

E. 2.4

Ä Ä Ä 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 konnte; 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).

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

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

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

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

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

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

E. 2.7

Ä Ä Ä Versicherungsträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es

den Angaben von Dr. med. C.____ sei dem Beschwerdeführer seit dem Jahr 2005 keine Arbeit mehr zumutbar. Weil die Arbeitssuche psychisch kranker Menschen erschwert sei, habe der Leidensabzug 25 % zu betragen (Urk. 1 S. 3 ff.).

2.

E. 3.1

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei ihrer rentenabweisenden Verfügung vom 3. Januar 2001 auf das polydisziplinäre Gutachten des Zentrums D.____ vom 28. September 1999 (Urk. 8/16/1-15), worin die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten (S. 12):

- Gonarthrose rechts;
- Fussdeformität links: Hohl-Ballenfuss mit Krallenstellung der Zehen.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 12):

- Dysthymie (ICD-10: F34.1);
- arterielle Hypertonie;
- Varikosis.

Die Gutachter hielten zusammenfassend fest, das linke obere Sprunggelenk sei geringfügig derb verdickt und in der Beweglichkeit um knapp 1/3 für die Volar- und Plantarflexion eingeschränkt. Zudem finde sich links ein deutlich akzentuiertes mediales Längsgewölbe im Sinne eines Hohl-Ballenfusses mit Krallenstellung der Grosszehe und beginnender Krallenstellung auch der anderen Zehen. Das rechte Knie sei leicht verdickt, zeige ein retropatellares Reiben und eine um 7-10° eingeschränkte Beweglichkeit für Flexion in der Endphase. Radiologisch sehe man eine beginnende mediale Gonarthrose mit leichter Gelenkspaltverschmälerung sowie beginnender Osteophytose und eine Kapsechondromatose der hinteren Gelenkkapsel. Die klinischen und radiologischen Zeichen bezüglich der Gonarthrose seien nicht sehr ausgeprägt, jedoch seien die bestehenden belastungsabhängigen Beschwerden durchaus glaubhaft. Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers betrage für eine Tätigkeit in seinem angestammten Beruf als Gerüstbauer 0 %. In allen sonstigen Tätigkeiten, die in einer sitzenden oder auch wechselnden Position durchgeführt werden könnten, sei er zu 100 % arbeitsfähig. Es sollte jedoch vermieden werden, dass der Versicherte schwere Gewichte heben müsse, über 5 km am Stück gehen sollte oder auf Leitern steigen müsse (S. 13). Mit einer orthopädischen Versorgung könne die Arbeitsfähigkeit verbessert werden (S. 14).

Anhand dieses Zumutbarkeitsprofils errechnete die Beschwerdegegnerin bei einem Valideneinkommen von Fr. 59'700.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 45'550.-- einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 24 % (Feststellungsblatt für den Beschluss vom 15. Februar 2000, Urk. 8/20).

E. 3.2

Nach der erneuten Anmeldung zum Rentenbezug am 3. Februar 2006 (Urk. 8/27) holte die Beschwerdegegnerin unter anderem folgende Arztberichte ein:

E. 3.2.1

Ä Dr. med. E.____, AssistenzÄrztin OrthopÄdie an der Klinik F.____, und Dr. med. G.____, stellvertretender Oberarzt OrthopÄdie an ebendieser Klinik, stellten in ihrem Operationsbericht vom 5. Oktober 2005 die Diagnose einer chronischen Epicondylitis humeri medialis rechts (Urk. 8/33/7 f.). In ihrem Bericht vom 31. Oktober 2005 diagnostizierten sie zusÄtzlich eine Epicondylitis humeri medialis links. Es bestehe eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit noch fÄ¼r weitere vier Wochen (Urk. 8/33/9 f.). Am 12. Dezember 2005 sowie am 30. Januar 2006 attestierten sie weiterhin fÄ¼r kÄ¶rperliche manuelle TÄtigkeit eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit, welche bis Ende MÄrz 2006 ausgestellt werde. Als zusÄtzliche Diagnosen hielten sie einen Status nach mehreren Knieoperationen rechts, Kniebeschwerden links sowie einen Status nach Handverletzung mit Fingerteilamputation Digitus I und Digitus II an der rechten Hand fest (Urk. 8/33/13 f.). In ihrem Bericht vom 24. Februar 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin erachteten sie eine berufliche Umstellung fÄ¼r prÄfenswert (Urk. 8/33/4).

3.2.2Ä Ä BezÄglich der Beschwerden an beiden Knien wurde der BeschwerdefÄhrer durch Dr. med. A.____, Oberarzt Sportmedizin an der Klinik F.____, untersucht, welcher in seinem Bericht vom 2. MÄrz 2006 (Urk. 8/37/5) gestÄtzt auf eigene klinische Untersuchungen und auf eine durch die Klinik H.____ vorgenommene Magnetresonanztomographie des linken Knies (Bericht vom 28. Februar 2006, Urk. 8/37/9) auf der rechten Seite eine ausgeprÄgte laterale Gonarthrose bei Status nach Menishektomie und auf der linken Seite diverse KnorpelabnÄtzungen im Sinne einer beginnenden Gonarthrose beschrieb.

E. 3.2.3

Ä In seinem Bericht vom 24. Juni 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. I.____, Spezialarzt FMH fÄ¼r Innere Medizin, als Diagnose mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit Folgendes fest:

- chronische Epicondylitis;
- ausgeprÄgte laterale Gonarthrose am rechten Knie;
- mediale Knieschmerzen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Diese Diagnosen wÄ¼rden seit vielen Jahren bestehen. Diagnosen ohne Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit stellte Dr. I.____ keine. Die Prognose sei vor allem aus psychischen GrÄnden ungÄnstig (Urk. 8/37/1 f.). Im Rahmen der medizinischen Beurteilung der Arbeitsbelastbarkeit hielt Dr. I.____ insbesondere fest, der BeschwerdefÄhrer sei bei Arbeiten zum Teil aus Bequemlichkeit eingeschrÄnkt, er sei psychisch angeschlagen, die psychische AnpassungsfÄhigkeit sei eingeschrÄnkt. Es sei ihm ab sofort eine halbtÄgige behinderungsangepasste TÄtigkeit zumutbar (Urk. 8/37/3 f.).

E. 3.2.4

Ä In der medizinischen Beurteilung vom 15./17. November 2006 erklÄrte Dr. A.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin, dem BeschwerdefÄhrer sei vor allem eine sitzende ErwerbstÄtigkeit mit der MÄglichkeit aufzustehen zumutbar. Diese zumutbare TÄtigkeit sei aber auf die linke Hand beschrÄnkt. Der zumutbare zeitliche Umfang kÄ¶nne nur mit einem Arbeitsversuch ermittelt werden (Urk. 8/39/6 f.). Medizinisch zu begrÄnden sei eine ArbeitsunfÄhigkeit zu 100 % vom 21. Juni bis 25. August 2005, zu 100 % vom 5. Oktober 2005 bis Ende MÄrz 2006 sowie zu 50 % bis 15. Mai 2006. Ob die

Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers durch die weitere medizinische Abklärung und Behandlung wesentlich gesteigert werden könne, sei fraglich (Urk. 8/39/3).

3.2.5 Dr. med. J. ___ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stellte in seiner Stellungnahme vom 22. November 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, der Beschwerdeführer habe bleibende Gesundheitsschäden an Ellbogen und Knie. Während in der angestammten Tätigkeit eine mindestens teilweise Arbeitsunfähigkeit bestehen bleiben werde, sei in optimal leidensangepasster, körperlich leichter Tätigkeit eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit klar ausgewiesen (Urk. 8/56/3).

E. 3.2.6

In seinem Bericht vom 15. Januar 2007 zuhanden der Beschwerdegegnerin wies Dr. A. ___ darauf hin, dass der Beschwerdeführer bei der chronischen, operierten, therapieresistenten Epicondylitis humeri medialis rechts sowie der beginnenden Epicondylitis humeri medialis links und der ausgeprägten lateralen Gonarthrose am rechten Knie sowie der beginnenden medialen Gonarthrose am linken Knie und der Peroneusparese links bei Status nach Unterschenkelfraktur deutlich in seinem Einsatz in der Arbeit eingeschränkt sei. Es komme nur eine sehr leichte Tätigkeit abwechselnd stehend und sitzend, ohne repetitive Belastung des rechten Ellbogens in Frage. Der linke Arm sei noch die einzige Extremität, die der Beschwerdeführer gut einsetzen könne. Insofern sei an einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu zweifeln. Allenfalls müsse nach einem Arbeitsversuch die Arbeitsfähigkeit angepasst werden (Urk. 8/44).

3.3 In der Folge scheiterten die Arbeitsvermittlungsbemühungen der Beschwerdegegnerin, da der Beschwerdeführer ihr gegenüber erklärte, dass er aus gesundheitlichen Gründen gar nicht mehr arbeiten könne. Seine Ärzte hätten ihm dies bestätigt (Verlaufsprotokoll Arbeitsvermittlung vom 11. Oktober 2007, Urk. 8/54; Verfügung vom 11. Dezember 2007, Urk. 8/55).

3.4 Nach den Einwendungen gegen den einen Rentenanspruch verneinenden Vorbescheid vom 7. Januar 2008 (Urk. 8/57) holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Berichte ein:

3.4.1 Dr. med. K. ___, Oberarzt für Orthopädie an der Klinik F. ___, diagnostizierte in seinem Bericht vom 4. Juli 2007 (Urk. 8/66/13 f.) Kniebeschwerden beidseits bei

- Status nach Kniedistorsion rechts und Kniearthroskopie und medialer TME rechts im Jahre 1997;
- Status nach Tibiafraktur links im Jahre 1981 mit postoperativer partieller Fussheberparese;
- Status nach Spongiosaentnahme medial Tibiakopf links bei oben genannter Fraktur;
- Status nach medialer Epicondylektomie und Denervation am Ellbogen rechts bei chronischer Epicondylitis am 5. Oktober 2005.

Der Beschwerdeführer weise ein etwas zögerliches Gangbild mit diskretem Schonhinken links auf. Der Zehen/Fersen/Einbein-Stand sei beidseits unsicher bei partieller Fussheberparese links und Muskelschwäche rechts. Er habe bei der Untersuchung des liegenden rechten Knies keine wesentlichen Rotationsschmerzen gehabt, nur ein etwas femorotibiales Krepitieren lateral. In der 30°-Flexion des liegenden rechten Knies habe eine laterale Zuklappbarkeit bei ansonsten regelrechter mediolateraler und

sagitaler Bandstabilität bestanden. Bei der Untersuchung des liegenden linken Knies habe nur über einer etwas prominenten Stelle im Bereich des distalen Patellarsehnenansatzes über die Tuberositas tibiae eine auslösbare Druckdolenz bestanden. Ein Hinweis auf eine Meniskuspathologie habe sich nicht gefunden. Die Röntgenuntersuchung sei rechts wie links unauffällig verlaufen. Als Röntgenbefund hielt Dr. K. ___ einen rechtsseitig lateral deutlich ausgedehnten Gelenkspalt femorotibial sowie Konturunregelmässigkeiten im Bereich des medialen Kompartimentes fest. Das MRI am linken Knie vom 27. Februar 2006 habe eine kleine osteochondrale Veränderung im Bereich des posteromedialen Femurkondyls und anterior am lateralen Tibiaplateau gezeigt. Aufgrund der geschilderten Anamnese und der klinisch-radiologischen Untersuchung liege die rechtsseitige, beginnende Arthrose nicht im Vordergrund der Schmerzsymptomatik des Patienten und sei die Indikation zur Knie-TP Implantation momentan nicht zu stellen. Betreffend die linksseitigen chronisch rezidivierenden einschliessenden Schmerzen sei kein klinisches Korrelat hierzu zu sehen ausser einer muskulären Dysbalance bei gleichzeitig ipsilateraler Fussheberparese.

3.4.2 Dr. med. L. ___, Fachärztin FMH für Radiologie und Nuklearmedizin an der Klinik H. ___, stellte im Rahmen einer 3-Phasen-Skelett-Szintigrafie mit Tc-99m-DBD fest, es beständen Zeichen einer leichten Femoropatellararthrose und medialen Gonarthrose links. Zudem bestehe eine femorotibiale Arthrose rechts, im lateralen Kompartiment etwas deutlicher ausgeprägt (Bericht vom 10. Juli 2007, Urk. 8/66/10).

3.4.3 Dr. med. M. ___, Facharzt FMH für Ohren-Nasen-Halskrankheiten, diagnostizierte in seinem Bericht vom 22. August 2007 einen Status nach akutem Hirnsturz links am 31. Juli 2007 in Mazedonien (Urk. 8/66/12).

3.4.4 Dr. med. N. ___, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen, stellte in seinem Schreiben vom 3. September 2007 (Urk. 8/66/7) zusammenfassend fest, auch wenn verschiedene Veränderungen an den unteren und oberen Extremitäten objektivierbar seien, könnten sie nach seiner Erfahrung die vom Patienten beschriebenen hochgradigen Funktionseinschränkungen nicht hinreichend erklären, so dass er andere Faktoren postulieren müsse.

3.4.5 Dr. med. O. ___, Facharzt FMH für Radiodiagnostik, beurteilte in seinem Bericht vom 10. September 2007 das Schädell-MRI des Beschwerdeführers als normal (Urk. 8/66/11).

3.4.6 Dr. P. ___, Chiropraktor SCG/EUC, stellte in seinem Bericht vom 19. Februar 2008 die Diagnose eines Verdachts auf segmentale Dysfunktion C2/C3 und C7/Th1 bei angenommenen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule. Es bestehe eine grosse psychosoziale Belastung (Urk. 66/15).

3.4.7 In seinem Bericht vom 26. Februar 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin hielt Dr. med. Q. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, fest, der Beschwerdeführer sei als Gerüstmonteur seit Jahren nicht mehr arbeitsfähig, als Betriebsmitarbeiter weise er seit Sommer 2007 eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit auf, deren Ausmass sei schwer eruierbar. Gegenwärtig sei der psychische Zustand derart labil, dass die Arbeitsfähigkeit vermutlich weniger als 10 % betrage. Auf längere Sicht sei mit einer wenigstens teilweisen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen, zum Beispiel als Betriebsmitarbeiter mit körperlich angepasster Arbeit. Als Fassadengerüstmonteur sei er vermutlich zu 100 % arbeitsunfähig, als

Betriebsmitarbeiter zu 90 % vom 1. Januar 2008 bis 26. Februar 2008. Bezüglich einer behinderungsangepassten Tätigkeit seien keine Stundenangaben möglich. Dr. Q.____ diagnostizierte eine rezidivierende Depression, derzeit eine mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD 10: F33.11), bestehend seit Sommer 2007 (Urk. 8/65/7 f.).

3.4.8 In seinem Bericht vom 5. März 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin stellte Dr. med. B.____, Facharzt FMH für Innere Medizin, seit Juli 2007 der neue Hausarzt des Beschwerdeführers, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Schwerhörigkeit und Tinnitus links, Status nach Hörsturz am 31. Juli 2007;
- Depression, bestehend seit Dezember 2007;
- femorotibiale Arthrose rechts, bestehend seit dem Jahr 1994;
- Fussheberparese links, Status nach Tibiafraktur im Jahre 1981;
- chronische Epicondylopathie, operiert im Oktober 2005.

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. B.____:

- arterielle Hypertonie, bestehend seit dem Jahr 1992;
- Arthrose am linken Knie;
- Cervikalsyndrom, bestehend seit dem Jahr 2006.

Für seine zuletzt ausgeübte Tätigkeit sei der Beschwerdeführer seit 1. Juli 2007 zu 100 % arbeitsunfähig. Dessen Ressourcen könne er, Dr. B.____, medizinisch nicht beurteilen; zur Möglichkeit einer behinderungsangepassten Tätigkeit nahm er keine Stellung (Urk. 8/66/2-6).

3.4.9 Dr. S.____, Facharzt FMH für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, hielt in seiner Expertise vom 14. April 2008 fest, der Beschwerdeführer habe seit einem Hörsturzereignis vor einem Jahr eine ausgeprägte Schwerhörigkeit linksseitig mit deutlichen Verständnissproblemen im Umgang mit Angehörigen und Bekannten sowie mit dem Fernseher (Urk. 8/71/4).

3.4.10 Am 25. Juni 2008 erstattete Dr. Z.____ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 8/72).

Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (Urk. 8/72/1 f.) sowie die von ihm am 24. Juni 2008 durchgeführte psychiatrische Untersuchung (Urk. 8/72/2-5).

Der Gutachter nannte folgende Diagnosen (Urk. 8/72/5):

- rezidivierende depressive Stimmung, derzeit mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11);
- mutmassliche psychische Überlagerung der somatischen Beschwerden (ICD-10: F54).

Die vorliegende depressive Stimmung wirke sich auf die Arbeitsfähigkeit negativ aus. Er schätze den Grad der Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen auf 50 %. Derselbe Grad der Arbeitsunfähigkeit beziehe sich auf die angestammte, als auch auf andere angepasste Tätigkeiten. Die Arbeitsunfähigkeit habe am 1. Januar 2008 begonnen. Dass die somatische Komponente stark sei und sich auf

die psychische Seite negativ auswirke, trÄ¼be die Prognose. Der BeschwerdefÄ¼hrer beharre auf seiner Meinung, schwer krank und arbeitsunfÄ¼hig zu sein. Der behandelnde Psychiater attestiere volle ArbeitsunfÄ¼higkeit. Diese lasse sich vom psychischen Zustand her allein jedoch nicht begrÄ¼nden. Die attestierte ArbeitsunfÄ¼higkeit fÄ¼hre vor allem auf das psychische Leiden mit Krankheitswert zurÄ¼ck (Urk. 8/72/5 f.).

3.4.11 In seiner Stellungnahme vom 3. Juli 2008 fÄ¼hrte der RAD-Arzt Dr. J. ___ aus, die Beurteilung des Gutachters sei vollstÄ¼ndig und schlÄ¼ssig, es kÄ¼nne darauf abgestellt werden. Aus psychiatrischen GrÄ¼nden, wegen einer depressiven Episode, sei ab Januar 2008 zusÄ¼tzlich eine 50%ige ArbeitsunfÄ¼higkeit in der angestammten und in einer kÄ¼rperlich leidensangepassten TÄ¼tigkeit ausgewiesen (Urk. 8/78/3). Am 7. Juli 2008 ergÄ¼nzte er, aus psychiatrischer Sicht kÄ¼nne aufgrund der Beurteilungen durch den behandelnden Psychiater und den begutachtenden Psychiater der Beginn der 50%igen ArbeitsunfÄ¼higkeit erst auf Januar 2008 festgelegt werden. In der angestammten TÄ¼tigkeit hingegen bestÄ¼nden die EinschrÄ¼nkungen der ArbeitsfÄ¼higkeit schon seit dem Jahr 2005 (Urk. 8/78/4).

4.Ä¼Ä¼Ä¼Ä¼ Unbestritten ist, dass der BeschwerdefÄ¼hrer in seiner angestammten TÄ¼tigkeit als GerÄ¼stbauer nicht mehr arbeitsfÄ¼hig ist. Strittig und zu prÄ¼fen ist dagegen seine RestarbeitsfÄ¼higkeit in einer behinderungsangepassten TÄ¼tigkeit.

4.1Ä¼Ä¼Ä¼ Vorab ist darauf hinzuweisen, dass der Grad der ArbeitsunfÄ¼higkeit nur solange unter BerÄ¼cksichtigung des bisherigen Berufs festzusetzen ist, als von der versicherten Person - nach einer gewissen Ä¼bergangsfrist - nicht verlangt werden kann, ihre restliche ArbeitsfÄ¼higkeit in einem anderen Berufszweig zu verwerten. Bei langer Dauer ist aufgrund von Art. 6 ATSG, Satz 2, auch die zumutbare TÄ¼tigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich zu berÄ¼cksichtigen (BGE 130 V 345 Erw. 3.1).

4.2Ä¼Ä¼Ä¼ Der BeschwerdefÄ¼hrer erklÄ¼rte der Beschwerdegegnerin, Ä¼rztlich bestÄ¼tigt aus gesundheitlichen GrÄ¼nden gar nicht mehr arbeiten zu kÄ¼nnen (Erw. 3.3). DiesbezÄ¼glich ist darauf hinzuweisen, dass fÄ¼r die Beurteilung der RestarbeitsfÄ¼higkeit die subjektive EinschÄ¼tzung des BeschwerdefÄ¼hrers nicht entscheidend ist. Massgebend ist die medizinisch begrÄ¼ndete und nachvollziehbare EinschÄ¼tzung der ArbeitsfÄ¼higkeit, wobei es sich hierbei um eine medizinisch-theoretische Beurteilung handelt, weshalb nicht entscheidend ist, ob eine versicherte Person die ihr aufgrund der medizinischen Befunde und Diagnosen an sich mÄ¼gliche ArbeitsfÄ¼higkeit auch tatsÄ¼chlich verwertet.

4.3Ä¼Ä¼Ä¼ In seinem Schreiben vom 19. Februar 2008 hielt Dr. P. ___ fest, der BeschwerdefÄ¼hrer leide unter einer grossen psychosozialen Belastung (Erw. 3.4.6). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass psychosoziale Belastungen als invaliditÄ¼tsfremde Faktoren nicht zu berÄ¼cksichtigen sind.

4.4Ä¼Ä¼Ä¼ Dr. A. ___ machte in seinem Bericht vom 2. MÄ¼rz 2006 keine Angaben zur ArbeitsfÄ¼higkeit (Erw. 3.2.2) und wollte in seinen Berichten vom 15./17. November 2006 und vom 15. Januar 2007, beide zuhause der Beschwerdegegnerin, keine nÄ¼heren Angaben zur ArbeitsfÄ¼higkeit in einer leidensangepassten TÄ¼tigkeit nach dem 15. Mai 2006 machen (Erw. 3.2.4 und Erw. 3.2.6), so dass sich daraus nichts Relevantes fÄ¼r die vorliegend zu beurteilende Frage entnehmen lÄ¼sst.

4.5. Dr. K., Dr. L., Dr. M., Dr. N., Dr. O. und Dr. S. äusserten sich in ihren Berichten vom 4. Juli 2007, 10. Juli 2007, 22. August 2007, 3. September 2007, 10. September 2007 und 14. April 2008 überhaupt nicht zur Arbeitsfähigkeit (Erw. 3.4.1-5 und Erw. 3.4.9).

Dr. E. und Dr. G. machten in ihren Berichten vom 31. Oktober 2005 und 30. Januar 2006 keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit, sondern erachteten lediglich eine berufliche Umstellung als präferenswert (Erw. 3.2.1). Auch der neue Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. B., nahm in seinem Bericht vom 5. März 2008 zuhanden der Beschwerdegegnerin keine Stellung zur Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit (Erw. 3.4.8).

Dementsprechend lässt sich daraus ebenfalls nichts Relevantes für die vorliegend zu beurteilende Frage entnehmen.

4.6. Dr. I. hielt in seinem Bericht vom 24. Juni 2006 zuhanden der Beschwerdegegnerin unter anderem fest, der Beschwerdeführer sei bei Arbeiten zum Teil aus Bequemlichkeit eingeschränkt, er sei psychisch angeschlagen, die psychische Anpassungsfähigkeit sei eingeschränkt. Es sei ihm ab sofort eine halbtägige behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar (Erw. 3.2.3). Bezüglich dieser Einschätzung des Beschwerdeführers ist darauf hinzuweisen, dass Dr. I. kein Facharzt für Psychiatrie ist. Die von ihm genannten psychischen Einschränkungen sind in erster Linie persönliche Interpretationen der subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Aufgrund der von Dr. I. genannten somatischen Diagnosen und Einschränkungen (vgl. Erw. 3.2.3) ist jedenfalls nicht nachvollziehbar, weshalb denn dem Beschwerdeführer gerade aufgrund seiner psychischen Verfassung eine halbtägige behinderungsangepasste Tätigkeit zumutbar sein soll, zumal Dr. I. diese Einschätzung auch nicht näher medizinisch-sachlich begründete.

4.7. Der behandelnde Psychiater Dr. Q. stellte in seinem Bericht vom 26. Februar 2008 fest, der psychische Zustand sei gegenwärtig dermassen labil, dass die Arbeitsfähigkeit vermutlich weniger als 10 % betrage. Erst auf längere Sicht sei mit einer wenigstens teilweisen Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu rechnen (Erw. 3.4.7). Warum die Arbeitsfähigkeit vermutlich weniger als 10 % betragen soll, begründet Dr. Q. freilich nicht näher, und er will sich bezüglich der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit auch ausdrücklich nicht genau festlegen (Erw. 3.4.7). Dr. Q. steht als behandelnder Psychiater gegenüber dem Beschwerdeführer in einer dem Hausarzt vergleichbaren Vertrauensstellung. Bei einer solchen Konstellation ist die Erfahrungstatsache zu berücksichtigen, dass Hausärzte und Ärzte in einer vergleichbaren Stellung im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. BGE 125 V 353 E. 3b/cc). Insoweit sich Dr. Q. zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der somatischen Beschwerden - das heisst zur Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als Gerüstmonteur beziehungsweise als Betriebsmitarbeiter mit körperlich angepasster Arbeit - äussert, ist zudem darauf hinzuweisen, dass Dr. Q. kein Facharzt für somatische Leiden ist. Die von ihm angesprochenen physischen Einschränkungen stützen sich in erster Linie auf die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers. Aufgrund der von Dr. Q. genannten Diagnosen und Einschränkungen ist auf jeden Fall nicht nachvollziehbar, weshalb dem Beschwerdeführer bis auf Weiteres nahezu keine Erwerbstätigkeit mehr zumutbar sein

soll, zumal Dr. Q.____ diese Einschränkung auch nicht näher begründete. Die Beurteilung einer fast gänzlich fehlenden Restarbeitsfähigkeit durch Dr. Q.____ vermag insgesamt nicht zu überzeugen, weshalb nicht darauf abgestellt werden kann. Glaubhaft erscheint einzig dessen Diagnose einer rezidivierenden Depression (Erw. 3.4.7).

4.8 Die Beschwerdeführerin stützte sich für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers ferner auf das psychiatrische Gutachten von Dr. Z.____ vom 25. Juni 2008 (Erw. 3.4.10). Dieses Gutachten beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. Das Gutachten wurde sodann in Kenntnis der Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung des Experten ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die praxisgemässen Anforderungen (Erw. 2.6 f.) vollumfänglich, sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

4.9 Die

4.9.1 In Würdigung der medizinischen Akten ergibt sich somit, dass der Beschwerdeführer aus somatischer Sicht insbesondere an einer Gonarthrose am rechten Knie, einer Deformität des linken Fusses, einer arteriellen Hypertonie sowie an einer Varikosis leidet (Erw. 3.1). Diese Diagnosen waren bereits im Zeitpunkt der Verfügung vom Januar 2001 bekannt (vgl. Erw. 3.1). Nach diesem Zeitpunkt ergaben sich in somatischer Hinsicht als neue Diagnosen im Wesentlichen eine beginnende Gonarthrose am linken Knie, eine chronische Epicondylitis humeri medialis am rechten Arm, eine beginnende Epicondylitis humeri medialis am linken Arm sowie eine Schwerhörigkeit (Erw. 3.2 ff.).

Die berichtenden Ärzte sind sich darin einig, dass der Beschwerdeführer - soweit möglich - nur eine körperlich leichte Tätigkeit ausüben sollte (Erw. 3.1 ff.). Den Berichten lassen sich keine Anhaltspunkte für eine dauerhafte allgemeine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit infolge der somatischen Beschwerden entnehmen, wenn auch die genannten Armleiden erst nach Januar 2001 hinzugekommen sind. Selbst Dr. A.____, welcher die Zumutbarkeit einer körperlich leichten Tätigkeit als auf den linken Arm beschränkt erklärte, sprach sich nicht gegen eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer behinderungsangepassten Tätigkeit aus (vgl. Erw. 3.2.4 und Erw. 3.2.6). Die nach Januar 2001 neu diagnostizierten Beschwerden ändern an der Möglichkeit und Zumutbarkeit einer körperlich leichten Tätigkeit daher nichts.

Zusammenfassend hat sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers im Verlaufe der Jahre nicht in der Weise verändert, dass ihm nicht weiterhin in angepasster Tätigkeit eine 100%ige Erwerbstätigkeit möglich gewesen wäre. Allerdings ist mit dem RAD (Erw. 3.4.11) davon auszugehen, dass dem Beschwerdeführer im Jahre 2005 die angestammte Tätigkeit nicht mehr zumutbar gewesen ist, nachdem er die Stelle krankheitsbedingt verloren hatte (Urk. 8/34/1) und in der Folge zumutbare Tätigkeiten auf die linke Hand beschränkt waren (Erw. 3.2.4).

4.9.2 Aus psychiatrischer Sicht konnte beim Beschwerdeführer bis zum Jahr 2008 kein die Arbeitsfähigkeit einschränkendes Leiden mit Krankheitswert festgestellt werden. Im Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin vom 28. September 1999 wurde

lediglich ausgeführt, es habe sich beim Beschwerdeführer eine sanfte psychische Symptomatik gezeigt, die jedoch nicht als depressive Episode eingestuft werden könne; es bestehe bloss eine Dysthymie (Erw. 3.1). Erst im Februar des Jahres 2008 stellte Dr. Q. eine rezidivierende Depression fest (Erw. 3.4.7). Der Gutachter Dr. Z. bestätigte diese Diagnose im Juni 2008, wobei er eine psychische Überlagerung der somatischen Beschwerden vermutete und festhielt, es sei aus psychischen Gründen von einer blossen Arbeitsfähigkeit von 50 % ab 1. Januar 2008 auszugehen (Erw. 3.4.10). Im Unterschied zum ursprünglichen Sachverhalt kann demnach in psychiatrischer Hinsicht eine wesentliche dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab 1. Januar 2008 im Umfang von 50 % aus psychischen Gründen festgestellt werden.

4.10 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass beim Beschwerdeführer in einer angepassten, körperlich nur leicht belastenden Arbeitstätigkeit nunmehr aus Gründen seines psychischen Leidens bloss noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Die Beschwerdegegnerin ging daher zu Recht gestützt auf das Gutachten vom 25. Juni 2008 von Dr. Z. von einer dauerhaften 50%igen Arbeitsunfähigkeit des Beschwerdeführers ab 1. Januar 2008 aus und erachtete ihn ab diesem Zeitpunkt als in einer leidensangepassten Tätigkeit zu 50 % dauerhaft arbeitsfähig. Der medizinische Sachverhalt ist als in diesem Sinne erstellt zu betrachten. Demzufolge ist von einer 50%igen Restarbeitsfähigkeit seit 1. Januar 2008 in einer angepassten Tätigkeit auszugehen.

5. Damit kann nun geprüft werden, wie sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers in erwerblicher Hinsicht beziehungsweise auf den Invaliditätsgrad auswirkt.

5.1 Bei der Ermittlung des ohne invalidisierenden Gesundheitsschadens erzielbaren Einkommens (Valideneinkommen) ist entscheidend, was die versicherte Person aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ohne den Gesundheitsschaden, aber sonst bei unveränderten Verhältnissen, verdienen würde (RKUV 1993 Nr. U 168 S. 100 Erw. 3b mit Hinweis), wobei für die Vornahme des Einkommensvergleichs grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des Rentenbeginnes abzustellen ist (BGE 128 V 174, 129 V 222).

Der Beschwerdeführer war vor Eintritt seiner krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeit vom 1. September 2002 bis 31. Juli 2005 als Schichtmitarbeiter bei der Y. AG in T. tätig (Sachverhalt Erw. 1.1), welche Stelle ihm aus gesundheitlichen Gründen gekündigt wurde. Es ist daher davon auszugehen, dass er ohne einen zusätzlichen Gesundheitsschaden weiterhin bei diesem Unternehmen tätig gewesen wäre, weshalb es sich bei der Berechnung des Valideneinkommens rechtfertigt, an das dort erzielte Erwerbseinkommen, welches deutlich höher als jedes früher erzielte Einkommen war (Urk. 8/31), anzuknüpfen.

Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Berechnung des Valideneinkommens auf die Angaben der Y. AG im Arbeitgeberfragebogen sowie den IK-Auszug im Jahre 2006, wonach der Beschwerdeführer im Jahre 2004 einen Jahresverdienst von Fr. 72'240.-- erzielt hat, und rechnete diesen Jahresverdienst gemäss der Nominallohnentwicklung auf (vgl. Urk. 2 S. 3 f.; Urk. 8/31; Urk. 8/54/2; Urk. 8/56/1 und 4). Da der Zeitpunkt des mutmasslichen Rentenbeginns im Jahre 2006 liegt, ist dieser Jahresverdienst 2004 gemäss der Nominallohnentwicklung für Männer im

verarbeitenden Gewerbe/Industrie aufzurechnen (vgl. Urk. 8/54/2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis ins Jahr 2006 (Bundesamt für Statistik [BFS], Schweizerischer Lohnindex nach Branche [1993 = 100; im Internet abrufbar], Nominallohnindex Männer [T1.1.93], verarbeitendes Gewerbe/Industrie, 1993: 100, 2004: 112.6, 2006: 115.2) ergibt sich ein Jahresverdienst von gerundet Fr. 73'908.-- (Fr. 72'240.-- : 112.6 x 115.2).

5.2. Die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 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, im Jahre 2006 von 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 10-2009 S. 90 Tabelle B9.2; BGE 129 V 484 Erw. 4.3.2, 126 V 77 f. Erw. 3b/bb, 124 V 322 Erw. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 Erw. 2a).

Die Beschwerdegegnerin stellte im Rahmen der Invaliditätsbemessung zu Recht auf die Tabellenlöhne der LSE ab (Urk. 2 S. 3), geht doch der Beschwerdeführer seit 1. August 2005 keiner Arbeit mehr nach (Sachverhalt Erw. 1.1).

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

5.3. Die Beschwerdegegnerin gewährte beim Invalideneinkommen einen behinderungsbedingten Abzug von 10 %, wobei weitere leidensbedingte Abzüge nicht gemacht werden konnten, da diese im ärztlichen Gutachten bei der Festlegung der Restarbeitsfähigkeit bereits integral gewürdigt worden seien (Erw. 1.2). Der Beschwerdeführer vertritt demgegenüber die Ansicht, weil die Arbeitssuche psychisch kranker Menschen erschwert sei, habe der Leidensabzug 25 % zu betragen (Erw. 1.3).

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit

verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsetzbar sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des 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 Vorliegend wurden im Rahmen der Parallelisierung bei der Bemessung des Valideneinkommens statistische Werte berücksichtigt, weshalb bei der Ermittlung des Invalideneinkommens grundsätzlich nur ein Abzug für leidensbedingte Faktoren in Frage kommt. Gemäss dem von Dr. I., Dr. A., Dr. Q. und dem RAD-Arzt Dr. J. formulierten, nach wie vor als aktuell zu erachtenden Zumutbarkeitsprofil kann der Beschwerdeführer pauschal körperlich leidensangepasste berufliche Tätigkeiten ausüben (Erw. 3.2.3-6; Erw. 3.4.7; Erw. 3.4.11), wobei die gute Einsetzbarkeit der Extremitäten nach Dr. A. auf den linken Arm beschränkt ist (Erw. 3.2.6). Laut Dr. A. ist dem Beschwerdeführer vor allem eine sitzende Erwerbstätigkeit mit der Möglichkeit aufzustehen und mit einer Handlungsbeschränkung auf die linke Hand zumutbar (Erw. 3.2.4). Gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung ist das trotz der gesundheitlichen Beeinträchtigung zumutbarerweise erzielbare Einkommen bezogen auf einen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu ermitteln. Ein solcher Arbeitsmarkt ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten auf, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; Urteil 9C_121/2008 vom 4. August 2008 E. 5.1). Dementsprechend ist die Gerichtspraxis bei Versicherten, welche ihre dominante Hand gesundheitlich bedingt nur sehr eingeschränkt einsetzen konnten, bisher von einem hinreichend grossen Arbeitsmarkt mit realistischen Betätigungsmöglichkeiten ausgegangen (vgl. Urteil 9C_442/2008 des Bundesgerichts vom 28. November 2008 E. 4.2 unter Hinweis auf Urteil 9C_830/2007 vom 29. Juli 2008 und Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts U 521/06 vom 10. Dezember 2007, U 303/06 vom 22. November 2006, I 797/05 vom 29. August 2006 und I 685/05 vom 16. Mai 2006), wobei bei der Ermittlung des Invalideneinkommens mittels Tabellenlöhnen der Erschwernis, eine leidensangepasste Stelle zu finden, regelmässig mit einem Abzug von 20 % oder sogar 25 % Rechnung getragen wurde (vgl. Urteil 9C_418/2008 des Bundesgerichts vom 17. September 2008 E. 3.2.2 unter Hinweis auf

Urteil U 521/06 vom 10. Dezember 2007 sowie Urteile des Eidg. Versicherungsgerichts I 685/05 vom 16. Mai 2006, I 479/03 vom 19. November 2003, U 247/00 vom 28. Oktober 2002 und U 40/02 vom 18. Juli 2002). Da der Beschwerdeführer seinen rechten Arm noch beschränkt einsetzen kann, erscheint vorliegend ein Leidensabzug von 20 % angebracht. Unter Berücksichtigung des Leidensabzugs ergibt sich für das Jahr 2006 ein Invalideneinkommen von gerundet Fr. 47'358.-- (Fr. 59'197.-- x 0.8).

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 73'908.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 47'358.-- im Jahre 2006 ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'550.--, womit ein Invaliditätsgrad von 35.92 %, gerundet 36 % resultiert (zur Rundung vgl. BGE 130 V 121 Erw. 3.2). Für die Zeit vor der zusätzlichen psychischen Beeinträchtigung ab 1. Januar 2008 ist damit kein Anspruch auf eine Rente ausgewiesen.

Vom Beschwerdeführer hätte verlangt werden können, dass er nach dem krankheitsbedingten Stellenverlust im Jahre 2005 seine bloss qualitativ eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einem anderen Berufszweig verwertet hätte, zumal sich die Beschwerdegegnerin bemüht hatte, ihm eine Arbeit zu vermitteln (Erw. 3.3). Es ist deshalb bei der Feststellung der Arbeitsunfähigkeit ab 2005 spätestens ab dem Zeitpunkt der aufgrund fehlender Mitwirkung des Beschwerdeführers gescheiterten Arbeitsvermittlungsbemühungen der Beschwerdegegnerin im Jahre 2007 auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf zu berücksichtigen (Erw. 4.1), weshalb der Beginn der zusätzlichen psychiatrischen Einschränkung ab dem 1. Januar 2008 den Beginn einer neuen Arbeitsunfähigkeit markiert.

Demnach ist mit der Beschwerdegegnerin vom Rentenbeginn ab 1. Januar 2009 auszugehen. Die Aufrechnung des Jahresverdienstes 2004 in Höhe von Fr. 72'240.-- auf das Jahr 2009 ergibt ein Valideneinkommen von Fr. 78'014.-- (Nominallohnindex Männer [T1.1.93], verarbeitendes Gewerbe/Industrie, 1993: 100, 2004: 112.6, 2009: 121.6; Fr. 72'240.-- : 112.6 x 121.6).

Demgegenüber belief sich der im Rahmen der Lohnstrukturerhebung ermittelte Durchschnittslohn der Männer, die einfache und repetitive Tätigkeiten ausühten, im Jahre 2008 auf monatlich Fr. 4'806.-- (LSE 2008, Bundesamt für Statistik, Neuenburg 2010, Tabelle A1, Niveau 4, Total), wobei auch diesem eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zu Grunde liegt und der 13. Monatslohn sowie allfällige Sonderzahlungen im Tabellenlohn bereits miteinbezogen sind. Ausgehend vom genannten Einkommen, der durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeit im Jahre 2009 von 41.7 Stunden sowie der Nominallohnentwicklung im Jahre 2009 gegenüber dem Jahr 2008 von 2.1 % (Die Volkswirtschaft 11-2010 S. 99 Tabelle B10.2) ergibt dies im Zeitpunkt des erneuten Rentenbeginns im Jahre 2009 ein Jahreseinkommen von gerundet Fr. 61'386.-- (Fr. 4'806.-- : 40 x 41.7 x 12 x 1.021). Bei einer Restarbeitsfähigkeit von 50 % und einem Leidensabzug von 20 % errechnet sich ein Invalideneinkommen von Fr. 24'554.--. Für einen zusätzlichen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn aufgrund des psychischen Leidens besteht kein Anlass, da die durch das psychische Leiden verursachten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bereits bei der Festlegung eines bloss 50%igen Pensums seit dem 1. Januar 2008 berücksichtigt wurden.

Der Vergleich des Valideneinkommens von Fr. 78'014.-- mit dem Invalideneinkommen von Fr. 24'554.-- im Jahre 2009 ergibt eine Erwerbseinbusse von Fr. 53'460.--, womit ein Invaliditätsgrad von 68.53 %, gerundet 69 % resultiert. Damit ist ab

dem 1. Januar 2009 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente ausgewiesen.

Demnach sind der von der Beschwerdegegnerin ermittelte Rentenbeginn und die von ihr ermittelte Höhe der Invalidenrente im Ergebnis nicht zu beanstanden.

E. 6

Die angefochtene Verurteilung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als im Ergebnis rechtens. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

E. 7.1

Mit Beschwerde vom 25. Juni 2009 beantragte der Beschwerdeführer, es sei ihm die unentgeltliche Prozessführung zu gewähren und in der Person von Rechtsanwalt Bernhard Zollinger ein unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen (Urk. 1).

E. 7.2

Da der vorliegende Prozess nicht als von vornherein aussichtslos bezeichnet werden kann und der Beschwerdeführer bedürftig ist, ist ihm die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen (vgl. BGE 100 V 62). Vorliegend sind beim Beschwerdeführer zudem die Voraussetzungen zur Bestellung eines unentgeltlichen Rechtsvertreters gemäss § 16 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht erfüllt, weshalb ihm Rechtsanwalt Bernhard Zollinger als unentgeltlicher Rechtsvertreter zu bestellen ist.

E. 7.3

Der mit Eingabe vom 8. Dezember 2010 (Urk. 13) geltend gemachte Aufwand von 8 Stunden und Barauslagen von Fr. 84.80 erscheint als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Bernhard Zollinger mit Fr. 1'812.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse zu entschädigen ist.

E. 8

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, in der seit dem 1. Juli 2006 geltenden Fassung) und auf Fr. 1'000.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

Kommt der Beschwerdeführer künftig in günstige wirtschaftliche Verhältnisse, so kann das Gericht ihn zur Nachzahlung der ihm erlassenen Gerichtskosten und der Auslagen für die unentgeltliche Vertretung verpflichten (vgl. § 92 des Gesetzes über den Zivilprozess [ZPO] vom 13. Juni 1976).

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 25. Juni 2009 wird dem Beschwerdeführer Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, als unentgeltliche Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt, und es wird ihm die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Bernhard Zollinger, Zürich, wird mit Fr. 1'812.80 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Bernhard Zollinger

- 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.