

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00228 vom 9. Mai 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-05-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00228

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00228 du 9 mai 2011

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00228 del 9 maggio 2011

Erwägungen

E. 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 vom 6. Oktober 2000; 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

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

- a. ihre Erwerbsunfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;
- b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und
- c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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).

1.3 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

Ausknfte eine wichtige Grundlage fr die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden knnen (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b/cc).

Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prfen, unabhngig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlssige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wrdigen und die Grnde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 Erw. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser Grundsitze entscheidend, ob es fr die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden bercksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen ntig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustnde und Zusammenhnge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmglichen, 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 rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.).

1.4 ndert sich der Invalidittsgrad einer Rentenbezgerin oder eines Rentenbezgers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin fr die Zukunft entsprechend erhht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche ndering in den tatschlichen Verhltnissen, die geeignet ist, den Invalidittsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen ndering des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verndert haben (BGE 130 V 343 Erw. 3.5 S. 349 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverndert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfhigkeit fr sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis fr die Beurteilung einer anspruchserheblichen ndering des Invalidittsgrades bilden die letzte rechtskrftige Verfugung oder der letzte rechtskrftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklrung, Beweiswrdigung und Invalidittsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 Erw. 3.2.3 S. 75 ff; Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 26. Mrz 2010, 9C_438/2009, Erw. 1 mit Hinweisen).

E. 2

2.1 Die rzte des Spitals Y. diagnostizierten im Bericht vom 28. Februar 1997 (Urk. 13/9) eine starke radio-carpale Arthrose links bei Status nach schwerer,

intraartikulärer distaler Radiusdistalfraktur im August 1995, eine scapho-lunäre Instabilität, einen Ulnavorschub mit pseudoarthrotisch verheilte Abrissfraktur des Processus styloideus ulnae sowie eine massive Synovitis im radio-carpalen Gelenk. Der Gesundheitsschaden bestehe seit dem 17. August 1995, als der Beschwerdeführer von der Leiter gestürzt sei. Eine Behandlung sei nicht möglich, der Verlauf besserungslos, sofern der Beschwerdeführer nicht mehr zum angestammten Beruf als Schreiner zurückkehren könne. In diesem Beruf sei er ab dem Unfall bis zum 26. Dezember 1995 zu 100 %, ab dem 27. Dezember 1995 zu 0 %, ab dem 3. September 1996 bis zum 3. Dezember 1996 zu 50 % und ab dem 4. Dezember 1996 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch berufliche Massnahmen verbessert werden. In einem weniger manuell ausgerichteten Beruf könne der Beschwerdeführer wieder eine volle Arbeitsfähigkeit erlangen.

2.2 Dr. Z. stellte in ihrem Arztbericht vom 29. März 1997 (Urk. 13/11) dieselbe Diagnose wie das Spital Y. Der Beschwerdeführer sei seit dem 4. Dezember 1996 als Schreiner/Monteur arbeitsunfähig. Die starke Belastung des Handgelenks bei der bisherigen Tätigkeit sei bleibend unmöglich. Als Inhaber des Wirtepatents habe der Beschwerdeführer aber die Möglichkeit, in eine leichtere Tätigkeit umzusteigen, die er sicher zu 50 % ausüben könnte. Er könne keine Getränkekisten schleppen und keine schweren Tablettts tragen.

2.3 Dr. B. diagnostizierte im Bericht vom 17. April 2001 (Urk. 13/38) eine radio-carpale Arthrose links, eine scapho-lunäre Instabilität, einen Ulnavorschub sowie ein Carpaltunnelsyndrom. Der Beschwerdeführer verspüre Schmerzen beim Belasten der linken Hand, es bestehe auch ein Verdacht auf Aethylismus. Für jeden handwerklichen Beruf sei der Beschwerdeführer zu 100 % arbeitsunfähig. Alle Arbeiten, bei denen das linke Handgelenk keinen stärkeren Belastungen ausgesetzt sei (z.B. Büroarbeit), seien dem Beschwerdeführer dagegen vollumfänglich zumutbar. Eine Umschulung wäre sinnvoll, sofern es gelinge, den Beschwerdeführer aus seiner misslichen Lebenslage herauszuholen.

2.4 Gemäss dem Bericht von Dr. C. vom 7. November 2000 (Urk. 13/39) leidet der Beschwerdeführer unter Einschlafparästhesien im Bereiche der linken Hand unbekannter Aetiologie sowie unter einem Status nach intraartikulärer Mehrfragmentfraktur des distalen Radius mit Dislokation nach dorsal (1995). Inwieweit die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei, könne aus neurologischer Sicht nicht sicher beantwortet werden. Ein chirurgiebedürftiges Carpaltunnelsyndrom schein unwahrscheinlich. Es seien aber einige auffallende Befunde bei der Untersuchung erhoben worden, nämlich beidseits fehlende Armeigenreflexe und durchgehend kleine Summenpotentiale beider Hände. Eine Erklärung dafür wäre eine sensible axonale Neuropathie, vielleicht im Rahmen eines Aethylabusus. Auch während der Konsultation habe ein aethylischer Foetor bestanden.

2.5 Laut dem psychiatrischen Gutachten von Dr. D. vom 6. September 2002 (Urk. 13/60) leidet der Beschwerdeführer unter einer floriden Alkoholproblematik und ihren Folgen sowie einer auffälligen Persönlichkeitsstruktur im Rahmen einer defizitären Kindheitsentwicklung. Es liege eine Alkoholabhängigkeit vom Typ des chronischen, täglichen Pegeltrinkens vor (geschätzte Trinkmenge zwischen 80 und 200 g täglich bei bestehender Alkoholtoleranz). Ausserdem bestehe der Verdacht auf Einsetzen einer alkohol-/hirnbedingten Wesensänderung mit den Anzeichen einer

emotionalen Verflachung und Entdifferenzierung ursprünglich vorhandener Fähigkeiten im Persönlichkeitsbereich. Der Beschwerdeführer zeige fehlende Krankheitseinsicht, deutliche Bagatellisierungstendenzen und keine Behandlungsmotivation, obwohl eine Intervention dringend angezeigt wäre. Die Auffälligkeit in der Persönlichkeitsstruktur stehe im Zusammenhang mit einer posttraumatischen Störung in der Jugendzeit nach dem plötzlichen Unfalltod des Vaters. Der Beschwerdeführer habe von Anfang an eine mangelhafte berufliche Stabilität aufgewiesen, mit häufigen Stellen- und Tätigkeitswechseln. Es bestehe der Verdacht auf eine primäre innere Verwahrlosungsstruktur mit der Ausbildung von Anzeichen einer Borderline-Persönlichkeit. Die beschriebenen primären und sekundären, sich amalgamierenden Störungen bedingten aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um etwa 50 %. Bei fehlender Krankheitseinsicht und nicht bestehender Behandlungsmotivation müsse die Prognose als ungünstig angesehen werden, so dass mit einem Anstieg der Arbeitsunfähigkeit auf über 70 % zu rechnen sei. Es bedürfe aber trotz mangelhafter Compliance keiner Diskussion, dass der Beschwerdeführer einer professionellen Therapie zugeführt werden müsse. Die verschiedenen Beschwerden und Störungen seien bei ansprechender Compliance durchaus angebar und zumindest teilweise erfolgreich zu therapieren. In seiner physischen und psychischen Verfassung könne und müsse ihm eine Therapie zugemutet werden. Es sei zuerst eine professionelle Entgiftungsbehandlung in einem Allgemeinspital oder in einer psychiatrischen Klinik durchzuführen und anschliessend eine mehrmonatige stationäre Suchttherapie und Rehabilitation, z.B. in der Klinik J. ___. Werde eine solche Therapie erfolgreich durchgeführt, sei mit einem Anstieg der Arbeitsfähigkeit auf mindestens 60 % zu rechnen.

2.6 Gemäss dem Bericht von Dr. F. __ vom 25. Juni 2007 (Urk. 13/130) hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit 2006 bei gleicher Diagnose verschlechtert. Er leide unter mehr Handgelenksschmerzen und einer unveränderten Alkoholproblematik. Ob eine psychiatrische Behandlung durchgeführt werde, sei Dr. F. __ nicht bekannt. Die letzte ärztliche Kontrolle habe am 13. September 2005 stattgefunden. Zur Erstellung des Berichtes habe er mit dem Beschwerdeführer am 30. Mai 2007 telefoniert.

2.7 Laut dem Bericht von Dr. G. __ vom 12. November 2007 (Urk. 13/136) hat sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit der Begutachtung durch Dr. D. __ (6. September 2002) verschlechtert. Die äthylische Wesensänderung habe sich im Sinne eines organischen Psychosyndroms verstärkt. Die Gesamtpersönlichkeit habe sich abgebaut. Zentral seien eine Antriebsverminderung und eine vermehrte Depressivität seit dem Tod seiner Schwester als wichtigste Bezugsperson im Jahr 2005. Seither habe der Beschwerdeführer vermehrte Suizidgedanken, allerdings halte ihn die Beziehung zu seinem Hund zurück. Somatisch leide der Beschwerdeführer unter verstärkten Schmerzen im linken Handgelenk und nun auch zunehmend rechts. Er habe handschuhförmige Sensibilitätsstörungen an beiden Händen (Verdacht auf äthylische Polyneuropathie). Die chronische Alkoholabhängigkeit sei bestehen geblieben. Der Beschwerdeführer leide in letzter Zeit häufig unter Schlafstörungen und einer zunehmenden Alkoholintoleranz. Die Voraussetzungen für eine stationäre Suchttherapie seien noch schlechter geworden. Der fortgesetzte Alkoholkonsum seit 2002 habe die äthylische Wesensänderung verstärkt. Im Vordergrund ständen die

affektive Verflachung, der Antriebsverlust, die Nivellierung der Interessen, der soziale Rückzug bis zur Isolation. Dazu können motorische Auffälligkeiten (Kopf- und Extremitätsbewegungen) sowie eine Sprachstörung mit Anstossen, Poltern. Eine manuelle Tätigkeit wäre generell durch die Handgelenksprobleme total eingeschränkt. Der Beschwerdeführer müsste auf eine nicht manuelle Tätigkeit umgeschult werden. Die äthylische Wesensänderung mit ihren weitreichenden Folgeschäden verunmögliche aber eine differenzierte geistige Tätigkeit. Es komme lediglich eine einfache Hilfstätigkeit in Frage. Der Beschwerdeführer sei nicht in der Lage, regelmäßig und in einem geordneten Rahmen unter realistischen Bedingungen Arbeit zu verrichten. Es werde die Ausrichtung einer vollen Rente empfohlen. Der Beschwerdeführer sei seit 2005 (Tod der Schwester) zu mehr als 70 % arbeitsunfähig.

2.8 Die Ärzte des H. ___ stellen in ihrem Gutachten vom 12. Januar 2009 folgende Diagnose (Urk. 13/147/16-17):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. Alkoholabhängigkeit (ICD-10 F10.2)

2. Alkoholbedingte Wesensänderung (ICD-10 F10.71)

3. Chronische Restbeschwerden Handgelenk links bei posttraumatischer intrartikulärer distaler Radiustrammerfraktur nach Sturz vom 17.8.1995 mit posttraumatischer Radiokarpalarthrose (ICD-10 M19.1)

4. Beginnende Radiokarpalarthrose rechts (ICD-10 M19.0)

5. Klinisch ausgeprägte Femoropatellararthrose beidseits links betont (ICD-10 M17.0)

6. Allgemeine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung mit kachektischem Körperbau (BMI 17 kg/m²) bei chronischem Äthylabusus (ICD-10 M62.9/F10.2)

- Verdacht auf periphere Polyneuropathie Unterschenkel und Füße beidseits (ICD-10 G62.1)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

chronisch-obstruktive Bronchitis (COPD) (ICD-10 J44.9)

- aktuelle Lungenfunktion mit ausgeprägter obstruktiver Ventilationsstörung

- massivst anhaltender chronischer Nikotinabusus (ICD-10 F17.1).

Aufgrund der aus rheumatologischer Sicht erhobenen Befunde können dem Beschwerdeführer sämtliche körperlich regelmäßig mittelschwer bis schwerbelastenden beruflichen Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden. Für eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit bestehe eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit unter folgenden Arbeitsplatzbedingungen: Manuell belastende Tätigkeiten mit der linken Hand seien nicht zumutbar, hingegen bestehe keine Einschränkung bei der Benutzung der rechten Hand. Repetitive Werkkopfarbeiten sollten vermieden werden. Die Arbeitsposition sollte regelmäßig gewechselt werden können. Das Heben, Tragen, Stossen und Ziehen von Lasten über 10 bis 15 kg sei zu

vermeiden, ebenso Arbeiten in anhaltender Oberkörperverneigeposition. Die psychiatrische Evaluation habe wegweisend in Bezug auf die globale Arbeits- und Leistungsfähigkeit eine alkoholbedingte Wesensveränderung bei chronischer Alkoholabhängigkeit ergeben. Der Beschwerdeführer zeige keinerlei Motivation, mit dem Konsum von Alkohol aufzuhören. Auch unter konsequenter Alkoholabstinenz sei aus psychiatrischer Sicht nicht zu erwarten, dass sich dadurch die alkoholische Wesensveränderung zurückbilden würde. Aufgrund der ausgeprägten Antriebsminderung, der affektiven Verflachung, der Apathie und Gleichgültigkeit sei die Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Die früher ausgeübten Tätigkeiten in der Werbebranche sowie als selbständiger Gastwirt seien ebenso wenig möglich wie jegliche Tätigkeit, die höhere Anforderungen an die Konzentrationsfähigkeit und an den Durchhaltewillen stelle. Aus psychiatrischer Sicht bestehe lediglich für anspruchlose Hilfsarbeiten eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Diese sei jedoch nicht umsetzbar, solange der Beschwerdeführer weiterhin einen so hohen Alkoholkonsum betreibe. Nach wie vor wäre es ihm jedoch zumutbar, gänzlich auf den Alkoholkonsum zu verzichten. Dazu sei er jedoch nicht motiviert. Gesamthaft bestehe somit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in leichten, kognitiv anspruchlosen Hilfsarbeitertätigkeiten, welche erst nach der dem Beschwerdeführer zumutbaren Einstellung des Alkoholkonsums realisierbar sei. Es sei davon auszugehen, dass seit der letztmaligen Rentenzusprechung eine unveränderte Situation vorliege.

E. 3

3.1. Strittig und zu präzisieren ist die Frage, ob sich der Gesundheitszustand bzw. die damit verbundene Erwerbsfähigkeit des Beschwerdeführers im Zeitraum zwischen der rentenzusprechenden Verfügung vom 6. August 2003 (Urk. 13/89-90) bzw. dem Einspracheentscheid vom 31. Oktober 2003 (Urk. 13/101) und der angefochtenen Verfügung vom 8. Februar 2010 (Urk. 2) in anspruch relevanter Weise verändert hat.

3.2. Das H. -Gutachten vom 12. Januar 2009 (Urk. 13/147) beantwortet die gestellten Fragen umfassend, berücksichtigt die vom Beschwerdeführer geklagten Schmerzen und ist in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtend. Ebenso wurden die gezogenen Schlussfolgerungen in nachvollziehbarer Weise hergeleitet, und das Gutachten setzt sich mit den Vorakten ausführlich auseinander, womit es den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 362 Erw. 3a) gerecht wird. Ihm ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, falls keine konkreten Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/bb).

3.3. Zu den Berichten der behandelnden Ärzte ist grundsätzlich festzuhalten, dass bei deren Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass sie mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc). Soweit der Beschwerdeführer geltend macht, es sei auf die Beurteilung von Dr. G. abzustellen, ist festzuhalten, dass sich diese im Wesentlichen mit derjenigen des H. deckt. Sowohl Dr. G. als auch das H. gehen davon aus, dass der Beschwerdeführer im aktuellen Zustand nicht in der Lage ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Unterschiedliche Ansichten bestehen dagegen bezüglich der Frage, ob dem Beschwerdeführer ein Alkoholkonsum zumutbar ist und ob er nach dessen erfolgreichen Durchführung in der Lage wäre, in behinderungsangepasster Tätigkeit einer

zumutbar ist, d.h. die Einschränkungen der Leistungsfähigkeit sind mit der Festsetzung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % bereits weitgehend berücksichtigt worden. Insgesamt rechtfertigt sich damit die Vornahme eines Abzugs von 10 %, womit sich das Invalideneinkommen auf Fr. 27'077.-- beläuft. Verglichen mit dem Valideneinkommen von Fr. 83'396.-- ergibt sich eine Einkommenseinbusse von Fr. 56'319.-- bzw. rund 68 %.

5. Zusammenfassend ist die Beschwerdegegnerin damit zu Recht zum Ergebnis gelangt, dass der Beschwerdeführer weiterhin Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. Die Beschwerde ist deshalb abzuweisen.

6. Beim Beschwerdeführer sind die Voraussetzungen zur Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gemäss Art. 16 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) erfüllt. In Bewilligung des Gesuchs vom 4. März 2010 (Urk. 1) bzw. 21. März 2010 (Urk. 6) ist ihm deshalb für das vorliegende Verfahren die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren.

7. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG (in der seit dem 1. Juli 2006 gültigen Fassung) ist abweichend von Art. 61 lit. a ATSG das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200-1000 Franken festgelegt. Die Gerichtskosten sind auf Fr. 600.-- festzusetzen und dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. Der Beschwerdeführer ist auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist.

Das Gericht beschliesst:

Dem Beschwerdeführer wird die unentgeltlicher Prozessführung gewährt.

und erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- X.____

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. 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.