, dass der Beschwerdeführer wegen der von Dr. O. \_\_\_ diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störung zwar ganzjährig, jedoch mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % arbeitsfähig ist (Urk. 10/74/32).

3.3. Zu beachten ist ausserdem, dass der Beschwerdeführer seiner Schadenminderungspflicht nicht in dem Masse nachkommt, wie das von ihm zumutbarerweise erwartet werden kann: weder nimmt er zur Behandlung der depressiven Störung die notwendigen Medikamente ein (vgl. Urk. 10/74 S. 18, worin darauf hingewiesen wird, dass er die Medikamente nicht eingenommen habe, und Urk. 10/74 S. 26, worin auf einen Serumblutspiegel der Wirkstoffe Fluoxetin +Norfluoxetin sowie Sertralin unterhalb des Referenzbereiches hingewiesen wird), noch hat er sich dem empfohlenen Sakralblock unterzogen (Urk. 10/52/7). Immerhin war im Jahr 2000 eine periradikale Therapie (PRT) erfolgreich in dem Sinne, dass das damals bestehende lumboradikale Schmerzsyndrom danach regredient war (Urk. 10/50/8).

3.4. Zusammenfassend kann somit davon ausgegangen werden, dass der Beschwerdeführer in einer behinderungsangepassten Tätigkeit ganztags mit einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % arbeitsfähig ist.

4. Zu beurteilen sind ferner die erwerblichen Auswirkungen der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit.

4.1. Laut Arbeitgeberbericht vom 5. Dezember 2002 (Urk. 10/7) wurde das Arbeitsverhältnis mit der B. \_\_\_ aus wirtschaftlich- und konjunkturbedingten Gründen per 31. August 2008 aufgelöst. Hernach ist der Beschwerdeführer nie mehr in einem Arbeitsverhältnis gestanden, weshalb bei der Bestimmung des Valideneinkommens von den Tabellenlöhnen gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturhebungen (LSE) auszugehen wäre. Da jedoch bei der Auflösung des Arbeitsverhältnisses durch die B. \_\_\_ nicht allein wirtschaftliche Gründe, sondern auch der Umstand, dass der Beschwerdeführer seit 5. November 2001 fast ununterbrochen zu 100 % krankgeschrieben war, mitgespielt haben dürfte, ist dem Valideneinkommen das vom Beschwerdeführer im Jahre 2000 gesamthaft erzielte Jahreseinkommen von Fr. 47'061.90 (inklusive 13. Monatslohn, vgl. auch IK-Auszug vom 1. Dezember 2005, Urk. 10/49) zugrunde zu legen. Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Männer bis ins Jahr 2007 (2000: 1856 Punkte; 2007: 2049 Punkte, Die Volkswirtschaft 6-2008, Tabelle B10.3 S. 91) entspricht dies einem Valideneinkommen von Fr. 51'955.75.

4.2. Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich 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 Lohnstrukturhebungen (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 betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit von wöchentlich 41,9 Stunden, seit 1999 von 41,8 Stunden, seit 2001 von 41,7, seit 2004 von 41,6 und seit 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 5-2008 S. 86 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).

4. Laut Tabelle TA1 der LSE 2006 belief sich der Zentralwert für einfache und repetitive Tätigkeiten im privaten Sektor für Männer bei einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden auf Fr. 4'732.--, was unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer bis ins Jahr 2007 (2006: 2014 Punkte; 2007: 2049 Punkte, Die Volkswirtschaft 6-2008, Tabelle B10.3 S. 91) sowie bei Annahme einer betriebsüblichen durchschnittlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche einem Gehalt von monatlich Fr. 5'018.85 oder (x 12) von Fr. 60'226.20 pro Jahr ergibt. Bei einer Arbeitsfähigkeit von 70 % ergibt dies ein Einkommen von Fr. 42'158.35.

4.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen lohnmassig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. In BGE 126 V 75 ff. hat das Eidgenössische Versicherungsgericht die bisherige Praxis dahin gehend präzisiert, dass die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) abhängig ist. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 481 Erw. 4.2.3 mit Hinweisen).

Obwohl Männer in Teilzeitberufen verglichen mit Männern in Vollzeitberufen verhältnismässig weniger verdienen, ist dieser Umstand beim Beschwerdeführer nicht zu berücksichtigen, ist er doch grundsätzlich vollzeitlich arbeitsfähig. Dass er bei einem ganztägigen Einsatz nur 70 % der Leistungen zu erbringen vermag, ist bereits bei der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt worden. Somit rechtfertigt sich deswegen, entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin, kein zusätzlicher Abzug vom bereits um 30 % reduzierten Invalideneinkommen. Genauso wenig begründet die Feststellung der Beschwerdegegnerin, der Beschwerdeführer habe bei seiner früheren Arbeitgeberin weniger verdient als branchenüblich, den von ihr vorgenommenen maximalen Abzug von 25 % vom schon um 30 % gekürzten Invalideneinkommen (Urk. 10/75/1). Dem Beschwerdeführer stehen trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen auf dem ausgeglichenen hypothetischen Arbeitsmarkt genügend Hilfsarbeiterstellen in verschiedenen Branchen zur Verfügung. Hingegen kann dem Beschwerdeführer ein Abzug von maximal 10 % vom Tabellenlohn dafür gewährt werden, dass er keine schweren Arbeiten mehr verrichten kann. Somit beträgt das Invalideneinkommen Fr. 37'942.50 (Fr. 42'158.50 x 90 %), was verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 51'955.75 einer Erwerbseinbusse von Fr. 14'013.25 beziehungsweise einem Invaliditätsgrad von rund 27 % entspricht. Damit hat der Beschwerdeführer keinen Anspruch auf eine Invalidenrente, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

## E. 5

5.1 Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 800.-- anzusetzen, zufolge der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

5.2 Der unentgeltliche Rechtsbeistand des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Bähler, ist ausgangsgemäss aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Nach

Einsicht in die Kostennote vom 28. Juli 2008 (Urk. 12/1-2), worin ein Aufwand von 12,4 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 22.-- geltend gemacht werden, und in Anwendung von Art. 34 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ist die Entschädigung auf Fr. 2'692.15 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

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

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jörg Bähler, wird mit Fr. 2'692.15 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Jörg Bähler

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 12/1-2

- Bundesamt für Sozialversicherungen

Art. 101 Abs. 1 ZPO sowie an:

- Gerichtskasse

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

Art. 101 Abs. 1 ZPO

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.