

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00145 vom 26. November 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-11-26, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00145](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00145)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00145 du 26 novembre 2012

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00145 del 26 novembre 2012

## Erwägungen

### E. 2

Ä Ä Ä Ä Ä Dagegen liess der durch die Beratungsstelle für Ausländer, M. Milovanovic, vertretene Versicherte beim hiesigen Gericht mit Eingabe vom 8. Februar 2011 (Urk. 1) Beschwerde erheben mit dem Rechtsbegehren um Zusprechung einer ganzen Invalidenrente. Mit Beschwerdeantwort vom 18. März 2011 (Urk. 6) schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde; eventuell auf reformatio in peius im Sinne einer Verneinung des Rentenanspruchs. Replicando (Urk. 10) liess der Beschwerdeführer abweichend vom Beschwerdeantrag um eine halbe Rente nachsuchen. Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf Duplik (Urk. 13).Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auf die Parteivorbringen und die zu wärdigenden Unterlagen ist - soweit für die Entscheidungsfindung erforderlich - in den Erwägungen einzugehen.

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä

1.1Ä Ä Ä Ä Vorab ist die formelle Rüge zu prüfen, wonach der Rechtsvertreter des Beschwerdeführers weder die verfahrensgegenständliche Verfügung noch die IV-Akten erhalten habe. In der Beschwerdeantwort vom 18. März 2011 (Urk. 6) wird diesbezüglich festgehalten, dass die beim Rechtsvertreter trotz verlangter Akteneinsicht nicht eingegangenen IV-Akten am 15. Februar 2011 noch einmal verschickt worden seien, womit der Rechtsvertreter nun darüber verfügen sollte. Sodann räumt die Beschwerdegegnerin ein, dass die angefochtene Verfügung vom 6. Januar 2011 ungeachtet des am 6. Dezember 2010 angezeigten Vertretungsverhältnisses dem Beschwerdeführer zugestellt worden sei, was man darauf zurückzuführen kann, dass die IV-Stelle die zuständige Ausgleichskasse bereits mit Mitteilung vom 1. November 2010 um Erlass der Verfügung ersucht, es in der Folge aber versäumt habe, die Ausgleichskasse über das später angezeigte Vertretungsverhältnis in Kenntnis zu setzen.

1.2Ä Ä Ä Ä Die fragliche Verfügungseröffnung widerspricht unstreitig dem in Art. 37 Abs. 3 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) ausdrücklich verankerten Grundsatz, wonach der Versicherungsträger seine Mitteilung an den Vertreter einer Partei zu richten hat, solange diese ihre Vollmacht nicht widerrufen hat. Damit ist dem Beschwerdeführer allerdings kein Nachteil (zum Ganzen etwa Bundesgerichtsurteil 9C\_594/2011 vom 24. Oktober 2011 E. 2) erwachsen, nachdem er in Nachachtung der ihn treffenden Sorgfaltspflicht (vgl. Urteil des vormaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 598/01 vom 6. August 2002 E. 2.2) rechtzeitig

mit seinem Rechtsvertreter Kontakt aufgenommen und dieser denn auch Beschwerde erhoben hat. Dem Rechtsvertreter ist ferner nach den Grundsätzen der Gewährung des rechtlichen Gehörs Gelegenheit eingeräumt worden, sich - in Kenntnis der bei ihm inzwischen unstreitig eingetroffenen IV-Akten - replicando nochmals zu äussern. Zu prägen bleibt im Folgenden die materiellrechtliche Frage des Rentenanspruchs. Â Â Â

## 2. Â Â Â Â Â Â

2.1 Â Â Â Â 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).

2.2 Â Â Â 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 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und

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

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

2.3 Â Â Â 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).

2.4 Â Â Â Das Sozialversicherungsgericht hat den Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen und alle Beweismittel objektiv zu prägen, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden, ob sie eine zuverlässige Beurteilung des strittigen

Leistungsanspruches gestatten. Insbesondere darf es beim Vorliegen einander widersprechender medizinischer Berichte den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wÄ¼rdigen und die GrÄ¼nde anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (ZAK 1986 S. 188 E. 2a). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ä¼rztlichen Gutachtens ist im Lichte dieser GrundsÄ¼tze entscheidend, ob es fÄ¼r die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berÄ¼cksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt - was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nÄ¼tig ist -, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen ZustÄ¼nde und ZusammenhÄ¼nge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begrÄ¼ndet sind, dass die rechtsanwendende Person sie prÄ¼fend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszurÄ¼mende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmÄ¼glichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; U. Meyer-Blaser, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in H. Fredenhagen, Das Ä¼rztliche Gutachten, 3. Aufl. 1994, S. 24 f.; zum Beweiswert von Expertisen der MEDAS das in BGE 137 V 210 publizierte Grundsatzurteil 9C\_243/2010 vom 28. Juni 2011).

Die Anwendbarkeit der von der Rechtsprechung erarbeiteten GrundsÄ¼tze auf laufende Verfahren bedeutet nicht, dass nach altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ihren Beweiswert mit RÄ¼cksicht auf die in BGE 137 V 210 erlÄ¼uterten Korrekture per se verlÄ¼ren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften PrÄ¼fung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen RÄ¼gen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhÄ¼lt (vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C\_15/2012 vom 11. Juni 2012 E. 5 mit Hinweisen). Allerdings ist dem Umstand, dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, unter UmstÄ¼nden bei der BeweiswÄ¼rdigung Rechnung zu tragen (Bundesgerichtsurteile 9C\_942/2011 vom 6. Juli 2012 E. 5.2 und 9C\_776/2010 vom 20. Dezember 2011 E. 3.3). In dieser speziellen Ä¼bergangssituation lÄ¼sst sich die beweisrechtliche Situation der versicherten Person mit derjenigen bei versicherungsinternen medizinischen Entscheidungsgrundlagen vergleichen. In solchen FÄ¼llen genÄ¼gen schon relativ geringe Zweifel an der ZuverlÄ¼ssigkeit und SchlÄ¼ssigkeit der Ä¼rztlichen Feststellungen, um eine (neue) Begutachtung anzuordnen (Bundesgerichtsurteil 9C\_148/2012 vom 17. September 2012 E. 1.4).

### E. 3

3.1 Ä¼ Ä¼ Ä¼ Im Rahmen der angefochtenen VerfÄ¼gung vom 6. Januar 2011 ging die Verwaltung davon aus, dass dem Versicherten nach Lage der medizinischen Akten eine leidensangepasste TÄ¼tigkeit zu 70% zumutbar sei, woraus nach durchgefÄ¼hrtem Einkommensvergleich ein den Anspruch auf eine Viertelsrente begrÄ¼ndender InvaliditÄ¼tsgrad von 45 % resultiere (Urk. 2). Mit Beschwerdeantwort trug sie auf Abweisung der Beschwerde an, da auf die abweichende ArbeitsfÄ¼higkeitseinschÄ¼tzung der behandelnden Ä¼rzte nicht abgestellt werden kÄ¼nne; eventualiter sei der Rentenanspruch im Sinne einer reformatio in peius ganz zu verneinen, nachdem insbesondere die rechtsprechungsgemÄ¼ssen Kriterien, welche einen Wiedereinstieg in den

Arbeitsprozess ausnahmsweise als unzumutbar erscheinen liessen, nicht erfüllt seien (Urk. 6).

3.2.2. Demgegenüber begründete der Beschwerdeführer seinen Antrag auf Zusprechung einer ganzen Rente damit, dass die behandelnde Rheumatologin (Bericht Dr. med. Z.\_\_\_\_ vom 21. Dezember 2009) eine volle Arbeitsunfähigkeit bestätigt habe und er auch gemäss Feststellung seiner Psychiaterin Dr. med. A.\_\_\_\_ nicht in der Lage sei, zu arbeiten (Urk. 1). Replicando verlangte er unter Hinweis darauf, dass er nicht zu mehr als 50 % arbeiten könne, eine halbe Rente (Urk. 10).

#### E. 4

4.1. Gestützt auf die Ergebnisse der im März 2010 am Y.\_\_\_\_ durchgeführten orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen (Gutachten vom 24. März 2010) stellten die Ärzte (Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Orthopädie und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) folgende sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Diagnosen:

- Fortgeschrittene Acromioclaviculargelenksarthrose mit subacromialem Impingement und Tendinose der Supraspinatussehne sowie kleiner Verkalkung in der Bursa subacromialis rechts;
- Osteochondrose und Unkarthrose C4 bis 7;
- Erosive Osteochondrose L 1/2;
- Adipositas;
- Rezidivierende depressive Stimmung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11).

Den Halbschmerzen rechts und der arteriellen Hypertonie wurden keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen (Urk. 7/24 S. 20).

Aus orthopädischer Sicht - so die Gutachter weiter - bestanden seit einem im Jahre 2002 erfolgten Sturz von einem Lastwagen aus zwei Metern Höhe therapieresistente Schulterschmerzen rechts, welche regelmässige Schmerzmedikation erforderten und im Wesentlichen auf die im MRI sichtbare deutliche Acromioclaviculargelenksarthrose (mit subacromialem Impingement und Tendinose der Supraspinatussehne sowie einer kleinen Verkalkung der Bursa subacromialis) zurückgeführt werden konnten. Das Ausmass der abnormen Untersuchungsbefunde der rechten Schulter kontrastiere allerdings deutlich mit den nicht sehr ausgeprägten pathologischen und radiologischen Befunden. Die Schmerzen in der rechten Hälfte und die ausgeprägten pathologischen Befunde liessen sich bei normalem MRI nicht objektivieren (Urk. 7/24 S. 6 und 19). Obwohl der Explorand nicht explizit über Nackenschmerzen und Schmerzen in der Lumbalgegend geklagt habe und der Untersuchungsbefund bezüglich der Halswirbelsäule unauffällig gewesen sei, habe man aufgrund der in den Unterlagen aufgeführten Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule radiologische Abklärungen durchgeführt, welche eine Osteochondrose und Unkarthrose C4 bis 7 und im MRI der Lendenwirbelsäule eine Osteochondrose L 1/2 ohne neurale Kompression gezeigt hätten. Durch die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei die körperliche Leistungsfähigkeit (theoretisch) zusätzlich eingeschränkt, obwohl derzeit diesbezüglich keine Beschwerden geltend gemacht würden. Prognostisch

ungünstig sei das Übergewicht, welches zu einer vermehrten Belastung des Wirbelsäulensegmentes L 1/2 führe (Urk. 7/24 S. 7 und 19).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In psychiatrischer Hinsicht habe sich eine rezidivierende depressive Störung erheben lassen. Erstmals sei es etwa im Jahre 2000 nach der Scheidung über die Zeit von zwei Jahren zu einer depressiven Episode gekommen. Anschliessend habe sich der Explorand über Jahre in guter psychischer Verfassung befunden. Im Juli 2008 sei es zu einer neuerlichen, gegenwärtig mittelgradigen Episode gekommen, mit vor allem anfänglich nächtlichen Affektausbrüchen und Angstzuständen. Unter Medikation hätten sich diese Angststörungen und Affektausbrüche gebessert, jedoch bestehe weiterhin eine anhaltende mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom. Seit Mai 2009 werde eine psychiatrische Behandlung bei Dr. med. A. \_\_\_ mit gleichzeitiger antidepressiver Medikation durchgeführt. Aufgrund der mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom erscheine die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen, die Motivation, die Konzentrationsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit reduziert, und es sei eine Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung und der Schmerzbewältigung anzunehmen. Damit verfüge der Explorand nicht ausreichend über die notwendigen Ressourcen, um mit den Schmerzen umzugehen, und es seien die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung beeinträchtigt (Urk. 7/24 S. 15 und 19).

4.2 Ä Ä Ä Was die Frage nach dem Leistungsvermögen aus orthopädischer Sicht angehe, könnten körperlich schwere Arbeiten in kalter und feuchter Umgebung, die vorwiegend sitzen oder stehend ausgeübt werden müssten und die mit häufig inklinierten und reklinierten sowie rotierten Körperhaltungen und regelmässigem Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sowie Arbeiten über der Horizontalen verbunden seien, wegen der Acromioclaviculargelenksarthrose, der erosiven Osteochondrose L 1/2 sowie der Osteochondrose und Unkarthrose C4 bis 7 bei gleichzeitigem Übergewicht nicht mehr vollumfänglich zugemutet werden. Die Arbeitsfähigkeit als LKW-Fahrer mit vorwiegend sitzender Tätigkeit, die mit häufigen Rotationsbewegungen des Kopfes verbunden sei, betrage dementsprechend seit dem Zeitpunkt der Beurteilung 65 %. Hingegen seien dem Exploranden leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechselungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig inklinierte und reklinierte sowie rotierte Körperhaltungen eingenommen und Gegenstände über 5 kg gehoben oder getragen werden müssten, vollumfänglich zumutbar (Urk. 7/24 S. 24).

Aus psychiatrischer Sicht - ohne Berücksichtigung der körperlich begründbaren Beschwerden - betrage die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als LKW-Fahrer 100 %, da aufgrund der Symptome bei mittelgradiger depressiver Episode - insbesondere der reduzierten emotionalen Belastbarkeit, Konzentrationsfähigkeit und Dauerbelastbarkeit - eine Gefährdung im Strassenverkehr nicht auszuschliessen und damit eine Tätigkeit als LKW-Chauffeur medizinisch nicht zu verantworten sei (Urk. 7/24 S. 17). Hinsichtlich einer adaptierten Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit seit etwa Januar 2009 angenommen werden. Dabei sollte es sich um geistig einfache Tätigkeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne erhöhten Zeitdruck (Stressbelastung), ohne erforderliche geistige Flexibilität, ohne erforderliche überdurchschnittliche Konzentrationsfähigkeit, ohne vermehrte Kundenkontakte und

ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln (Urk. 7/24 S. 17). Anlässlich der gemeinsamen orthopädisch-psychiatrischen Beurteilung wurde die Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit seit Januar 2009 gesamthaft und entsprechend dem vorstehend formulierten Zumutbarkeitsprofil auf 70 % veranschlagt (Urk. 7/24 S. 20).

## E. 5

5.1 Das auf einlässlichen orthopädischen und psychiatrischen Untersuchungen beruhende, die fallrelevanten Vorakten (darunter Berichte der Rheumatologin Dr. med. Z. \_\_\_ vom 21. Dezember 2009 [Urk. 7/20] und der behandelnden Psychiaterin Dr. med. A. \_\_\_ vom 30. September 2009 [Urk. 7/17]) sowie die geklagten Beschwerden berücksichtigende Gutachten des Y. \_\_\_ entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 2.4 hievore). Nach einleuchtender Darlegung der medizinischen Zusammenhänge gelangten die Experten zur begründeten Schlussfolgerung, dass aus orthopädischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit bestehe und dem Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht eine adaptierte Arbeit zu 70 % zuzumuten beziehungsweise seit Januar 2009 insgesamt von einer Arbeitsfähigkeit in leidensangepasster Tätigkeit von 70 % auszugehen sei.

5.2 Soweit die Rheumatologin Dr. Z. \_\_\_ dem Beschwerdeführer eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierte und diese als vorwiegend durch die psychische Situation bedingt bezeichnete beziehungsweise aus rheumatologischer Sicht eine (nur) halbwegsige rückschonende Arbeit als zumutbar erachtete (Schreiben vom 21. Dezember 2009, Urk. 7/20/6), ist festzuhalten, dass sie über keinen Facharztstitel in Psychiatrie verfügt und es zudem unterliess, Funktions- und Belastungseinschränkungen der Wirbelsäule im von ihr geltend gemachten Ausmass zu begründen. Die Psychiaterin Dr. A. \_\_\_ bescheinigte dem Beschwerdeführer ihrerseits eine Arbeitsunfähigkeit von 70 %, hielt aber eine Steigerung der Leistungsfähigkeit auf 50 % im Verlauf des Jahres 2009/2010 für durchaus möglich (Bericht vom 30. September 2009, Urk. 7/17 S. 6). Die verbleibende Differenz zwischen diesen Angaben und jenen des psychiatrischen Experten des Y. \_\_\_ - welcher nachvollziehbar darlegte, dass nun eine höhere Arbeitsfähigkeit angenommen werden könne, nachdem sich die Affektstimmung und die Angststimmung gebessert hätten - lässt sich zwanglos mit der Verschiedenheit von Behandlungs- und Begutachtungsauftrag (vgl. dazu etwa Bundesgerichtsurteil 8C\_740/2010 vom 29. September 2011 E. 6 mit Hinweisen) erklären und vermag keine Zweifel an der gutachterlichen Arbeitsfähigkeitseinschätzung zu begründen.

## E. 6

6.1 Im Rahmen der freien Beweiswürdigung darf sich die Verwaltung - und im Streitfall das Gericht - weder über die den beweisrechtlichen Anforderungen (E. 2.4 hievore) genlegenden Tatsachenfeststellungen hinwegsetzen noch sich die ärztlichen Einschätzungen und Schlussfolgerungen zur (Rest-)Arbeitsfähigkeit unbeschadet ihrer konkreten sozialversicherungsrechtlichen Relevanz und Tragweite zu eigen machen. Die rechtsanwendenden Behörden haben mit besonderer Sorgfalt zu prüfen, ob die ärztliche Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit auch invaliditätsfremde Gesichtspunkte berücksichtigt, welche vom sozialversicherungsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich sind (vgl. für Viele etwa Bundesgerichtsurteil

9C\_1041/2010 vom 30. März 2011 E. 5.1 mit diversen Hinweisen).

6.2 Gemäss Beurteilung der Y.\_\_\_\_-Gutachter handelt es sich bei der das Leistungsvermögen des Beschwerdeführers einschränkende Störung (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom) um ein psychisches Leiden mit Krankheitswert, welches die emotionale Belastbarkeit, die geistige Flexibilität, die Interessen, die Motivation, die Konzentrationsfähigkeit und die Dauerbelastbarkeit reduziert und seit Mai 2009 denn auch psychiatrisch behandelt wird. Dass die festgestellte psychische Erkrankung ihre hinreichende Erklärung in psychosozialen Umständen finden und gleichsam in ihnen aufgehen würde, wird von Seiten der Gutachter ausdrücklich (Urk. 9/24 S. 22 und 26) und nachvollziehbar verneint, womit die im Rahmen der angefochtenen Verfügung erfolgte Annahme einer teilinvalidisierenden depressiven Störung nicht zu beanstanden ist (vgl. etwa auch E. 5.2 des vorerwähnten Bundesgerichtsurteils 9C\_1041/2010), zumal angesichts der Krankheitsdauer fraglich erscheint, ob beim Beschwerdeführer statt einer mittelschweren depressiven Episode allenfalls eher eine mittelschwere depressive Störung anzunehmen wäre. Eine höhere als die der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende krankheitsbedingte Einschränkung von 30 % in angepasster Tätigkeit ist allerdings klar zu verneinen.

7.1

7.1 Wie in der Beschwerdeantwort ausgeführt, kommt einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ebenso wie grundsätzlich sämtlichen pathogenetisch-etiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (BGE 136 V 279 E. 3.2.3) nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter zu (grundlegend BGE 130 V 352). Entscheidend ist, ob und inwiefern die versicherte Person über psychische Ressourcen verfügt, die es ihr erlauben, trotz der subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.4, 127 V 294 E. 4b/cc in fine und E. 5a; zu den von der Rechtsprechung alternativ formulierten Kriterien, aufgrund welcher ausnahmsweise die willentliche Überwindung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung zu verneinen wäre vgl. etwa Bundesgerichtsurteil 9C\_302/2012 vom 13. August 2012 E. 4.2 mit diversen Hinweisen).

7.2 Im Y.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. März 2010 wurde aus psychiatrischer Sicht unter den Diagnosen einzig eine (die Arbeitsfähigkeit einschränkende) rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10: F33.11) aufgeführt, ohne dass darüber hinaus eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder ein damit vergleichbarer syndromaler Zustand (vgl. BGE 137 V 64 E. 4) diagnostiziert worden wäre (Urk. 7/24 S. 20). Vor diesem Hintergrund - sowie angesichts des Umstandes, dass der psychiatrische Teilgutachter, der aufgrund der depressiven Erkrankung (auch) eine Beeinträchtigung der Schmerzverarbeitung annahm und ausreichende Ressourcen für eine zumutbare Willensanstrengung zur Schmerzüberwindung nachvollziehbar verneinte - ist von der in der Beschwerdeantwort beantragten Schlechterstellung des Beschwerdeführers im Sinne einer vollständigen Verneinung des Rentenanspruchs abzusehen. Dies gilt umso mehr, als von einer reformatio in peius rechtsprechungsgemäss nur zurückhaltend Gebrauch zu machen ist und die Gerichte nicht bei jeder Unrichtigkeit mittels Vornahme einer (fakultativen; BGE 119 V 249 E. 5 mit Hinweisen) reformatio in peius korrigierend

