

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00764 vom 29. September 2009

ZH Sozialversicherungsgericht, 2009-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2008.00764

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00764 du 29 septembre 2009

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2008.00764 del 29 settembre 2009

Erwägungen

E. 2

2.1. Dagegen liess X. am 14. Juli 2008 durch Rechtsanwalt Tomas Kempf Beschwerde erheben und beantragen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei ihm eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei die Sache zur weiteren Beurteilung und Neuentscheidung an die Vorinstanz zurückzuweisen. In prozessualer Hinsicht beantragte der Beschwerdeführer die Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung sowie die unentgeltliche Verbeiständung durch Rechtsanwalt Kempf (Urk. 1 S. 2).

2.2. Nachdem die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 29. August 2008 (Urk. 6 unter Beilage ihrer Akten, Urk. 7/1-45) um Abweisung der Beschwerde ersucht hatte, wurde der Schriftenwechsel mit Verfügung vom 1. September 2008 (Urk. 9) geschlossen.

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

Das Gericht zieht in Erwägung:

1. Streitgegenstand

1.1. Streitig und zu präzisieren ist der Anspruch des Beschwerdeführers auf eine Rente der Invalidenversicherung.

1.2. Die Beschwerdegegnerin hatte einen Rentenanspruch mit der Begründung verneint, dem Beschwerdeführer sei eine leidensangepasste Tätigkeit mit einem Pensum von 80 % zumutbar. Damit sei er in der Lage, ein jährliches Invalideneinkommen von Fr. 47'358.-- beziehungsweise unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzuges von 15 % ein solches von Fr. 40'254.-- zu erzielen. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 62'400.-- führe dies zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 35 % (Urk. 2).

1.3. Dagegen liess der Beschwerdeführer insbesondere vorbringen, gestützt auf die Einschätzung von Dr. med. C., Psychiatrie und Psychotherapie, sei er bereits aus psychiatrischer Sicht mindestens zu 70 % in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (Urk. 1 S. 3). Die Einschätzung des B. stehe dazu in krassem Widerspruch (Urk. 1 S. 4). Im Weiteren sei die Einschätzung von Dr. med. D., auf welche das B. abgestellt habe, tendenziell, entbehre jeder sachlichen Grundlage und entspreche in keiner Art und Weise den Anforderungen an ein Gutachten (Urk. 1 S. 5). Zudem habe das B. den anderslautenden Berichten der Psychiatrie A., von Dr. Z.

und Dr. C. ___ keine Rechnung getragen, weshalb sich das Gutachten weder als umfassend noch als schlüssig erweise (Urk. 1 S. 7). Was die physischen Beschwerden betreffe, hätten die Gutachter des B. ___ die früheren Stellungnahmen einfach ignoriert und aktenwidrig festgestellt, solche Lagen nicht vor. Auch aus dieser Sicht könne nicht auf das Gutachten des B. ___ abgestellt werden, sondern es sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer allenfalls noch über eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % verfüge, wobei insofern die körperlichen Beeinträchtigungen noch nicht berücksichtigt seien. Aus all diesen Gründen habe der Beschwerdeführer Anspruch auf eine ganze Rente der Invalidenversicherung (Urk. 1 S. 9).

2.1.1.1.1.1

2.1.1.1.1.1 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). Die angefochtene Verfügung ist am 9. Juni 2008 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 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1).

2.2.1.1.1.1.1 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, 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).

2.3.1.1.1.1.1 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 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.4 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte 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. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

2.5 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 134 V 231 Erw. 5.1; 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.).

2.6 Die Verwaltung als verfügende Instanz und - im Beschwerdefall - das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhalts genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht folgt vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360 mit Hinweisen; vgl. BGE 130 III 321 Erw. 3.2 und 3.3 S. 324 f.).

E. 3

3.1 Dr. med. E.____, Oberärztin an der Psychiatrie A.____, nannte mit Bericht vom 15. November 2006 (Urk. 7/16/10-12) die Diagnosen einer (1) unfallreaktiven Schmerzkrankheit bei chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom rechts mit Hypästhesie des rechten Beines und chronischem thorakovertebralem Schmerzsyndrom

sowie eine (2) Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F43.2). Sie erklärte, der Beschwerdeführer sei mit der Verarbeitung der Unfallfolgen überfordert, da er sich bisher mit einer körperlich belastenden Tätigkeit identifiziert habe. Zudem fühle er sich vom familiären Umfeld durch den Rückzug der Kinder und der Unzufriedenheit der Ehefrau verlassen. Symptomaufrechterhaltend sei schliesslich, dass der Beschwerdeführer schlecht Deutsch spreche und daher wenig Chancen habe, eine andere Arbeitsstelle zu finden. Diagnostisch könne daher von einer Schmerzverarbeitungsstörung gesprochen werden, wobei differentialdiagnostisch eine somatoforme Schmerzstörung in Frage komme. Anzeichen einer depressiven Entwicklung seien in Form von Schlafstörungen und sozialem Rückzug auszumachen. Eine psychotische oder psychoorganische Erkrankung liege nicht vor (Urk. 7/16/11-12).

3.2 In Begutachtung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. D. ____, Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie, am 6. Dezember 2006 (Urk. 7/16/26-31) fest, beim Beschwerdeführer seien eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) sowie Konversionsstörungen (ICD-10: F44.8) zu diagnostizieren; dazu bestehe der Verdacht auf Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10: F68.0) (Urk. 7/16/30). Seinen Aufzeichnungen zufolge präsentierte sich dem Gutachter ein altersentsprechend aussehender Beschwerdeführer, welcher langsamen Schrittes ging, stark hinkte, nach vorn über gebeugt war und sich mit einer Hand auf der Hüfte abstützte. Auf dem Sofa habe er kaum einige Minuten ruhig sitzen können, habe immer wieder die Position gewechselt oder sei aufgestanden. Der Psychiater notierte, der Beschwerdeführer habe sich sehr demonstrativ verhalten. Er sei bewusstseinsklar, allseits orientiert und geordnet gewesen und habe adäquat auf die gestellten Fragen geantwortet. Zeitweise habe er sehr unzufrieden, mürrisch, verstimmt und aggressionsgeladen, aber beherrscht gewirkt und sei kein bisschen von seiner Meinung abgerückt (Urk. 7/16/29). Dr. D. ____, notierte im Weiteren, aus der Krankengeschichte gehe hervor, dass nach dem Sturz vom 18. April 2006 weder die Behandlungen im Kantonsspital K. ____, noch jene in der Rehaklinik L. ____, einen Erfolg bewirkt hätten, wobei der Beschwerdeführer bereits bei den Abklärungen keine Motivation für die Zusammenarbeit gezeigt und alle Tests schon am Anfang abgebrochen habe, um damit die Schwere seiner Krankheit zu zeigen. Der Psychiater hielt dafür, der Beschwerdeführer habe aktuell nicht eindeutig depressiv, sondern eher fordernd, unzufrieden und appellativ gewirkt. Obwohl er behauptet habe, nur an seiner Genesung und an einer Arbeitsaufnahme interessiert zu sein, habe er, Dr. D. ____, sich nicht des Eindrucks erwehren können, das primäre Ziel des Beschwerdeführers liege in der Erlangung einer Rente. Eingliederungsmassnahmen schlage er aus. Der Arzt erklärte, er denke, dass der Beschwerdeführer in beruflicher Hinsicht einen Weg eingeschlagen habe, welcher ihn in die Invalidität und Berentung führen sollte. Dieser psychogenen Fehlentwicklung sei ein Riegel zu schieben, indem die Taggelderleistungen eingestellt und dem Beschwerdeführer eine Arbeit zugewiesen werde (Urk. 7/16/30). Da der Beschwerdeführer über keine Arbeitsstelle mehr verfüge, sollte er sich baldmöglichst an das RAV wenden (Urk. 7/16/31).

3.3 Mit Bericht vom 5. März 2007 (Urk. 7/16/8-9) hielt Dr. E. ____, nach einer Untersuchung am 19. Februar 2007 fest, neben den Schmerzsymptomen habe sich der Beschwerdeführer neu über Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit beklagt, was im Gespräch aber nicht objektiviert werden können. Vorwiegend seien depressive Symptome mit trauriger Grundstimmung, innerer Unruhe, Reizbarkeit bis zu

Aggressivität, Verlust der Lebensfreude und sozialem Rückzug sowie Schlafstörungen vorhanden. Die Ärztin erklärte, die depressive Symptomatik nehme das Ausmass einer leichten bis mittelgradigen Störung an. Aufgrund der Schmerzsymptomatik sowie der leicht- bis mittelgradig depressiven Begleitsymptomatik könne im derzeitigen Moment nicht von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zu deren genauen Bestimmung empfehle sich ein interdisziplinäres Vorgehen (Urk. 7/16/9).

3.4 Nach dem der Beschwerdeführer vom 28. Februar bis zum 21. März 2007 in der F. stationär behandelt worden war, erstatteten deren Ärzte am 27. März 2007 (Urk. 7/16/13-17) Bericht. An Diagnosen nannten sie an erster Stelle ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom, wobei eine Röntgenaufnahme der Lendenwirbelsäule (LWS) kein Nachweis einer Fraktur, sondern ein harmonisches Alignment ergeben habe. Es beständen eine leichte S-förmige Skoliose und diskrete Chondrosen am lumbosakralen Übergang: Eine einseitige Spondylolyse im Segment L5 sei nicht auszuschliessen. Für eine Listhese gebe es keine Hinweise. Ein MRI der LWS habe eine Dehydratation und Höhenminderung der Bandscheiben L4/5 und L5/S1 mit kleiner mediolateraler Diskushernie bei kleinem Anulus fibrosus-Riss visualisiert. Eine Neurokompression bestehe aber nicht. Das Alignment sei harmonisch ohne Hinweise auf traumatische oder entzündliche Veränderungen, die Ganzkörperperiphereskelettszintigraphie habe ein normales Skelettszintigramm geliefert. Ferner bestehe klinisch eine nicht dermatombezogene Hypästhesie des rechten Beines. Als zweite Diagnose stellten die Ärzte der Klinik eine rezidivierende depressive Störung, derzeit mittelgradig bis schwer (ICD-10: F32.11) (Urk. 7/16/13) und führten aus, der Beschwerdeführer sei psychisch stabiler, mit aufgehellter Stimmung und neuen Strategien für den Umgang mit Aggressionen sowie verbesserter körperlicher Leistungsfähigkeit aus der Rehabilitation entlassen worden. Neben der physischen und psychischen Situation habe sich auch die Schmerzsituation verbessert (Urk. 7/16/14). Die erreichten Fortschritte seien mittels Fortsetzung der ambulanten Physiotherapie sowie mit psychotherapeutischen Massnahmen zu stabilisieren und zu festigen. Endlich sei die Arbeitsfähigkeit im weiteren Verlauf zu beurteilen und, sofern eine Reintegration nicht gelinge, eine IV-Anmeldung vorzunehmen (Urk. 7/16/17).

3.5 Mit Bericht vom 28. Mai 2007 (Urk. 7/10/1-7) diagnostizierte Dr. Z. ein chronisches lumbospondylogenes und panvertebrales Syndrom, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bei Schmerzverarbeitungsstörung sowie eine rezidivierende depressive Störung mittelschwer bis schwer mit Suizidalität (Urk. 7/10/2). Der Gesundheitszustand verschlechterte sich (Urk. 7/10/3). Ohne eigene Befunde zu erheben, eine Anamnese zu erstellen oder Angaben zu den geklagten Beschwerden zu machen, sondern einzig mit Verweis auf die beigelegten Berichte (F. vom 19. und 27. März 2007, Psychiatrie A. vom 5. März 2007) hielt Dr. Z. dafür, eine (Rest)arbeitsfähigkeit bestehe weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit. Ergänzend notierte er, Probleme in der Ehe, finanzielle Schwierigkeiten sowie die fehlende Tagesstruktur beeinflussten die Gesundheit und/oder Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers (Urk. 7/10/6). Und endlich erklärte er, eine angepasste Tätigkeit (eventuell in einer geschätzten Werkstatt) im Sinne einer therapeutischen Massnahme könnte dem Beschwerdeführer zu einer Tagesstruktur und damit zu einer Stabilisierung der Lebenssituation verhelfen (Urk. 7/10/7).

3.6.1 Dr. C.____ berichtete am 25. September 2007 (Urk. 3/4), beim Beschwerdeführer, welcher sich seit dem 2. Juli 2007 in seiner Behandlung befinde, seien mindestens eine mittelschwere depressive Entwicklung sowie eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Er führte aus, die allgemeine Reizbarkeit sei - neben dem Schmerzerleben - heute das wichtigste der subjektiv fassbaren Elemente im pathologischen Erleben des Beschwerdeführers. In Bezug auf das Gutachten von Dr. D.____ hielt Dr. C.____ dafür, die Ausführungen des psychiatrischen Gutachters seien deutlich subjektiv geprägt und dessen Beurteilung erscheine nicht im Ansatz verständnisvoll (Urk. 3/4 S. 2). Weil darüber hinaus im November und Dezember 2006 noch kein depressives Bild festzustellen gewesen sei, sei es möglich, dass das entscheidende Moment in der depressiven Entwicklung erst kurze Zeit danach wirksam geworden sei. Demnach überrasche das Resultat, so wie es Dr. D.____ beobachtet habe, nicht und besitze keinen Aussagewert. Das von Dr. D.____ als fordernd dargestellte Verhalten lasse sich als Anspruch auf Hilfestellung und Gesundung verstehen. Endlich dürfe dem Beschwerdeführer nicht angelastet werden, dass er infolge der Einnahme vieler Medikamente schlecht gelaunt sei. Dr. C.____ erklärte abschliessend, gestützt auf den klinischen Gesamteindruck sei davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer tatsächlich Schmerzen habe, mit welchen er nicht fertig werde (Urk. 3/4 S. 3). Aus psychiatrischer Sicht sei theoretisch eine Arbeitsfähigkeit von allenfalls noch 30 % gegeben. Darüber hinaus seien aber auch die körperlichen Beeinträchtigungen, die er, Dr. C.____, nicht zu quantifizieren vermöge, zu berücksichtigen. Die Prognose sei tendenziell ungünstig und von beruflichen Massnahmen derzeit besser abzusehen, sei doch bei eingeschränkter Motorik (immer wieder Neupositionierung nötig) des Beschwerdeführers auch für leichtere Arbeiten kaum Spielraum gegeben (Urk. 3/4 S. 5).

E. 3.7

3.7.1.1 Am 8. Januar 2008 erstattete das B.____ das polydisziplinäre Gutachten (Urk. 7/21/2-20). Dazu stützten sich die Gutachter auf die von der Beschwerdegegnerin zur Verfügung gestellten Akten, den nachträglich eingegangenen Bericht von Dr. C.____ vom 25. September 2007 (vgl. Erw. 3.6), auf die anlässlich der Untersuchung des Beschwerdeführers vom 15. und 22. Oktober 2007 erhobenen Befunde und gemachten Angaben sowie auf das psychiatrische und rheumatologische Teilgutachten.

3.7.2.1 Anlässlich der Erhebung des internistischen Status führte der Beschwerdeführer aus, seit dem Sturz vom 18. April 2006 auf Rücken und Kopf an dauernden Schmerzen im Rücken und im rechten Bein zu leiden, welche sich bereits bei kleinen Bewegungen verstärkten und bis in den Kopf schiessen würden. Im Bericht wird die verordnete Medikation wie folgt aufgeführt: 4 mal täglich Dafalgan 1g, 3 mal täglich Ponstan 500mg, 1 mal täglich Pantozol 20mg, bei starken Schmerzen 2 bis 3 mal täglich 20 Tropfen Tramal, Remeron 30mg abends, 5 mal täglich 10 Tropfen Surmontil sowie abends Surmontil 100mg (Urk. 7/21/7). Dr. med. G.____, welcher einen unauffälligen internistischen Befund erhob, notierte, die Untersuchung habe sich infolge Abwehrspannung des Beschwerdeführers als schwierig gestaltet. Die veranlasste Laboruntersuchung ergab für Paracetamol (Dafalgan) und Mirtazapin (Remeron) weit unter dem therapeutischen Bereich liegende Werte. Trimipramin (Surmontil) und N-Desmethyltrimipramin (Hauptmetabolit von Trimipramin) erwiesen sich als nicht nachweisbar (Urk. 7/21/8).

3.7.3. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter Dr. med. H.____ klagte der Beschwerdeführer, er leide seit seinem Sturz, welcher sich auf der Höhe des sechsten Geschosses eines Gebäudes ereignet habe, unter Schmerzen. Aufgrund dieser Beschwerden fühle er sich nicht arbeitsfähig. Der Besuch einer ambulanten Schmerzgruppe Ende des Jahres 2006 sei ohne Erfolg geblieben. Die zeitgleich begonnene ambulante psychiatrische Behandlung habe wenig verändert. Er nehme täglich 30mg Remeron und 150mg Surmontil ein. Alle durchgeführten Therapien hätten eher zu einer Verschlimmerung denn zu einer Verbesserung der Beschwerden geführt (Urk. 7/21/9). Der Psychiater führte aus, der Beschwerdeführer habe sich langsam und mit demonstrativem Schonhinken bewegt. Während der Untersuchung sei er ruhig auf dem Stuhl gesessen und habe sich nie akut über Schmerzen beklagt. Zu Beginn habe er sich sehr missgestimmt und äusserlich gezeigt, sich dann im Laufe der Untersuchung aber beruhigt; die dysphorisch gereizte Stimmung sei deutlich in den Hintergrund getreten. Der Beschwerdeführer habe sich insbesondere über körperliche Schmerzen und die damit zusammenhängenden Einschränkungen beklagt und sich angeregt mit der Dolmetscherin unterhalten. Er habe sehr ausführlich berichtet, sein Redeschwall habe manchmal kaum gebremst werden können. Der Arzt erhob eine dysphorisch gereizte und leicht depressive Stimmung. Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis hätten sich nicht als beeinträchtigt erwiesen, das Denken sei formal unauffällig gewesen, wobei Klagen über die körperlichen Beschwerden im Vordergrund gestanden hätten. Der Psychiater verneinte das Vorliegen wahnhafter Störungen, Sinnestäuschungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen und diagnostizierte eine rezidivierende depressive Stimmung, derzeit leichte Episode (ICD-10: F32.0) (Urk. 7/21/10), welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % bewirke. Die weitere Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) - eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor, habe der Beschwerdeführer im Zeitpunkt des Unfallereignisses doch nicht unter psychosozialen Belastungsfaktoren gelitten - habe keinen Krankheitswert und bewirke daher keine Leistungsverminderung. Dr. H.____ erklärte, möglicher Hintergrund der Schmerzverarbeitungsstörung sei die Tatsache, dass sich der Beschwerdeführer nicht mehr vorstellen könne, trotz aller Restbeschwerden einer adaptierten Tätigkeit nachzugehen. Zudem sei er sich bewusst, dass er mangels beruflicher und sprachlicher Qualifikationen kaum Chancen auf dem Arbeitsmarkt habe, und endlich leide er unter finanziellen Schwierigkeiten. Der Arzt hielt dafür, die unklaren Stürze und Sensibilitätsstörungen seien im Rahmen der Schmerzverarbeitungsstörung zu sehen (Urk. 7/21/11). Abschliessend wies er darauf hin, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben die verordneten Antidepressiva gar nicht einnehme, obwohl sich die leichten depressiven Verstimmungen und damit die Arbeitsfähigkeit durch eine antidepressive Therapie günstig beeinflussen liessen (Urk. 7/21/12). Aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung seien berufliche Massnahmen nicht erfolgsversprechend (Urk. 7/21/13).

3.7.4. Dr. med. I.____, Rheumatologie, diagnostizierte - bezugnehmend auf die bereits bekannten radiodiagnostischen Untersuchungen (vgl. Erw. 3.4) - ein (1) chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie ein (2) chronisch rezidivierendes Zervikalsyndrom mit Zervikozephalgien mit leichter Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur ohne Anhaltspunkte für eine radikale Symptomatik sowie eine (3) Schmerzverarbeitungsproblematik. Sie führte aus, in der aktuellen Begutachtung habe sich ein ausgeprägtes Schmerzgebaren mit teilweise ungewöhnlichem

sowie auch inadäquatem Schmerzverhalten und deutlicher Diskrepanz zwischen den subjektiv geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden finden lassen. Als Beispiel dafür nannte die Ärztin den Umstand, dass der Beschwerdeführer bei der Prüfung des Lasëgue im Liegen bereits ab 20 Grad massive Beschwerden im Lumbalbereich beklagt habe, währenddem er bei der Überprüfung des Lasëgue im Sitzen völlig beschwerdefrei gewesen sei (Urk. 7/21/15). Ebenso seien die Zeichen nach Waddell positiv getestet worden. Schliesslich sei untypisch, dass bei der Überprüfung der Schultergelenksfunktion Beschwerden im Lumbalbereich angegeben würden. Hinzu komme, dass durch starkes aktives muskulares Gegenspannen eine vernünftige körperliche Untersuchung des Beschwerdeführers nahezu unmöglich gewesen sei. Dr. I. ___ notierte, es sei eindeutig feststellbar, dass das unwillkürliche Bewegungsausmass den während der Untersuchung demonstrierten Bewegungsumfang deutlich überschritten habe. Die Höhenminderung der Bandscheiben bei L4/5 und L5/S1 könnten die Beschwerdesymptomatik nicht erklären. Die Rheumatologin hielt abschliessend fest, es habe sich eine deutliche Schmerz- und Behinderungsüberzeugung des Beschwerdeführers finden lassen, welche aus rheumatologischer Sicht nicht durch ein entsprechendes organisch fassbares pathologisches Korrelat erklärbar sei. Wie bereits in den vorliegenden Arztberichten beschrieben werde, handle es sich um eine chronische Schmerzverarbeitungsstörung, wofür die bisher ohne Erfolg durchgeführten ambulanten und stationären Therapiemassnahmen sprächen. Dr. I. ___ kam zum Schluss, in der bisherigen Tätigkeit als Plattenleger bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Demgegenüber sei dem Beschwerdeführer eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit zu 100 % zumutbar. Aufgrund der bereits fortgeschrittenen chronischen Schmerzverarbeitungsstörung, der fehlenden Motivation und Kooperation von Seiten des Beschwerdeführers sowie der sozialen Rehabilitationshindernisse sei die Chance auf eine mögliche berufliche Rehabilitation jedoch als schlecht zu bezeichnen (Urk. 7/21/16).

3.7.5 Zusammenfassend kamen die Gutachter zur Einschätzung, durch die degenerativen Veränderungen und muskulären Dysbalancen sei die Belastbarkeit des Rückens herabgesetzt, womit eine Arbeitsunfähigkeit für körperlich schwere Tätigkeiten, worunter auch die bisherige Beschäftigung des Beschwerdeführers zu verstehen sei, resultiere. Körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien demgegenüber ohne Leistungseinschränkung vollzeitlich zumutbar (Urk. 7/21/18). Entgegen seinen Angaben nehme der Beschwerdeführer weder die verordneten Schmerzmittel noch Psychopharmaka ein, was die klinischen Feststellungen, dass einerseits kein erhebliches Leiden vorliege, welches der Behandlung bedürfte, und dass andererseits die Aussagen Beschwerdeführers wenig glaubhaft seien, bestärke (Urk. 7/21/19).

E. 4

4.1 Die Gutachter des B. ___ tätigten umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden des Beschwerdeführers und lieferten in Kenntnis und Auseinandersetzung mit den Vorakten eigene Einschätzungen der Situation. Insoweit genügt das Gutachten den von der Rechtsprechung gestellten Anforderungen (Erw. 2.5). Ihre abschliessende Beurteilung der Leistungsfähigkeit überzeugt aber mit Blick auf die Aktenlage nicht.

4.2. Die Schlussfolgerung von Dr. H. ____, die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers sei aus psychiatrischen Gründen um 20 % reduziert (Erw. 3.7.3), ist mit Blick auf die erhobenen Befunde einer dysphorisch gereizten, leicht depressiven Stimmung nicht nachvollziehbar. Dies umso weniger als der Beschwerdeführer - trotz gegenteiligen Angaben - die verordneten Antidepressiva nachweislich nicht einnahm, der Gutachter eine solche Therapie aber als mit günstigem Einfluss auf die leichte depressive Stimmung und damit auf die Arbeitsfähigkeit bezeichnete (Erw. 3.7.3). Ist der Beschwerdeführer zufolge Schadenminderungspflicht gehalten, alles ihm Zumutbare zu unternehmen, um einen allfälligen Erwerbsausfall möglichst gering zu halten, so ist die von Dr. H. ____ attestierte Leistungseinschränkung von 20 % sozialversicherungsrechtlich unbeachtlich.

Das Dass der Beschwerdeführer an einer erheblichen psychiatrischen Erkrankung leidet, ergibt sich denn auch nicht gestützt auf die übrigen ärztlichen Dokumente. Die erstmals von Dr. E. ____ diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung liegt den Angaben der Ärztin zufolge nämlich vorwiegend in psychosozialen Faktoren begründet (Erw. 3.1), weshalb der Diagnose bereits aus dieser Sicht kein Krankheitswert im Sinne des Gesetzes zukommt (BGE 127 V 294 Erw. 5a S. 299; Urteil des Bundesgerichts in Sachen G. vom 23. März 2009, 8C_730/2008, Erw. 2). Im übrigen vermag die als Anpassungsstörung (vgl. Dilling/Mombour/Schmidt, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 6. Aufl., Bern 2008, S. 184ff.) kodifizierte Schmerzverarbeitungsstörung in der Regel keine invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 15. September 2008, 9F_9/2007 Erw. 4.2.3.2). Handelt es sich sodann bei der von der F. ____ als depressive Episode kodierten psychiatrischen Diagnose (Erw. 3.4) definitionsgemäss um ein vorübergehendes Leiden, welches damit in der Regel nicht invalidisierend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. Januar 2007, I 510/2006, Erw. 6.3), unterliess es Dr. Z. ____, seine Einschätzung zu begründen; vielmehr begnügte er sich damit, auf die beigelegten Kopien (vgl. Erw. 3.3 und 3.4) zu verweisen (Erw. 3.5). Auch die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung alleine begründet noch keine Invalidität (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3). Demnach findet die Behauptung des Beschwerdeführers, er sei bereits in psychiatrischer Hinsicht weitgehend arbeitsunfähig (Erw. 1.3), keinerlei Stütze.

Daran ändert auch der Bericht von Dr. C. ____ (Erw. 3.6) nichts, fällt es einerseits doch schwer, in einer allgemeinen Reizbarkeit ein invalidisierendes Leiden zu erblicken, und scheint sich der Psychiater andererseits die Aussagen des Beschwerdeführers unkritisch zu eigen gemacht zu haben. Dass der Beschwerdeführer in Bezug auf die Medikamenteneinnahme wahrheitswidrige Angaben machte, ist klar dokumentiert. Mit Verweis auf eine (psychische) Belastung durch die Medikation lässt sich also für den Beschwerdeführer nichts gewinnen. Im Gegenteil erweckt diese Tatsache erhebliche Zweifel an der Glaubwürdigkeit des Beschwerdeführers. Begründet schliesslich - wie bereits oben gezeigt - weder eine depressive Entwicklung noch eine somatoforme Schmerzstörung (Erw. 2.5) für sich alleine eine Invalidität, verfiel Dr. C. ____ nicht über das Gutachten des B. ____ und damit nicht über die gesamten Akten, so vermag auch sein Bericht das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne des Gesetzes nicht zu belegen (Erw. 2.6).

Was schliesslich die Ragen des Beschwerdeführers an der Einschätzung von Dr. D. ___ betrifft (Erw. 1.3), so ist auch ohne Berücksichtigung des kritisierten Berichtes eine invalidenrechtlich relevante psychiatrische Erkrankung nicht ausgewiesen. Dennoch ist anzumerken, dass die Einwände weitgehend ins Leere zielen, stellten doch auch die Gutachter des B. ___ ein demonstratives Verhalten fest (Erw. 3.7.4) und hielten auch sie die Aussagen des Beschwerdeführers als wenig glaubhaft (Erw. 3.7.5). Endlich ergibt sich aus dem Bericht von Dr. D. ___ mit hinreichender Klarheit, dass der Psychiater von einer - zumindest weitgehenden - Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ausging, ansonsten er keine Anmeldung beim RAV empfohlen hätte (Erw. 3.2).

Mithin ergibt sich, dass nicht von einer invalidenrechtlich relevanten psychiatrischen Erkrankung des Beschwerdeführers auszugehen ist.

4.3 Entgegen den Vorbringen des Beschwerdeführers (Erw. 1.3) haben die Gutachter seinen Klagen in Bezug auf die körperlichen Leiden sehr wohl Rechnung getragen, erachteten sie doch eine schwere körperliche Tätigkeit, so auch die bisherige, den degenerativen Veränderungen und muskulären Dysbalancen zufolge als nicht mehr zumutbar (Erw. 3.7.5). Im Hinblick darauf, dass die rheumatologische Gutachterin Dr. I. ___ jedoch eine deutliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden festgestellt (vgl. Erw. 3.7.4), die Waddellzeichen positiv getestet und festgehalten hatte, wegen des muskulären Gegenspannens sei eine Untersuchung nahezu unmöglich gewesen, und dass sie überdies das Vorliegen eines rheumatologisch fassbaren organischen Korrelates für die deutliche Schmerzberzeugung des Beschwerdeführers verneinte und auch die radiodiagnostischen Untersuchungen ein normales Alignment der LWS ohne Neurokompression ergaben (Erw. 3.4), erscheint eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht mehr als fraglich. Dies umso mehr, als die Gutachter schliesslich feststellten, der Umstand, dass der Beschwerdeführer gar keine Schmerzmittel einnehme, bestätige das Fehlen eines erheblichen Leidens (Erw. 3.7.5).

Selbst wenn jedoch darauf abgestellt würde, dass aus rheumatologischer Sicht eine auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten beschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen wäre, so fehlte es - wie nachfolgend gezeigt wird - dennoch an einer rentenbegründenden Einschränkung.

4.4

4.4.1 Zu prüfen bleibt damit, wie sich eine solchermassen eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht auswirkte.

4.4.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG (seit 1. Januar 2004: in Verbindung mit Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen 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 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Gemäss Angaben des Arbeitgebers erzielte der Beschwerdeführer im Jahre 2005 bei der Y. AG ein Jahreslohn von Fr. 62'400.-- (13 x Fr. 4'800.--, Urk. 7/9/3). Dieses ist praxisgemäss der Nominallohnentwicklung bis zum Jahre 2007 (mutmasslicher Rentenbeginn) anzupassen, was zu einem monatlichen Einkommen von Fr. 4'937.-- bzw. zu einem solchen von Fr. 64'181.-- für das Jahr 2007 (mutmasslicher Rentenbeginn) führt (Die Volkswirtschaft, 7-8/2009 Tab. B10.3 S. 95; 2005: 1992 Punkte; 2007: 2049 Punkte).

4.4.3 Ä Ä Weil der Beschwerdeführer nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, ist für die Ermittlung des Invalideneinkommens auf die LSE abzustellen (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 475 Erw. 4.2.1). Gemäss TA1 der LSE 2006 (S. 25) erzielten mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigte Männer im Jahre 2006 einen monatlichen Zentralwert von Fr. 4'732.--, welcher praxisgemäss auf eine betriebsübliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden pro Woche im Jahre 2007 anzupassen ist und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2007 (Die Volkswirtschaft, 7-8/2009 Tab. B10.3; 2006: 2014 Punkte, 2007: 2049 Punkte) Fr. 5'019.-- pro Monat bzw. Fr. 60'228.-- für das Jahr 2007 ergibt (Die Volkswirtschaft 7-8/2009 Tab. B9.2 S. 94).

4.4.4 Ä Ä Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu korzieren. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 Erw. 5.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Da der Beschwerdeführer unter der Annahme, es bestehe eine Einschränkung aus rheumatologischer Sicht (siehe oben, Erw. 4.3), auf leichte bis

mittelschwere Tätigkeiten beschränkt ist und mit Blick auf Sprachprobleme wohl mit einer zusätzlichen Einkommenseinbusse zu rechnen hätte, rechtfertigte sich ein Abzug von höchstens 15 %, wobei darauf hinzuweisen ist, dass selbst der grösstmögliche Abzug von 25 % nicht zu einem einen Leistungsanspruch begründenden Invaliditätsgrad führte.

4.4.5 In einer der Behinderung angepassten Tätigkeit wäre es dem Beschwerdeführer demzufolge möglich, ein Invalideneinkommen von Fr. 51'194.-- (85 % von Fr. 60'228.--) zu erzielen, was zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 12'987.-- und im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 64'181.-- zu einem rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 20 % führte.

Würde beim Invalideneinkommen ein maximaler Abzug von 25 % berücksichtigt, führte dies zu einem Invalideneinkommen von Fr. 45'171.-- (75 % von Fr. 60'228.--), damit zu einer Erwerbseinbusse von Fr. 19'010.-- und letztlich verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 64'181.-- zu einem Invaliditätsgrad von gerundet 30 %.

4.5 Es ergibt sich, dass so oder anders kein Rentenanspruch besteht, weshalb die Beschwerdegegnerin zu Recht einen Leistungsanspruch verneint hat, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

5. Weil die prozessuale Bedürftigkeit des Beschwerdeführers ausgewiesen ist (Urk. 10), er nicht in der Lage war, den Prozess selber zu führen, und weil der Prozess nicht zum vornherein aussichtslos war, sind die Voraussetzungen der Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung und der unentgeltlichen Rechtsvertretung durch Rechtsanwalt Tomas Kempf erfüllt. Dem Gesuch vom 14. Juli 2008 ist daher zu entsprechen.

6. Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem unterliegenden Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.

7.1 Rechtsanwalt Tomas Kempf machte mit Honorarnote vom 22. September 2009 (Urk. 11) einen Aufwand von 9.6 Stunden mit einem Stundenansatz von Fr. 200.-- und Barauslagen von Fr. 31.85 und damit ein Gesamthonorar von Fr. 2'100.20 inkl. MWSt geltend.

7.2 Die Entschädigung des unentgeltlichen Rechtsvertreters wird vom Gericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]). Nach Massgabe von § 9 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 der Verordnung über Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht ist jedoch ein unnötiger Aufwand des unentgeltlichen Rechtsbeistandes nicht zu ersetzen.

7.3 Der von Rechtsanwalt Tomas Kempf gemachte Aufwand von 9.6 Stunden - davon allein zwei Stunden (geschätzt) für das Lesen und die Besprechung des

vorliegenden Entscheids - erweist sich mit Blick auf die Bedeutung der Streitsache und den Schwierigkeiten des Prozesses nicht als angemessen.

Angesichtes der gut 60 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, welche zudem bereits aus dem Vorbescheidverfahren bekannt waren, der achtseitigen Beschwerdeschrift (Urk. 1 S. 3-10) sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwalt Kempf auf Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) festzusetzen.

Das Gericht beschliesst:

Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und ihm Rechtsanwalt Tomas Kempf, Uster, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt,

und 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 Tomas Kempf, Uster, wird mit Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Tomas Kempf

- 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.