

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01049 vom 9. Februar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-02-09, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01049

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01049 du 9 février 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01049 del 9 febbraio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1. Die Beschwerdeführerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, der Beschwerdeführer sei seit Juni 2007 in seiner Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Nach Ablauf der einjährigen Wartezeit (Juni 2008) bestehe aus medizinischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 85 % in einer behinderungsangepassten Erwerbstätigkeit (S. 1 unten). Der Einkommensvergleich ergab - ausgehend vom um 25 % verminderten statistischen Tabellenlohn - einen Invaliditätsgrad von 36 % (S. 2). Dass im ersten Vorbescheid eine befristete Rente in Aussicht gestellt worden war, hatte auf einer versehentlichen Gleichsetzung der gutachterlich attestierten Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit mit einer Arbeitsunfähigkeit auch in einer angepassten Tätigkeit basiert (Urk. 12/381 S. 2 oben).

2.2. Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, es könne nicht auf das Y.____-Gutachten abgestellt werden (S. 3 Ziff. 2). Das Gutachten setze sich nicht genügend mit den geklagten Beschwerden auseinander (S. 4 Ziff. 5). Sein Gesundheitszustand sei labil und habe im Zeitpunkt der Begutachtung gar nicht aufschlussreich abgeklärt werden können (S. 5 Ziff. 6); auch die Beschwerdeführerin habe weitere Arztberichte angefordert (S. 5 f. Ziff. 7). Ferner sei im Y.____-Gutachten die Anamnese ungenügend erhoben worden (S. 6 Ziff. 8) und es leuchte in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge nicht ein (S. 6 f. Ziff. 9). Schliesslich zitierte der Beschwerdeführer eine Beurteilung durch die Leiterin der Institution für betreutes Wohnen (S. 8 ff.) und wies auf eine ihm im Februar 2010 attestierte Arbeitsunfähigkeit hin (S. 10 Ziff. 11).

2.3. Strittig und zu prägen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit und einem allfälligen Rentenanspruch verhält, und ob sich dies gestützt auf die vorhandenen medizinischen Akten beurteilen lässt.

E. 3

3.1. Im Urteil des hiesigen Gerichts vom 19. November 2003 im Verfahren Nr. UV.2003.00053 wurde aus den damals vorliegenden ärztlichen Beurteilungen der Schluss gezogen, dass in körperlich mittelschweren Tätigkeiten, welche kein grobes Zugreifen schwerer Gegenstände erfordere, eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe (Urk. 12/287 S. 11 E. 5.5).

Unter Hinweis auf das genannte Urteil verneinte die Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 22. April 2004 einen Rentenanspruch des Beschwerdeführers (Urk. 12/298).

3.2. Am 14. September 2007 erstattete Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, der Beschwerdegegnerin einen Bericht (Urk. 12/322). Darin stellte er folgende Diagnosen (Ziff. 2.1):

- Status nach schwerem Polytrauma mit stumpfem Thorax- und Bauchtrauma am 20. Januar 1998
- Status nach Rippenserienfrakturen dorsolateral rechts V-XI
- Status nach Hämatothorax rechts
- Status nach Milz- und Leberruptur
- untere Armplexusparese rechts
- chronisches Rücken- und cervicales Schmerzsyndrom mit multiplen myofaszialen Problemen bei Status nach obigem Polytrauma

Dr. Z.____ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für Hilfsarbeit auf dem Bau seit 25. Juni 2007 bis auf weiteres (Ziff. 3). Der Gesundheitszustand sei stationär, psychisch sich verschlechternd (Ziff. 5.1). Die Arbeitsunfähigkeit könne durch eine Behandlung der muskuloskelettalen Probleme, insbesondere der myofaszialen Problematik, verbessert werden (Ziff. 5.2). Als mitwirkende soziale Faktoren nannte Dr. Z.____ eine depressive Grundstimmung, eine schwierige finanzielle Situation und unklare Wohnsituation (Ziff. 6.3). Einen Verdacht auf Suchtgeschehen bejahte Dr. Z.____ mit Hinweis auf rezidivierenden Alkoholmissbrauch, teilweise auch Cannabis (Ziff. 6.4). Seiner Ansicht nach sei der Beschwerdeführer ab jetzt und bis auf weiteres in seiner bisherigen beruflichen Tätigkeit für eine Hilfsarbeit auf dem Bau mit seinen chronischen Rücken- und Nackenproblemen und insbesondere der paretischen rechten Hand zu 100 % arbeitsunfähig. Es sei ihm schleierhaft, wie der Beschwerdeführer in letzter Zeit seine Arbeit auf der Baustelle mit diesen Behinderungen und Beschwerden habe erledigen können (Urk. 12/322/7 unten).

3.3. Am 26. Februar 2008 erstattete med. pract. A.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdegegnerin einen Bericht (Urk. 12/328). Sie gab an, sie habe den Beschwerdeführer vom 24. August bis 7. November 2007 behandelt (Ziff. 4); ob die ihres Erachtens indizierte Behandlung fortgesetzt werde, sei unklar (Ziff. 6.5). Als Diagnosen aus psychiatrischer Sicht nannte sie (Ziff. 2.1):

- depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F32.1); DD rezidivierende depressive Episoden
- Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung (PTSD; ICD-10 F43.1)
- Status nach Polytoxikomanie (Alkohol, als junger Erwachsener auch Heroin und Kokain) aktuell: Störung durch Alkohol, episodischer Substanzgebrauch (ICD-10 F10.26).

In der angestammten Tätigkeit bestehe bis heute eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (Ziff. 1.2.a und 3). In angepasster Tätigkeit, d.h. einem Ort mit möglichst grosser Selbstbestimmung, möglichst wenig Teamarbeit, mit durchaus intellektueller Herausforderung könne die Arbeitsunfähigkeit sicherlich auf vorerst 50 % gesteigert werden (Ziff. 1.2.b).

3.4. Am 30. September 2008 erstatteten Dr. med. Dr. phil. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.____, Fachärztin FMH für

Neurologie, Institut D.____ (D.____), ein Gutachten zu Händen der Beschwerdegegnerin (Urk. 12/339/2-11). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 1 f.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 2 f.) und die von ihnen im Rahmen einer psychiatrisch-leistungspsychologischen Exploration am 10. Juli 2007 und einer neurologisch-neuropsychologischen Untersuchung am 16. Juli 2007 (S. 1 Mitte) erhobenen Befunde.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend wurden folgende neuropsychiatrische Diagnosen gestellt (S. 10 Ziff. 5):

- subklinische affektpathologische Zeichnung ohne Krankheitswert bei chronischer Schmerzproblematik im Sinne einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (F45.4), Zustand nach langjährigem polytoxikomanen Drogenabusus, gegenwärtig abstinert
- klinisch-explorativ gute Kooperation, adäquate Leistungsbereitschaft, keine Hinweise für forcierte Aggravation und/oder Simulation im Untersuchungsgang
- vulnerable Habitualpersönlichkeitsstruktur im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit mit ich-schwachen Zügen

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In der Diskussion der Befunde wurde ausgeführt, es könnten objektiv-psychopathologisch keine Veränderungen festgehalten werden, welche deutlich über das vom Beschwerdeführer beschriebene erhebliche Schmerzsyndrom und die sekundären milden subdepressiven Zeichen hinausgingen (S. 5 Mitte). Die grundlegenden diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung seien vor dem Hintergrund der klinischen Befundlage nicht vollends erfüllt (S. 6 unten). Die für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung (F45.4) notwendigen formalen Kriterien würden hinlänglich erfüllt (S. 8 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor dem Hintergrund der klinischen Schweregradbeurteilung sei es dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht normativ zumutbar, seiner angestammten Tätigkeit beziehungsweise einer ausbildungsadäquaten und der körperlichen Problematik angepassten Verweistätigkeit (nach adaptiver Rekonditionierung und Aktivierung im Rahmen eines Arbeitstrainings) im Umfang von initial 50 %, dann mittelfristig von 100 % nachzugehen (S. 9 Mitte). Aus rein verhaltensneurologischer Sicht lasse sich die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit heute auf höchstens 10-20 % beziffern (S. 10 oben).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Begleitschreiben vom 30. September 2008 an die Beschwerdegegnerin fasste Dr. B.____ das Gutachten wie folgt zusammen: Keine Befunde mit erheblicher Berufsrelevanz oder Krankheitswert. Bei Zustand nach langjährigem polytoxikomanen Suchtverhalten kann gutachterlich eine erhebliche bzw. dauerhafte neurokognitiv-hirnorganische Schädigung oder eine überdauernde organisch-affektive Persönlichkeitsumprägung ausgeschlossen werden. Akzentuierte Persönlichkeit mit Selbstwertproblematik und neurasthenischer Regression. Ein Arbeitstraining mit adaptiver Rekonditionierung ist zumutbar. Medizinisch-theoretisch besteht mittelfristig eine volle Arbeitsfähigkeit. (Urk. 12/339/1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin führten Dr. B.____ und Dr. C.____ am 2. Februar 2009 ergänzend aus, sowohl klinisch-psychopathologisch als auch neuropsychologisch seien die aktuellen Befunde nicht relevant beziehungsweise limitierend für berufliche Massnahmen oder bildungsadäquate Tätigkeiten (Hilfsarbeiten). Es sei

darum normativ beziehungsweise medizinisch-theoretisch von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Eine adaptive Rekonditionierung und Aktivierung initial im 50%igen Leistungspensum erscheine ihnen klinisch-unwissenschaftlich aus sozial-praktischen Gründen mittelfristig für 1-2 Monate sinnvoll (Urk. 12/344).

Am 17. November 2008 erstatteten Dr. med. E.____, FMH Innere Medizin, F.____, Physiotherapeutin, und Dr. med. G.____, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, Zentrum Y.____ (Y.____), ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdeführerin (Urk. 12/340/1-10 = Urk. 12/340/22-31).

Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen Akten (S. 2 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 4 f.), die von ihnen erhobenen Befunde (S. 5 f.), eine von ihnen durchgeführte Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; Urk. 12/340/11-20 = Urk. 12/340/32-41) und das von Dr. B.____ und Dr. C.____ erstattete Gutachten (S. 1).

Als vom Beschwerdeführer angegebene Beschwerden nannten sie Beschwerden in der rechten Hand, eher ulnar betont, vor allem im Handgelenk sowie dem 4. und 5. Finger; es seien Dauerschmerzen vorhanden sowie Kribbelparästhesien mit auch häufig auftretenden Krämpfen, welche vom Unterarm ausgingen. Ständig seien weiterhin die Schmerzen im Bereich der aufgetretenen Rippenfrakturen rechts, Schmerzen im Bereich des Nackens vor allem bei Rotation endphasig und gelegentlich ausstrahlend, ein zeitweise auftretender Schwindel und ein verschwommenes Sehen, sowie Kreuzschmerzen (S. 4 f. Ziff. 2.).

Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 7 f.):

- Status nach schwerem Polytrauma mit stumpfem Thorax- und Bauchtrauma am 20. Januar 1988 (richtig: 1998)
- Status nach Rippenserienfrakturen dorsolateral rechts 5-9
- Status nach Hämatothorax rechts
- Status nach Milz- und Leberruptur
- Status nach Armplexusparese rechts mit Residualbeschwerden
- chronisches zervikales und lumbales Panvertebralsyndrom mit /bei
- Wirbelsäulenfehlform mit thorakaler Hyperkyphose und betontem zervikothorakalem Übergang
- muskuläre Dysbalance
- Spondylolyse mit leichter Nervenwurzelkompression L5 rechts, kleinen Diskushernien L3/4 und L4/5 (MRI vom 16. September 2003)
- vulnerable Habitualpersönlichkeitsstruktur im Sinne einer akzentuierten Persönlichkeit mit ich-schwachen Zügen

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden genannt (S. 8 oben):

- subklinische affektpathologische Zeichnung ohne Krankheitswert bei chronischer Schmerzproblematik im Sinne einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung (F45.4)

- Status nach langjährigem polytoxikomanem Drogenabusus, gegenwärtig abstinient
- chronische Hepatitis C
- Erstdiagnose 1998

Betreffend Arbeitsfähigkeit können davon ausgegangen werden, dass die Tätigkeit als Hilfsarbeiter aufgrund der Arbeitsanforderungen an die körperliche Belastbarkeit und der derzeitigen gesundheitlichen Probleme nicht mehr zumutbar sei. Mindestens leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne vermehrte Überkopfarbeit und mit der Möglichkeit, Sitzen und Stehen zu unterbrechen, seien aus rheumatologischer Sicht ganztags zumutbar. Es sollte darauf geachtet werden, dass ein hochrepetitiver Einsatz und vermehrter Krafteinsatz der rechten Hand gemieden werden können (S. 7 unten).

Als Schlussfolgerung aus der EFL wurde festgehalten, das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer verminderten Belastungstoleranz vorwiegend im Bereich der Lendenwirbelsäule, der linken Schulter und der rechten Hand. Dadurch habe sich der Beschwerdeführer vor allem in den Hebetests selbst limitiert, ohne dass eine funktionelle Limite beobachtet worden sei; deshalb werde die Leistungsbereitschaft als mäßig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine Selbstlimitierung mit Tendenz zur Symptomausweitung; die Konsistenz bei den Tests sei mäßig gewesen. Die Belastbarkeit liege allgemein im Bereich einer im Minimum leichten, wechselbelastenden Arbeit (S. 8 Ziff. 4.1.1).

Dabei sollten Arbeit über Kopf, Stehen vorgeneigt und Rotation im Sitzen lediglich manchmal (d.h. maximal 3 Stunden pro Tag) vorkommen und das Sitzen und Stehen sollte unterbrochen werden können. Eine angepasste Tätigkeit sollte keinen Krafteinsatz oder repetitiven Einsatz der rechten Hand erfordern (S. 9 Ziff. 4.1.3).

Aus rheumatologischer Sicht sei die angestammte Tätigkeit als Hilfsarbeiter nicht mehr zumutbar. Von einer vollen Arbeitsunfähigkeit sei seit dem 17. Juni 2007 auszugehen (S. 9 Ziff. 5.1).

Aus interdisziplinärer Sicht seien ganztags mindestens leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Berücksichtigung der genannten Einschränkungen langfristig zumutbar; aus verhaltensneurologischer Sicht bestehe jedoch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 10-20 % (S. 9 Ziff. 5.2).

Es bestehe eine vorübergehende Arbeitsfähigkeit von 50 % mit Steigerung auf ein volles Pensum im Verlauf, jedoch unter Berücksichtigung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus verhaltensneurologischer Sicht von 10-20 %; begleitend sollte eine fachpsychiatrische Beratung und Betreuung erfolgen (S. 9 Ziff. 5.3).

3.6 Anfang Juli 2009 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Fahrradsturz eine Radiusfraktur zu, die am 17. Juli osteosynthetisch versorgt wurde (Urk. 12/354/4 Mitte und Urk. 12/388/4 Mitte).

3.7 Am 8. September 2009 erstattete H. ____, Leiterin von „Phoenix“, Institution für betreutes Wohnen, einen Bericht (Urk. 12/365), dies unter Beilage von zwei früheren Verlaufsberichten vom Oktober 2008 und März 2009 (Urk. 12/366-367). Darin führte sie aus, aus sozialpädagogisch/fachlicher Sicht lasse sich sagen, dass der Beschwerdeführer zum heutigen Zeitpunkt nicht in der Lage sei, im ersten Arbeitsmarkt

zu arbeiten (S. 3 oben). Aus sozialpädagogisch/fachlicher Sicht werde ganz klar eine Rente der Invalidenversicherung befürwortet, damit der Beschwerdeführer da eine Sicherheit habe und man an den im Bericht genannten Themen arbeiten könne. Die Unsicherheit in Bezug auf seine finanzielle Situation und bezüglich weiterer Unterstützung (Kostengutsprache für das betreute Wohnen) belasteten ihn sehr und führten zu vermehrten Blockaden und Aussetzern (S. 3 Mitte).

Am 7. Oktober 2009 erstattete sie einen weiteren Bericht (Urk. 12/388/1-3).

Am 21. September 2009 erlitt der Beschwerdeführer eine Metacarpale I Basisfraktur, die am Folgetag in der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie des Kantonsspitals I. (I.) versorgt wurde (Urk. 12/391/6).

Am 24. Februar 2010 berichtete Dr. med. J., Oberarzt, Chirurgische Poliklinik, I., über seine gleichentags erfolgte Untersuchung (Urk. 12/388/4-6).

Dabei stellte er hauptsächlich folgende Diagnosen (S. 1 Mitte):

- chronische Schmerzen Halswirbelsäule (HWS), Lendenwirbelsäule (LWS), Handgelenk rechts und Knie links bei
- Status nach Polytrauma 1998
- Status nach palmarer Plattenosteosynthese distaler Radius rechts am 17. Juli 2009
- Status nach offener Reposition und T-Plattenosteosynthese Metacarpale I Basis links am 22. September 2009
- Status nach Kniearthroskopie links mit Teilmenishektomie am 9. Dezember 2009
- Status nach multiplen Lipomexzisionen 2003 sowie 2009
- chronische Hepatitis C

Der Beschwerdeführer habe über - näher dargelegte - Schmerzen berichtet. Aufgrund dieser Beschwerden sei er aktuell arbeitsunfähig (S. 1 unten).

Dr. J. riet zum Aufgebot in die Schmerzprechstunde zur Installation einer längerfristigen analgetischen Therapie; aus chirurgischer Sicht ergäben sich aktuell keine Therapieoptionen (S. 3 oben).

Auf Nachfrage der Beschwerdegegnerin berichtete die Mitarbeiterin des Schmerzzentrums des I. am 23. Juli 2010, der Beschwerdeführer habe den auf 8. April 2010 angesetzten Termin nicht wahrgenommen; seine Schwester habe den Termin abgesagt und mitgeteilt, dass der Beschwerdeführer momentan psychisch nicht in der Lage sei, den Termin wahrzunehmen (Urk. 12/390/6).

Am 28. Juli 2010 berichtete die Oberärztin der Klinik für Hand- und Plastische Chirurgie des I. auf Anfrage der Beschwerdegegnerin, am 1. April 2010 seien die Metallentfernung (der Metacarpale Fraktur) und eine Teilsynovektomie erfolgt. Seither habe sich der Beschwerdeführer nicht mehr in der Sprechstunde vorgestellt. Eine geplante Arthro-Kernspintomographie des rechten Handgelenkes sei von ihm nicht wahrgenommen worden (Urk. 12/391/6).

E. 4

4.1 Vorab ist zu prüfen, ob die Gutachten von Dr. B. und Dr. C. und das Hauptgutachten des Y. den praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.2) entspricht, was der Beschwerdeführer in Abrede gestellt hat.

4.2 Inwiefern es - wie geltend gemacht (Urk. 1 S. 4 Ziff. 5) - an der ausreichenden Auseinandersetzung mit den geklagten Beschwerden fehlen soll, ist nicht ersichtlich. Diese wurden im Hauptgutachten (vorstehend E. 3.5) einlässlich wiedergegeben und dementsprechend in der zusammenfassenden Beurteilung berücksichtigt.

Der Einwand, die Anamnese sei unvollständig erhoben worden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 8), bezieht sich hauptsächlich auf den Umstand, dass nach Ansicht des Beschwerdeführers eine Auskunft der für ihn im Rahmen des betreuten Wohnens zuständigen Personen hätte erhellend sein können. Den von dieser Seite später eingereichten Berichten sind wohl einige Informationen über die Alltagsgestaltung des Beschwerdeführers und seinen Umgang mit als belastend empfundenen Situationen zu entnehmen, aber auch vor allem, dass aus sozialpädagogischer Sicht die Zusprache einer Rente als sehr willkommen erachtet werde (vorstehend E. 3.7). Inwiefern diese Informationen die erhobene Anamnese hätten haltvoller ausfallen lassen, ist nicht ersichtlich.

Schliesslich wurde eingewandt, die von Dr. B. gezogenen Schlussfolgerungen seien nicht nachvollziehbar begründet (Urk. 1 S. 6 f. Ziff. 9). Zur Illustration dieser Kritik wurden vom Gutachter im Rahmen der Befundschilderung und Beurteilung verwendete Ausdrücke aufgelistet (S. 6) und sodann einerseits als «Diagnosen» und andererseits als «versicherungsrelevante Beschwerden» bezeichnet (S. 7 oben), welche zu anderen als den vom Gutachter gezogenen Schlüssen hätten führen müssen. Dieser Gedankenführung liegt ein unzutreffendes Verständnis über die Aufgabe des Gutachters zugrunde. Befunde sind nicht mit Diagnosen gleichzusetzen und es ist gerade die Aufgabe des (im Unterschied zum medizinischen Laien) fachärztlich qualifizierten Gutachters, zu bestimmen, inwieweit von ihm erhobene Befunde auf bestimmte Diagnosen schliessen lassen und welche Beschwerden (und Diagnosen) sich in welchem Masse auf die Arbeitsfähigkeit auswirken («versicherungsrelevant» sind). Vollends verfehlt ist schliesslich die Kritik, der Gutachter habe die Suchtproblematik als nicht mehr belegbar bezeichnet und trotzdem einen Zustand nach langjährigem Drogenabusus diagnostiziert (S. 7 Mitte): Die Formulierung «Zustand nach» in einer Diagnose zeigt gerade an, dass die so bezeichnete Beeinträchtigung nicht mehr oder nur noch in unbeachtlichen Residuen vorhanden ist.

Somit erweisen sich die beschwerdeweise erhobenen Einwände gegen die Schlüssigkeit der eingeholten Gutachten als unbegründet.

Die Gutachten erfüllen die praxisgemässen Kriterien vollumfänglich und es ist grundsätzlich auf sie abzustellen.

4.3 Der Beschwerdeführer wandte weiter ein, auf die im September / November 2008 erstatteten Gutachten könne auch deshalb nicht abgestellt werden, weil sein Gesundheitszustand labil sei (Urk. 1 S. 5 Ziff. 6), wovon faktisch auch die Beschwerdegegnerin ausgegangen sei (Urk. 1 S. 5 f. Ziff. 7).

Die Beschwerdegegnerin hat, nachdem der Beschwerdeführer einen Bericht über eine im Februar 2010 erfolgte Konsultation im I. (vorstehend E. 3.9) eingereicht hatte, den Ärzten des I. die üblichen Berichtsformulare zugestellt. Das entspricht dem pflichtgemässen Bemühen, den Sachverhalt von Amtes wegen weiter abzuklären und kann nicht dahingehend missverstanden werden, die Beschwerdegegnerin habe ihrerseits den Gesundheitszustand aus medizinischer Sicht als labil beurteilt.

Allerdings haben die pflichtgemässen Abklärungen der Beschwerdegegnerin nur bescheidene Resultate erbracht (vorstehend E. 3.10), nämlich dass der Beschwerdeführer offenbar nebst einer Radiusfraktur im Juli 2009 im September 2009 auch eine Metacarpale I Fraktur erlitten, sich zur vorgesehenen Behandlung im Schmerzzentrum des I. und einer bildgebenden Abklärung des rechten Handgelenks nicht eingefunden und nach der Metallentfernung im April 2010 nicht mehr gemeldet hat.

Daraus, ebenso wie aus der im Februar 2010 einmalig festgehaltenen Arbeitsunfähigkeit (in der angestammten Tätigkeit), ist entgegen dem Beschwerdeführer keineswegs zu schliessen, die gutachterlich erfolgte Beurteilung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit sei unzutreffend.

4.4 Somit hat es mit der Feststellung sein Bewenden, dass entgegen den beschwerdeweise erhobenen Einwänden auf die Beurteilung im eingeholten Y.-Gutachten abzustellen ist.

Damit ist der medizinische Sachverhalt dahingehend erstellt, dass in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht, für - näher umschriebene - leidensangepasste Tätigkeiten jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 85 % zumutbarerweise anzunehmen ist.

4.5 Die Beschwerdegegnerin hat die Invaliditätsbemessung auf der Grundlage dieser eben dargelegten Arbeitsfähigkeitsbeurteilung vorgenommen und dabei vom statistischen Tabellenlohn den maximal zulässigen Abzug von 25 % vorgenommen, womit ein Invaliditätsgrad von 36 % resultierte.

Dieser Einkommensvergleich wurde - im Unterschied zur ausführlichen Kritik an den eingeholten Gutachten - vom Beschwerdeführer in keiner Weise in Frage gestellt. Nachdem er sich auch nach Lage der Akten (vgl. Urk. 12/381) als zutreffend erweist, erübrigen sich diesbezüglich Weiterungen.

4.6 Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass bei einem - zutreffend ermittelten - Invaliditätsgrad von 36 % kein Rentenanspruch besteht.

Die angefochtene Verfügung erweist sich demnach als rechters, womit die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen ist.

E. 5

5.1 Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 700.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

5.2. Der unentgeltliche Rechtsvertreter hat auf das Einreichen einer Honorarnote verzichtet (Urk. 15) und ist beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) mit Fr. 2'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Das Gericht erkennt:

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 700.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Viktor Gyürffy, Zürich, wird mit Fr. 2'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Viktor Gyürffy

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie 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.