

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01085 vom 30. Januar 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-01-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2010.01085

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01085 du 30 janvier 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2010.01085 del 30 gennaio 2012

Erwägungen

E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [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, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

Eine fachärztlich (psychiatrisch) diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von

erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Diese im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze werden rechtsprechungsgemäss bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters von Fibromyalgien (BGE 132 V 65 E. 4 S. 70), dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen (SVR 2007 IV Nr. 45 S. 150, I 9/07 E. 4 am Ende), Chronic Fatigue Syndrome (CFS; chronisches Müdigkeitssyndrom) und Neurasthenie (Urteile 9C_662/2009 vom 17. August 2010 E. 2.3; 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2 und I 70/07 vom 14. April 2008 E. 5) sowie bei dissoziativen Bewegungsstörungen (Urteil 9C_903/2007 vom 30. April 2008 E. 3.4) analog angewendet (BGE 137 V 64 E. 4.1 und 4.2 mit Hinweisen).

2.2 Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die:

a. ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können;

b. während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

c. nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 Prozent invalid (Art. 8 ATSG) sind.

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG; bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 1 IVG).

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (sog. Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (sog. Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst

genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; BGE 130 V 343 E. 3.4.2 mit Hinweisen).

2.4 Die rückwirkend ergangene Verfügung über eine befristete oder im Sinne einer Reduktion abgestufte Invalidenrente umfasst einerseits die Zusprechung der Leistung und andererseits deren Aufhebung oder Herabsetzung. Letztere setzt voraus, dass Revisionsgründe (BGE 133 V 263 E. 6.1 mit Hinweisen) vorliegen, wobei der Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung nach Massgabe des analog anwendbaren (AHI 1998 S. 121 E. 1b mit Hinweisen) Art. 88a IVV festzusetzen ist (vgl. BGE 121 V 264 E. 6b/dd mit Hinweis). Ob eine für den Rentenanspruch erhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten und damit der für die Befristung oder Abstufung erforderliche Revisionsgrund gegeben ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts im Zeitpunkt der Rentenzusprechung oder des Rentenbeginns mit demjenigen zur Zeit der Aufhebung bzw. Herabsetzung der Rente (BGE 125 V 413 E. 2d am Ende, 369 E. 2, 113 V 273 E. 1a, 109 V 262 E. 4a, je mit Hinweisen; vgl. BGE 130 V 343 E. 3.5).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

2.6 Das Gericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und demnach zu prüfen, ob die vorliegenden Beweismittel eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Leistungsanspruches gestatten. Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt und in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, wenn die Beschreibung der medizinischen Situation und Zusammenhänge einleuchtet und die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a, BGE 122 V 160 f. Erw. 1c, je mit Hinweisen; zum ärztlichen Gutachten vgl. auch Meyer-Blaser in: H. Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4., ergänzte Auflage 2003, S. 24 f.).

3. Die Beschwerde

3.1 Streitig und zu prüfen ist, ob der Beschwerdeführer Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, insbesondere eine Rente, hat.

3.2 Die Beschwerdegegnerin machte geltend, ihre medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführer seit Oktober 2005 in einer seinem Leiden angepassten Tätigkeit zu 90 % arbeitsfähig sei. Gestützt auf die Stellungnahme des RAD könne auf das Gutachten des Institutes F. vom 24. (richtig: 21.) Juni 2010 abgestellt werden. Ausgehend von einem Valideneinkommen von Fr. 72'559.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 46'843.11 ergebe sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'715.89 resp. ein Invaliditätsgrad von 35 % (Urk. 2 und Urk. 7).

Arbeitsfähigkeit (1) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), (2) eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54), (3) eine Keratokonjunktivitis sicca (ICD-10 H16.2), (4) ein Vitiligo (ICD-10 L80) sowie (5) rezidivierende gastritische Beschwerden (ICD-10 K29.7) bei Dauereinnahme von PPI angeführt (Urk. 8/131/26). Der Beschwerdeführer leide unter nur teilweise objektivierbaren Beschwerden von Seiten des oberen Achsenskeletts. Aus somatischer Sicht seien ihm sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ganzständig mit einer geringen Leistungseinbusse von 10 % zuzumuten. Aus psychiatrischer Sicht könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers gestellt werden. Aus polydisziplinärer Sicht bestehe also für die beschriebene (behinderungsangepasste) Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % (Urk. 8/131/29).

E. 5

5.1. Vorwegzunehmen ist, dass das Bundesgericht in seinem unlängst ergangenen Urteil 9C_243/2010 vom 28. Juni 2011, publiziert in BGE 137 V 210, zwar erwogen hat, das Ertragspotential der Tätigkeit der MEDAS (wozu auch das Institut F.____ gehört) zuhanden der Invalidenversicherung berge latente Gefährdungen der Verfahrensgarantien in sich und erforderte Korrektive (BGE 137 V 219 E. 2.4 und 2.5). Indes bedeutet die Anwendbarkeit der erarbeiteten justiziablen Korrektive auf laufende Verfahren nicht, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten per se ihren Beweiswert verlieren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalles mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rängen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 210 E. 6; Urteile des Bundesgerichtes 9C_87/2011 vom 1. September 2011 E. 4.2 und 8C_473/2011 vom 4. November 2011 E. 2.2.1 mit Hinweisen).

5.2. Das Gutachten des Institutes F.____ vom 21. Juni 2010 (Urk. 8/131/2-20) basiert auf (für die streitigen Belange) umfassenden Untersuchungen (internistisch/allgemeinmedizinisch, psychiatrisch und neurologisch) und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den Vorakten (Anamnese) abgegeben. Die Gutachter haben detaillierte und nachvollziehbare Befunde und Diagnosen erhoben und sich mit den vom Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und seinem Verhalten auseinandergesetzt. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar begründet. Dem Gutachten des Institutes F.____ kommt somit grundsätzlich volle Beweiskraft zu (vgl. Erwägung 2.6).

5.3.1

5.3.1. Im Gutachten des Institutes F.____ vom 21. Juni 2010 wurde nachvollziehbar dargelegt, dass und weshalb die Schmerzen und Beschwerden im geltend gemachten Ausmass aus somatischer Sicht nicht vollständig erklärt werden können. So zeigten sich anlässlich der von D.____ am 26. Mai 2010 im Institut F.____ durchgeführten internistischen resp. allgemeinmedizinischen Untersuchung keine pathologischen Befunde (Urk. 8/131/16 und Urk. 8/131/28). Sodann stellte C.____ in seinem Bericht betreffend die neurologische Untersuchung vom 25. Mai 2010 (Urk. 8/131/22-26) fest, bildgebend hätten ein Blockwirbel C5/6 sowie eine Anterolisthesis C3/4 und C4/5 mit leichter

Einengung des Neuroforamens C6/7 rechts nachgewiesen werden können. Obwohl sich der Beschwerdeführer über sensible Störungen am linken Arm beklagt habe, habe nie ein objektivierbares radikuläres Ausfallsyndrom festgestellt werden können (Urk. 8/131/24). Die neuro-otologische Untersuchung vom 12. Oktober 2005 habe lediglich Hinweise auf eine diskrete vestibuläre Funktionsstörung ergeben. Auffällig sei im Weiteren, dass der Beschwerdeführer ein ausgeprägtes Schonverhalten entwickelt habe. Bei der klinischen Untersuchung habe er eine mittelschwere Einschränkung der HWS-Beweglichkeit gezeigt, welche jedoch bei unauffälliger Beobachtung nicht nachvollziehbar sei. Die Nackenmuskulatur sei gut entspannt, es finde sich jedoch die Angabe einer diffusen Druckempfindlichkeit ohne fokale Irritationszonen. Das vom Neurologen Z.____ in seinem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. November 2009 beschriebene positive Adsonmanöver, das anlässlich seiner Untersuchung nicht habe reproduziert werden können, wäre allenfalls vereinbar mit einer muskulären Dysbalance. Im Weiteren habe die klinisch-neurologische Untersuchung die Angabe von handschuhförmigen Sensibilitätsstörungen an beiden Armen ergeben, wobei links zusätzliche Störungen im Bereich des Daumens sowie des Ring- und Kleinfingers lokalisiert worden seien. Bei den Sensibilitätsstörungen am Ring- und Kleinfinger könnte es sich um eine Ausfallsymptomatik C8 oder um eine Ulnaris-Neuropathie handeln. Es fanden sich jedoch keine entsprechenden motorischen Ausfälle (Paresen) oder ein positives Tinel-Phänomen. Im Weiteren seien auch die Muskeleigenreflexe symmetrisch auslösbar, was ebenfalls gegen das Vorliegen eines radikulären Ausfallsyndroms spreche. Entsprechende Reizsymptome könnten auch in Extrempositionen bei HWS-Bewegungen nicht provoziert werden. Auch an den unteren Extremitäten könne aus neurologischer Sicht keine radikuläre Reiz- bzw. sensomotorische Ausfallsymptomatik festgestellt werden. Ebenfalls fehlten Anhaltspunkte für eine Störung der langen Bahnen. Der Beschwerdeführer berichte heute über eine leicht abgeschwächte Kraft am rechten Bein, wobei ein entsprechendes neurologisches Korrelat fehle. An verschiedenen Punkten der Untersuchung habe sich ein deutlich demonstratives Verhalten gezeigt. Es sei ein typischer Pseudo-Lasègue vorhanden. Auffällig sei im Weiteren die geschilderte Angabe von Sensibilitätsverminderungen mit handschuhförmigen Verteilungsmuster bei ansonsten fehlenden Polyneuropathiezeichen. Im Weiteren zeige der Beschwerdeführer eine groteske Gangunsicherheit und Falltendenz, welche bei unauffälliger Beobachtung nicht nachvollziehbar sei. Diese Gangunsicherheit sei auch angesichts der übrigen vorliegenden neurologischen Befunde nicht nachvollziehbar (Urk. 8/131/24-25).

5.3.2 Aufgrund dieser Feststellungen erhob C.____ ein chronisches zervikozephalales Schmerzsymptom mit unspezifischer Begleitsymptomatik (Schwindel, Übelkeit, Konzentrationsstörungen, Tinnitus beidseits [ICD-10 M53.0]) sowie einen Status nach Verkehrsunfall mit HWS-Distorsion vom 20. Dezember 2003 (ICD-10 S13.4 [Urk. 8/131/24]). Er kam zum Schluss, dass wegen des chronischen zervikozephalalen Schmerzsyndroms die Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in einer leicht bis mittelschwer körperlich belastenden Tätigkeit geringgradig um 10 % eingeschränkt, ihm jedoch eine ganztägige Arbeitstätigkeit zuzumuten sei (Urk. 8/131/24-25).

Diese - im Rahmen des Gesamtgutachtens übernommene - Beurteilung von C.____ steht mit den von ihm erhobenen Befunden (Urk. 8/131/23-24) sowie den - im Bericht von Z.____ an die Beschwerdegegnerin vom 17. November 2009

(Urk. 8/115/5-8) wiedergegebenen - Ergebnissen der von diesem am 9. November 2009 vorgenommenen bildgebenden Abklärungen (CT-Untersuchung der Kopf Gelenke, Darstellung von Schädelbasis bis Unterkante C3 [Urk. 8/115/7]) in Einklang.

Der Bericht von Z. ___ vom 17. November 2009 (Urk. 8/115/5-8) enthält auch sonst keine Angaben, welche die Einschätzung von C. ___ in Frage zu stellen vermöchten. Wie dieser zu Recht bemerkte (Urk. 8/131/26), ergab die von Z. ___ - ebenfalls am 9. November 2009 - durchgeführte klinische Untersuchung (Urk. 8/115/6-7) im Vergleich zu derjenigen im Institut F. ___ vom 25. Mai 2010 (Urk. 8/131/23-24) zwar gewisse Unterschiede (schwächeres linkes [statt rechtes] Bein, Gangunsicherheit, fokale Irritationszonen). Auch Z. ___ erwähnte aber keine objektivierbaren Befunde einer neurologischen Ausfallsymptomatik. Eine (konkrete) Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm Z. ___ nicht vor.

Mit seiner Einschätzung hat C. ___ sämtlichen, namentlich auch den nicht überwiegend wahrscheinlich unfallbedingten (Urk. 8/103/37-38 und Urk. 8/128/26) Befunden im Bereich des oberen Achsenskelettes angemessen Rechnung getragen. Sie erscheint deshalb überzeugend. Gleiches gilt aufgrund der nachfolgenden Erwägungen auch für seine Feststellung, wonach die von ihm vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit seit dem Austritt aus der Klinik G. ___ (26. Oktober 2005) gelte.

5.3.3 Im betreffenden Austrittsbericht vom 31. Oktober 2005 (Urk. 8/27/47-71) waren unter dem Titel "Diagnosen" ein Auffahrunfall vom 20. Dezember 2003 mit HWS-Distorsion und unter dem Titel "aktuelle Probleme" (1) eine leichte depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.01), (2) ein myofasziales zervikozephaleres Schmerzsyndrom mit Angabe von diffuser neurovegetativer Begleitsymptomatik, (3) eine verminderte psychophysische Belastbarkeit bei im Vordergrund stehender Schmerzsymptomatik und leichter depressiver Episode sowie (4) Tinnitus und Schwindel (bei nur diskreten Hinweisen auf eine zervikogene Funktionsstörung) erhoben worden. Die Ärzte der Klinik G. ___ waren damals zum Schluss gelangt, dass dem Beschwerdeführer aus unfallmechanischer Sicht leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ganztags zumutbar seien (Urk. 8/27/48).

Bereits in diesem Bericht war darauf hingewiesen worden, dass sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den geringfügigen objektivierbaren pathologischen Befunden der klinischen Untersuchung und der bildgebenden Abklärung sowie der Diagnose aus somatischer Sicht nicht erklären lasse (Urk. 7/27/47). So hatte die neurologische Untersuchung schon damals keine konsistenten Hinweise auf Läsion oder Ausfälle seitens des zentralen oder peripheren Nervensystems ergeben. Die zur Abklärung des seitens des Beschwerdeführers - auch damals - geklagten Taubheitsgefühls der Dig. IV und V durchgeführte elektrophysiologische Untersuchung hatte insgesamt keinen auffälligen Befund gezeigt (Urk. 8/27/48 und Urk. 8/27/57). Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung war eine schmerzbedingte Einschränkung der Beweglichkeit der Halswirbelsäule von einem Drittel festgestellt worden; eine Niveaudifferenzierung der Beschwerden war - auch damals - nicht gelungen (Urk. 8/27/67). Im Bericht vom 14. September 2005 betreffend das rheumatologische Konsilium war sodann - ebenfalls - vermerkt worden, es lägen eine deutliche Schmerzbetonung sowie eine erhebliche Selbstlimitierung vor. Das Schon- und Vermeidungsverhalten könne nicht mit strukturellen Läsionen oder Unfallfolgen in Zusammenhang gebracht werden (Urk. 8/27/67).

Das Sozialversicherungsgericht hat in seinem Urteil vom 6. Februar 2009 in Prozess Nummer IV.2008.00279 begründet dargetan, dass und weshalb sich aus den damals vorliegenden weiteren Arztberichten, namentlich auch aus denjenigen der Hausärztin, Y. ____, vom 19. Januar und 11. Oktober 2007 (Urk. 8/47 und Urk. 8/64), keine konkreten Hinweise auf eine Verschlechterung des somatischen Gesundheitszustandes bis zum damals massgeblichen Zeitpunkt (24. April 2008 [Urk. 8/102/18, vgl. Urk. 8/117/10]) ergaben.

Die nunmehr vorliegenden Berichte von Y. ____, vom 14. Mai und 8. Oktober 2009 (Urk. 8/123/8 und Urk. 8/111/2-3) lassen ebenfalls nicht darauf schliessen, dass sich der somatische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers seit seinem Austritt aus der Klinik G. ____ am 26. Oktober 2005 massgeblich verschlechtert haben könnte, zumal sie darin im Wesentlichen die gleichen somatischen Diagnosen wie in ihrem Bericht vom 19. Januar 2007 (Urk. 8/47) anführte und keine objektiv-eigenen Feststellungen zum aktuellen somatischen Gesundheitszustand machte. Ihr am 30. September 2009 zuhanden des Beschwerdeführers ausgestelltes Arbeitsunfähigkeits-Zeugnis (Urk. 8/112) erscheint sodann mangels Begründung nicht nachvollziehbar.

Gestützt auf die überzeugende Beurteilung von C. ____ kann deshalb ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer aus somatischer Sicht seit seinem Austritt aus der Klinik G. ____ am 26. Oktober 2005 sämtliche körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeiten ganztagig mit einer Leistungseinschränkung von 10 % zumutbar sind.

E. 5.4

5.4.1 Zum andern basiert die im Gesamtgutachten vorgenommene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auf den Erhebungen von B. ____ in seinem Bericht betreffend die psychiatrische Untersuchung vom 26. Mai 2010 (Urk. 8/130/16-22). Unter dem Titel "Psychiatrische Beurteilung" führte er an, diagnostisch handle es sich um eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54). Der Beschwerdeführer leide auch unter depressiven Verstimmungen. Diagnostisch bestehe eine gegenwärtig leichte depressive Episode mit depressiven Verstimmungen, Reizempfindlichkeit, wechselnder Müdigkeit am Tag und Schlafstörungen in der Nacht. Auch aufgrund der früheren ärztlichen Einschätzungen handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung (Urk. 8/131/19). Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführer sei zwar in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, gegenwärtig aber ausschliesslich in einer Gruppentherapie, und er erhalte keine antidepressive Medikation. Bei einer deutlichen Depression wäre aber auch eine entsprechende Medikation vorhanden. Hinweise auf unbewusste Konflikte seien nicht vorhanden, ein primärer Krankheitsgewinn sei somit nicht erwiesen. Die komplexen Ich-Funktionen seien nicht deutlich gestört. Deutliche auffällige Persönlichkeitszüge für die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen ebenfalls nicht. Daher könne es dem Beschwerdeführer trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags und ohne Leistungseinschränkung nachzugehen. Die eingeschätzte volle Arbeitsfähigkeit bestehe mit Sicherheit seit mindestens der aktuellen Untersuchung. Es sei durchaus möglich, dass es im Verlauf durch die rezidivierende depressive Störung, wenn diese stärker ausgeprägt gewesen sei, zu einer gewissen Arbeitsunfähigkeit

gekommen sei, wobei rückwirkend das genaue Ausmass und der Verlauf nicht angegeben werden könnten. Die Arbeitsfähigkeit sei aber nie längerfristig und höhergradig eingeschränkt gewesen (Urk. 8/131/20).

Die von B. ___ gestellten Diagnosen einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0), stehen mit den von ihm erhobenen Befunden (Urk. 8/131/18-19) in Einklang. Beim erstgenannten Beschwerdebild handelt es sich um eine erlernte Verhaltensstörung im Sinne einer dysfunktionalen Verarbeitung von Schmerzen; dieses Beschwerdebild stellt keine psychiatrische Diagnose mit Krankheitswert dar, welches die Arbeitsfähigkeit zu beeinträchtigen vermöchte (Urteil des Bundesgerichtes 8C_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.1; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_567/2009 vom 9. September 2009 E. 5 mit Hinweis). Rezidivierende depressive Störungen mit leichten (und mittelgradigen) Episoden sind sodann praxisgemäss grundsätzlich nicht geeignet, eine leistungsspezifische Invalidität zu begründen, zumal bei einem derartigen Gesundheitsschaden in der Regel davon auszugehen ist, dass die versicherte Person die daraus resultierenden Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte (vgl. Urteil des Bundesgerichtes I 905/06 vom 8. Mai 2007 E. 3.2 mit Hinweisen).

Mit Blick auf die von B. ___ erhobenen Befunde und Diagnosen ist in der Tat nicht ersichtlich, weshalb der Beschwerdeführer im Begutachtungszeitpunkt (Mai 2010) in der Ausübung einer seinen somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit massgeblich beeinträchtigt gewesen sein sollte. Dies gilt, wie B. ___ zu Recht bemerkte, umso mehr, als der Beschwerdeführer gemäss seinen eigenen Angaben zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung keine antidepressive Medikation erhielt (Urk. 8/131/15), was nicht auf einen besonders ausgeprägten psychischen Leidensdruck schliessen lässt. Ausserdem hat nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatz der Selbsteingliederung die versicherte Person von sich aus das ihr Zumutbare zur Verbesserung der Erwerbsfähigkeit beizutragen, in erster Linie durch Ausschöpfung sämtlicher zumutbarer medizinischer Behandlungs- und weiterer therapeutischer Möglichkeiten. Kommt sie dieser Schadenminderungspflicht nicht in genügender Weise nach, kann dies im Rahmen von Art. 21 Abs. 4 ATSG zur ganzen oder teilweisen, vorübergehenden oder dauernden Ablehnung der beruflichen Massnahme resp. Rente führen (vgl. BGE 127 V 298 E. 4b/cc, mit Hinweisen; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. November 2005 in Sachen G., I 271/05, Erwägung 2, mit Hinweisen).

Die von B. ___ auf den Zeitpunkt der Begutachtung hin vorgenommene Beurteilung erscheint deshalb überzeugend.

5.4.2. Soweit der Beschwerdeführer dagegen vorbrachte, kein Psychiater könne nach einer nur einmaligen Exploration von kurzer Dauer ein schlüssiges und nachvollziehbares Gutachten erstellen bei einer versicherten Person, welche bereits seit 7 Jahren an unfallbedingten Beschwerden leidet (Urk. 1 Seite 8), ist auf die Rechtsprechung hinzuweisen, wonach es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung ankommt; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und schlüssig ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_241/2011 vom 21. November 2011 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.4.3. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sind sodann die Berichte von A. ___ an die Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2010 (Urk. 8/123) sowie an seinen Rechtsvertreter vom 24. Oktober 2010 (Urk. 8/141) nicht geeignet, Zweifel an der von B. ___ vorgenommenen Beurteilung aufkommen zu lassen.

In ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 9. Januar 2010 führte A. ___ als psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.42 [richtig: F45.41]) sowie akzentuierte leistungsorientierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) an. Der Beschwerdeführer sei ihr von Y. ___ zur Teilnahme an der ambulanten Gruppenpsychotherapie für Patienten mit chronischen Schmerzen zugewiesen worden und nehme seit dem 7. September 2009 regelmässig (90 Minuten pro Woche) an Gruppentherapiesitzungen teil (Urk. 8/123/3). Er sei seit Juni 2008 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig und werde mittelfristig zu mindestens 50 % arbeitsunfähig sein. Ob eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 % für ihn überhaupt erreichbar sei, sei ihres Erachtens unsicher und hänge vom weiteren Verlauf ab (Urk. 8/123/4).

In ihrem Bericht vom 24. Oktober 2010 nahm A. ___ zur Beurteilung von B. ___ im Einzelnen Stellung, wobei sie an ihrer eigenen Einschätzung festhielt (Urk. 8/141).

Vorab ist festzuhalten, dass rechtsprechungsgemäss Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufgrund deren auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten mit Vorbehalt zu wärdigen sind (BGE 125 V 351 E. 3b/cc), was nicht nur mit Blick auf die allgemein praktizierende Hausärztin und die behandelnde Spezialärztin zutrifft, sondern erst recht für die schmerztherapeutisch tätige Ärztin gilt, welche angesichts ihres besonderen Vertrauensverhältnisses zunächst den geklagten Schmerz bedingungslos zu akzeptieren hat (Urteil des Bundesgerichtes I 603/06 vom 11. Mai 2007 E. 3.2 mit Hinweisen). Im Rahmen der Zumutbarkeitsbeurteilung wird das Mass des Forderbaren jedoch weitgehend objektiv bestimmt (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 Seite 50). Es entsteht denn auch der Eindruck, dass A. ___ sowohl bei ihrer Beurteilung als auch bei ihrer Kritik an derjenigen von B. ___ massgeblich auf die Angaben des Beschwerdeführers abgestellt hat, ohne diese sowie sein Verhalten kritisch zu hinterfragen. Dies wäre aber namentlich auch mit Blick auf das ärztlicherseits mehrfach beobachtete demonstrative Verhalten des Beschwerdeführers erforderlich gewesen.

5.4.4. B. ___ hat sich mit dem Bericht von A. ___ vom 9. Januar 2010 auseinandergesetzt und begründet dargetan, warum er im Gegensatz zu ihr nicht eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), sondern eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) erhob. Selbst wenn mit A. ___ vom Vorliegen einer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) ausgegangen würde, wäre diese aufgrund der nachfolgenden Erwägungen jedenfalls nicht als invalidisierend zu betrachten.

Ob es sich bei dieser Diagnose um ein invalidisierendes Leiden mit Krankheitswert handelt, ist auf der Grundlage der zur somatoformen Schmerzstörung ergangenen Rechtsprechung (BGE 130 V 353; vgl. Erwägung 2.1) zu beurteilen (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_322/2011 vom 29. August 2011 E. 4.1). Was das Kriterium

der psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer betrifft, so geht A.____ - in Übereinstimmung mit B.____ - davon aus, dass neben der Schmerzproblematik eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F. 33.1) besteht. Sie habe über den Zeitraum der Behandlung wechselnd starke Ausprägungen der depressiven Symptomatik gesehen, häufig mittelgradige Phasen, wie sie es diagnostiziert habe (Urk. 8/141/2). Die Ärzte der Klinik G.____ hatten, wie erwähnt, in ihrem Bericht vom 31. Oktober 2005 eine leichte, diejenigen des Zentrums H.____ in ihren Berichten vom 24. Juli 2008 und 21. Januar 2009 - nebst einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung - eine leichte bis mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) erhoben (Urk. 8/27/47, Urk. 8/115/6 und Urk. 8/123/8). Dass beim Beschwerdeführer im Verlauf je schwere depressive Episoden auftraten, ist nicht aktenkundig.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch mittelgradige depressive Episoden werden rechtsprechungsgemäss regelmässig als keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens betrachtet, welche es der betroffenen Person verunmöglichen, die Folgen der somatoformen Schmerzstörung zu überwinden (Urteile des Bundesgerichtes 9C_124/2011 vom 18. April 2011 E. 3.2 und 8C_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2, je mit Hinweisen). Dies gilt umso mehr, wenn das Beschwerdebild in nicht unerheblichen Masse von - grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden - psychosozialen Faktoren mitbestimmt bzw. verstärkt wurde (Urteil des Bundesgerichtes 8C_369/2011 vom 9. August 2011 E. 4.3.2 mit Hinweisen). B.____ hat aber begründet dargelegt, dass mitunter psychosoziale Belastungen (der mit dem Verlust der Arbeitsstelle einhergehende Verlust von Strukturen und Lebensinhalten sowie die durch die Abhängigkeit von der Sozialfürsorge angespannte finanzielle Situation [Urk. 8/131/19-20]) zur Depressivität des Beschwerdeführers geführt haben. Hinsichtlich der übrigen rechtsprechungsgemäss relevanten Kriterien, die einem adäquaten Umgang mit den geklagten Beschwerden entgegen stehen können, wies B.____ darauf hin, dass keine Anhaltspunkte für unbewusste Konflikte vorhanden seien und ein primärer Krankheitsgewinn somit nicht ausgewiesen sei (Urk. 8/131/20). Ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens liegt ebenfalls nicht vor. Zwar ist ein gewisser sozialer Rückzug vorhanden, der Beschwerdeführer hat aber noch Kontakt zu wenigen Kollegen, und innerhalb der Familie besteht eine gute Beziehungssituation (Urk. 8/131/20). Bezüglich des Kriteriums des Scheiterns einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung trotz kooperativer Haltung der versicherten Person ergibt sich zwar, dass bereits verschiedene Behandlungen durchgeführt wurden. Einer eigentlichen stationären Behandlung wegen seiner psychischen Beschwerden unterzog sich der Beschwerdeführer bislang aber noch nicht. Zumindest im Zeitpunkt der Begutachtung erhielt er sodann keine antidepressive Medikation (Urk. 8/131/15 und Urk. 8/131/19). Ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit im Wesentlichen unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung liegt zwar vor; nach dem Gesagten genügt dies insgesamt jedoch nicht, um aus rechtlicher Sicht von einer Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung auszugehen (BGE 131 V 49 Erw. 1.2 S. 51 oben).

5.4.5.1 Wie erwähnt, stellte sich B. ___ auf den Standpunkt, dass die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers auch im Verlauf bis zur Begutachtung nie längerfristig und höhergradig eingeschränkt gewesen sei. Nach dem Gesagten sowie aufgrund der nachfolgenden Erwägungen kann B. ___ auch darin gefolgt werden.

Im Urteil des Sozialversicherungsgerichtes vom 6. Februar 2009 in Prozess Nummer IV.2008.00279 (Urk. 102/16/1-27) war begründet dargetan worden, dass und weshalb im Zeitpunkt des Austritts des Beschwerdeführers aus der Klinik G. ___ im Oktober 2005 eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund psychischer Beschwerden nicht gegeben war (Urk. 8/102/16) sowie dass und weshalb auch die weiteren (damals) in den Akten liegenden Berichte von Y. ___ vom 19. Januar 2007 (Urk. 8/47), des Zentrums H. ___ vom 24. Juli 2008 (Urk. 8/102/44-47; vgl. Urk. 8/115/6 und Urk. 8/123/8) sowie von E. ___ vom 5. Januar 2009 (Urk. 8/102/43) nicht auf das Vorliegen eines psychischen Leidens mit Krankheitswert schliessen liessen (Urk. 8/102/18-20; vgl. Urk. 8/117/10-11).

Daran hat sich aufgrund des vom Beschwerdeführer neu eingereichten Berichtes von E. ___ vom 30. Oktober 2009 (Urk. 8/111/1) nichts geändert. Abgesehen davon, dass es sich bei E. ___ nicht um einen Arzt handelt, hat er in diesem Bericht keine Befunde erhoben, welche es erlauben würden, seine Feststellungen, namentlich auch die von ihm gestellte Diagnose einer schizoaffektiven Störung (ICD-10 F23), präferend nachzuvollziehen. B. ___ hat sodann begründet dargelegt, dass und weshalb die diagnostischen Kriterien einer schizoaffektiven Störung beim Beschwerdeführer nicht erfüllt sind (Urk. 8/131/21). A. ___ erhob, wie B. ___ zu Recht bemerkte, in ihrem Bericht vom 9. Januar 2010 ebenfalls keine psychotischen Symptome (Urk. 8/123).

Demnach kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass es dem Beschwerdeführer bei Aufbietung allen guten Willens und in Nachachtung des im Sozialversicherungsrecht allgemein geltenden Grundsatzes der Schadenminderungspflicht seit dem Austritt aus der Klinik G. ___ (26. Oktober 2005) zuzumuten war und ist, vollzeitlich einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit nachzugehen, wobei (aufgrund der somatischen Beschwerden) eine Leistungsminderung von 10 % besteht.

Wie das Sozialversicherungsgericht in seinem Urteil vom 6. Februar 2009 in Prozess Nummer IV.2008.00279 ausgeführt hatte, ergab sich aus den damals vorliegenden Akten, dass der Beschwerdeführer seit 20. Dezember 2003 bis zu seinem Austritt aus der Klinik G. ___ (26. Oktober 2005) voll arbeitsunfähig war (Urk. 8/102/9 und Urk. 8/102/21). An dieser - von keiner Seite je in Frage gestellten - Beurteilung kann ohne Weiteres festgehalten werden.

E. 6.1

Zu präferen bleibt, wie sich die eingeschränkte Leistungsfähigkeit des Beschwerdeführers in wirtschaftlicher Hinsicht auswirkt.

Die Beschwerdegegnerin bemass das hypothetische Valideneinkommen 2005 - wie bereits in den Verfügungen vom 11. Februar und 24. April 2008 (Urk. 8/81 und Urk. 8/95) - mit Fr. 72'559.-- (= der bei der I. ___ AG im Jahr 2003 erzielte Lohn von Fr. 67'600.-- [= Fr. 5'200.-- x 13] plus der bei der Baugenossenschaft J. ___ erzielte Nebenerwerb von jährlich Fr. 3'600.--, aufgerechnet auf das Jahr 2005). Dies ist - nach wie vor (vgl. Urk. 8/102/21-22 und Urk. 8/117/11) - nicht zu beanstanden.

Die dagegen vom Beschwerdeführer erhobenen Einwände (Urk. 1 Seite 10) erscheinen unbehelflich. Soweit er geltend machte, es sei heute von einem Valideneinkommen von mindestens Fr. 78'849.-- auszugehen, ist zu bemerken, dass gemäss Anhang 8 des von ihm herangezogenen Gesamtarbeitsvertrages (GAV) des Schweizerischen Elektro- und Telekommunikations-Installationsgewerbes (VSEI) vom 1. Januar 2005 - 2012 (Urk. 3/8) der ab dem vollendeten 30. Altersjahr auszurichtende Mindestlohn für ausgebildete Elektromonteur resp. -installateure sowie Mitarbeiter mit artverwandtem Berufsabschluss seit dem 1. Januar 2008 - lediglich - Fr. 4'500.-- resp. Fr. 58'500.-- (= Fr. 4'500.-- x 13) beträgt (vgl. www.vsei.ch/documents/GAV). Aus diesem Vertrag kann der Beschwerdeführer demnach nichts zu seinen Gunsten ableiten. Seinen Verdienst für die nebenamtliche Tätigkeit als Hauswart hat die Beschwerdegegnerin sodann bei der Festsetzung des Valideneinkommens berücksichtigt (Urk. 8/137, Urk. 8/71/1 und Urk. 8/50/1; vgl. Urk. 8/102/22).

E. 6.3

6.3.1 Für die Bestimmung des trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage noch realisierbaren Einkommens (Invalideneinkommen) können nach der Rechtsprechung Tabellen ohne beigezogen werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn die versicherte Person - wie hier - nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, mit welcher sie die ärztlich bestatigte Restarbeitsfähigkeit voll ausschöpft (BGE 126 V 76 f. Erw. 3b/bb).

Auszugehen ist dabei von den Tabellen der Zentralwerte des standardisierten monatlichen Bruttolohnes gemäss Lohnstrukturerhebung (LSE) des Bundesamtes für Statistik (AHI 1998 S. 291). Der Zentralwert für die mit einfachen und repetitiven Tätigkeiten beschäftigten Männer betrug im Jahre 2004 im privaten Sektor Fr. 4'588.-- pro Monat bei 40 Arbeitsstunden pro Woche (LSE 2004, Tabelle TA1 S. 53), was bei einer im Jahr 2005 betriebsüblichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden pro Woche (vgl. Die Volkswirtschaft, 12-2011, B 9.2 S. 98) und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung für Männer im Jahr 2005 von 0,9 % (vgl. Bundesamt für Statistik, Lohnentwicklung 2006, Tabelle T1.1.93 Seite 30) ein Gehalt von monatlich Fr. 4'826.-- resp. jährlich Fr. 57'912.-- (= Fr. 4'826.-- x 12) ergibt.

6.3.2 Seit dem Austritt des Beschwerdeführers aus der Klinik G. (26. Oktober 2005) besteht nach dem Gesagten eine 90%ige Leistungsfähigkeit (bei ganztägiger Präsenz), womit ein hypothetisches Invalideneinkommen 2005 von Fr. 52'120.80 (= 0,9 x Fr. 57'912.--) resultiert.

Im Weiteren ist in Betracht zu ziehen, dass der Beschwerdeführer aufgrund seiner gesundheitlichen Einschränkungen auf dem Arbeitsmarkt in Konkurrenz mit einem gesunden Mitbewerber benachteiligt ist, was sich erfahrungsgemäss auf das Lohnniveau auswirkt. Nicht gegeben sind die Abzugskriterien des Alters (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C_190/2010 vom 19. März 2010 E. 3.4) sowie der Nationalität bzw. Aufenthaltskategorie (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes I 174/05 vom 25. Juli 2005 E. 2.7 mit Hinweisen). Gemäss dem Gutachten des Institutes F. vom 21. Juni 2010 ist dem Beschwerdeführer eine ganztägige Präsenz am Arbeitsplatz (bei einer um 10 % verminderten Leistung) zumutbar. Somit ist auch nicht von einer eigentlich gesundheitsbedingt reduzierten Teilzeittätigkeit auszugehen (vgl. Urteil

des Bundesgerichtes 8C_241/2011 vom 21. November 2011 E. 3.2).

Unter diesen Umständen erscheint der von der Beschwerdegegnerin gewünschte Abzug von 10 % - entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers (Urk. 1 Seite 10) - angemessen.

6.3.3 Das seit dem Austritt aus der Klinik G.____ (26. Oktober 2005) zumutbare hypothetische Invalideneinkommen ist demgemäss auf Fr. 46'908.70 (= 0,9 x Fr. 52'120.80) festzusetzen. Ausgehend vom ermittelten hypothetischen Valideneinkommen 2005 von Fr. 72'559.-- resultiert eine Erwerbseinbusse von Fr. 25'650.30 resp. ein - nicht rentenbegründender (vgl. Erwägung 2.2) - Invaliditätsgrad von gerundet 35 %.

6.3.4 Für die Zeit zwischen dem Unfall (20. Dezember 2003) und dem Austritt aus der Klinik G.____ (26. Oktober 2005) ist nach dem Gesagten (vgl. Erwägung 5.6) von einem Invaliditätsgrad von 100 % auszugehen. Nach Ablauf des Wartjahres (20. Dezember 2004; vgl. Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG in der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Fassung) bis 31. Januar 2006 (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV]) steht dem Beschwerdeführer demnach eine ganze Rente zu (vgl. Urk. 8/102/21 und Urk. 8/102/24).

Obwohl die dahingehende Beurteilung des Sozialversicherungsgerichtes im Urteil vom 6. Februar 2009 in Prozess Nr. IV.2008.00279 vor Bundesgericht unangefochten geblieben war, hob dieses mit seinem Urteil 8C_362/2009 vom 14. Dezember 2009 die Verfügungen der Beschwerdegegnerin vom 11. Februar 2008 und 28. April 2008 ohne Weiteres gänzlich auf. Die Beschwerdegegnerin bemerkte in der Verfügung vom 12. Oktober 2010 zwar ebenfalls, dem Beschwerdeführer sei eine 90%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit (erst) seit Oktober 2005 zumutbar (Urk. 2 Seite 1). Gleichwohl wies sie das Leistungsbegehren des Beschwerdeführers vom 12. (richtig: 21.) September 2004 (Urk. 8/2) einfach gänzlich ab (Urk. 2).

Demnach ist in teilweiser Gutheissung der Beschwerde festzustellen, dass der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2004 bis 31. Januar 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente samt Zusatzrenten hat. Nach dem 1. Februar 2006 besteht kein Rentenanspruch mehr, weshalb die Beschwerde im Übrigen abzuweisen ist.

E. 7

7.1 Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Da der Beschwerdeführer teilweise obsiegt (Zusprache einer Rente für die Zeit vom 1. Dezember 2004 bis 31. Januar 2006), sind ihm die Kosten in der Höhe von Fr. 800.-- zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel aufzuerlegen, wobei der auf den Beschwerdeführer entfallende Kostenanteil von Fr. 640.-- zufolge der mit Verfügung vom 24. März 2011 (Urk. 9) bewilligten unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist.

7.2

7.2.1.1 Die Entschädigung der unentgeltlichen Rechtsvertretung wird gestützt auf Art. 9 in Verbindung mit Art. 8 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht sowie in Verbindung mit Art. 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses, dem Zeitaufwand und den Barauslagen bemessen, wobei ein unnötiger oder geringfügiger Aufwand nicht ersetzt wird.

7.2.2.1 In seiner Honorarnote vom 23. Dezember 2011 machte Rechtsanwalt Massimo Aliotta Aufwendungen von total 11,5 Stunden geltend (Urk. 12/2). Zu den 10 Stunden, welche für das Verfassen der Beschwerde aufgewendet wurden, ist zu bemerken, dass seit dem Einwand vom 14. September 2010 (Urk. 8/142) keine weiteren Akten dazugekommen und die darin gemachten Ausführungen in der Beschwerdeschrift inhaltlich zumindest teilweise übernommen worden sind. Für das Aktenstudium sowie das Erstellen der (12-seitigen) Beschwerdeschrift sind deshalb 5 Stunden (statt 10 Stunden) als angemessen zu erachten. Der um die genannte Position gekürzte Aufwand von 6,5 Stunden erscheint angemessen.

Bei einem gerichtlichen Stundenansatz von Fr. 200.-- resultiert demnach eine Entschädigung inklusive 7,6 % Mehrwertsteuer auf den Leistungen bis Ende 2010 (5,67 Stunden) resp. 8 % Mehrwertsteuer auf den Leistungen ab 2011 (0,83 Stunden) von Fr. 1'399.50 (5,67 Stunden x Fr. 215.20 = Fr. 1'220.20 plus 0,83 Stunden x Fr. 216.-- = Fr. 179.30). Barauslagen wurden keine geltend gemacht.

7.2.3.1 Nachdem der Beschwerdeführer zu einem Fünftel obsiegt, ist eine Prozessentschädigung von Fr. 279.90 (inkl. Mehrwertsteuer) von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen.

Im darüber hinausgehenden Betrag von Fr. 1'119.60 (inkl. Mehrwertsteuer) ist Rechtsanwalt Massimo Aliotta für seine anwaltlichen Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

7.3.1 Der Beschwerdeführer ist zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet, sobald er dazu in der Lage ist (vgl. Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]).

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 12. Oktober 2010 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2004 bis 31. Januar 2006 Anspruch auf eine ganze Invalidenrente samt Zusatzrenten hat. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer zu vier Fünfteln und der Beschwerdegegnerin zu einem Fünftel auferlegt. Zuzüglich der unentgeltlichen Prozessführung werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 640.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, Winterthur, eine Prozessentschädigung von Fr. 279.90 (inkl. MWSt) zu bezahlen.

4. Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Massimo Aliotta, mit Fr. 1'119.60 (inkl. MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Massimo Aliotta
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

6. 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.