

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00278 vom 19. Juli 2011

ZH Sozialversicherungsgericht, 2011-07-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2010.00278](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.00278)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00278 du 19 juillet 2011

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.00278 del 19 luglio 2011

## 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 bergangsrechtliche 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 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen).

Die angefochtene Verfügung ist am 15. Februar 2010 (Urk. 2) ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, 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 Bundesgerichts I 28/04 vom 7. Juni 2006 E. 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 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 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,



Tätigkeit nicht arbeitsfähig sei (Urk. 1 S. 3 f.).

### E. 3

3.1 Der rentenablehnende Entscheid vom 15. Oktober 2007 (Urk. 10/56) erfolgte im Wesentlichen gestützt auf das Gutachten der Stelle A.\_\_\_\_ (A.\_\_\_\_) vom 8. August 2007 (Urk. 10/44/1-20). Die Gutachter stellten damals folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 15):

- Morbus Crohn (Erstdiagnose 1995) mit/bei
- Status nach Dünndarmileus mit Stenosierung des distalen Ileums (1995)
- Status nach entero-vesikaler Fistelung (1996)
- Status nach Ileozökalresektion und Ureterolyse rechts (1996)
- Status nach Perianalabszess, Bauchdeckenabszess und Abszess im Bereich der Ileumschlinge (1999)
- Abszessexzision perianal (2004)
- Anastomosenstenose mit Ballondilatation im Bereich des terminalen Ileums (2004)
- Status nach enteroenteraler und retroperitonealer Fistel (2004)
- Status nach Resektion der Ileo-Ascendostomie mit Neuanlage Ileo-Ascendostomie am 3. Januar 2005 bei Dünndarmileus mit Stenosierung im distalen Drittel des Neo-Ileums (Januar 2005)
- explorative Laparotomie/Adhäsionslyse und Neuanlage der Ileo-Ascendostomie (Februar 2005)
- aktuelle Therapie: Remicade, Imurek, Prednison, Salazopyrin
- chronisches, rechtsbetontes Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung in beide Beine mit/bei:
  - Hyperkyphose der Brustwirbelsäule, Sacrum acutum, diskreter Skoliose
  - leicht verminderter Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule und des Brustkorbs bei Inspiration und Expiration

Alsdann nannten die Gutachter als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine leichte depressive Episode (S. 15).

Zur Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, dass sowohl in der bisherigen Tätigkeit als Parkwart, sofern der jederzeitige Zugang zu einer Toilette gewährleistet sei, also insbesondere kein Kundenkontakt bestehe, als auch in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit eine 70%ige Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 18 Ziff. 7.2, S. 19 Ziff. 7.3).

3.2 Die Beschwerdegegnerin ging gestützt auf das eingeholte A.\_\_\_\_-Gutachten davon aus, dass der Beschwerdeführer in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Wagenpfleger und in jeder anderen leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 70 % arbeitsfähig sei und ermittelte anhand eines Einkommensvergleichs einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 35 % (Urk. 10/56).

### E. 4

4.1 Am 10. November 2008 (Urk. 10/80) führten die Ärzte des Spitals B. aus, dass der Beschwerdeführer seit dem 5. November 2008 bei ihnen hospitalisiert sei. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit.

4.2 In einem weiteren Bericht vom 11. November 2008 (Urk. 10/83/7-8) hielten die Ärzte des Spitals B. fest, dass sich der Beschwerdeführer vom 5. bis 11. November 2008 bei ihnen in Spitalpflege befunden habe (S. 1).

Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- Morbus Crohn
- aktuell akuter Schub
- Verdacht auf Sublileus
- Status nach rezidivierenden Steinabgngen bei bekannter Cholezystolithiasis
- Status nach ERCP am 18. Juni 2008

Alsdann berichteten die Ärzte, dass der Beschwerdeführer notfallmässig zugewiesen worden sei wegen Bauchschmerzen paraumbilical vor allem rechts mit Schmerzausstrahlung in den Oberbauch. Zur bereits etablierten Therapie mit dem Arzneimittel Imurek sei sofort eine solche mit dem Arzneimittel Prednisolon eingeleitet worden. Darunter sei es rasch zu einer klinischen Besserung mit Sistierung des Erbrechens und Normalisierung des Stuhlganges gekommen. Der Beschwerdeführer habe das Spital entgegen den ärztlichen Empfehlungen verlassen (S. 1).

4.3 Am 26. Januar 2009 (Urk. 10/91) führten die Ärzte des Spitals B. aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahre 2005 bei ihnen in Behandlung stehe. Er leide an einem schwer verlaufenden Morbus Crohn und es hätten bereits mehrere Operationen durchgeführt werden müssen. Der Beschwerdeführer sei mindestens seit dem Jahre 2005 arbeitsunfähig, da er an verschiedenen Schüben des Morbus Crohn leide. Aktuell könne er wegen des aktiven Morbus Crohn keine Arbeit verrichten.

4.4 Am 15. April 2009 (Urk. 10/90/14) führten die Ärzte des Spitals B. wiederum aus, dass der Beschwerdeführer an einem schwer verlaufenden Morbus Crohn leide. Er werde mit Prednison und Imurek und seit anfangs Jahr auch mit Remicade behandelt. Dem Beschwerdeführer gehe es aktuell etwas besser. Die Diarrhoe sei leicht regredient. Der Beschwerdeführer sei weiterhin vollumfänglich arbeitsunfähig.

4.5 Im Bericht vom 28. Mai 2009 (Urk. 10/101/14-19) führten die Ärzte des Spitals B. aus, dass sich der Beschwerdeführer vom 25. bis 28. Mai 2009 bei ihnen Hospitalisation befunden habe (S. 1 oben).

Die Ärzte nannten folgende Diagnosen (S. 1):

- unklare abdominelle Beschwerden mit Emesis, Schmerzen und Diarrhoe
- Differentialdiagnose: Steinabgang
- Differentialdiagnose: akuter Morbus Crohn
- Morbus Crohn
- unter Prednison, Imurek, Remicade
- Status nach rezidivierenden Steinabgngen bei bekannter Cholezystolithiasis

- Status nach ERCP am 18. Juni 2008
- Fibroma pendulans inguinal links
- Wunddehiszenz im Bereich der Laparotomienarbe

Zur Arbeitsfähigkeit machten sie keine Angaben.

4.6 Im Bericht vom 9. Juni 2009 (Urk. 10/101/8-9) führten die Ärzte des Spitals B. aus, dass sich der Beschwerdeführer vom 31. Mai bis 5. Juni 2009 bei ihnen in Hospitalisation befunden habe (S. 1 oben).

Die Ärzte stellten folgende Diagnosen (S. 1):

- Morbus Crohn mit intermittierender mechanischer Obstruktion
- aktuell: Subileusbeschwerden mit Emesis, Schmerzen und Diarrhoe
- unter Prednison, Imurek, Remicade
- MR Scanning vom 4. Juni 2009: mögliche Adhärenz Kolon-Dünndarm rechter Unterbauch, Bauchwandhernie
- Status nach Ileozökalresektion 1996, Resektion der Ileo-Ascendostomie mit Neuanlage einer Ileoascendostomie 2005
- Status nach rezidivierenden Steinabgängen bei bekannter Cholezystolithiasis
- Status nach ERCP am 18. Juni 2008
- Fibroma pendulans inguinal links

Zur Arbeitsfähigkeit machten die Ärzte keine Angaben.

4.7 Im Kurzbericht vom 31. August 2009 (Urk. 10/97/6) führten die Ärzte des Spitals B. aus, dass der Beschwerdeführer seit dem Jahre 1996 an einem sehr schwer verlaufenden Morbus Crohn leide. Der Morbus Crohn habe mehrfach mit operativen Interventionen behandelt werden müssen, da sich Stenosen und Fisteln im Bereich des terminalen Ileums entwickelt hätten. In der Folge seien Anastomosenstenosen und entzündliche Veränderungen in anderen Dünndarmbereichen aufgetreten, weshalb der Beschwerdeführer auch mit Steroiden habe behandelt werden müssen.

Sein Zustand habe sich stabilisiert, sei indes noch deutlich reduziert. Er leide weiterhin an einer Diarrhoe sowie an abdominalen Schmerzen.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die Ärzte aus, dass der Beschwerdeführer vollumfänglich arbeitsfähig sei.

4.8 Am 3. November 2009 (Urk. 10/101/1) führten die Ärzte des Spitals B. abermals aus, dass der Beschwerdeführer an rezidivierenden diffusen Bauchschmerzen sowie Erbrechen und Diarrhoe leide. Diese Beschwerden hätten zu mehrfachen Hospitalisationen geführt. Die Beschwerden seien regredient. Sobald der Beschwerdeführer die Arzneimittelbehandlung reduziere, komme es zu Rezidiven. Der Beschwerdeführer sei durch die Erkrankung in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Die Krankheitsschübe würden sich gelegentlich äußern. Eine Prognose sei daher nicht möglich. Es sei indes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer prognostisch in den nächsten Jahren vollumfänglich arbeitsfähig bleibe.

4.9. Dr. med. C. \_\_\_\_, FMH für Allgemeine Medizin, Regionalärztlicher Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), führte in den Stellungnahmen vom 23. Januar, 4. Mai und 4. September 2009 (Urk. 8/102) zusammengefasst aus, dass keine neuen medizinischen Befunde vorlägen, welche wesentlich von der Beurteilung im A. \_\_-Gutachten des Jahres 2007 abweichen würden, weshalb weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit im Umfang von 70 % auszugehen sei.

4.10. Im Verlauf des vorliegenden Verfahrens führten die Ärzte des Spitals B. \_\_ im Bericht vom 8. März 2010 (Urk. 10/112 = Urk. 3) aus, dass der Beschwerdeführer an einem ausgesprochen schwer verlaufenden Morbus Crohn leide. Es hätten mehrere Operationen durchgeführt werden müssen und der Beschwerdeführer leide an rezidivierenden diffusen Bauchschmerzen mit Erbrechen und Diarrhoe. Diese Episoden hätten ihn so sehr geschwächt, dass er mehrfach habe hospitalisiert werden müssen.

Trotz der Behandlung mit Remicade und Imurek gehe es dem Beschwerdeführer nicht gut. Er habe wieder akut hospitalisiert werden müssen, da er an starkem Erbrechen und Diarrhoe gelitten habe.

Die Ausübung einer erwerblichen Tätigkeit sei ihm nicht möglich. Der Beschwerdeführer sei vollumfänglich arbeitsunfähig.

4.11. Im Verlauf des vorliegenden Verfahrens reichte der Beschwerdeführer sodann einen weiteren Bericht des Spitals B. \_\_ vom 14. Juni 2010 zu den Akten (Urk. 14). Darin hielten die Ärzte fest, dass die von der Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vorgenommene Schlussfolgerung, dass die Magenspiegelung einen normalen Befund gezeigt habe und daher die Beschwerden des Beschwerdeführers nicht objektiv zu erklären seien, vollkommen unverständlich sei.

Die Magenspiegelung sei notwendig gewesen, da der Beschwerdeführer über Erbrechen geklagt habe. Gelegentlich sei dies durch eine Magenentzündung verursacht. Da keine Magenentzündung vorgelegen habe, sei anzunehmen, dass der Morbus Crohn, welcher den Dünndarm befallen habe, auch diese Beschwerden verursache.

Zwischenzeitlich werde der Beschwerdeführer wegen des Morbus Crohn mit dem Medikament Humira behandelt. Eine durchgeführte Dünndarmröntgenuntersuchung habe eine Verengung im Bereich des Überganges vom Dün- zum Dickdarm gezeigt. Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt und müsse immer wieder hospitalisiert werden.

4.12. Im Bericht des Spitals B. \_\_ vom 29. April 2011 (Urk. 17), welcher ebenfalls im Verlauf des vorliegenden Verfahrens eingereicht wurde, nannten die Ärzte folgende Diagnosen:

- Dünndarmfistel mit/bei:
- Stenose der Ileoszendostomie bei Morbus Crohn
- offene Cholezystektomie und Resektion der Ileoszendostomie mit Neuanlage einer Ileotransversostomie am 22. Februar 2011
- postoperativer Wundinfekt mit Platzbauch

- Eröffnung der Laparotomie, abdominelle Exploration und erneuter Bauchdeckenverschluss mit Monomax Fortlaufnaht und intermittierenden Einzelknopfnähten mit Vicryl 1-0 sowie VAC-Anlage am 1. März 2011
- Wunddebridement, Einlage Vicryl-Netz und VAC-Anlage am 7. März 2011
- Ausriss des Vicryl-Netzes abdominal
- diverse VAC-Wechsel im Verlauf
- Verruca vulgaris Dig. I Hand rechts

Zur Arbeitsfähigkeit machten die Ärzte keine Angaben.

4.13 Als dann reichte der Beschwerdeführer im Verlauf des vorliegenden Verfahrens einen weiteren Bericht des Spitals B.\_\_\_\_ vom 1. Juni 2011 zu den Akten (Urk. 16). Die Ärzte führten aus, dass in der zweiten Hälfte des Jahres 2010 eine Behandlung mit dem Medikament Humira versucht worden sei, was zwar zu einer vorübergehenden Besserung der Beschwerden geführt habe, aber Schübe mit rezidivierendem Erbrechen und Bauchschmerzen nicht verhindert habe. Am 22. Februar 2011 sei eine Resektion der Ileoascendostomie mit Neuanlage einer Ileotransversostomie durchgeführt worden. In deren Folge hätten wegen aufgetretenen Komplikationen verschiedene weitere Operationen durchgeführt werden müssen. Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 22. Februar 2011 in Spitalpflege. Die Wundheilung sei deutlich verlangsamt.

## E. 5

5.1 Aufgrund der Akten lässt sich der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers nicht abschliessend beurteilen.

Während die behandelnden Ärzte des Spitals B.\_\_\_\_ im November 2008 über einen akuten Schub des Morbus Crohn berichteten und dem Beschwerdeführer eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierten (Urk. 10/80), ging der RAD-Arzt, Dr. C.\_\_\_\_, im Januar 2009 davon aus, dass keine neuen medizinischen Befunde vorliegen würden, welche wesentlich von der Beurteilung im A.\_\_\_\_-Gutachten des Jahres 2007 abwichen, weshalb in einer leidensangepassten Tätigkeit weiterhin von einer Arbeitsfähigkeit im Umfang von 70 % auszugehen sei (Urk. 8/102).

Auch nachdem die Ärzte des Spitals B.\_\_\_\_ im Januar und April 2009 wiederum festhielten, dass der Beschwerdeführer unter einem schwer verlaufenden Morbus Crohn leide und wegen dessen Aktivität aktuell keine Arbeit verrichten könne (Urk. 10/91, Urk. 10/90/14), hielt der RAD-Arzt im Mai 2009 an seiner Stellungnahme vom Januar 2009 fest (Urk. 8/102).

Danach befand sich der Beschwerdeführer bereits im Mai und Juni 2009 wiederum in Spitalpflege und die Ärzte des Spitals B.\_\_\_\_ führten aus, dass der Beschwerdeführer an unklaren abdominellen Beschwerden mit Emesis, Schmerzen und Diarrhoe leide (Urk. 10/101/14-19 S. 1). Im August 2009 berichteten sie über weiterhin bestehende abdominale Schmerzen und Diarrhoe und führten aus, dass der Gesundheitszustand des Beschwerdeführers deutlich reduziert sei, weshalb er vollumfänglich arbeitsunfähig sei (Urk. 10/97/6).

Nichtsdestotrotz hielt der RAD-Arzt auch in einer weiteren Stellungnahme vom September 2009 wiederum an seiner im Januar 2009 abgegebenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit fest (Urk. 8/102).

Im November 2009 führten die Ärzte des Spitals B. \_\_\_ aus, dass der Beschwerdeführer an rezidivierenden diffusen Bauchschmerzen sowie an Erbrechen und Diarrhoe leide, wobei die Beschwerden regredient seien. Die Krankheitsschübe würden sich gelegentlich häufen. Eine Prognose sei daher nicht möglich. Es sei indes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer prognostisch in den nächsten Jahren vollumfänglich arbeitsunfähig bleibe (Urk. 10/101/1).

Im Laufe des vorliegenden Verfahrens führten die Ärzte des Spitals B. \_\_\_ im März 2010 aus, dass der Beschwerdeführer an einem ausgesprochen schwer verlaufenden Morbus Crohn mit rezidivierenden diffusen Bauchschmerzen sowie Erbrechen und Diarrhoe leide. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 10/112). Im Juni 2010 berichteten sie, dass eine durchgeführte Dünndarmröntgenuntersuchung eine Verengung im Bereich des Überganges vom Dün- zum Dickdarm gezeigt habe. Der Beschwerdeführer sei in seiner Arbeitsfähigkeit deutlich eingeschränkt und müsse immer wieder hospitalisiert werden (Urk. 14). Im April 2011 berichteten die Ärzte des Spitals B. \_\_\_ über eine am 22. Februar 2011 durchgeführte offene Cholezystektomie und Resektion der Ileosaszendostomie mit Neuanlage einer Ileotransversostomie sowie einen postoperativen Wundinfekt mit Platzbauch, was am 1. März 2011 eine weitere Operation und am 7. März 2011 ein Wunddebridement nötig gemacht habe (Urk. 17). Im Juni 2011 berichteten sie ferner, dass sich der Beschwerdeführer seit Februar 2011 in Spitalpflege befinde und die Wundheilung deutlich verlangsamt sei (Urk. 16).

5.2 Nach Art. 1 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 43 Abs. 1 ATSG prüft der Versicherungsträger die Begehren der versicherten Person, nimmt die notwendigen Abklärungen von Amtes wegen vor und holt die erforderlichen Auskünfte ein. Soweit ärztliche oder fachliche Untersuchungen für die Beurteilung notwendig und zumutbar sind, hat sich die versicherte Person diesen zu unterziehen (Art. 43 Abs. 2 ATSG).

In Ergänzung und Präzisierung zu Art. 43 Abs. 1 ATSG hält Art. 57 IVG in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVV fest, dass die IV-Stelle, wenn die versicherungsmässigen Voraussetzungen erfüllt sind, die erforderlichen Unterlagen, insbesondere über den Gesundheitszustand, die Tätigkeit, die Arbeits- und Eingliederungsfähigkeit der versicherten Person sowie die Zweckmässigkeit bestimmter Eingliederungsmassnahmen beschafft und zu diesem Zwecke Berichte und Auskünfte verlangen, Gutachten einholen, Abklärungen an Ort und Stelle vornehmen sowie Spezialisten der öffentlichen oder privaten Invalidenhilfe beiziehen kann.

5.3 Das Gericht kann die Angelegenheit zu neuer Entscheidung an die Vorinstanz zurückschicken, besonders wenn der Sachverhalt ungenügend festgestellt wurde (§ 26 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVer). Gemäss ständiger Rechtsprechung ist in der Regel von der Rückschickung - da diese das Verfahren verlängert und verteuert - abzusehen, wenn die Rechtsmittelinstanz den Prozess ohne wesentliche Weiterungen erledigen kann. In erster Linie kommt eine Rückschickung in Frage, wenn der entscheidungsrelevante Sachverhalt ungenügend abgeklärt ist (vgl. SVR 1995 ALV Nr. 27 S. 69).



Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Die Kosten sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

7. Bei diesem Ausgang des Verfahrens hat der Beschwerdeführer Anspruch auf eine Prozessentschädigung, welche seinem unentgeltlichen Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, zuzusprechen ist. Mit Kostennote vom 14. Juli 2011 machte dieser für die Zeit ab 23. März 2009 einen Aufwand von 19.05 Stunden und Barauslagen von pauschal 3 % geltend (Urk. 22). Da vorliegend nur die Aufwendungen im Zusammenhang mit dem gerichtlichen Verfahren entschädigungsberechtigt sind, beläuft sich der zu berücksichtigende Aufwand auf 10.55 Stunden (für die Zeit ab 17. Februar 2010) und zwar zum praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer). Dies ergibt ein Honorar von total Fr. 2'110.--, wobei Barauslagen in Höhe von Fr. 63.30 (3 % von Fr. 2'110.--) zu berücksichtigen sind und sich die Aufwendungen damit auf Fr. 2'173.30 belaufen. Damit beläuft sich die Entschädigung unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer auf aufgerundet Fr. 2'350.--.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die angefochtene Verfügung vom 15. Februar 2010 aufgehoben und die Sache an die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, neu verfähre.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, Zürich, eine Prozessentschädigung von Fr. 2'350.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Sebastian Lorentz, unter Beilage einer Kopie von Urk. 20

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie nach Eintritt der Rechtskraft an:

- Gerichtskasse

5. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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