

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00222 vom 29. Juni 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-06-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00222

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00222 du 29 juin 2010

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00222 del 29 giugno 2010

Erwägungen

E. 1

1.1. Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist zwar am 28. Januar 2009 ergangen, betrifft aber einen Sachverhalt, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verfügt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2. Die massgebenden rechtlichen Bestimmungen, insbesondere betreffend die Invalidität (Art. 8 ATSG) und die Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 IVG) sind in der angefochtenen Verfügung zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1). Darauf kann, mit nachstehender Ergänzung, verwiesen werden.

1.3. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die

Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

E. 2

2.1 Die Beschwerdeführerin ging davon aus, das H.____-Gutachten habe ergeben, dass kein IV-relevanter Gesundheitsschaden ausgewiesen sei. Es könne von einer Arbeitsfähigkeit von 100 % in der zuletzt ausgeübten und in jeglicher leichten bis mittelschweren Verweistätigkeit ausgegangen werden (Urk. 2 S. 1).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt, das H.____-Gutachten sei mit - einzeln genannten - Mängeln behaftet (Urk. 1 S. 4 ff.), weshalb nicht darauf abgestellt werden dürfe (Urk. 1 S. 8). Zumindest aber habe er Anspruch auf eine befristete Rente, dies von Juni 2006 bis September 2008 (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist somit, ob auf das H.____-Gutachten abgestellt werden kann und wie es sich mit einem allfälligen Invaliditätsgrad und Rentenanspruch verhält.

E. 3

3.1 Am 11. Mai 2005 berichtete Dr. med. Y.____, FMH Innere Medizin und Gastroenterologie, über eine von ihm durchgeführte Sonographie des Abdomens (Urk. 7/10/15, Urk. 7/10/17). Als Indikation nannte er eine bekannte Hepatitis B und chronischen Aethylismus (S. 1 Mitte), als Diagnosen eine leichte Strukturverdichtung des Leberparenchyms, einen prominenten Lymphknoten in der Leberpforte und eine diskrete Sklerose der abdominalen Aorta (S. 1 unten).

3.2 Dr. med. Z.____, FMH Allgemeine Medizin, der den Beschwerdeführer seit September 2004 behandelte (Urk. 7/7/16 Ziff. 1), nannte in seinem Bericht vom 28. Juli 2005 (Urk. 7/7/14-15) als Diagnose eine depressive Entwicklung und Schmerzen (Ziff. 2). Als Befunde nannte er ein depressives Zustandsbild mit multiplen somatischen Beschwerden (vermehrte Müdigkeit, Schweissausbrüche, generalisierte Schmerzen, Abdominal- und Thorakalbeschwerden) und den Verlauf bezeichnete er als stationär (Ziff. 1 und 3). Eine Teilzeitarbeit im Umfang von 50 % im Restaurant sei möglich (Ziff. 6).

3.3 Am 12. Oktober 2005 berichteten die Ärzte der Fachstelle A.____ (A.____) über die von ihnen durchgeführte Abklärung (Urk. 7/7/12-13). Dabei nannten sie folgende Diagnosen (Ziff. 3):

- leichtgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom
- Alkoholabhängigkeitssyndrom mit episodischem Gebrauch

Die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers sei durch die Depression leichtgradig eingeschränkt. Er sei psychomotorisch etwas verlangsamt, vermehrt vergesslich und unkonzentriert. Diese Symptomatik sei jedoch auch im Zusammenhang mit dem Alkoholabusus zu sehen (Ziff. 5). Prognostisch gingen die berichtenden Ärzte von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % aus (Ziff. 6).

In ihrem Bericht vom 13. Oktober 2005 an Dr. Z.____ (Urk. 7/10/11-13) machten die Ärzte des A.____ analoge Angaben.

3.4 In seinem Bericht vom 4. November 2005 (Urk. 7/7/10-11) nannte Dr. Z. ___ als Befunde eine Depressivität mit Verdacht auf kognitive Leistungsschwäche (Konzentrationsstörung, Vergesslichkeit) und Tendenz zur Verwahrlosung, ein Thorakolumbovertebralsyndrom und Weichteilbeschwerden (Ziff. 1). Die von ihm in Abweichung vom Bericht des A. ___ attestierte anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 50 % begründete er mit der Gesamtsituation mit psychischer und somatischer Beeinträchtigung im Alltag (Ziff. 2).

Am 25. Januar 2006 führte Dr. Z. ___ aus, der Beschwerdeführer sei wegen depressiven Episoden mit somatischem Syndrom seit Juni 2005 zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben (Urk. 7/10/14).

3.5 Dr. med. B. ___, FMH Neurologie, nannte in ihrem Bericht vom 31. Januar 2006 (Urk. 7/10/6-7) folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- nicht sicher klassifizierbare Cephalaea, DD: Migräne ohne Aura

- Verdacht auf depressive Entwicklung

Am 15. Februar 2006 nannte sie die gleichen Diagnosen; ein von ihr veranlasstes Schädel-MRI (vgl. Urk. 7/10/9) habe ausser einem kleinen Glioseherd ohne pathologische Bedeutung einen völlig unauffälligen cerebralen Befund ergeben (Urk. 7/10/8).

3.6 In einem Bericht vom 27. September 2006 (Urk. 7/7/6-7) führte med. pract. C. ___, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, aus, der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 7. Februar 2006 bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Es könne von der Diagnose eines mittelschweren depressiven Syndroms bei rezidivierender depressiver Störung und chronischer Schlafstörung ausgegangen werden (Ziff. 1-4).

Der Beschwerdeführer leide an kognitiven Einschränkungen und depressiven Störungen von Stimmung, Antrieb und Affekt. Ein Grossteil der Symptomatik werde durch eine Schlafstörung verstärkt beziehungsweise aufrecht erhalten. Erfreulicherweise habe sich das depressive Syndrom in den letzten Wochen teilweise gebessert, wobei noch nicht von einer anhaltenden Besserung ausgegangen werden könne. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (Ziff. 5). In zirka 6 Monaten sollte eine Neueinschätzung der längerfristigen Entwicklung der Arbeitsfähigkeit möglich sein (Ziff. 7).

3.7 Dr. Z. ___ nannte in seinem Bericht vom 21. November 2006 (Urk. 7/10/1-3) als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine depressive Entwicklung mit somatischen Beschwerden wie chronischer Cephalaea und Malaise, einen Verdacht auf Anpassungsstörung sowie Weichteilbeschwerden (lit. A).

Die Arbeitsunfähigkeit als Wirt bezifferte Dr. Z. ___ mit 100 % vom 20. Juni bis 18. Juli 2005, mit 50 % vom 19. Juli 2005 bis 23. Mai 2006 und mit 40 % seit dem 24. Mai 2006 (lit. B).

3.8 Am 8. März 2007 beantwortete med. pract. C. ___ die ihm von der Beschwerdegegnerin unterbreiteten Fragen (Urk. 7/16). Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er psychiatrischerseits eine rezidivierende depressive Episode mit somatischem Syndrom, aktuell leichte Episode (lit. A). Seit der Beschwerdeführer in seiner Behandlung stehe (Februar 2006) bestehe

psychiatrischerseits eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % (lit. B). Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig (lit. C.1). Zur Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit machte med. pract. C.____ annähernd die gleichen Angaben wie zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit (Urk. 7/16/3 Ziff. 1.3-4).

3.9 Am 29. März 2008 berichtete Dr. med. D.____, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, über seine Untersuchung des Beschwerdeführers und nannte als Diagnosen ein lumbovertebrales Syndrom mit/bei vorwiegend myofaszialen Schmerzen der paravertebralen und glutealen Muskulatur beidseits, psychosoziale Belastungsfaktoren, Verdacht auf Symptomausweitung, radiologisch mit geringer Chondrose L4/5 und leichten Spondylarthrosen der unteren Lendenwirbelsäule. Für die Chronifizierung des seit gut zwei Jahren bestehenden lumbovertebralen Syndroms dürften sehr wohl eine psychosoziale Belastungssituation sowie eine deutliche Tendenz zur Symptomausweitung mitverantwortlich sein (vgl. Urk. 7/23/7 Ziff. 1.5).

3.10 Am 20. Juli 2008 erstatteten med. pract. E.____, Fachärztin für Innere Medizin, und Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, Chefarzt, H.____, ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegenerin (Urk. 7/23/1-34).

Sie stützten sich auf am 6. und 7. Mai 2008 erfolgte Untersuchungen (S. 1), die ihnen überlassenen Akten (S. 1 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 10 ff.), ein rheumatologisches Teilgutachten von Dr. med. G.____ (S. 19 ff.; vgl. Urk. 7/23/35-37) und ein psychiatrisches Teilgutachten von Dr. med. I.____ (S. 21 ff.; vgl. Urk. 7/23/38-43).

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellten sie keine, als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten sie (S. 26 Ziff. 6.2):

- unspezifisches Panvertebralsyndrom mit/bei:
- Fehlhaltung der Wirbelsäule
- muskulärer Dysbalance
- benigne ventrikuläre Extrasystolie
- arterielle Hypertonie, unbehandelt
- Alkoholüberkonsum

Die internistische Untersuchung habe einen weitestgehend unauffälligen Untersuchungsbefund ergeben; aus internistischer Sicht könne eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in der Gastronomie nicht begründet werden (S. 30 oben).

In der rheumatologischen Untersuchung zeige sich eine ausgeprägte Fehlhaltung der Wirbelsäule mit lumbaler Hyperlordose und thorakaler Hyperkyphose bei Schulterprotraktion. Die lumbosakralen, thorakalen und vorwiegend tendomyotischen cervikalen Schmerzen dürften hauptsächlich durch die ausgeprägte Fehlhaltung und Insuffizienz der Rumpfmuskulatur verursacht sein. Aus rheumatologischer Sicht könne eine Arbeitsunfähigkeit weder in der angestammten noch in einer sonstigen Verweistätigkeit begründet werden (S. 30 Mitte).

Im Rahmen der psychiatrischen Exploration sei bemerkenswert, dass der Beschwerdeführer trotz seiner sehr wechselhaften und zeitweise auch

undurchsichtigen Biographie kaum durch medizinische oder psychiatrische Probleme auffällig geworden sei. Erstmals 2005 sei ein depressives Syndrom beschrieben, wobei in allen Berichten maximal von einer leichten depressiven Episode gesprochen worden sei. Aus gutachterlicher Sicht lasse sich im gegenwärtigen Befund kein eindeutiges und klinisch ausgeprägtes depressives Syndrom nachweisen (S. 30 unten). Auch lägen zurzeit aufgrund der Vorberichte und der aktuellen Angaben des Beschwerdeführers keine Hinweise auf eine andere psychische Störung (wie beispielsweise Angststörung, Zwangsstörung, Psychose etc.) vor. Es könne also gegenwärtig nicht mit genügender Klarheit und Sicherheit eine krankheitswertige Diagnose gestellt werden, die als Begründung für eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausreichen würde. Der Beschwerdeführer leide nicht an einer krankheitswertigen psychischen Beeinträchtigung und sei im Hinblick auf seine aktuelle Berufstätigkeit als Angestellter eines Gastronomiebetriebs aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig (S. 31 oben).

Bei zusammenfassender Wertung der erhobenen Befunde sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht sowohl in der bisherigen als auch für jegliche leichte bis mittelschwere Verweigerung zu 100 % arbeitsfähig (S. 31 Ziff. 7.4).

In früheren Berichten seien einmal eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (A. 2005) sowie eine Arbeitsunfähigkeit von 40-50 % (Dr. Z. im Jahr 2006) beziehungsweise 50 % (behandelnder Psychiater 2006 und 2007) attestiert worden (S. 32 Ziff. 4). Aus gegenwärtiger Sicht könne dies aufgrund der klinischen Befunde nicht bestätigt werden (S. 32 f.).

3.11 Am 21. Oktober 2008 nahm der begutachtende Psychiater ergänzend Stellung (Urk. 7/33). Der Beschwerdeführer habe geltend gemacht, im Gutachten sei zu wenig berücksichtigt, dass in einem Bericht vom September 2006 die Depression einmal als mittelgradig bezeichnet worden sei (S. 1 Mitte). Die Begriffe der leicht-, mittel- und schwergradigen Depression bezeichneten nicht verschiedene Krankheitskategorien, sondern seien als Abstufungen auf einem Kontinuum zu verstehen (S. 1 unten).

Eine leichtgradige Depression wäre per Definition nicht geeignet, eine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken; eine mittelschwere Depression könne zu einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit führen, die je nach Beruf und Arbeitsumständen im Bereich von 0 % bis maximal 50 % liegen könne. Vorliegend bestehe aufgrund der verschiedenen vorhandenen Berichte kein Zweifel, dass die Schwankungen und Fluktuationen des Schweregrads immer nur in Richtung der leichtgradigen depressiven Episoden ausgeschlagen hätten (S. 2 oben).

Durch den einzelnen Bericht des behandelnden Psychiaters könne nicht ausreichend belegt werden, dass beim Beschwerdeführer über einen signifikanten Zeitraum hinweg eine depressive Symptomatik auf dem Niveau einer mindestens mittelschweren depressiven Episode vorgelegen habe oder dass der Beschwerdeführer deswegen mehr als 40 % arbeitsunfähig gewesen wäre (S. 2 Mitte).

Die anlässlich der Untersuchung vom 7. Mai 2008 erhobenen, einzeln genannten, Befunde (S. 2 unten) seien nicht vereinbar mit einer klinisch relevanten depressiven Störung im Sinne einer mittelgradigen depressiven Episode (S. 3 oben).

3.12. Am 7. März 2009 berichtete Dr. D. über seine am 27. Februar erfolgte Untersuchung (Urk. 28).

Als Diagnosen nannte er unklare Handschmerzen rechts sowie ein cervicovertebrales und lumbovertebrales Syndrom (S. 1 Mitte).

Es bestehe ein etwas unklares, multilokuläres Schmerzsyndrom. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Handschmerzen rechts liessen sich klinisch und anamnestisch nicht einem klaren Problem zuordnen. Am ehesten seien auch diese Schmerzen myofaszial bedingt. Für die Chronifizierungstendenz dürften psychosoziale Belastungsfaktoren (finanzielle Sorgen, Ablehnung der IV, Rechtsstreit, schon pensionierte Ehefrau) mitverantwortlich sein (S. 2 Mitte).

E. 4

4.1. In Frage steht in erster Linie die Beweistauglichkeit des H.-Gutachtens. Die vom Beschwerdeführer aufgeworfenen Kritikpunkte betreffen dabei ausschliesslich die psychiatrischen Aspekte.

In somatischer Hinsicht wurde das Gutachten vom Beschwerdeführer nicht beanstandet, und nachdem auch keine Anhaltspunkte bestehen, denen zufolge es in dieser Hinsicht mangelhaft sein könnte, ist diesbezüglich darauf abzustellen.

4.2. Ein erster Kritikpunkt betrifft die Frage des Schweregrads der diagnostizierten Depression. Bereits im Verwaltungsverfahren hatte der Beschwerdeführer die Formulierung des psychiatrischen Gutachters kritisiert, wonach in den Vorberichten maximal von einer leichten depressiven Episode gesprochen worden sei, dies mit dem Hinweis darauf, dass der behandelnde Psychiater im September 2006 die Depression als mittelgradig bezeichnet hatte. Der psychiatrische Gutachter hat daraufhin zu diesem Punkt eingehend Stellung genommen (vgl. Urk. 7/33) und dargelegt, dass einerseits im Untersuchungszeitpunkt lediglich eine leichtgradige Ausprägung vorgelegen habe, und dass andererseits Schwankungen im Schweregrad nicht aussergewöhnlich seien und dass diese vorliegend durchwegs in Richtung der leichtgradigen depressiven Episoden ausgeschlagen hätten.

Dies ist zwar eine leicht vereinfachte Darstellung, deckt sich aber mit dem Bild, das sich aus den Akten ergibt. Tatsächlich wurde die Depression in allen Berichten (mit Ausnahme des bereits genannten), die sich zum Schweregrad der Depression äusserten, als leichtgradig bezeichnet, so insbesondere auch vom behandelnden Psychiater im März 2007. Vor diesem Hintergrund muss die Darstellung des Beschwerdeführers, ausser im Bericht der A. habe sich der Hausarzt nie zur Schwere der Depression geäussert (Urk. 1 S. 5 unten), als wenig sinnvoll bezeichnet werden.

Entscheidend bleibt, dass im Untersuchungszeitpunkt - was auch vom Beschwerdeführer nicht substantiiert bestritten wurde - lediglich eine leichtgradig ausgeprägte Depression festzustellen war, und dass nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass dies in der Vergangenheit über einen signifikanten Zeitraum hinweg anders gewesen sein sollte.

4.3. Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Frage allfälliger Fremdanamnesen; der Beschwerdeführer bemängelte namentlich, dass der psychiatrische Gutachter den behandelnden Psychiater nicht konsultiert habe und fürchte aus, was alles von diesem zu

erfahren gewesen wäre, so unter anderem, dass dieser die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit nicht teile (Urk. 1 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Nach Lage der Akten stellt dies eine reine Parteibehauptung des Beschwerdeführers dar, die durch keinerlei belegte eigene Ausführungen des behandelnden Psychiaters gestützt wird. Sollte dieser tatsächlich die entsprechende Beurteilung abgegeben und sich in der Lage gesehen haben, diese auch fachmedizinisch nachvollziehbar zu begründen, so ist nicht einzusehen, weshalb der Beschwerdeführer nicht einen entsprechenden ärztlichen Bericht hätte veranlassen und auflegen können. Mit Blick auf die ihm obliegende Mitwirkungspflicht hat er es zu vertreten, dass keine eigenständige Stellungnahme des behandelnden Psychiaters aktenkundig ist, die allenfalls ein Abweichen von der gutachterlichen Einschätzung zu begründen vermöchte.

4.4 Ä Ä Ä Ä Ähnliches gilt schliesslich für den Hinweis des Beschwerdeführers, dass für die Zeit zwischen März 2007 und Mai 2008 keine Berichte existierten (Urk. 1 S. 7 oben). Dies trifft zwar zu und lässt sich zudem nicht ändern, jedoch ist nicht ersichtlich, inwiefern dies die gutachterliche Beurteilung in Mitleidenschaft zu ziehen vermöchte.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vielmehr ist daraus zu schliessen, dass die sinngemässen Vorbringen des Beschwerdeführers, in der berichtslosen Zeit sei sein Gesundheitszustand entsprechend schlecht gewesen, unbewiesen bleiben, und er die Folgen dieser Beweislosigkeit zu tragen hat.

4.5 Ä Ä Ä Ä Insgesamt bleibt festzuhalten, dass das H.____-Gutachten - entgegen der vom Beschwerdeführer erhobenen Kritik - die praxisgemässen Anforderungen (vorstehend Erw. 1.4) vollumfänglich erfüllt, so dass darauf abzustellen ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht der medizinische Sachverhalt dahingehend fest, dass die gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers sowohl im Begutachtungszeitpunkt als auch seit einem allfälligen Ablauf des Wartjahres (Juni 2006; vgl. vorstehend Erw. 3.7) nicht von invaliditätsbegründender Intensität gewesen sind.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerdegegnerin hat somit einen Leistungsanspruch zu Recht verneint.

4.6 Ä Ä Ä Ä Im Eventualstandpunkt hat der Beschwerdeführer schliesslich geltend gemacht, es sei eine Arbeitsunfähigkeit seit Juni 2005 ausgewiesen und er habe bei der Arbeitslosenversicherung nur als zu 50 % vermittlungsfähig gegolten, weshalb ihm bis drei Monate nach der Begutachtung vom Mai 2008 eine halbe Rente zustehe (Urk. 1 S. 8 Ziff. 3).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dem kann nicht gefolgt werden. Dass eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert wurde (und die Krankentaggeldversicherung Leistungen erbracht hat) ändert ebenso wenig am Fehlen einer Invalidität im Sinne von Art. 8 und 16 ATSG wie der Umstand, dass sich der Beschwerdeführer der Arbeitsvermittlung nur in beschränktem Umfang zur Verfügung gestellt hat.

E. 5

5.1 Ä Ä Ä Ä Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise und mit Blick auf die durchgeführte Verhandlung auf Fr. 1'000.-- festzusetzen,

ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, wobei der Beschwerdeführer auf Art. 92 der Zivilprozessordnung (ZPO) hinzuweisen ist.

5.2 Der unentgeltliche Rechtsvertreter hat mit Honorarnote vom 23. Juni 2010 einen Aufwand von 12 Stunden 15 Minuten und Barauslagen von Fr. 127.30 geltend gemacht (Urk. 32/1). Beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) ist er somit mit Fr. 2'773.20 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Stephan Käbeler, Winterthur, wird mit Fr. 2'773.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 92 ZPO hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Stephan Käbeler
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

5. 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.