

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00718 vom 19. Januar 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-01-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00718](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00718)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00718 du 19 janvier 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00718 del 19 gennaio 2011

## Erwägungen

### E. 1

1.1. A., geboren 1959, arbeitete während knapp neun Jahren als Hilfsgehilfe (Urk. 7/6). Er bezieht seit 1. August 2000 eine Invalidenrente samt Zusatzrenten für die Ehegattin und drei Kinder: bis 31. August 2003 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % eine ganze und mit Wirkung ab 1. September 2003 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 53,7 % eine halbe Rente (Urk. 7/45). Die Rentenherabsetzung erfolgte in medizinischer Hinsicht gestützt auf das Gutachten der B. vom 19. Juli 2003, wonach der Versicherte seit Eintritt des Gesundheitsschadens durchwegs zu 50 % in leidensangepasster Tätigkeit arbeitsfähig war (Urk. 7/26/1-19). Mit durch Einspracheentscheid vom 10. Januar 2006 (Urk. 7/65) bestätigter Verfügung vom 13. Oktober 2005 teilte die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, dem Versicherten mit, dass gestützt auf die medizinischen und erwerblichen Abklärungen weiterhin ein Anspruch auf die bisherige (halbe) Rente bestehe (Urk. 7/54). Die hiergegen erhobene Beschwerde wies das hiesige Gericht mit Entscheid vom 7. Dezember 2006 (Urk. 7/71) ab, was vom Bundesgericht mit Urteil vom 5. April 2007 geschätzt wurde (Urk. 7/74).

1.2. Im Zuge eines erneuten amtlichen Revisionsverfahrens, anlässlich dessen A. eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes geltend machte (vgl. Urk. 7/76), holte die IV-Stelle die medizinischen Berichte des C., Rheumaklinik, vom 19. November 2008 (Urk. 7/78/6-9) und vom Hausarzt des Versicherten, Dr. med. D., Allgemeine Medizin FMH, vom 14. Dezember 2008 (Urk. 7/79/1-8), welcher seinem Bericht weitere ärztliche Berichte beilegte, namentlich das psychiatrische Konsilium der E. zuhanden der Rheumaklinik des C. vom 12. August 2008 (Urk. 7/79/17-18), ein. Mit Mitteilung vom 14. Januar 2009 bestätigte die IV-Stelle bei unveränderter Sachlage den bisherigen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Urk. 7/81), worauf der Versicherte mit Schreiben vom 18. Februar 2009 eine ganze Invalidenrente oder den Erlass einer formellen Verfügung beantragen und das ärztliche Zeugnis von Dr. D. vom 1. Februar 2009 (Urk. 7/82) einreichen liess (Urk. 7/83). Die IV-Stelle ordnete darauf eine rheumatologische Begutachtung des Versicherten durch Dr. med. F., FMH Rheumatologie und Physikalische Medizin, und Dr. med. G., FMH Rheumatologie und Innere Medizin, des H. an (Urk. 7/85), welche die Expertise am 18. Mai 2009 erstatteten (Urk. 7/89). Mit Verfügung vom 6. Juli 2009 verneinte die IV-Stelle den Anspruch auf eine höhere als eine halbe Invalidenrente (Urk. 2).

2. Gegen diese Verfügung erhob A. durch lic. iur. Demetrios Contoyannis mit Eingabe vom 28. Juli 2009 Beschwerde mit folgendem Rechtsbegehren (Urk. 1 S. 2):

1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben.
2. Es sei eine ganze Rente zuzusprechen.
3. Eventualiter sei das Verfahren im Sinne der Erwägungen zur Neubeurteilung zurückzuweisen.
4. Es sei die unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen und der Unterzeichnete sei zum unentgeltlichen Rechtsbeistand beizugeben.
5. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der IV.

In der dem Beschwerdeführer am 22. September 2009 (Urk. 11) zur Kenntnis gebrachten Beschwerdeantwort vom 24. August 2009 schloss die IV-Stelle auf Abweisung, eventuell auf teilweise Gutheissung der Beschwerde (Urk. 6).

Auf die Vorbringen der Parteien sowie die eingereichten Unterlagen wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

Vorab ist die Rüge des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, zu prüfen.

### E. 1.1

1.1.1 Gemäss Art. 29 Abs. 2 der Bundesverfassung (BV) haben die Parteien Anspruch auf rechtliches Gehör. Das rechtliche Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt es ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheids dar, welcher in die Rechtsstellung einer Person eingreift. Dazu gehört insbesondere deren Recht, sich vor Erlass des in ihre Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen (BGE 127 I 56 Erw. 2b, 127 III 578 Erw. 2c, 126 V 130 Erw. 2a; zu Art. 4 Abs. 1 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 126 I 16 Erw. 2a/aa, 124 V 181 Erw. 1a, 375 Erw. 3b, je mit Hinweisen).

1.1.2 Das Recht, angehört zu werden, ist formeller Natur. Die Verletzung des rechtlichen Gehörs führt ungeachtet der Erfolgsaussichten der Beschwerde in der Sache selbst zur Aufhebung der angefochtenen Verfügung. Es kommt mit anderen Worten nicht darauf an, ob die Anhörung im konkreten Fall für den Ausgang der materiellen Streitentscheidung von Bedeutung ist, d.h. die Behörde zu einer Änderung ihres Entscheides veranlasst wird oder nicht (BGE 127 V 437 Erw. 3d/aa, 126 V 132 Erw. 2b mit Hinweisen).

1.1.3 Nach der Rechtsprechung kann eine - nicht besonders schwerwiegende - Verletzung des rechtlichen Gehörs als geheilt gelten, wenn die betroffene Person die Möglichkeit erhält, sich vor einer Beschwerdeinstanz zu äussern, die sowohl den Sachverhalt wie die Rechtslage frei überprüfen kann. Die Heilung eines - allfälligen - Mangels soll aber die Ausnahme bleiben (BGE 127 V 437 Erw. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 Erw. 2b, je mit Hinweisen).

1.2.2.2.4. Der Beschwerdeführer macht geltend, es sei ihm vorgängig einer abschliessenden Verfügung nicht ausreichend Gelegenheit gegeben worden, seine begründeten Einwände bei der Beschwerdegegnerin umfassend geltend zu machen. Man hätte ihm mindestens die Möglichkeit geben müssen, einen spezialärztlichen Bericht einzureichen (Urk. 1 Ziff. 2.2.2.4).

### 1.3.1.1.1.1.

1.3.1.1.1.1.1. Nachdem sich die Beschwerdegegnerin beim Beschwerdeführer nach seinem Gesundheitszustand erkundigt hatte (vgl. Fragebogen für Revision der Invalidenrente vom 23. Oktober 2008, Urk. 7/76), holte sie den Arztbericht der Rheumatologie des C. \_\_\_ vom 19. November 2008 (Urk. 7/78/6-9) und den Bericht des Hausarztes des Beschwerdeführers, Dr. D. \_\_\_, vom 14. Dezember 2008 (Urk. 7/79) ein. Hierauf teilte sie dem Beschwerdeführer formlos (Mitteilung vom 14. Januar 2009, Urk. 7/81) mit, dass sich der Anspruch auf eine Rente nicht verändert habe, unter Hinweis darauf, dass er schriftlich eine beschwerdefähige Verfügung verlangen könne. Hierauf wandte sich der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers mit Schreiben vom 18. Februar 2009 an die Beschwerdegegnerin und ersuchte um eine Rentenerhöhung oder den Erlass einer beschwerdefähigen Verfügung (Urk. 7/83). Als Beilage fügte er den Arztbericht von Dr. D. \_\_\_ vom 1. Februar 2009 (Urk. 7/82) bei. In der Folge ordnete die Beschwerdegegnerin die rheumatologische Begutachtung durch Dres. F. \_\_\_ und G. \_\_\_ an (Mitteilung vom 20. Februar 2009, Urk. 7/85). Nachdem das Gutachten am 18. Mai 2009 (Urk. 7/89) erstattet worden war, wies sie das Gesuch um Rentenerhöhung mit Verfügung vom 6. Juli 2009 ab (Urk. 7/91).

1.3.2.2.2. In der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin am 14. Januar 2009 formlos mitteilte, dass sich der Rentenanspruch nicht verändert habe, ist keine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu erblicken, denn die Beschwerdegegnerin wies den Beschwerdeführer darauf hin, dass er eine schriftliche Verfügung verlangen könne, und sie trat auf seine Einwände vom 18. Februar 2009 insoweit ein, als sie zur Klärung des aktuellen Gesundheitszustands eine medizinische Begutachtung anordnete. Hingegen hätte sie dem Beschwerdeführer nach Vorliegen des rheumatologischen Gutachtens vom 18. Mai 2009 Gelegenheit zur Stellungnahme einräumen müssen. Indem sie dies unterlassen hat, hat sie den Anspruch des Beschwerdeführers auf rechtliches Gehör verletzt. Da der Beschwerdeführer jedoch in seiner Beschwerdeschrift nichts gegen die Beweistauglichkeit des Gutachtens vorgebracht hat (vgl. Urk. 1), erwies sich eine Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellem Grund als formalistischer Leerlauf, weshalb ausnahmsweise darauf verzichtet werden kann.

## E. 2

2.1.1.1.1.1.1. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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).

Â Â Â Â Â Â Â Â BeeintrÃchtigungen der psychischen Gesundheit kÃnnen in gleicher Weise wie kÃrperliche GesundheitsschÃden eine InvaliditÃt 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 EinschrÃnkungen der ErwerbsfÃhigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende LeistungsfÃhigkeit zu verwerten, abwenden kÃnnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die AusÃbung einer ErwerbstÃtigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen BeeintrÃchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden fÃhrt also nur soweit zu einer ErwerbsunfÃhigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der ArbeitsfÃhigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

2.2Â Â Â Â GemÃss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind.

2.3Â Â Â Â Bei erwerbstÃtigen Versicherten ist der InvaliditÃtsgrad gemÃss 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 InvaliditÃt und nach DurchfÃhrung der medizinischen Behandlung und allfÃlliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare TÃtigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen kÃnnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen kÃnnte, wenn sie nicht invalid geworden wÃre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmÃssig mÃglichst genau ermittelt und einander gegenÃbergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der InvaliditÃtsgrad bestimmen lÃsst (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 349 Erw. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4Â Â Â Â Ãndert sich der InvaliditÃtsgrad einer RentenbezÃgerin oder eines RentenbezÃgers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin fÃr die Zukunft entsprechend erhÃht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Ãnderung in den tatsÃchlichen VerhÃltnissen, die geeignet ist, den InvaliditÃtsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemÃss nicht nur bei einer wesentlichen VerÃnderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verÃndert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Ãnderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person erÃffneten rechtskrÃftigen VerfÃgung vorlag, welche auf einer materiellen PrÃfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer SachverhaltsabklÃrung, BeweiswÃrdigung und DurchfÃhrung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten fÃr eine Ãnderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen RevisionsverfÃgung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133

V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C\_562/2008, Erw. 2.1 mit Hinweis).

Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4).

2.5 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).

2.6 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 prüfend 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.).

### E. 3

3.1.1. Mit Urteil vom 7. Dezember 2006 (Prozess-Nr. IV.2006.00188, Urk. 7/71) hat das hiesige Gericht entschieden, dass die Beschwerdeführerin die halbe Invalidenrente des Beschwerdeführers zu Recht best. hat. Das Gericht begründete seinen Entscheid damit, dass der Beschwerdeführer mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach wie vor in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung sowie Heben von Lasten bis maximal 15 kg zu 50 % arbeitsfähig sei. Sodann erwog es, dass es dem Beschwerdeführer zumutbar sei, seine Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Da sich gemäss Aktenlage auch die erwerblichen Auswirkungen in der Zwischenzeit nicht derart geändert hätten, dass nunmehr der Anspruch auf eine höhere Invalidenrente entstanden sei, habe der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine halbe Invalidenrente. Dies wurde vom Bundesgericht mit Urteil vom 9. März 2007 best. (Prozess I 87/07). Somit ist zu beurteilen, ob sich der massgebliche medizinische Sachverhalt seit dem Einspracheentscheid vom 10. Januar 2006 (Urk. 7/65) bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 6. Juli 2009 (Urk. 7/91) in einer für den Rentenanspruch erheblichen Weise geändert hat.

3.2.1.1. Massgebend für die Beurteilung des Gesundheitszustandes im Zeitpunkt des Einspracheentscheids vom 10. Januar 2006 (Urk. 7/65) waren die Arztberichte von Dr. D. vom 29. Juli 2005 (Urk. 7/50) und 29. Oktober 2005 (Urk. 7/55).

3.2.1.2. Im Arztbericht vom 29. Juli 2005 (Urk. 7/50), worin er den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär bezeichnete, diagnostizierte Dr. D. ein lumboschialgiformes Schmerzsyndrom rechtsbetont bei degenerativen Veränderungen der gesamten Lendenwirbelsäule, segmentaler Instabilität L2/L3 und L3/L4, paramedianer Diskushernie L5/S1 links, einer foraminalen Diskusprotrusion L5/S1 links und einer Wurzeltaschenzyste S1 rechts sowie seit 1998 eine rezidivierende Schulterperiarthropathie rechts, welche sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er seit 1999 therapierefraktäre rezidivierende Kopfschmerzen (Borreliose ausgeschlossen), ein Refluxleiden (endoskopisch negativ, CLO-Test rasch positiv, Eradikation jedoch kaum hilfreich) sowie einen Nikotinkonsum ohne Beschwerden.

3.2.1.3. Sowohl in seiner bisherigen Berufstätigkeit als auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit sei dem Beschwerdeführer keine Tätigkeit mehr zumutbar. Die Prognose sei ungünstig, und es sei eine zunehmende Hilflosigkeit absehbar. Der Beschwerdeführer befinde sich in aussichtsloser Lage. Es sei keine Beschäftigung mehr zumutbar. Eine lange stationäre Rehabilitation sei wohl zweckmässig, wenn auch ohne Erfolgsgarantie bezüglich Wiedererlangung einer Arbeitsfähigkeit.

3.2.2.1. Laut Bericht von Dr. D. vom 29. Oktober 2005 (Urk. 7/55) könne der Beschwerdeführer nicht länger als fünf Minuten ohne Unterbrechung gehen. Dann werde er müde. Hierauf traten starke lumbale Rückenschmerzen auf, die bis zum Nacken aufstiegen. Der Beschwerdeführer sei gezwungen, sich unmittelbar hinzusetzen, bei fehlender Sitzgelegenheit auf den Boden, zum Beispiel am Strassenrand. Im Gehen, aber auch im Sitzen traten Schmerzen in beiden Beinen auf, stärker rechts, bis zu den Sprunggelenken beidseits ausstrahlend. Die Schmerzen hätten lanzinierenden Charakter, mit blitzartigem Einschiessen. Der Beschwerdeführer könne wegen lumbalen Schmerzen mit Ermüdung und grossem Schlafbedürfnis nicht länger als eine halbe

Stunde ohne Unterbrechung sitzen. Auch das Stehen ermüde ihn gleichermassen, so dass er zu dauernd sich wiederholenden Lagewechseln gezwungen sei. Bei längerem Sitzen werde der Beschwerdeführer schmerzbedingt auch nervös und es traten Kopfschmerzen auf. Seit einiger Zeit müsse er wegen Schwindel beim Gehen zusätzlich mit kreislaufstützenden Effortiltropfen behandelt werden. Der Medikamentenbedarf sei beschwerdebedingt unverändert hoch. Seit der letzten Berichterstattung vom Juli 2005 sei keine Besserung eingetreten, subjektiv eher sogar eine Verschlechterung. Der Schlaf sei unverändert durch die Schmerzen stark gestört. Der Beschwerdeführer müsse nachts regelmässig halbnächtlich aufstehen und etwas herumgehen. Er bereite dann warme Kompressen in heissem Wasser, um die lumbalen Schmerzen mit Auflagen etwas erträglicher zu machen.

Es liege beim Beschwerdeführer zweifelsfrei eine vollständige Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bisher und weiterhin für die nächsten Jahre vor. Jede Unterredung, bei welcher der Beschwerdeführer auch beobachtet werden könne, bestätige die Evidenz dieser Tatsache. Es sei absolut unmöglich, dem Beschwerdeführer eine Arbeitsstelle, die auch nur eine Präsenz von zwei Stunden am Tag erfordere, zu vermitteln.

3.3 Der aktuelle Gesundheitszustand ergibt sich aus folgenden Berichten:

3.3.1 Die Ärzte der Rheumaklinik des C. \_\_\_\_, wo der Beschwerdeführer vom 31. Juli bis 20. August 2008 stationär behandelt worden war, stellten im Bericht vom 19. November 2008 (Urk. 7/78/6-9) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 6):

1. Chronisch rezidiv. lumbovertebrales- bis spondylogenes Schmerzsyndrom beidseits, rechtsbetont mit möglicher radikulärer Schmerzsymptomatik L5 rechts mit/bei

- breitbasiger, gering- bis mässiggradiger Diskusprotrusion L4/5 mit recessaler Nervenwurzelkompression L5 beidseits, linksbetont, rechtsbetonter neuroforaminaler Einengung L4, breitbasiger, mässiggradiger Diskusprotrusion auf Höhe L5/S1 mit osteodiskaler, neuroforaminaler Nervenwurzelkompression L5 links und neuroforaminaler Einengung der Nervenwurzel L5 rechts (MRI LWS vom 04.02.08)

- V.a. auf ausgeprägte Somatisierungstendenz im Rahmen von Diagnose 2

2. Somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F.45.4)

- psychiatrisches Konsilium vom 11.08.08 (psychiatrische Poliklinik C. \_\_\_\_)

- subdepressive Stimmungslage (V.a. Depression)

3. Rezidivierende Schulterperiarthropathie beidseits

- derzeit asymptomatisch".

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Ärzte (S. 6):

1. Innere Hämorrhoiden Grad II (Coloskopie 08/08) mit

- rez. Blutauflagerungen

2. Verdacht auf ein Osteoidosteom LWK 5 (Skelettszintigraphie vom 06.08.08)

3. Chronischer Nikotinabusus

- ca. 1 Päckli Zigaretten/Tag, respekt. 20 py

4. Allergie auf Rocephin".

Die stationäre Übernahme des Beschwerdeführers sei von der Abteilung der Neurochirurgie zur weiteren Beurteilung und Behandlung unklarer, bilateraler, exazerbierter Lumboischialgien, erfolgt, nachdem klinisch und bildgebend (CT LWS vom 31. Juli 2008) eine neurochirurgische angehbare Problematik habe ausgeschlossen werden können. Wegen immobilisierender lumbaler Rückenschmerzen mit Ausstrahlungen in beide Beine bis in die Fussspitzen sei der Beschwerdeführer am 31. Juli 2008 gegen 17.00 Uhr notfallmässig hospitalisiert worden. In der am gleichen Abend durchgeführten CT LWS hätten sich eine polysegmentale Diskopathie, eine laterale Listhese L4/5 sowie eine mögliche Neurokompression L5 recessal beidseits sowie neuroforaminal L4 rechts und mässiggradige Spinalkanalstenosen osteodiskovertebral gezeigt.

Zusammenfassend sei die Beschwerdesymptomatik im Rahmen eines chronisch rezidierten rechtsbetonten lumbovertebralen- bis spondylogenen Schmerzsyndrom beidseits mit zusätzlich möglicher, lumboradikulärer Schmerzkomponente L5 rechts aufgrund einer MR-tomographisch nachgewiesenen Diskuspathologie auf Höhe L4/5 sowie L5/S1 zu beurteilen. Beim wenig differenzierten Beschwerdeführer mit Verdacht auf eine ausgeprägte Somatisierungstendenz sei erneut eine psychiatrische Beurteilung veranlasst worden. Hierbei hätten eine seit langem bestehende somatoforme Schmerzstörung beurteilt und eine subdepressive Stimmungslage exploriert werden können.

Unter kombinierter, multimodaler Physiotherapie (aktive, passive Massnahmen) und angepasster medikamentös-analgetischer Therapie seien die Beschwerden im Verlauf deutlich regredient geworden, so dass der Beschwerdeführer am 20. August 2008 in ordentlichem und mobilen Zustand wieder nach Hause habe entlassen werden können.

Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 31. Juli bis 5. September 2008 100 % betragen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe ab dem 8. September 2008 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit für leichte Arbeiten mit der Möglichkeit zur Wechselbelastung. Im Rahmen eines psychiatrischen Konsiliums bestehe eine somatoforme Schmerzstörung. Inwieweit diese auf eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit schliessen lasse, müsse den Kollegen der Psychiatrie überlassen werden.

3.3.2 Gemäss psychiatrischem Konsilium der E.\_\_\_\_ vom 11. August 2008 (Urk. 7/79/17-18) leidet der Beschwerdeführer an einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4). Die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis seien unauffällig. Der Rapport sei durch die einsilbige ratlose Erzählweise erschwert. Das formale Denken sei auf die Schmerzen eingengt, es gebe keinen Anhalt für psychotische Denkinhalte. Die Stimmungslage sei subdepressiv. Bei mangelnder Krankheitseinsicht bestehe keine Indikation für eine Einzelpsychotherapie.

3.3.3 Dr. D.\_\_\_\_ wiederholte in seinem Arztbericht vom 14. Dezember 2008 (Urk. 7/79/1-13) die von den Ärzten des C.\_\_\_\_, Rheumaklinik, gestellten Diagnosen. Seit der Berichterstattung vom 24. März 2003 hätten sich die subjektiven Beschwerden und die

objektiven Befunde nicht mehr wesentlich geÄndert. Bei akuten Schmerzexazerbationen von Seiten des therapieresistenten lumbovertebralen Syndroms seien gelegentlich paravertebrale Injektionen durchgefÄhrt worden. Es seien die nÄtlichen Medikamente regelmÄssig abgegeben und eine medikamentÄlle antidepressive Behandlung sei, auch zur Anhebung der Schmerzschwelle, etabliert worden. Es seien eingehende Untersuchungen und Befragungen Äber das Beschwerdebild jeweils vor den notwendigen Berichterstattungen an die Invalidenversicherung durchgefÄhrt worden, immer mit dem gleichen Befund eines schweren chronischen Schmerzzustandes und einer dadurch bedingten chronischen SchlafstÄrung. Es habe nie die MÄglichkeit einer kausalen Behandlung mit Aussicht auf eine nachhaltige Besserung bestanden.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die ArbeitsunfÄhigkeit betrage weiterhin 100 %.

3.3.4Ä Ä Im Bericht an den Rechtsvertreter des BeschwerdefÄhrers vom 1. Februar 2009 (Urk. 7/82) schilderte Dr. D.\_\_\_\_, der BeschwerdefÄhrer leide an lumbalen RÄckenschmerzen beidseits mit Ausstrahlung bis zur unteren BrustwirbelsÄule, in den BeckengÄrtel dorsal beidseits und in beide Beine bis zum Fuss. Die Beinschmerzen seien stÄrker an der Aussenseite der Ober- und Unterschenkel beidseits, weniger stark, aber zirkulÄr strumpffÄrmig in beiden Beinen. Die Schmerzen strahlten links bis in die Fersengegend und rechts bis zu den Zehen aus. Im rechten Bein seien sie stÄrker als im linken. Die Schmerzen hielten 24 Stunden am Tag an und seien wenig besser im Liegen. Der BeschwerdefÄhrer lasse die Beine von seinen SÄhnen extendieren, was eine gewisse Linderung bringe. Die Schmerzen verschlimmerten sich im Sitzen und im Gehen. Die Gehzeit betrage 10 Minuten, dann mÄsse der BeschwerdefÄhrer wegen Schmerzen und MÄdigkeit eine Pause einlegen. Im Sitzen mÄsse er nach einer halben Stunde aufstehen und herumgehen. Er mÄsse stÄndig in Bewegung bleiben, damit er die Schmerzen besser ertragen kÄnne.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund verschiedenster bezÄglich Schmerzlinderung gescheiterter Behandlungen, der klinischen PrÄsentation des BeschwerdefÄhrers anÄsslich der oftmals wiederholten Befragungen und aufgrund der erhobenen Untersuchungsbefunde betrage die ArbeitsunfÄhigkeit in Abweichung der VerfÄgung der Beschwerdegegnerin aus dem Jahr 2005 auch nach dem 1. Oktober 2005 bis 31. Dezember 2008 und weiterhin 100 %.

3.3.5Ä Ä Im rheumatologischen Gutachten des H.\_\_\_\_ vom 18. Mai 2009 (Urk. 7/89) diagnostizierten Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit (S. 9):

"Ä Ä Ä Ä 1.Ä Ä LangjÄhrig chronifiziertes beidseitiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10: M51.1 und M54.4)

-Ä Ä klinisch mit Verdacht auf Claudicatio radicularis, radikulÄrer (alter) Ausfall L5 rechts bei Grosszehenheberparese mÄglich

-Ä Ä im MRI 8/08 Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen auf mehreren Segmenten, keine hÄhergradige Spinalkanalstenose, foraminale Einengung der Nervenwurzel L5 rechts

-Ä Ä Vd. a. Osteoidosteom LWK 5 (Sekelettszintigrafie vom 06.08.08)

Ä 2.Ä Ä Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom rechts (ICD-10: M53.1)

-Ä Ä leichte Chondrosen C4/5, C5/6 und C7/Th1 sowie dorsale Spondylose C5/6 und C6/7

3. Ausgeprägter Vitamin D-Mangel (ICD-10: E55.9)

4. Verdacht auf Depression".

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizierten die Gutachter (Urk. 7/89 S. 10):

1. Neu aufgetretener Gewichtsverlust (ca. 10 kg) bei St. n. Zahnextraktion und chronischen Schmerzen

2. Langjährig leichte Erhöhung der Entzündungsparameter unklarer Ätiologie

3. Gestörte Glukosetoleranz/Latenter Diabetes mellitus

4. Chronischer Nikotinabusus

5. St. n. unklarer generalisierter Zahnlockerung/-ausfall".

Aufgrund der gezeigten ausgeprägten Einschränkung der HWS- und BWS-Beweglichkeit sei eine konventionell radiologische Bildgebung veranlasst worden. Die vorhandenen leichten Degenerationen könnten die demonstrierte Bewegungseinschränkung allerdings nicht erklären. Da die im Sommer durchgeführte 3-Phasen-Skeltszintigrafie keine entzündlichen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, SIG und des Brustkorbes gezeigt habe, erscheine trotz unklar leicht erhöhten Entzündungsparametern die Diagnose einer Spondylitis ankylosans unwahrscheinlich. Die positiven Waddell-Zeichen mit ausgeprägter Schmerzreaktion und -präsentation, die Schmerzangabe bei Scheinmanövern und die diffusen nicht Dermatome bezogenen Angaben sowie die grosse Diskrepanz zwischen Spontanverhalten beim An- und Ausziehen und Gehen auf dem Gang zu den in der Untersuchung demonstrierten Einschränkungen wiesen allerdings auf eine aktuell nur zum Teil organisch bedingte Genese der Beschwerden hin. Insbesondere das Sitzen sei zumindest während einer Stunde gut möglich gewesen.

Aufgrund der starken Selbstlimitierung und Krankheitsüberzeugung des Beschwerdeführers könne die Arbeitsfähigkeitseinschätzung nur theoretisch erfolgen. Wünschenswert wäre die Durchführung einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit, jedoch wäre die Aussagekraft aufgrund der Selbstlimitierung wahrscheinlich reduziert.

Obwohl degenerative Veränderungen an der LWS vorliegen und somit eine verminderte Belastbarkeit der LWS angenommen werden könne, schliesse dies eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit nicht aus. Da die Tätigkeit als Hilfspartner als zu schwer zu bezeichnen sei, sei nachvollziehbar, dass eine solche nicht mehr zugemutet werden könne. Darin bestehe auch Einigkeit in den vorliegenden Berichten. Was eine leichte Tätigkeit betreffe, könne jedoch aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. In Anbetracht der Gesamtsituation mit chronifiziertem Schmerzsyndrom und wahrscheinlich vorliegender depressiver Stimmungslage sei im Hinblick auf Reintegrationsversuche eine 50%ige angepasste leichte, wechselbelastende Tätigkeit realistischer. Je nach Tätigkeit könne sich das zervikospondylogene Schmerzsyndrom rechts bei nachweisbaren leichten degenerativen Veränderungen ebenfalls einschränkend auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, so dass eine angepasste Tätigkeit keine repetitiven Ankerkopfarbeiten

beinhalten sollte.

#### E. 4

4.1 In somatischer Hinsicht kann den medizinischen Akten entnommen werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht verschlechtert hat. Die Befunde in den Berichten der Rheumaklinik des C. und im Gutachten der Dres. F. und G. stimmen im Wesentlichen mit denjenigen des B.-Gutachtens vom 19. Juni 2003 (Urk. 7/26) und mit den seit Jahren gestellten Befunden von Dr. D. überein. Allerdings ergeben sich Differenzen in der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit: Während Dr. D. seit jeher von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit ausgeht (Erw. 3.3.3-4), attestierten die Ärzte der Rheumaklinik des C. eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit (Erw. 3.3.1). Dres. F. und G. schliessen eine volle Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit nicht aus, erachten aber in Anbetracht der Gesamtsituation mit chronifiziertem Schmerzsyndrom und depressiver Stimmungslage eine 50%ige angepasste leichte, wechselbelastende Tätigkeit als realistischer (Erw. 3.3.5).

Das Gutachten der Dres. F. und G. entspricht in sämtlichen Punkten den praxisgemässen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise. Es basiert auf den notwendigen rheumatologischen Untersuchungen des Beschwerdeführers, und den Gutachtern standen die Akten der Beschwerdegegnerin zur Verfügung, worin namentlich die relevanten medizinischen Berichte enthalten waren. Die Ärzte berücksichtigten sodann die geklagten Beschwerden und setzten sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers auseinander. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge ein. Demgemäss sind denn auch die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet, dass die rechtsanwendende Person sie präzisierend nachvollziehen kann.

Insofern die Gutachter in medizinisch-theoretischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren, wechselbelastenden Tätigkeit durch die degenerativen Veränderungen an der LWS als nicht eingeschränkt erachten, liegt dem keine Verbesserung des Gesundheitszustandes zugrunde, sondern es liegt lediglich eine andere Einschätzung des gleichgebliebenen Sachverhalts vor, welche revisionsrechtlich nicht von Bedeutung ist. Dasselbe hat für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte der Rheumaklinik des C. zu gelten, die eine 50%ige Arbeitsfähigkeit nur noch in einer leichten - und nicht mehr "bis mittelschweren" -, wechselbelastenden Tätigkeit attestierten. In Abweichung der Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit durch Dres. F. und G., aber auch der Ärzte der Rheumaklinik des C., ist, da sich der medizinische Sachverhalt in somatischer Hinsicht nicht wesentlich verändert hat, nach wie vor von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit mit Wechselbelastung sowie Heben von Lasten bis maximal 15 kg auszugehen.

4.2 Was der Beschwerdeführer hiergegen mit Verweis auf die Arztberichte von Dr. D. vorbringt, vermag nicht. Zu dessen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit kann auf das Urteil des hiesigen Gerichts vom 7. Dezember 2006 (Urk. 7/71 Erw. 2.4) verwiesen werden. In seinen Berichten vom 4. Dezember 2008 (Erw. 3.3.3) und 1. Februar 2009 (Erw. 3.3.4) schilderte er das gleiche Beschwerdebild wie in den Berichten vom 29. Juli 2005 (Erw. 3.1.1) und 29. Oktober 2005 (Erw. 3.2.2). Sowohl im Bericht vom 4.

Dezember 2008 als auch in demjenigen vom 1. Februar 2009 bestätigt er, dass sich die subjektiven Beschwerden und objektiven Befunde seit seiner Berichterstattung vom 24. März 2003 nicht mehr wesentlich geändert hätten. Wenn er dem Beschwerdeführer, obwohl keine Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliegt, trotzdem eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert, kann dies nur darauf zurückgeführt werden, dass Hausärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung geneigt sein dürften, in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten auszusagen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 18. Dezember 2006 in Sachen S., I 482/06, Erw. 3.3, unter Hinweis auf BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc).

#### **E. 4.3**

4.3.1 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

4.3.2 Die Fachärzte der E. \_\_\_ stellten, nachdem die Rheumatologen des C. \_\_\_ - und nicht wie vom Beschwerdeführer vorgebracht der E. \_\_\_ - einen Verdacht auf eine Depression gestellt hatten, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (Erw. 2.3.2). Eine eigenständige psychische Erkrankung im Sinne einer Komorbidität wurde indessen nicht diagnostiziert. Der Beschwerdeführer zeigte sich anlässlich der Exploration in Aufmerksamkeit und Gedächtnis unauffällig. Es gab keinen Anhalt für psychotische Denkinhalte. Einzig das formale Denken war auf die Schmerzen eingengt, und die Stimmungslage war lediglich subdepressiv. Eine eigentliche Depression wurde nicht diagnostiziert, so dass aus der subdepressiven Stimmungslage allein nicht auf eine

eigenständige Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit zu schliessen wäre.

4.3.3.4. Zur Prüfung der weiteren praxisgemässen Faktoren, welche die Überwindbarkeit des Schmerzempfindens einschränken könnten, ist vorweg eine chronische körperliche Begleiterkrankung zu verneinen. Die vorhandenen leichten Degenerationen an der HWS und BWS können laut Dres. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ (Erw. 3.3.5) die demonstrierten Bewegungseinschränkungen nicht erklären. Die beiden Ärzte gehen sogar davon aus, dass eine Arbeitsunfähigkeit allein aus rheumatologischer Sicht in einer leichten Tätigkeit nicht begründet werden kann. Die leichten Degenerationen der HWS und BWS können daher nicht als chronische Begleiterkrankung gewertet werden, auch wenn sie gewisse Schmerzen verursachen mögen. Indessen muss vorliegend von einem mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung gesprochen werden. Der Beschwerdeführer klagt seit Jahren über die selben, organisch nicht restlos objektivierbaren Schmerzen. Dagegen ist ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens ebenso wenig ausgewiesen wie ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung. Der Beschwerdeführer zeigt keinerlei Krankheitseinsicht, so dass nie eine Indikation bestand für eine ambulante oder stationäre psychiatrische Behandlung (Erw. 3.3.2).

4.3.4.4. Damit steht fest, dass die Voraussetzungen für die ausnahmsweise Verneinung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der Schmerzproblematik nicht gegeben sind. Demnach ist der Beschwerdeführer auch in psychischer Hinsicht - aus invalidenversicherungsrechtlicher Optik - nicht in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Das nicht organisch begründbare Schmerzempfinden (im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung) erscheint als überwindbar und die subdepressive Stimmungslage nicht als eigenständig pathologisch.

5.4.4.4. Insoweit der Beschwerdeführer geltend macht, bei den erwerblichen Auswirkungen sei zu berücksichtigen, dass er ohne Gesundheitsschaden einer körperlich schweren Tätigkeit nachgehen würde, weshalb sich beim Einkommensvergleich ein Tabellenlohnabzug von 25 % rechtfertige, ist dieser Einwand nicht zu hören. Dem Beschwerdeführer ist nämlich entgegenzuhalten, dass das Gericht im Urteil vom 13. Februar 2004 (Prozess IV.2003.00394, Urk. 7/45) einen Tabellenlohnabzug von 25 % gewährt und einen Invaliditätsgrad von 53,7 % ermittelt hat. Da sich aber gemäss Aktenlage die erwerblichen Auswirkungen in der Zwischenzeit nicht derart geändert haben, dass nunmehr der Anspruch auf eine höhere Invalidenrente entstanden ist, hat die Beschwerdegegnerin zu Recht an der halben Invalidenrente festgehalten.

## E. 6

6.1.4.4. Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für den unterliegenden Beschwerdeführer kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 700.-- anzusetzen. Da die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung erfüllt sind, sind die Kosten einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.2.4.4. Da lic. iur. Demetrios Contoyannis nicht über ein Anwaltspatent verfügt, kann er praxisgemäss (vgl. Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. Dezember 2007 i. S. E.,

IV.2007.01404) nicht als unentgeltlicher Rechtsbeistand eingesetzt werden. Das entsprechende Gesuch vom 28. Juli 2009 (Urk. 1 S. 2) ist daher abzuweisen.

6.3 Der Beschwerdeführer ist gestützt auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) zur Nachzahlung der Gerichtskosten verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist.

Das Gericht beschliesst:

In Bewilligung des Gesuchs vom 28. Juli 2009 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt. Sein Gesuch um Bestellung von lic. iur. Demetrios Contoyannis, Zürich, als unentgeltlicher Rechtsbeistand wird abgewiesen.

Sodann erkennt das Gericht:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- lic. iur. Demetrios Contoyannis

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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).

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.