

der 1990er Jahre, zwei fremdanamnestisch erwähnte Suizidversuche 1988 und 1990, parasuizidales Agieren (01/2009) mit nachfolgender Klinikaufnahme mittels eines fÄrsorgerischen Freiheitsentzugs (FFE), fremdaggressive Handlungen in Gestalt mehrfacher Gewalt gegen die frÄhere Lebenspartnerin und gegen die Mutter, ungeklärte multiple körperliche Beschwerden bei einem Verdacht auf rheumatoide Arthritis in drei Fingern der linken Hand (orthopÄdisch-rheumatologische Abklärung erforderlich), einen Status nach Pollakisurie und psychosoziale Probleme an (Urk. 8/47 S. 23).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Gutachter hielt fest, es sei im Mai 1994 nach einem Sportunfall zur Manifestation einer hypochondrischen StÄrung gekommen. Immer wieder sei auch paroxysmal Angst aufgetreten. Das StÄrungsbild sei mit Benzodiazepinen (Alprazolam/Xanax) behandelt worden. Der BeschwerdefÄhrer habe die Sedativa wegen sich in der Folge verstärkender psychosozialer Belastungen (Konflikte mit der Partnerin, Geburt dreier Kinder, Arbeitslosigkeit, nicht ausreichende Behandlungserfolge und so weiter) vermehrt und unkontrolliert eingenommen, so dass ein AbhÄngigkeitssyndrom entstanden sei (Urk. 8/47 S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Jahr 2000 und verstärkt seit 2007 habe die PanikstÄrung das klinische Bild bestimmt. Wiederum seien an der Klinik psychosoziale Faktoren ursÄchlich mitbeteiligt gewesen. Erschwert sei die Behandlung durch die beharrliche Weigerung des Versicherten worden, einen Benzodiazepinentzug mit anschliessender EntwÄhnung durchzufÄhren, obwohl dies vom behandelnden Arzt und der Psychiatrischen Klinik E.____ dringlich angeraten worden sei (Urk. 8/47 S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei dieser Krankheitsentwicklung - so ist dem Gutachten weiter zu entnehmen - sei es sicherlich zwischenzeitlich zu EinschrÄnkungen der ArbeitsfÄhigkeit gekommen, die aber rückblickend nicht mehr exakt angegeben werden kÄnnten, da die objektivierenden Befunde unvollstÄndig seien. Es sei aber Dr. D.____ zuzustimmen, dass zwischen 2000 und 2007 die ArbeitsfÄhigkeit nicht wesentlich eingeschrÄnkt gewesen sei, da der BeschwerdefÄhrer verschiedenen TÄtigkeiten habe nachgehen kÄnnen. Auch die Arbeit als Hauswart habe er wegen seiner UnzuverlÄssigkeit den Arbeitsverpflichtungen gegenÄber, wegen des rezidivierenden Alkoholkonsums bei psychosozialen Konflikten, wegen zeitweilig aggressiven Verhaltens und wegen des mit seiner PersÄnlichkeitsstruktur zusammenhÄngenden Ängstlich-vermeidenden Abwehrmodus verloren und nicht primÄr wegen der EinschrÄnkungen durch die Angsterkrankung selbst (Urk. 8/47 S. 26).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. Z.____ fÄhrte weiter an, die ArbeitsunfÄhigkeit zwischen Mai 2008 und MÄrz 2009 habe deutlich unter 40 % gelegen und liege auch weiterhin dort, da der BeschwerdefÄhrer zum einen ab dem 1. September 2008 zu 60 % an einem Arbeitsprogramm der Y.____ in einem Restaurant teilgenommen habe mit teilweiser Steigerung des Pensums auf 80 % und mehr. Die vorzeitige Beendigung des Arbeitsversuchs im Vorsommer 2009 sei nicht aus gesundheitlichen GrÄnden im engeren Sinne, sondern wegen der beim Arbeitseinsatz aufgekommenen AggressivitÄt erfolgt, weshalb dem Versicherten in der Folge ein Hausverbot erteilt worden sei. Zum anderen ergebe die aktuelle Befundung allenfalls eine ArbeitsunfÄhigkeit von maximal 30 %, die durch geeignete medizinische Massnahmen noch verbessert werden kÄnne (Urk. 8/47 S. 26).

Dr. Z. ___ führte die beträchtliche Mäßigkeit, die zu beobachten gewesen sei, auf den übermäßigen Gebrauch von Benzodiazepinen und die Einnahme von Mianserin in zu hoher Dosierung tagsüber zurück (Urk. 8/47 S. 27). Die Arbeitsunfähigkeit von 30 % in allen Tätigkeiten mit Ausnahme von Chauffeur Tätigkeiten und ohne Bedienen gefährlicher Maschinen sowie ohne Publikumsverkehr gehe überwiegend auf die Nebenwirkungen der vom Versicherten selbst überdosierten Medikation zurück. Aufgrund der durch die Medikamente bewirkten Mäßigkeit und der leichtgradigen Einbußen bezüglich der Aufmerksamkeit und der Konzentration gebe es auch Einschränkungen bei der Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge (vgl. auch Urk. 8/47 S. 33). Das Umstellungs- und Anpassungsvermögen seien ebenfalls um etwa 30 % verringert. Diese Reduktion gehe nun aber in erster Linie auf den psychischen Gesundheitsschaden, vor allem auf die Persönlichkeitsorganisation mit mangelnder Flexibilität, emotionaler Instabilität sowie ständiger Abwehr und Copingmechanismen zurück. Bei mit der auffälligen Persönlichkeitsstruktur zusammenhängender verminderter Frustrationstoleranz und Neigung zu Impulskontrollverlusten, vor allem unter schädlichem Konsum von Alkohol, sollten Arbeiten unter zu grossem Zeitdruck, in grösseren Teams oder mit andauerndem Publikumsverkehr begrenzt bleiben oder ganz entfallen (Urk. 8/47 S. 33). Obwohl ein lange bestehendes Störungsbild vorliege, das tief in der Charakterstruktur des Versicherten verwurzelt sei und daher eine gewisse Invarianz zeige, sei der negative Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit trotzdem nicht grösser. Auch könne die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % durch geeignete medizinische Massnahmen um einiges verbessert werden. Es dürfe nicht übersehen werden, dass Dauer und Prägnanz der Störung stark durch psychosoziale Faktoren mitbestimmt würden. Auch sei zu bedenken, dass eine adäquate Behandlung trotz der langen Krankheitsgeschichte noch nicht etabliert werden können. Statt dessen sei schon früh ein auch iatrogen mitverschuldetes Suchtleiden (im Sinne einer Benzodiazepinabhängigkeit) hinzugekommen (Urk. 8/47 S. 27).

Dem Gutachten ist ferner zu entnehmen, dass medizinische Massnahmen im Rahmen eines stationären Klinikaufenthaltes nötig sind. Dabei müsste - nebst dem Etablieren der ambulanten Behandlung - eine Abkehr von der Benzodiazepinabhängigkeit erreicht werden. In diesem Kontext müsste eine angemessene Psychopharmakotherapie für alle Störungen (nicht nur für den Benzodiazepinentzug) etabliert werden. Für die Zeit der stationären Behandlung wäre der Versicherte zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/47 S. 28 f.).

Im Rahmen der Stellungnahme zu beruflichen Massnahmen führte Dr. Z. ___ an, der Versicherte sei bei seinen Arbeitsleistungen unstet und wenig effektiv gewesen. Zudem sei er - häufig unter Einfluss von Alkohol - gereizt und teilweise aggressiv geworden. Da diese Verhaltensweisen mit der zugrunde liegenden "Persönlichkeitsinformation" (Achse II) in Verbindung stehe und zudem eine im Rahmen der Behandlung der Angststörung entstandene Benzodiazepinabhängigkeit vorliege (mit Tagesmüdigkeit, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsschwächen, zu denen auch eine dysphorisch-reizbare Stimmungslage oft bei Wirkungsverlust des Xanax hinzukomme), sei zu befürchten, dass sich die inadäquaten Verhaltensweisen auch an einem vermittelten Arbeitsplatz wiederholen und berufliche Massnahmen dadurch scheitern würden. Der Versicherte müsste daher als "Vorleistung" die erwünschte medizinische Behandlung

durchlaufen (Urk. 8/47 S. 31).

Psychosoziale Faktoren hätten ferner in der gesamten Krankheitsgeschichte nicht nur eine Funktion als Auslöser und Verstärker einer an sich leicht bis zeitweise maximal mittelschweren Symptomatik inne gehabt. Sie seien aber auch ursächlich, also ätiopathogenetisch, an der Manifestation und der Chronifizierung der Störungen beteiligt (Urk. 8/47 S. 34).

In seinen ergänzenden Ausführungen vom 20. März 2010 hielt Dr. Z.____ schliesslich fest, aus psychopathologischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % in der bisherigen wie auch für angepasste Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarkts. Diese Arbeitsunfähigkeit basiere auf der Grundlage der von ihm genannten Störungen der Achse I und II. Dabei komme der Benzodiazepinabhängigkeit durch eine durch sie bewirkte Tagesmüdigkeit sowie Aufmerksamkeits- und Konzentrationsminderung die mit Abstand wichtigste Bedeutung zu. Das auf 70 % beschränkte Arbeitspensum ohne Chauffeur Tätigkeiten, ohne Bedienen gefährlicher Maschinen und ohne Publikumsverkehr gehe überwiegend auf die Nebenwirkungen der überdosierten Medikation zurück (Urk. 8/49 S. 2).

3.3 In einem kurzen Bericht vom 7. Juli 2010, welcher zwar erst nach der Verfügung vom 28. Juni 2010 verfasst wurde, jedoch den zu berücksichtigenden Zeitraum betrifft, hielt Dr. med. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die Diagnosen einer Panikstörung (ICD-10: F41.0), einer hypochondrischen Störung mit ängstlich-depressiven Anteilen, einer Störung durch Benzodiazepine, Abhängigkeitssyndrom, ständiger Substanzgebrauch (ICD-10: F13.25), einer akzentuierten Persönlichkeit mit ängstlich-vermeidenden und zwanghaften Zügen, von Impulskontrollstörungen und einer schwierigen psychosozialen Situation fest. Der Versicherte sei vom 15. März bis zum 1. April 2010 bei ihr in Behandlung gewesen. Er sei schwer krank und voll arbeitsunfähig (Urk. 3/3).

3.4 Der Versicherte hielt sich sodann vom 29. November bis zum 7. Dezember 2010 im Rahmen eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs aufgrund eines tonisch-klonischen Krampfanfalls im Rahmen eines Benzodiazepin-Entzugs und/oder einer Medikamenten-überdosierung in der Klinik C.____ auf. Für die Dauer des Aufenthalts wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (Urk. 13, Urk. 15/1).

Ein weiterer Klinikaufenthalt in der Klinik C.____ fand ab dem 9. Mai 2011 (Urk. 20/2) statt.

4. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

4.1 Sowohl in Bezug auf die Diagnosen wie auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeitseinschätzung (70%ige Arbeitsfähigkeit) ist auf das Gutachten von Dr. Z.____ vom 12. Januar 2010 beziehungsweise auf den Zusatzbericht vom 20. März 2010 abzustellen. Dabei ist bezüglich der von Dr. Z.____ gestellten Diagnosen festzuhalten, dass sie im Wesentlichen mit denjenigen der anderen involvierten Ärzte übereinstimmen (Urk. 3/3, Urk. 8/24, Urk. 8/32, Urk. 8/34, Urk. 8/36, Urk. 8/47 S. 31 f., vgl. auch Urk. 15/1). Der Einwand des Beschwerdeführers, Dr. Z.____ habe die aktenkundige Fremdaggressivität und -gefährdung mit der diagnostizierten akzentuierten Persönlichkeit verharmlost (Urk. 1 S. 8), vermag dabei nicht zu überzeugen. Denn auch die kurzzeitig behandelnde Ärztin Dr. A.____, welche den

Beschwerdeführer im Rahmen mehrerer Therapiesitzungen kennen lernen konnte, diagnostizierte lediglich eine akzentuierte Persönlichkeitsstörung (Urk. 3/3). Zudem wurde in den Berichten der Psychiatrischen Klinik E.____ (Urk. 8/24, Urk. 8/36) und der Klinik C.____ (Urk. 15/1), wo sich der Beschwerdeführer jeweils mehrere Tage stationär aufhielt, ebenfalls keine Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Angesichts dieser übereinstimmenden Einschätzung bleibt kein Raum für Kritik an den von Dr. Z.____ gestellten Diagnosen.

Die von Dr. Z.____ attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit beruht sodann - gemäss dessen Ausführungen - auf der Panikstörung, der Störung durch Benzodiazepine und der akzentuierten Persönlichkeitsstörung (Urk. 8/47 S. 22 f. und S. 26 f. sowie Urk. 8/49 S. 2). Dr. Z.____ nimmt zwar in der Folge zur invalidenversicherungsrechtlichen Bedeutung der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 30 % Stellung (vgl. Urk. 8/47 S. 27, Urk. 8/49 S. 3). Diese Einschätzung ist jedoch nicht beachtlich, denn es ist die Aufgabe des Arztes oder der Ärztin, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Nicht in den Aufgabenbereich des Arztes hingegen fallen Überlegungen zur Invalidität. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass es sich - entgegen der Einschätzung von Dr. Z.____ und des Regionalen Ärztlichen Dienstes (Urk. 8/50 S. 4) - bei der diagnostizierten Störung durch Benzodiazepine um eine invalidenversicherungsrechtlich relevante und zu berücksichtigende Sucht handelt (vgl. vorstehend Erwägung 1.1.3). Ursache der Benzodiazepinabhängigkeit ist nämlich gemäss den übereinstimmenden Angaben in allen medizinischen Unterlagen - mithin auch im Gutachten von Dr. Z.____, welcher von einem iatrogenen ("vom Arzt erzeugten") Suchtleiden ausging (Urk. 8/47 S. 27) - die Behandlung einer Angsterkrankung im Jahre 1994 mit Benzodiazepinen (Urk. 8/34 S. 6 f., Urk. 8/36 S. 3, Urk. 15/1 S. 2). Die entsprechende Medikation erhält der Versicherte denn auch immer noch von ärztlicher Seite verschrieben (Urk. 8/32 S. 3, Urk. 8/34 S. 3). Im Weiteren wurden zwar psychosoziale Belastungsfaktoren erwähnt (Urk. 8/47 S. 22 und S. 34). Entgegen der Einschätzung von Dr. Z.____ und der IV-Stelle geht indessen der (fach-)ärztlicherseits schlüssig festgestellte Gesundheitsschaden nicht in den psychosozialen Belastungsfaktoren auf. Vielmehr liegt - auch wenn sie zur Manifestation wie auch zur Chronifizierung des psychischen Gesundheitsschadens kausal beigetragen haben - eine davon zu unterscheidende psychische Störung von Krankheitswert vor (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a; Urteil des Bundesgerichts 8C_730/2008 vom 23. März 2009 E. 2), weshalb deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu berücksichtigen sind.

Die von Dr. Z.____ attestierte 30%ige Arbeitsunfähigkeit liegt schliesslich im Rahmen der Einschätzung von Dr. D.____ (10- bis 40%ige Arbeitsunfähigkeit; Urk. 8/32), weshalb sie - soweit sie die medizinische Sachlage betrifft - zu überzeugen vermag. Auf die im Bericht der Psychiatrischen Klinik E.____ vom 25. Mai 2009 attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/36) kann hingegen nicht abgestellt werden. Zwar wurde darin auf die kognitiven Beeinträchtigungen und die verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund der Angst- und Depressionssymptomatik sowie aufgrund der Benzodiazepinabhängigkeit hingewiesen (Urk. 8/36 S. 2 ff.). Eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab Januar 2009 bleibt jedoch in Anbetracht des Arbeitseinsatzes im Rahmen des Beschäftigungsprogramms der Y.____ von September 2008 bis Juni 2009

(Urk. 8/47 S. 8) nicht nachvollziehbar. Es ist daher davon auszugehen, dass die attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit lediglich die Zeit des vom 4. bis 9. Januar 2009 dauernden Klinikaufenthaltes betraf. Dass danach weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte, geht aus dem Austrittsbericht der Klinik C.____ vom 27. Dezember 2010 jedenfalls nicht hervor (Urk. 15/1). An der 70%-igen Arbeitsunfähigkeit vermag im Weiteren auch die von Dr. A.____ attestierte volle Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/3) nichts zu ändern. Diese Ärztin legte nämlich in ihrem sehr kurzen Bericht vom 7. Juli 2010 nicht dar, aufgrund welcher konkreter Beeinträchtigungen die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten vollständig eingeschränkt sein soll (Urk. 3/3), womit ihre Einschätzung nicht zu überzeugen vermag. Schliesslich kann auch nicht auf die von Dr. B.____ aufgeführte Leistungsverminderung von 50 bis 70 % (Urk. 8/34 S. 4) abgestellt werden, zumal es sich um eine vage Einschätzung handelt und ausserdem ihm wie auch Dr. A.____ gegenüber der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc mit Hinweisen).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Angesichts des umfangreichen und detaillierten Gutachtens, der im Wesentlichen übereinstimmenden psychiatrischen Diagnosen und Befunde sowie der attestierten Arbeitsunfähigkeit, war eine weitere psychiatrische Untersuchung (vgl. hierzu auch Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007, E. 3.1.1), das Durchführen von Tests und das Einholen fremdanamnestischer Angaben sodann - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 9) - nicht nötig, zumal Dr. Z.____ über die relevanten medizinischen Akten verfügte, welche ihm einen umfassenden Einblick in den Verlauf gaben.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Weiteren ist - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 S. 8) - keine ergänzende rheumatologische Abklärung erforderlich. Zwar war der Beschwerdeführer laut Gutachten vom 12. Januar 2009 wegen Beschwerden in den Fingern beim Handchirurgen Dr. F.____ vorstellig geworden (Urk. 8/47 S. 22). In den Berichten der behandelnden Ärzte vor und nach dem Gutachten (Urk. 8/34, Urk. 8/38, Urk. 15/1) finden sich keine entsprechenden Hinweise, so dass ausgeschlossen werden kann, dass in der linken Hand eine anhaltende somatische Beeinträchtigung besteht.

4.2 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass sich laut dem Gutachten von Dr. Z.____ seit der rentenverneinenden Verfügung vom 24. Oktober 2007 (vgl. vorstehend Erwägung 2.1) eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands ergeben hat mit dem Resultat, dass beim Beschwerdeführer nunmehr eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit in den von Dr. Z.____ umschriebenen Tätigkeiten besteht.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Zwar hatte der Beschwerdeführer vom 1. Januar 2004 bis zum 31. Dezember 2007 eine teilzeitliche Stelle als Hauswart bei einem Entgelt von Fr. 300.-- pro Monat inne und nahm von September 2008 bis Juni 2009 an einem Beschäftigungsprogramm der Y.____ teil (Urk. 8/29, Urk. 8/35, Urk. 8/47 S. 8). Beide Tätigkeiten können jedoch nicht zur Bezifferung des Valideneinkommens herangezogen werden, zumal es sich beim Lohn für die Hauswartstätigkeit um eine geringfügige Nebeneinnahme und beim Beschäftigungsprogramm der Y.____ bei einem Bruttoeinkommen von Fr. 120.-- pro Monat nicht um eine marktgerecht entlohnte

Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt handelte (vgl. Urk. 8/25 S. 6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Bezifferung des Validen- wie auch des Invalideneinkommens sind daher die Tabellenlöhne der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE 2008) heranzuziehen. Da auf denselben Betrag der Tabelle T1 (Total) abzustellen ist, ergibt sich die genaue Bezifferung der Vergleichseinkommen. Beim Invalideneinkommen ist jedoch zusätzlich zum verminderten Beschäftigungsgrad von 30 % ein leidensbedingter Abzug zu berücksichtigen (BGE 126 V 75). Aufgrund der diversen Einschränkungen (keine Chauffeur Tätigkeiten, kein Bedienen gefährlicher Maschinen, keine Überwachung und Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, kein Publikumsverkehr, kein grosser Zeitdruck, keine Arbeit in grösseren Teams; Urk. 8/47 S. 27 und S. 33, Urk. 8/49 S. 2), des reduzierten Beschäftigungsgrads von 70 % und der Aufenthaltskategorie (F - Humanitäre Aufnahme) erscheint ein leidensbedingter Abzug von insgesamt 15 % als angemessen. Daraus resultiert ein Invaliditätsgrad von 40,5 %, der zu einer Viertelsrente berechtigt.

5.2 Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer hatte sich am 8. März 2009 erneut zum Leistungsbezug angemeldet (Urk. 8/25). Gestützt auf Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG entsteht der Rentenanspruch somit frühestens am 1. September 2009. Aufgrund der von Dr. D. ___ attestierten 10- bis 50%igen Arbeitsunfähigkeit zwischen Mai 2008 und Februar 2009 beziehungsweise der 10- bis 40%igen Arbeitsunfähigkeit bis auf Weiteres (Urk. 8/32 S. 3), der von Dr. B. ___ in seinem Bericht vom 11. Mai 2009 attestierten 50- bis 70%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/34 S. 4), der im Bericht der Psychiatrischen Klinik E. ___ vom 25. Mai 2009 attestierten vorübergehenden 100%igen Arbeitsunfähigkeit (Urk. 8/36) sowie dem Hinweis von Dr. Z. ___, dass es zwischenzeitlich auch zu Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gekommen sei (Urk. 8/47 S. 26), sind per 1. September 2009 auch die Erfordernisse von Art. 28 Abs. 1 lit. b und c IVG erfüllt.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer hat somit ab dem 1. September 2009 Anspruch auf eine Viertelsrente.

5.3 Ä Ä Ä Ä Auf das Vorbringen des Beschwerdeführers, es sei das rechtliche Gehör verletzt worden, indem ihm nicht die Möglichkeit gegeben worden sei, die Gutachterfragen zu ergänzen (Urk. 1 S. 9, Urk. 12 S. 3), ist im Übrigen nicht weiter einzugehen. Er selber hatte in erster Linie die Zusprache einer Rente und nicht die Rückweisung an die IV-Stelle wegen formeller Mängel beantragt (Urk. 1 S. 2) und war somit davon ausgegangen, dass eine Rückweisung anstelle eines materiellen Entscheides zu einem formalistischen Leerlauf führen würde. Ein solcher bildet denn auch selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung einen Grund von einer Rückweisung abzusehen (BGE 132 V E. 5.1 mit Hinweisen).

5.4 Ä Ä Ä Ä Soweit der Beschwerdeführer berufliche Massnahmen geltend macht (Urk. 12 S. 2), ist er an die IV-Stelle zu verweisen, welche erstinstanzlich die jeweiligen Voraussetzungen zu prüfen hat.

6. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

6.1 Ä Ä Ä Ä Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegs, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert.

Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier macht gemäss der eingereichten Honorarnote vom 13. Januar 2012 (Urk. 25) zeitliche Aufwendungen von 16 Stunden und 5 Minuten geltend. Diese Aufwendungen erscheinen als angemessen, so dass dem unentgeltlichen Rechtsvertreter dafür in Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- und unter Berücksichtigung der Mehrwertsteuer von 8 % eine Prozessentschädigung von Fr. 3'477.60 ([16 Stunden und 5 Minuten x Fr. 200.--] + 8 %) zuzusprechen ist.

6.2 Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG in der seit dem 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Fassung) und ermessensweise auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verhängung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 28. Juni 2010 aufgehoben und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab dem 1. September 2009 Anspruch auf eine Viertelsrente hat.

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, Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier eine Prozessentschädigung von Fr. 3'477.60 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Kurt Meier
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

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.