

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT iv.2005.00937 vom 19. September 2006

ZH Sozialversicherungsgericht, 2006-09-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_iv.2005.00937

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT iv.2005.00937 du 19 septembre 2006

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT iv.2005.00937 del 19 settembre 2006

Regeste

Revision, keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ausgewiesen

Erwägungen

E. 1

1.1???? Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen und die Rechtsprechung zum Invaliditätsbegriff (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG, in Verbindung mit Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG), zum Einkommensvergleich (Art. 16 ATSG), zum Rentenanspruch (Art. 28 IVG) und zur Revision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1 ff.). Darauf kann verwiesen werden. Folgendes ist anzufügen: 1.2???? Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfugung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfugung respektive des Einspracheentscheides (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweis; AHI 2000 S. 309 Erw. 1b mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichen Gesichtspunkten ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a). 1.3???? 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, so: 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). 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).

2.1.1.1 Streitig und zu prüfen ist, ob seit Erlass der Verfügung vom 1. Juli 2003 (Urk. 8/52), welche mit Urteil des hiesigen Gerichts vom 28. September 2004 (Prozess Nr. IV.2003.00485; Urk. 8/30) bestätigt und womit dem Beschwerdeführer auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 40 % eine Viertelsrente zugesprochen wurde, bis zum Erlass des Einspracheentscheids vom 13. Juli 2005 (Urk. 2) der massgebliche medizinische und/oder wirtschaftliche Sachverhalt in einer für den Rentenanspruch so erheblichen Weise geändert hat, dass dem Beschwerdeführer nunmehr eine höhere Rente der Invalidenversicherung zusteht, oder ob weitere medizinische Abklärungen für diese Beurteilung als notwendig erscheinen.

2.2.1.1 Die Beschwerdegegnerin stellte sich auf den Standpunkt, dass der Beschwerdeführer im Oktober 2002 aus rheumatologischer Sicht und im Mai 2003 aus psychiatrischer Sicht umfassend begutachtet worden sei. Wenn nun mit allgemeinen medizinischen Befunden eine kontinuierliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes postuliert und gestützt darauf eine umfassende Neubeurteilung beantragt werde, ohne dass ein neuer Sachverhalt vorliege, sei dies wenig nachvollziehbar (Urk. 2 S. 3 Mitte).

2.3.1.1 Der Beschwerdeführer brachte dagegen vor, ab März 2004 habe sich sein Gesundheitszustand rentenerheblich verschlechtert. Dies sei aus den neuen Befunden, den eingereichten ärztlichen Erhebungen (vgl. Urk. 8/60/2-4) und aus dem Bericht von Dr. med. B.____ (vgl. Urk. 8/58) ersichtlich (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5 ff.). Zudem habe die Beschwerdegegnerin aufgrund der neuen Befunde und Diagnosen Anlass gehabt, die Invalidenrente zu revidieren und weitere Berichte einzuholen oder allenfalls eine neue Begutachtung in Auftrag zu geben (Urk. 1 S. 6 Ziff. 8).

E. 3

3.1.1.1 Der rentenbegründenden Verfügung vom 1. Juli 2003 (Urk. 8/52) lagen folgende medizinische Beurteilungen zugrunde, die mit Urteil vom 28. September 2004 (Urk. 8/30) als schlüssig und damit als genügende Grundlage für die Zusprechung einer Viertelsrente befunden wurden:

3.2.1.1 Mit Bericht vom 12. Januar 1999 stellten die Ärzte der Medizinischen Poliklinik des Spitals Y.____, Departement für Innere Medizin (Poliklinik), folgende Diagnose (Urk. 8/65/3 S. 1 oben): - Zervikospodylogenes Syndrom links und thorakolumbovertebrales Syndrom mit/bei ? - Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz ? - muskulärer Dysbalance ? - globaler Muskelinsuffizienz bei Deconditioning-Syndrom - Zervikovertebrales Syndrom mit segmentalen Dysfunktionen - Leichte Coxarthrose beidseits - Status nach erosiver Antritis, Ulcus duodeni sowie ?dematöser Bulbitis ????????? Der Beschwerdeführer werde von seinem Hausarzt zur weiteren Therapie der multiplen rheumatologischen Beschwerden zugewiesen. Dazu habe

man den Beschwerdeführer an die Rheumatologische Poliklinik überwiesen. Er sei einer Physiotherapie zugeführt worden und solle anschliessend zunächst unter Anleitung und danach alleine eine medizinische Trainingstherapie durchführen. Die Arbeitsunfähigkeit sei dabei bis auf Weiteres auf 50 % festgelegt worden (Urk. 8/65/3). 3.3.3.3. Die Ärzte der Rheumaklinik des Spitals Y. (Rheumaklinik) stellten in ihrem Bericht vom 1. Juni 1999 folgende Diagnose (Urk. 8/65/2 Mitte): - generalisiertes Schmerzsyndrom - Initial Panvertebralsyndrom bei - Haltunginsuffizienz und Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule - Klinisch und radiologisch leichter Coxarthrose beidseits - massiver Symptomausweitung bei psychosozialer Problemkonstellation (Arbeitslosigkeit, Abhängigkeit vom Sozialamt, fehlende Zukunftsperspektive) - Status nach Ulcus duodeni bei Nachweis von Helicobacter pylori Mit der durchgeführten ambulanten Physiotherapie hätten die beklagten Beschwerden nicht richtungsweisend beeinflusst werden können, vielmehr seien im Verlauf zunehmend und stark wechselnd beklagte Beschwerden an anderen Lokalisationen aufgetreten. Bei jeweils fehlendem organischem Korrelat und somit deutlich absehbarer Symptomausweitung sei im Februar 1999 eine schmerzdistanzierende Therapie initiiert worden. In den abschliessenden Kontrollen hätten Zeichen einer depressiven Reaktion sowie der Symptomausweitung im Vordergrund gestanden. Es seien keine radikalen neurologischen Defizite nachweisbar gewesen. In Anbetracht der deutlichen Chronifizierung erschienen primär aktivierende Massnahmen im Sinne eines selbstständig durchzuführenden Heimprogramms und körperlicher Aktivität vorzugsweise in Gruppensituationen wie medizinische Trainingstherapie im Fitnesscenter empfehlenswert. Die Behandlung in der Rheumaklinik sei wegen mangelndem Ansprechen abgeschlossen worden. Als primäres Ziel wäre eine baldestmögliche Reintegration in den Arbeitsprozess unter hausärztlicher Führung anzustreben. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für jede leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (Urk. 8/65/2). 3.4. In einem weiteren Bericht der Ärzte der Rheumaklinik vom 5. April 2001 (Urk. 8/63/5) wurden ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Schulterhochstand links und Haltunginsuffizienz sowie ausgeprägten Zeichen der somatoformen Schmerzstörung diagnostiziert (Urk. 8/63/5 S. 1 Mitte). Der Beschwerdeführer sei insbesondere zur Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit zugewiesen worden. Er gebe an, seit längerer Zeit an generalisierten Schmerzen zu leiden, und beschreibe diese am ganzen Rücken, insbesondere lumbal, jedoch auch im Nacken und Kopf, assoziiert mit Schwindel und Augendruck, zudem Schmerzen beidseits in den Armen mit rezidivierend einschliessenden Schmerzempfindungen, insbesondere in der linken Schulter und in beiden Händen. Auch in den Beinen verspüre der Beschwerdeführer Schmerzen, insbesondere in den Knien und Füssen. Er gebe eine Gefühlslosigkeit der Unterschenkel ventral beidseits an und schildere diese Beschwerden ausführlich. Auf die Arbeitssituation angesprochen sei er der Meinung, dass er aufgrund der Schmerzen und des Schwindels auf keinen Fall arbeiten könne. Aktuell werde eine physiotherapeutische Behandlung sowie eine analgetische Behandlung durchgeführt (Urk. 8/63/5 S. 1). Unverändert zur Beurteilung vom 1. Juni 1999 bestehe weiterhin ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit deutlichen Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Erfreulicherweise habe der damals arbeitslose Beschwerdeführer wieder eine neue Arbeit als Chauffeur und Lagerist gefunden. Seit dem 15. Januar 2001 bestehe eine erneute Arbeitsunfähigkeit und der Beschwerdeführer fühle sich nicht in der Lage, dieser Arbeit weiterhin nachzugehen. Die

Schmerzerkrankung nehme einen grossen Stellenwert ein. In dieser Situation empfehle man am ehesten ein interdisziplinäres Vorgehen. Zur Abklärung, ob ein rehabilitatives Potenzial bestehe, habe man den Beschwerdeführer für ein Arbeitsassessment im Hause angemeldet. Dort werde auch definitiv zur Arbeitsunfähigkeit Stellung genommen werden. Aufgrund der jetzigen Untersuchung bestehe jedoch für eine leichte bis mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit ohne schweres Heben eine 100%ige Arbeitsfähigkeit.

Bezüglich der aktuellen Arbeit als Lagerist habe man in einem ärztlichen Zeugnis an den Arbeitgeber die Zuweisung von körperlich leichter Arbeit ohne Heben von Lasten über 15 kg vorgeschlagen (Urk. 8/63/5 S. 2). 3.5.1.1 Am 1. Juni 2001 führten die Ärzte der Rheumaklinik in ihrem Bericht über die Teilevaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit aus, dass eine sehr starke Fixierung auf die Schmerzen, aber auch ein Kraftverlust diverser Körperabschnitte die arbeitsbezogen relevanten Probleme des Beschwerdeführers bildeten. Ein Grossteil seiner Aufmerksamkeit gelte seinen Schmerzen, was sich zeige, indem er das Gespräch immer wieder auf seine Schmerzen lenke, auch wenn das Gespräch von der Testperson auf andere Themen gebracht werde. Bei den Tests bewege er sich teilweise verlangsamt, was er auf die Schmerzen zurückführe, auch breche er Tests wegen Schmerzen selbstlimitiert ab. Kraftdefizite gebe es vor allem in der Schultermuskulatur, links mehr als rechts, in der Arm- und Handgelenkmuskulatur, aber auch im Rumpf und in den Beinen (Urk. 8/64/3 S. 2 oben). 3.5.1.2 Die Leistungsbereitschaft des Beschwerdeführers wurde im Wesentlichen als schlecht beurteilt, da er sehr viele Tests abgebrochen habe und auch der Einsatz bei der Handkraft fraglich gewesen sei. Er begründe dies mit seinen Schmerzen. Ein Training zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit mit dem Ziel, wieder an die gleiche Arbeit zurückzukehren, könne er sich nicht vorstellen. Er habe keine klaren Vorstellungen, wie es weitergehen solle. Die Konsistenz könne aufgrund der begrenzten Testauswahl nicht abschliessend beurteilt werden (Urk. 8/64/3 S. 2 Mitte). 3.5.1.3 Die Zumutbarkeit der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist könne aufgrund der Evaluation der körperlichen Leistungsfähigkeit nur teilweise beurteilt werden, sei aber im Minimum halbtags gegeben. Dabei bestehe eine Belastungsreduktion: Gewichtslimiten bestünden bei 20 bis 25 kg für das Heben, für das Ziehen und Stossen von Paletten bis 300 kg oder schwerere Paletten zu zweit bis 600 kg, für das Heben über Kopf bis 10 kg. Die Tätigkeit als Chauffeur sei von der Fahrtauglichkeit abhängig, die man aufgrund dieser Evaluation nicht beurteilen könne. Für andere berufliche Tätigkeiten sei eine mittelschwere Arbeit zumutbar, wobei der zeitliche Umfang aufgrund des gewählten abgekehrten Testverfahrens nicht schlüssig beurteilt werden könne (Urk. 8/64/3 S. 2 unten). 3.5.1.4 Bezüglich beruflicher Eingliederung wurde eine reduzierte Tätigkeit am gleichen Arbeitsplatz mit bisheriger Tätigkeit empfohlen. Der Beschwerdeführer solle wieder sportliche Eigenaktivitäten aufnehmen. Falls er sich deutlich für eine arbeitsbezogene Rehabilitation entscheiden könne, sollte diese Chance genutzt werden (Urk. 8/64/3 S. 3). 3.6.1.1 Mit Bericht vom 29. Juni 2001 hielten die Ärzte der Rheumaklinik im Hinblick auf das durchgeführte Testverfahren fest, dass in den dynamischen Tests eine Belastbarkeit im mittelschweren Gewichtsbereich habe erhoben werden können. Bei schon länger bestehendem generalisiertem undifferenziertem Schmerzsyndrom sei der Beschwerdeführer stark schmerzfixiert und könne sich eine ambulante arbeitsbezogene Rehabilitation an der Rheumaklinik überhaupt nicht vorstellen. Obwohl die Arbeitsstelle noch vorhanden sei, glaube er weder zum jetzigen Zeitpunkt noch in naher Zukunft an eine Reintegration als Lagerist, auch nicht als Mitarbeiter im Transportdienst. Aktuell sehe man deshalb keine Möglichkeit für eine erfolgsversprechende

berufsorientierte Rehabilitation. In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist sollte jedoch mit folgenden Gewichtslimiten mindestens halbtags eine Beschäftigung möglich sein: Heben Boden-Taille maximal 22,5 kg, Heben Taille-Kopfhöhe maximal 10 kg und Heben horizontal maximal 27,5 kg (Urk. 8/63/4). ??????? Empfohlen wurde eine sukzessive Rückführung des Beschwerdeführers an den bisherigen Arbeitsplatz mit den genannten Gewichtslimiten. Falls sich im Schmerzverhalten oder an der mangelnden Bereitschaft für ein arbeitsbezogenes Rehabilitationstraining eine grundlegende Änderung ergebe, könne er zu einem späteren Zeitpunkt zur diesbezüglichen Reevaluation angemeldet werden (Urk. 8/63/4 unten). 3.7???? Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für Neurologie, nahm in ihrem Bericht vom 24. September 2001 folgende Beurteilung vor: Klinisch und elektroneurographisch sei eine Reiz- und Ausfallsymptomatik des sensiblen, oberflächlichen Endastes des Nervus radialis links zu finden, am ehesten bedingt durch eine Druckneuropathie an der radialen Vorderseite links, allenfalls im - möglicherweise durch Alkohol bedingten - vertieften Schlaf. Infolge sehr diffuser und zum Teil nicht ganz glaubwürdiger anamnestischer Angaben, bei denen jeglicher Alkoholkonsum trotz deutlichem Foetor aethylicus verneint werde, sei die Ursache letztlich schwierig festzustellen. Wegen leichter Zeichen einer Polyneuropathie empfahl Dr. C.____ C.____, auf Alkohol zu verzichten und behandelbare Ursachen laborchemisch ausschliessen zu lassen. Eine Besserung der Symptomatik sei im Laufe von Wochen zu erwarten (Urk. 8/63/2 S. 2). ??????? In einem weiteren Bericht vom 21. November 2001 stellte Dr. C.____ C.____ zwischenzeitlich eine in etwa konstante Hypästhesie und Missempfindung im Versorgungsbereich des Ramus superficialis des linken Nervus radialis fest. Ganz im Vordergrund klage der Beschwerdeführer aber über ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Die Laborkontrolle habe bis auf leicht erhöhtes Bilirubin im Normbereich liegende Werte ergeben. Aus neurologischer Sicht finde sich unverändert eine sensible Reiz- und Ausfallsymptomatik des sensiblen Endastes des Nervus radialis links, am ehesten bedingt durch eine lokale Druckirritation. Es ergebe sich keine kausal angehbare Grunderkrankung; spezifische Massnahmen seien nicht möglich. Symptomatisch empfehle sich, eine weitere Druckeinwirkung zu vermeiden. Eine Besserung beziehungsweise eine Erholung von der Störung sei im Laufe von Wochen bis Monaten zu erwarten (Urk. 8/63/3). 3.8???? Der Hausarzt des Beschwerdeführers, Dr. med. D.____ (vgl. Urk. 8/65/1 S. 2 lit. D1), diagnostizierte mit Bericht vom 7. Mai 2002 ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform mit S-förmiger Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule, Schulterhochstand links und Haltungsinsuffizienz, sowie ausgeprägte Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Der Beschwerdeführer sei von August bis Oktober 1998 sowie von März bis April 2001 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen (Urk. 8/65/1 S. 1 lit. A-B). Sein Gesundheitszustand sei stationär. Er leide seit 1994 unter Rückenbeschwerden und seit Jahren an einem teils stechenden Druckgefühl tief lumbal mit intermittierenden Ausstrahlungen in das linke Bein (Urk. 8/65/1 S. 2 lit. D). In psychischer Hinsicht seien das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit eingeschränkt. Eine behinderungsangepasste Tätigkeit sei ab sofort zu 100 % zumutbar (Urk. 8/65/1 S. 4). 3.9???? Die Ärzte der Rheumaklinik stellten mit einem weiteren Bericht vom 24. Mai 2002 folgende Diagnose (Urk. 8/64/1 S. 1 lit. A): - Generalisiertes Schmerzsyndrom ?? - Panvertebralsyndrom bei leichter Wirbelsäulenfehlform und ?????? Haltungsinsuffizienz ?? - Zeichen der somatoformen Schmerzstörung - Anamnestisch Neuropathie des Nervus radialis links unklarer Aetiologie - Verdacht auf depressive Episode ??????? Der Beschwerdeführer klage unverändert über

belastungsunabhängige Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere im Bereich der Wirbelsäule mit Ausstrahlung in beide Arme und Beine mit brennenden Schmerzen beider Vorderarme und Unterschenkel, zudem klagt er über wenig Gefühl beider Hände und beider Unterschenkel. Hinsichtlich der Waddell-Zeichen (4 von 5 positiv) wurden Achsenstossschmerzen, Schmerzen beim Drehen en bloc, ausgeprägte tiefe und oberflächliche Druckdolenz lumbal, aber auch paravertebral, nicht dermatombezogene Hyposensibilität und ausgeprägtes Schmerzverhalten festgestellt (Urk. 8/64/1 S. 2).

???????? In der angestammten beruflichen Tätigkeit als Lagerist sei eine Beschäftigung halbtags mit folgenden Gewichtslimiten möglich: Heben Boden-Taille maximal 22,5 kg, Heben Taille-Kopfhöhe maximal 10 kg und Heben horizontal maximal 27,5 kg. Aus rein rheumatologischer Sicht bestehe für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit). Hierin sei eine psychiatrische Beurteilung nicht eingeschlossen, werde aber aufgrund einer möglichen depressiven Verstimmung und deswegen möglicher Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit empfohlen (Urk. 8/64/1 S. 1, Spalte links). Als Lagerist und Chauffeur sei der Beschwerdeführer seit 15. Januar 2001 bis auf Weiteres zu 50 % arbeitsunfähig (Urk. 8/64/1 S. 1 lit. B), in behinderungsangepasster Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (Urk. 8/64/1 S. 4). 3.10?? Dr. med. B.____, der den Beschwerdeführer seit 4. April 2001 behandelte (vgl. Urk. 8/63/1 S. 2 lit. D1), erachtete diesen in seinem Bericht vom 29. Juni 2002 als bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig seit 2. April 2001. Er diagnostizierte ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform, Kyphoskoliose, Schulterhochstand und Haltungsinsuffizienz, eine somatoforme Schmerzstörung mit Symptomausweitung, eine depressive Störung in Form einer gegenwärtig mittelgradigen Episode mit somatischen Symptomen und eine Reiz- und Anfallsymptomatik des Nervus radialis links (Urk. 8/63/1 S. 1). ????????? Der Gesundheitszustand sei stationär beziehungsweise sich verschlechternd. Beim Beschwerdeführer sei seit mehreren Jahren ein generalisiertes Schmerzsyndrom bekannt. Trotz Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika, Psychopharmaka, intensiver Physiotherapie, und arbeitsbezogener Rehabilitation in der Rheumaklinik sei es zu keiner wesentlichen Besserung gekommen. Aufgrund des bisherigen Verlaufs müsse bis auf unabsehbare Zeit mit einem Persistieren der Symptome gerechnet werden (Urk. 8/63/1 S. 2). ????????? Das Konzentrationsvermögen, die Anpassungsfähigkeit und die Belastbarkeit des Beschwerdeführers seien deutlich eingeschränkt. Er sei in der freien Wirtschaft weder arbeits- noch eingliederungsfähig; es sei keine Tätigkeit mehr zumutbar (Urk. 8/63/1 S. 4). 3.11?? Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, gab in seinem unter Einbezug der vorhandenen Akten erstellten Gutachten vom 8. Oktober 2002 zunächst die subjektiven Angaben des Beschwerdeführers wieder. Dieser habe Schmerzen; nicht nur der Rücken tue weh, sondern der ganze Körper. Die Knochen und Muskeln schmerzten und er habe auch in den Armen und Füssen stechende Schmerzen. Er könne sich kaum bewegen. Die Schmerzen seien Tag und Nacht immer gleich. So könne er unmöglich arbeiten. Er werde von seinem Hausarzt verlangen, in der Röhre untersucht zu werden, wo man herausfinden solle, was er habe. So wie hier sei er schon oft untersucht worden und man habe nichts gefunden (Urk. 8/62 S. 4). ????????? Dr. E.____ diagnostizierte ein generalisiertes Schmerzsyndrom mit chronisch lumbovertebralem Syndrom, Wirbelsäulenfehlform mit thorakaler Hyperkyphose und leichter Skoliose, muskulärer Insuffizienz sowie sekundärer Symptomausweitung (Urk. 8/62 S. 5 unten). Der Beschwerdeführer präsentierte das eindrückliche Bild einer generalisierten Schmerzkrankheit. Als Ausdruck der Symptomausweitung befasse er sich ausschliesslich

mit seinen Schmerzen. Deutlich seien die Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch begründete Schmerzen am Bewegungsapparat (Überreaktion, geringere Schmerzangabe bei Ablenkung, Schmerzprovokation durch Scheinmanöver, Schmerzreaktion bei blosser Berührung). Die Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden am Bewegungsapparat und der Schmerzwahrnehmung sei ein Zeichen der somatoformen Schmerzstörung. Der wenig kräftige Habitus mit den Zeichen der muskulären Insuffizienz und Dekonditionierung bedinge heute eine Arbeitsunfähigkeit in einem körperlich schweren Beruf wie Bauarbeiter. Eine leichte bis mässig schwere Arbeit sei dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht auch heute voll zumutbar, wenn sie einigermaßen wechselbelastend sei. Die gleichlautende Beurteilung der Rheumaklinik sei insofern konsistent mit dem Resultat der Evaluation der arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeit, da letztere bei fehlender Kooperation keine schlüssige Beurteilung der Leistungsfähigkeit zulasse. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolge indessen aufgrund der Anamnese und der erhobenen klinischen Befunde (Urk. 8/62 S. 6). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeur ohne wesentliches Lastenheben sei der Beschwerdeführer aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Für die Arbeit als Lagerist ergebe die muskuläre Insuffizienz eine Einschränkung; so sei das wiederholte Heben von Lasten über 15 - 20 kg nicht möglich und würde zu somatischen Rückenschmerzen führen. Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit wäre möglich, wenn der Beschwerdeführer das empfohlene Trainingsprogramm aufnehmen könnte. Die aktuelle Exploration ergebe deutliche Hinweise, dass nicht somatische Umstände für die Befindlichkeitsstörungen massgebend seien (Urk. 8/62 S. 6 Ziff. 5). 3.12?? Dr. med. F.____, Spezialarzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem unter Beizug der vorhandenen Akten verfassten Gutachten vom 15. Februar 2003 folgende Diagnose: - Probleme der Krankheitsbewältigung bei einem chronifizierten Schmerzsyndrom (ICD-10: F54) - Atypische Depression (ICD-10: F32.8) - Verdacht auf eine somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) In der psychiatrischen Exploration habe der Beschwerdeführer gut kooperiert. Sein Verhalten habe der Situation entsprochen; es habe ein Vertrauensverhältnis geherrscht. Er habe oftmals wiederholt und detailliert von seinen Beschwerden berichtet und scheine auf die körperlichen Sensationen fixiert worden zu sein (Urk. 8/61 S. 5). Die Exploration habe eine Anspannung, Gereiztheit, Neigung zu impulsiven Verhalten und schliesslich Neigung zum Rückzug ergeben. Im Zusammenhang mit der Diskussion über eine Wiedereingliederung sei der Beschwerdeführer kategorisch und kompromisslos in seiner Meinung gewesen, absolut arbeitsunfähig zu sein. Er sei sehr aufgeregt gewesen, als ihm Dr. F.____ eröffnete, dass diese Meinung von somatischer Seite nicht gestützt werde. Der Beschwerdeführer sei sogar in eine Erregung geraten, habe Forderungen nach weiteren körperlichen Untersuchungen, aber auch Drohungen gegenüber anderen nicht bezeichneten Personen bis hin zu Selbstmorddrohungen geussert. Die gebotene Symptomatik vermittle den Eindruck, dass in diesem Fall eine atypische Depression im Spiel sein könnte. Es handle sich um wechselnde Mischbilder depressiver Symptome, vor allem somatischer Art (Urk. 8/61 S. 5). Der Beschwerdeführer klage über Schmerzen im ganzen Körper, die mit dem körperlichen Befund nicht korrelierten. Dieser Zustand sei als eine Schmerzverarbeitungsstörung zu interpretieren und erst an zweiter Stelle als eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erklären. Letztere sei als neurotische Störung zu verstehen und für ihre Diagnosestellung brauche es eine spezifische positive Anamnese, die im konkreten Fall fehle. Die chronischen Überforderungs- und Belastungssituationen, seelischen Krisen und so weiter liessen sich nicht feststellen. Die Schmerzen hätten in

diesem Fall eher mit den unterdrückten Affekten zu tun (Urk. 8/61 S. 6). Die psychischen Störungen seien nicht so stark ausgeprägt, dass man mit ihnen allein die vom Patienten postulierte volle Arbeitsunfähigkeit begründen könne. Aus psychischen Gründen könne man eine Arbeitsunfähigkeit im Umfang von höchstens 40 % bestatigen. Es sei eine psychotherapeutische Behandlung indiziert; leider habe man dafür bisher viel Zeit verpasst. Der Zustand habe sich chronifiziert und der Beschwerdeführer sei auf seine Beschwerden fixiert, was eine Behandlung enorm erschwere. Die Prognose sei völlig ungewiss. Das sture, kompromisslose Beharren des Beschwerdeführers, an einer körperlichen Krankheit zu leiden, werde die Therapie erschweren und den Genesungsprozess verlangsamen (Urk. 8/61 S. 6). In Würdigung der erhobenen Befunde, der gestellten Diagnosen und der Aussagekraft der Berichte wurde dem Beschwerdeführer aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit und nach psychiatrischer Einschätzung mindestens eine Arbeitsfähigkeit von 60 % als zumutbar erachtet (vgl. Erw. 4.8 des Urteils vom 28. September 2004; Urk. 8/30). Es wurde ausserdem darauf hingewiesen, dass aufgrund der ärztlichen Aussagen davon auszugehen sei, dass sich die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers mit der Aufnahme medizinischer Therapien verbessern lasse. Entsprechend handelte es sich bei Annahme einer 60%igen Arbeitsfähigkeit um einen Minimalwert; es wurde nicht ausgeschlossen, dass der Beschwerdeführer im Stande sei, sein Arbeitspensum therapiebegleitet zu erhöhen.

E. 4

4.1 In Bezug auf das Revisionsbegehren sind folgende medizinischen Berichte aktenkundig: 4.2 Dr. med. G. ____, Spezialarzt Radiologie FMH, führte in seinem Bericht vom 3. März 2004 aus, die Bandscheiben C5/C6 und C6/C7 zeigten Osteochondrosen mit massigen beidseitigen Foramenstenosen. Die Fortsätze und Weichteile seien ohne Befund. Die mittlere und untere Brustwirbelsäule weise ventrale Spondylosen auf. Zudem bestehe auch eine rechtskonvexe Kyphoskoliose. Die Lendenwirbelsäule zeige eine linkskonvexe Skoliose. Ein hochauflösender muskuloskelettaler Ultraschall des rechten Schultergelenks habe keinerlei auffälligen Befunde, insbesondere keine Läsion der Rotatorenmanschetten, ergeben (Urk. 8/60/4). 4.3 Dr. med. H. ____, Spezialarzt Neuroradiologie FMH, Klinik V. ____, nahm in seinem Bericht vom 24. März 2004 folgende Beurteilung vor: Es bestünden erhebliche Osteochondrosen, Spondylosen und Unkarthrosen C5/C6 und C6/C7. C5 bis C7 seien degenerativ eingeeengte Foramina beidseits sichtbar. Am Forameneingang C6/C7 rechts sei eine kleine Hernie erkennbar. Das Rückenmark weise keine Kompression auf (Urk. 8/60/3). 4.4 Dr. med. I. ____, Fachärztin Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH, nannte in ihrem Bericht vom 8. April 2004 als Diagnosen (Urk. 8/60/2): - Chronisches cervicospondylogenes und rezidivierendes cervikoradikulares Reizsyndrom C6 links mit Osteochondrosen und beidseitigen Foramenstenosen C5/C6 und C6/C7, Diskushernie C6/C7 rechts - chronisches Thorakolumbovertebralsyndrom bei rechtskonvexer Kyphoskoliose und ventraler Spondylose der Brustwirbelsäule - chronische Periarthropathia humeroscapularis polytendinotica beidseits, rechtsbetont - beginnendes Fibromyalgiesyndrom - chronische Epicondylopathia humeri radialis beidseits - Carpaltunnelsyndrom beidseits - statische Fussbeschwerden bei Senk-Spreizfussdeformität - depressive Entwicklung mit somatoformer Schmerzverarbeitungsstörung Bei dem Beschwerdeführer lagen polyartikuläre Beschwerden vor, wobei momentan die Rückenbeschwerden im Vordergrund stünden. Es bestehe eine kyphoskoliotische

Fehlhaltung der Wirbelsäule mit multiplen, vor allem im cervicalen Bereich sehr ausgeprägten, degenerativen Veränderungen und eine nach distal zunehmende Osteochondrose mit beidseitiger Foramenstenose C5/C6 und C6/C7 sowie einer Begleithernie C6/C7, die seine therapieresistenten Cervicalgien hinreichend erklärten. Gelegentlich traten auch radikuläre Reizerscheinungen mit Wurzelbeteiligung C6 links auf. Nebenbei bestanden generalisierte Schmerzen mit Kettentendinosen in allen vier Extremitäten im Rahmen eines Fibromyalgiesyndroms. Ohne Zweifel bestehe eine chronische überlastungsbedingte Schmerzsymptomatik an den oberen Extremitäten, wobei die Prognose eher ungünstig sei. Eine Erhöhung des Invaliditätsgrades auf 70 % sei angebracht (Urk. 8/60/2 unten). 4.5. In ihrem Bericht vom 24. Mai 2004 führte Dr. I. ___ aus, der Beschwerdeführer sei seit 2. März 2004 in ihrer Behandlung (Urk. 8/59 lit. C.1). Sie beurteilte den Gesundheitszustand als stationär (Urk. 8/59 lit. C.1). Als Diagnosen wiederholte sie jene aus dem Bericht vom 8. April 2004 (Urk. 8/59 lit. A; vgl. vorstehend Erw. 4.4). Der Beschwerdeführer leide an ausgeprägten Rückenbeschwerden mit cervicaler Betonung bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule. Zur Zeit beständen auch radikuläre Reizerscheinungen mit Wurzelbeteiligung C6 links. Nebenbei bestehe eine ausgeprägte Kyphoskoliose der Brustwirbelsäule mit ausgedehnten muskulären Verspannungen und eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit sowohl der Hals- als auch der Brustwirbelsäule. Auffällig seien die Kettentendinosen an allen vier Extremitäten im Rahmen eines beginnenden Fibromyalgiesyndroms. Es bestehe ein deutlich chronifiziertes Schmerzsyndrom mit Polyarthralgien an den oberen Extremitäten mit Schmerzen im Bereiche beider Ellenbogen und Schultergelenke im Rahmen eines periartikulären Schmerzsyndroms. Die statischen Fußbeschwerden bei Senk-Spreizfußdeformität hätten mittels Schuheinlage nur ungenügend beeinflusst werden können, weshalb die Gehfähigkeit des Beschwerdeführers eingeschränkt sei. In Anbetracht der gesamten Situation sei er für körperlich nicht belastende Arbeiten bis drei Stunden pro Tag einsetzbar bei einer Belastung von 70 % (Urk. 8/59 S. 2). In ihrer medizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit erachtete sie dem Beschwerdeführer das Gehen von Strecken bis zu 50 Metern als sehr oft und das Gehen von Strecken über 50 Meter als oft zumutbar. Das Heben von Gewichten bis zu 9 Kilogramm bis Lendenhöhe, das feinmotorische Hantieren mit Werkzeugen, Knien, längerdauerndes Sitzen und Stehen sei dem Beschwerdeführer manchmal zumutbar. Selten zumutbar seien ihm das Heben und Tragen von Gewichten bis zu 25 Kilogramm bis Lendenhöhe, Arbeiten über Kopfhöhe, Rotationen, vorgeneigtes Sitzen und Stehen, das Gehen von langen Strecken, das Gehen auf unebenem Gelände sowie Treppen steigen. Nicht mehr zumutbar sei dem Beschwerdeführer Handrotationen, das Heben und Tragen von schweren Gewichten sowie grobmanuelle Tätigkeiten. In einer entsprechenden behinderungsangepassten Tätigkeit sei der Beschwerdeführer während drei bis vier Stunden arbeitsfähig (Beiblatt zu Urk. 8/59).

4.6. Dr. B. ___ hielt in seinem auf Wunsch des Beschwerdeführers verfassten Schreiben vom 8. März 2005 fest, der Beschwerdeführer klagte seit Jahren über Schmerzen an diversen Körperteilen, die jedoch nicht nur durch die bisher festgestellten rheumatologischen Diagnosen erklärt werden könnten, sodass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Krankheitswert aus psychiatrischer Sicht diagnostiziert werden sollte (Urk. 8/58). Beim Beschwerdeführer ständen die Schmerzen in mehreren anatomischen Regionen im Vordergrund; sie seien von ausreichendem Schweregrad und hätten sich bisher trotz diversen Bemühungen nicht behandeln lassen. Dieser Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen im alltäglichen Leben. Daraus

resultiere die von Dr. F. ___ als atypisch bezeichnete Depression. Rückblickend müsste er feststellen, dass es dem Beschwerdeführer seit April 2001 sowohl psychisch als auch physisch kontinuierlich schlechter gehe. Er befinde sich zur Zeit in einem reduzierten Allgemeinzustand und sei nicht in der Lage, irgendeine Arbeit aufzunehmen und diese auf längere Zeit beizubehalten. Der aktuelle Gesundheitszustand müsste nochmals evaluiert werden, weshalb er eine kurze psychiatrische Begutachtung unter Bezug eines Rheumatologen empfehle (Urk. 8/58 unten).

E. 5

5.1???? Der Beschwerdeführer machte geltend, dass eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes eingetreten sei, auch wenn Dr. B. ___ keine neuen Befunde erhoben habe (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6). Dr. I. ___ habe ausserdem im April 2004 auf eine bestehende depressive Entwicklung mit somatoformer Schmerzstörung hingewiesen. Sie habe den von ihr neu erhobten Befunden und Diagnosen eine erhebliche Auswirkung zugemessen; dies derart, dass ihr eine Erhöhung des Invaliditätsgrades auf 70 % angemessen erscheine. Damit erachte sie den Beschwerdeführer als praktisch arbeitsunfähig (Urk. 1 S. 6 oben). 5.2???? Dr. I. ___ beurteilte in ihrem Bericht vom 24. Mai 2004 den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers als stationär und wies darauf hin, dass die ausgeprägten Rückenbeschwerden mit cervicaler Betonung bei fortgeschrittenen degenerativen Veränderungen im Vordergrund stehen. Zudem erwähnte sie weitere Beschwerden wie Fuss-, Ellbogen- und Schulterbeschwerden, die jedoch bereits früher um- und beschrieben wurden (vgl. Urk. u.a. Urk. 8/63/1 lit. D.4; Urk. 8/63/5 S. 1 Mitte; Urk. 8/65/3 S. 1 Mitte). Gemäss Dr. G. ___ kann für die Schulterbeschwerden eine Rotatorenmanschettenläsion ausgeschlossen werden. Wegen den Oberarm- und Ellbogenschmerzen sowie den Missempfindungen in den Händen wurde der Beschwerdeführer im Herbst 2001 von Dr. C. ___ C. ___ untersucht, welche trotz umfassenden Untersuchungen keine krankheitsbedingte Erklärung dafür finden konnte (vgl. vorstehend Erw. 3.7). Ob und allenfalls welche Schmerzen sich seit dem 1. Juli 2003 manifestiert beziehungsweise intensiviert haben, wird nicht dargetan. ???????? In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit führte Dr. I. ___ aus, der Beschwerdeführer sei in einer angepassten Tätigkeit während drei bis vier Stunden arbeitsfähig bei einer Berentung von 70 %. Hierzu ist anzumerken, dass es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, 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). Die Frage der Berentung obliegt der Verwaltung beziehungsweise dem Gericht. Wenn der Beschwerdeführer nun geltend macht, Dr. I. ___ erachtet ihn als praktisch vollständig arbeitsunfähig, trifft dies gemäss den Akten nicht zu. Zudem ist eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes durch die Berichte von Dr. I. ___ nicht ausgewiesen. Aus ihren Berichten geht nicht hervor, welche Untersuchungen sie durchgeführt hat, um ihre Beurteilung vorzunehmen. Zudem werden keine neuen medizinischen Sachverhalte angeführt, welche nicht bereits berücksichtigt und beurteilt wurden. Ihre Einschätzung über die dem Beschwerdeführer noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit ist insofern nicht ausschlaggebend, als es sich um eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts handelt. 5.3???? Dr. G. ___ wies auf Osteochondrosen in den Segmenten C5 bis C7 hin und Dr. H. ___ erwähnte zudem in denselben Bereichen Spondylosen und Unkarthrosen. Diese Befunde wurden weder im überzeugenden Gutachten von Dr. E. ___ noch in den für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Urteil vom 28. September 2004 (vgl. Urteil vom 28. September 2004, Erw. 3.1-3.5; Erw. 3.8; Erw. 3.10; Erw. 4.2-4.3; Erw. 4.6; Urk. 8/30) massgebenden Berichten der Ärzte des Universitätsspitals

Zurich erhoben. Es ist aktenkundig, dass beim Beschwerdeführer seit Jahren (vgl. vorstehend Erw. 3.2 ff.) eine Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung mit Haltungsinsuffizienz und muskulärer Dysbalance besteht. Zudem haben die Ärzte des Universitätsspitals Zurich bereits 1999 ein zervikospondylogenes und ein zervikovertebrales Syndrom diagnostiziert (vgl. vorstehend Erw. 3.2) und alle Ärzte eine nach allen Seiten schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit beschrieben (vgl. Urk. 8/63/2 S. 1; Urk. 8/65/1 S. 2). Da der Beschwerdeführer bereits seit Jahren über Schmerzen am gesamten Rücken mit Ausstrahlung in Nacken, Kopf, Beine und Arme klagt (vgl. u.a. Urk. 8/63/1 lit. D.4; Urk. 8/63/5 S. 1 Mitte; Urk. 8/65/3 S. 1 Mitte) und dies in den Beurteilungen entsprechend beschrieben wurde, ist aus den Berichten von Dr. H. ___ und Dr. G. ___ kein neuer medizinischer Sachverhalt erkennbar. Somit wird mit den Befunden von Dr. G. ___ und von Dr. H. ___ keine Verschlechterung des Wirbelsäulenzustandes glaubhaft dargetan. Weiter ist zu berücksichtigen, dass in den Berichten beider Ärzte weder geklagte Beschwerden erwähnt noch Ausführungen zu einer möglichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gemacht wurden, welche eine Verschlimmerung seines somatischen Gesundheitszustandes dokumentieren könnten. 5.5.1 Dr. B. ___ schilderte in seinem Bericht vom 8. März 2005 hauptsächlich die geklagten Leiden und Schmerzen des Beschwerdeführers und wies darauf hin, dass sich die somatischen Beschwerden nicht durch die festgestellten rheumatologischen Diagnosen erklären liessen. Da die therapieresistenten Beschwerden dem Beschwerdeführer Beeinträchtigungen und Leiden im alltäglichen Leben verursachten, seien diese von Dr. F. ___ als eine atypische Depression qualifiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht wäre jedoch eine somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Der Vergleich mit seiner Einschränkung aus dem Jahr 2002 (vgl. vorstehend Erw. 3.10) zeigt, dass Dr. B. ___ schon damals eine somatoforme Schmerzstörung diagnostizierte und den Beschwerdeführer als vollständig arbeitsunfähig erachtete. Im Urteil vom 28. September 2004 wurde davon abgesehen, auf seine Einschränkungen und Beurteilungen abzustellen, da sie unter anderem als zu wenig schlüssig begründet erachtet wurden (vgl. Urteil vom 28. September 2004, Erw. 4.5; Urk. 8/30). Aus dem neusten Bericht von Dr. B. ___ ist nicht erkennbar, worin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers bestehen soll. Der Beschwerdeführer beklagte keine intensiveren und/oder andersgelagerten Schmerzen und Einschränkungen als bislang. Im Bericht wurde auch nicht dargetan, ob und allenfalls welche Untersuchungen vorgenommen wurden, um Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erhalten. Ferner sind keine (neuen) Befunde erhoben und keine Diagnosen gestellt worden, welche eine empfohlene Neubeurteilung rechtfertigen würden. Ausserdem ist einerseits anzumerken, dass selbst bei einer Diagnostizierung einer somatoformen Schmerzstörung im Lichte der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts im Zusammenhang mit einer fachärztlich diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung grundsätzlich nicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (vgl. vorstehend Erw. 1.3). Andererseits wurde beim Beschwerdeführer aus psychischer Sicht bereits eine um maximal 40 % eingeschränkte Arbeitsfähigkeit berücksichtigt, die den Anspruch auf seine Rente hauptsächlich begründete. Worin eine weitergehende Störung seines psychischen Zustandes erachtet werden könnte, wird weder angedeutet noch dargelegt. In Übereinstimmung mit der Vorinstanz lässt sich somit festhalten, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht im Februar 2003 umfassend begutachtet wurde, weshalb mangels Hinweisen auf eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes von einer erneuten Abklärung abgesehen

werden kann. 5.5 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit Erlass der rentenbegründenden Verfügung (Urk. 8/52) mit überwiegender Wahrscheinlichkeit weder aus psychischer noch aus somatischer Sicht andauernd und ausgewiesenermassen verschlechtert hat. Demzufolge bleibt weder Raum noch Anlass für die Einholung eines weiteren Gutachtens. Damit stützt die Rüge des Beschwerdeführers, die Vorinstanz habe sein Gesuch nicht ernsthaft behandelt (Urk. 1 S. 6 Ziff. 8), und damit die Rüge einer Verletzung des rechtlichen Gehörs, ins Leere. Weitere Gründe, welche geeignet wären, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu verändern, sind keine ersichtlich. Damit erweist sich der angefochtene Entscheid als rechtmässig, weshalb die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 6

Der unentgeltliche Rechtsbeistand Rechtsanwalt Jürg Maron ist basierend auf der Honorarnote vom 13. September 2006 (Urk. 10/2), und in Würdigung der Bedeutung der Streitsache, nach dem Schwierigkeitsgrad des Prozesses und beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 1'157.45.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Das Verfahren ist kostenlos. 3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Jürg Maron, Zürich, wird mit Fr. 1'157.45 (Honorar und Auslagenersatz inklusive Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse entschädigt. 4. Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Jürg Maron - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherung sowie an: - Gerichtskasse 5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Eidgenössischen Versicherungsgericht Verwaltungsgerichtsbeschwerde eingereicht werden. Die Beschwerdeschrift ist dem Eidgenössischen Versicherungsgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, in dreifacher Ausfertigung zuzustellen. Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift der beschwerdeführenden Person oder ihres Vertreters zu enthalten; die Ausfertigung des angefochtenen Entscheides und der dazugehörige Briefumschlag sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die beschwerdeführende Person sie in Händen hat (Art. 132 in Verbindung mit Art. 106 und 108 OG).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.