

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00225 vom 29. Mai 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00225

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00225 du 29 mai 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00225 del 29 maggio 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer Verfügung vom 25. Januar 2011 davon aus, eine dauerhafte beziehungsweise längerfristig eingeschränkte Arbeitsfähigkeit sei aus medizinischer Sicht zu verneinen und, gestützt auf das Z.____-Gutachten, es bestehe eine 100%ige zumutbare Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie in jeder angepassten Tätigkeit (Urk. 2 S. 2).

3.2. Demgegenüber stellte sich der Beschwerdeführer (Urk. 1) im Wesentlichen auf den Standpunkt, auf das Z.____-Gutachten sei - aus näher dargelegten Gründen - nicht abzustellen (insbesondere S. 4 f. 7.2-7.5; S. 6 Ziff. 10-10.5). Er sei seit Januar 2008 (mit Ausnahme eines kurzen Arbeitsversuches im März 2008) vollumfänglich arbeitsunfähig und gestützt auf die Berichte der Ärzte des Universitätsospitals A.____ (A.____) sei ab 1. Juli 2010 von einer Arbeitsfähigkeit von höchstens 50 % in einer leidensangepassten Tätigkeit auszugehen (S. 5 Ziff. 8). Da ein erheblicher behinderungsbedingter Abzug zu gewahren sei, resultiere ein Invalideneinkommen, welches Anspruch auf eine ganze Rente gebe (S. 5 Ziff. 8.4 f.).

3.3. Streitig und zu präzisieren ist, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht einen invalidisierenden Gesundheitsschaden verneinte.

E. 4

4.1. Die Beschwerdegegnerin

4.1.1. Wegen eines seit der Kindheit bestehenden postmeningitischen Hydrocephalus malresorptivus ist der Beschwerdeführer seit März 2004 in der Klinik B.____ des A.____ in Behandlung (Urk. 8/147/1 oben). Aus den Berichten der Ärzte des A.____ geht im Wesentlichen folgender vorliegend relevante Verlauf hervor:

4.1.2. Aufgrund diverser Shunt-Dysfunktionen wurde der Beschwerdeführer im ersten Halbjahr 2008 mehrmals hospitalisiert und musste sich diversen Operationen unterziehen (Hospitalisierung vom 7. bis 11. Januar 2008, Urk. 8/10/9-11; Hospitalisierung vom 6. April bis 13. Mai 2008; Urk. 8/30/5-8). Im Austrittsbericht vom 21. Mai 2008 wurde festgehalten, dass die geklagten Kopfschmerzen nach einer Punktion des Rickham-Reservoirs gebessert hätten. Nach der zweiten Operation während dieser Hospitalisierung habe eine schwere bilaterale Trochlearispause mit Abduktionseinschränkung rechts mehr als links persistiert, was als einem dorsalen Mittelhirnsyndrom entsprechend einzustufen sei (Urk. 8/30/7 unten). Die von ihm beklagte Doppelbildproblematik war bereits seit Januar 2008 und offenbar auch schon zuvor (vorbekannte Doppelbilder beim Blick nach links, Bericht vom 16. Januar 2008,

Urk. 8/142/2 unten) bekannt. Diese habe aber keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, wie einem Bericht der behandelnden Ärzte des A. ___ vom 3. März 2008 (Urk. 8/10/3 Ziff. 2.2) zu entnehmen ist. Dem Beschwerdeführer sei vom 7. Januar bis 28. Februar 2008 (Urk. 8/10/3 Ziff. 3) und vom 6. April bis 8. Juni 2008 (Urk. 8/17) eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Da man ihn jedoch nur in den Akutphasen kenne, könne keine verbindliche Aussage in Bezug auf die zukünftige Arbeitsfähigkeit im angelernten (richtig: bisherigen) Beruf gemacht werden (Bericht vom 17. Juni 2008, Urk. 8/30/4 Ziff. 7).

4.1.3. Mit Bericht vom 24. September 2008 (Urk. 8/81/12-13) wurde eine klinisch-neurologische Verbesserung des Sehens von Doppelbildern sowie der druckartigen Kopfschmerzen beschrieben (S. 2 oben), Okulomotorik und Gang seien unauffällig (S. 1 unten). Neuroradiologisch liege eine regelrechte Verlaufskontrolle vor (S. 2; vgl. auch vorangehende Kontrolluntersuchung vom 12. Juni 2008, Urk. 8/81/18-19).

4.1.4. Am 17. Oktober 2008 fand eine neuropsychologische Untersuchung statt (Urk. 8/81/10-11). Sie ergab, dass eine Verlangsamung, Gedächtnisdefizite im figuralen Bereich sowie Aufmerksamkeitseinschränkungen auffallend seien. Es seien unspezifische Befunde, die gut zu Leistungen von depressiven Patienten passten. Eine wesentliche Antriebsminderung lasse sich nicht nachweisen (S. 2). Als Diagnose wurde neu eine rezidivierende depressive Episode festgehalten (S. 1 oben). Im weiteren Verlauf habe sich keine relevante Veränderung gezeigt (Bericht vom 16. Januar 2009, Urk. 8/81/8-9). Dass die leichten Gedächtnisdefizite im Vergleich zum Vorbefund nun eher links lateralisieren, spreche für die affektive Erkrankung und gegen eine strukturelle Hirnläsion als Ursache für die unspezifischen kognitiven Defizite. Eine psychiatrische Behandlung sollte nun im Vordergrund stehen. Ein Wiedereinstieg ins Berufsleben sei anzustreben, was aus kognitiver Sicht möglich sei. Hinderlich sei vor allem die affektive Erkrankung (S. 2).

4.1.5. Mit Bericht vom 19. Januar 2009 wurde aus neurochirurgischer Sicht ein klinisch stabiler Verlauf festgestellt (Urk. 8/81/6-7): Der Beschwerdeführer habe über einen stabilen Verlauf seit dem 23. September 2008 berichtet und beklage immer noch eine allgemeine Müdigkeit, Doppelbilder beim Blick nach links verbunden mit Gleichgewichtsstörungen. Eine von der Augenklinik empfohlene Prismenbrille trage er wegen Unschärfe nicht regelmäßig (S. 1). Weitere routinemässige Nachkontrollen seien nun bei klinisch stabilem Verlauf nicht mehr vorgesehen. Die Prismenbrille sei wegen des unscharfen Sehens anzupassen (S. 2).

4.1.6. Vom 19. Mai bis 1. Juni 2010 wurde der Beschwerdeführer wegen progredienten Kopfschmerzen erneut im A. ___ hospitalisiert (Urk. 8/145). Es erfolgten diverse Umstellungen am Shunt. Die Kopfschmerzen besserten langsam und seien mit Schmerzmittel behandelbar. Die Doppelbilder seien immer noch vorhanden (S. 2 unten). Vom 19. Mai bis 18. Juni 2010 sei ihm eine 100%ige (Urk. 8/140/2-3) und ab 19. Juni 2010 eine 50%ige (Urk. 8/140/1; Urk. 8/152; Urk. 8/154/2 Mitte; Urk. 8/158; Urk. 8/160/2) Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. Die Teilarbeitsunfähigkeit sei durch die aktuell währenden Beeinträchtigungen wie Doppelbilder, Gedächtnis- und Konzentrationseinschränkungen sowie durch die allgemeine Belastbarkeit begründet. Daneben bestehe eine depressive Verstimmung (Bericht vom 5. Juli 2010, Urk. 8/146 S. 2).

4.1.7. In der Folge berichtete der Beschwerdeführer bei den ambulanten Kontrollen vom 1. Juli 2010 (Urk. 8/146), vom 2. September 2010 (Urk. 8/154) und vom 2. Dezember

2010 (Urk. 8/160) unverändert über konstant vorhandene Kopfschmerzen und Doppelbilder.

4.2 Die Beschwerdeführerin begründete ihren Standpunkt in der strittigen Verfügung mit dem Gutachten des Z. ___ vom 31. Oktober 2009 (Urk. 8/106), aus welchem Folgendes hervorging:

Am 11. und 25. August 2009 wurde der Beschwerdeführer am Z. ___ internistisch, neurologisch und psychiatrisch abgeklärt (Urk. 8/106). Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien im Wesentlichen ein Hydrocephalus malresorptivus (ICD-10: G91), unspezifische Kopfschmerzen (ICD-10: R51), eine subklinische Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis sowie eine leichte depressive Episode (ICD-10: F.32.00). Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien keine feststellbar (S. 39 Ziff. 6.1 f.). Aktuell klage der Beschwerdeführer über Doppelbilder in wechselnden Augenpositionen. Die Symptomatik bestehe seit der Shunt-Operation am Kopf im Jahr 2004. Die Doppelbilder seien nicht ständig vorhanden. Mit einer Spezialbrille könne er zwar lesen, sonst sehe er aber nur einen Nebel. Des Weiteren bestehe eine chronische Gangunsicherheit mit diffusem Schwanken. Als Begleitsymptom könne Belkeit entstehen. Sodann leide er unter drückenden Kopfschmerzen, Gedächtnis- und Konzentrationsproblemen sowie unter Zukunftsängsten und er fühle sich insgesamt kraftlos (S. 41 f. Ziff. 7.3).

Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 42 Mitte).

Auch aus neurologischer Sicht sei eine dauerhafte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu verneinen. Insbesondere habe sich kein Anhaltspunkt für eine Hydrocephalus-typische Symptomtrias (keine kleinschrittige Gangstörung, kein Anhaltspunkt für eine Inkontinenz, keine mnestischen Störungen) ergeben. Die aus den Akten ersichtliche Vorgeschichte sei mit der Annahme einer zumindest passageren okulomotorischen Einzelnervläsion vereinbar. Aktuell bestehe jedoch kein sicherer Anhalt für eine persistierende Okulomotorikstörung. Auch zeige die Okulomotorikprüfung keinen Anhalt für eine richtungskonstante Doppelbildangabe. Die vom Beschwerdeführer angegebenen Doppelbilder seien mit einer (bilateralen) Trochlearisparesie nicht recht vereinbar. Es habe sich keine alltagsrelevante Augenbewegungsstörung objektivieren lassen, namentlich navigiere der Beschwerdeführer frei und unbehindert im Raum. Auch für die beklagte Gangstörung finde sich klinisch kein sicheres Korrelat. Vielmehr sei eine ablenkbare demonstrative Darbietung einer Ataxie zu beobachten. Deutlich diskrepant dazu sei die Beweglichkeit ausserhalb der formalen Prüfung ungestört und frei. Angesichts der bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden seien die angegebenen chronischen bifrontalen Kopfschmerzen hinsichtlich ihrer Ausprägung und Krankheitswertigkeit aus neurologischer Sicht zumindest nicht zweifelsfrei zu übernehmen. Die Angaben zum Analgetikabedarf seien insgesamt vage und unsicher. Ein chronisches Kopfschmerzsyndrom sei nicht wahrscheinlich oder plausibel (S. 42 f. unten).

Aus psychiatrischer Sicht seien die geschilderten Ängste adäquat und nachvollziehbar, es handle sich dabei aber um keine irrealen Ängste, sondern diese seien eher im Sinne einer depressiven Entwicklung zu sehen. Sie zeigten die Verunsicherung des Beschwerdeführers an, der immer wieder versucht habe, seine

Leistungsfähigkeit zu erhalten und die Familie finanziell zu unterstützen. Vor dem Hintergrund dieser allgemeinen Verunsicherung und der Leidensgeschichte des Patienten habe sich eine depressive Symptomatik von Krankheitswert entwickelt. Anlässlich einer neuropsychologischen Untersuchung vom 17. Oktober 2008 im A. ___ sei erstmals (sodann ein weiteres Mal am 16. Januar 2009) die Hauptdiagnose einer rezidivierenden depressiven Episode gestellt worden. Da die Diagnose jedoch nicht verschlüsselt worden und nicht auf den Schweregrad der depressiven Episode eingegangen worden sei, sowie in keiner Weise dargelegt worden sei, wie man zu dieser Diagnose gekommen sei, sei diese Diagnosestellung nicht nachvollziehbar. Aus Sicht des psychiatrischen Experten seien die depressiven Symptome am ehesten als leichte depressive Episode zu diagnostizieren und hätten aufgrund ihrer Ausprägung keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit zur Folge. Der Beschwerdeführer sei zu 100 % arbeitsfähig aus psychiatrischer Sicht. Um einer Verstärkung oder Chronifizierung vorzubeugen, sei eine ambulante psychotherapeutische Behandlung empfohlen (S. 43 f. unten).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammengefasst sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht aktuell zu 100 % arbeitsfähig in seiner zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lagerist sowie in einer seinem allgemeinen Leistungsspektrum entsprechenden Verweistätigkeit (S. 44 f. Ziff. 7.4 und Ziff. 7.6 f.). Rückwirkend lasse sich der Heilungsverlauf bei Status nach einer passageren Okulomotorikstörung nach dem Eingriff im April 2008 mit depressiven Verstimmungszuständen zeitlich nicht genau rekonstruieren. Während dieser Zeit könne eine vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bestanden haben. Eine dauerhafte medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit liege aber auch retrospektiv nicht vor (S. 45 Ziff. 7.5).

4.3 Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 26. Juni 2010 nahm med. pract. C. ___, Oberarzt, Stellung zum Z. ___-Gutachten und hielt unter anderem fest, die Augenmotilitätsstörungen hätten beim Beschwerdeführer nach eigenen Beobachtungen in allen Ausprägungsgraden - von einer vollständigen vertikalen Blickparese bis hin zu der wahrscheinlich seit 2004 bestehenden links betonten horizontalen Blickparese - bestanden. Dieses sei seitens der A. ___-Ärzte nie als eine isolierte Störung eines Hirnnervs interpretiert worden, sondern als dorsales Mittelhirnsyndrom. Kernspintomographisch habe jedoch nie ein pathologisches Korrelat verifiziert werden können. Da die Doppelbilder in ihrer Intensität recht variabel seien, sei es verständlich, dass sowohl die empfohlene Prismenbrille als auch ein etwaiger operativer Korrektureingriff vom Beschwerdeführer abgelehnt worden seien (Urk. 8/147/1 Mitte).

4.4 Ä Ä Ä Ä Am 20. Oktober 2010 liess die Beschwerdegegnerin dem Z. ___ diverse seit der Begutachtung eingegangene Berichte des A. ___ zukommen und bat den Chefarzt des Z. ___, Dr. med. D. ___, um eine Stellungnahme dazu (Urk. 8/156). Dr. D. ___ führte mit Schreiben vom 29. November 2010 (Urk. 8/157) aus, die von den Neurochirurgen des A. ___ gestellten Diagnosen würden nicht von denjenigen des Gutachtens vom 31. Oktober 2009 abweichen. Insbesondere habe auch seitens der Ärzte des A. ___, wie die Stellungnahme vom 26. Juni 2010 zeige, weder klinisch noch kernspintomographisch ein Korrelat für die subjektiv empfundenen Doppelbilder nachgewiesen werden können. Selbst wenn der Beschwerdeführer zwischenzeitlich Doppelbilder haben sollte, seien diese mit einer Prismenbrille korrigierbar und würden nicht zu einer dauerhaften Einschränkung führen, zumindest nicht in seiner bisherigen Tätigkeit als Lagerist. Sodann seien den seit der Begutachtung ergangenen Berichten keine neu aufgetretenen

Symptome zu entnehmen. In der CT-Schädeluntersuchung vom 2. September 2010 (vgl. Urk. 8/154/2) habe sich ein deutlich schmäleres Ventrikelsystem mit fast vollständig kollabierten inneren Liquorräumen gezeigt, was in Anbetracht der gestellten Diagnose einem erfreulichen Befund entspreche (S. 1). Zusammenfassend sei an der Beurteilung vom 3. (richtig: 31.) Oktober 2009 festzuhalten und von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen (S. 2).

E. 5

5.1 Vorweg ist festzuhalten, dass die Akten Atteste des behandelnden Hausarztes, Dr. med. E.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, enthalten, in welchen er dem Beschwerdeführer ab dem 4. Juni 2008 durchgehend bis zum 31. Mai 2010 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierte (Urk. 8/140/4-27). Da diese Attestierungen jedoch jeweils ohne Angabe des Befundes und der Diagnose erfolgten und darin auch nicht zwischen der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit und einer leidensangepassten Tätigkeit unterschieden wurde, sind diese Einschätzungen nicht nachvollziehbar und demzufolge ohne Beweiswert.

5.2 Die Beschwerdegegnerin hat zu Recht auf das den praxisgemässen Anforderungen entsprechende (vgl. E. 2.4) Z.____-Gutachten vom 31. Oktober 2009 abgestellt. Die medizinische Hauptproblematik des Beschwerdeführers lag in der Einstellung des Shunts, was sich nach diversen Operationen im Jahr 2008 zufriedenstellend entwickelte, und seither ist von einem stabilen Verlauf auszugehen (vgl. E. 4.1). Diesbezüglich wurde dem Beschwerdeführer eine (invalidenversicherungsrechtlich unbeachtliche) vorübergehende Arbeitsunfähigkeit von zirka eineinhalb respektive zwei Monaten attestiert. Ab dem 19. Mai 2010 erachteten die Ärzte des A.____ die Arbeitsfähigkeit bis auf weiteres wegen dem Sehen von Doppelbildern, Kopfschmerzen, mangelnder Belastbarkeit, depressiver Verstimmung und Gedächtnis- sowie Konzentrationsproblemen als eingeschränkt (vgl. E. 4.1.6). Diese Beurteilung vermag jedoch die Einschätzung der Z.____-Gutachter, welche dem Beschwerdeführer aktuell und retrospektiv eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierten, nicht in Frage zu stellen, was nachfolgend näher darzulegen ist.

5.3 Soweit die Ärzte des A.____ dem Beschwerdeführer aufgrund der Doppelbildproblematik eine Arbeitsunfähigkeit attestierten, ist dies nicht nachvollziehbar, da eine solche mit dem Tragen einer Prismenbrille korrigierbar ist, weshalb von keiner dauerhaften Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen ist (vgl. E. 4.4). Sodann konnte das subjektive Empfinden von Doppelbildern weder von der Z.____-Gutachtern noch von den Ärzten des A.____ objektiviert werden. Soweit der Beschwerdeführer das Gegenteil behauptete (Urk. 1 S. 4 Ziff. 7.3), ist dies aktenwidrig. So führte med. pract. C.____ aus, es habe kernspintomographisch kein pathologisches Korrelat für das dorsale Mittelhirnsyndrom verifiziert werden können und es handle sich bei den Doppelbildern um ein subjektives Empfinden (vgl. E. 4.3). Die Augen- und Pupillenmotorik wurde mehrmals überprüft und als normal eingestuft (Bericht vom 16. Januar 2008, Urk. 8/142/1 unten; Bericht vom 21. Mai 2008, Urk. 8/144/2 oben; Bericht vom 28. Mai 2010; Urk. 8/145/2 oben). Einzig in der ambulanten Kontrolluntersuchung vom 16. Januar 2009 wurde berichtet, dass eine Hebung über Horizontale nicht möglich sei und bei versuchtem Aufblicken ein Up-Beat Nystagmus vorhanden sei (Urk. 8/81/6 Mitte), was aber gemäss Aktenlage weder zuvor noch danach jemals wieder zu beobachten gewesen war. Im Übrigen kann der Beschwerdeführer trotz der beklagten Doppelbilder nach

eigenen Angaben sowohl lesen (vgl. E. 4.2) als auch fernsehen (Urk. 8/106/21 Mitte und S. 49 unten), und er kann sich gemäss den Z. ___-Gutachtern frei im Raum bewegen, weshalb ohnehin fraglich ist, worin sich die Einschränkung dieses subjektiven Empfindens manifestiert haben soll.

5.4. Des Weiteren erachteten die Ärzte des A. ___ die Arbeitsfähigkeit wegen Kopfschmerzen, mangelnder Belastbarkeit, depressiver Verstimmung und Gedächtnis- sowie Konzentrationsproblemen als eingeschränkt, was ebenfalls nicht nachvollziehbar dargelegt wurde. Die gemäss Beschwerdeführer konstant vorhandenen Kopfschmerzen seien gut mit Analgetika behandelbar (Urk. 8/154/1 unten), weshalb schon allein deswegen von keiner Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen ist. Die übrigen unspezifischen Beschwerden seien gemäss neuropsychologischer Abklärung am A. ___ einer affektiven Erkrankung zuzuordnen, eine strukturelle Hirnlesion als Ursache für die kognitiven Defizite sei auszuschliessen (vgl. E. 4.1.4). Der psychiatrische Z. ___-Gutachter stufte die depressiven Symptome als leichte depressive Episode ein und legte nachvollziehbar dar, weshalb auch rückwirkend von keiner einschränkenden psychiatrischen Stellungnahme auszugehen sei (vgl. E. 4.2). Sodann können den medizinischen Akten keine Hinweise für eine Veränderung des psychischen Gesundheitszustandes seit der Begutachtung entnommen werden - med. pract. C. ___ bestätigte im Schreiben vom 26. Juni 2010 den Eindruck eines durchaus psychisch intakten Mannes mit leichten depressiven Episoden (Urk. 8/147/1 unten).

5.5. Der Beschwerdeführer rügte, auf das Z. ___-Gutachten sei mangels Konsens der begutachtenden Fachärzte nicht abzustellen, da das Hauptgutachten bloss von Dr. med. D. ___ und Dr. med. F. ___ unterzeichnet sei, die Unterschriften des begutachtenden Neurologen sowie des Psychiaters aber fehlen würden (Urk. 1 S. 6 Ziff. 10.2). Es ist zutreffend, dass das Hauptgutachten weder durch den Neurologen noch den Psychiater unterschrieben wurde. Allerdings kann aufgrund der fehlenden Unterschriften nicht von einem fehlenden Konsens zwischen dem begutachtenden Internisten, Neurologen und Psychiater ausgegangen werden. Denn das Hauptgutachten integrierte das psychiatrische und neurologische Teilgutachten - welche im übrigen beide von den begutachtenden Fachärzten unterzeichnet wurden (Urk.

8/106/52 ; Urk. 8/106/59) - vollumfänglich und vor allem wortwörtlich (Urk. 8/106/28-38). Es ergeben sich zwischen den einzelnen fachärztlichen Schlussfolgerungen und der Folgerung im Hauptgutachten keine Diskrepanzen, welche auf einen fehlenden inhaltlichen Konsens schliessen lassen.

5.6. Schliesslich bemängelte der Beschwerdeführer am Z. ___-Gutachten das Fehlen einer neurochirurgischen, ophthalmologischen und neuropsychologischen Untersuchung (Urk. 1 Ziff. II 7.2 ff. und Ziff. II 11.1). Inwiefern von derartigen Abklärungen neue Erkenntnisse zu erwarten wären, ist allerdings nicht ersichtlich: Das Sehen von Doppelbildern ist korrigierbar und die bisher erfolgten neuropsychologischen Abklärungen änderten im Ergebnis, dass die kognitiven Defizite auf eine depressive Symptomatik zurückzuführen seien. Letzteres wirkt nach dem bereits Gesagten nicht auf die Arbeitsfähigkeit aus, womit kein Anlass für weitere Abklärungen besteht und darauf in antizipierter Beweiswürdigung verzichtet werden kann (BGE 127 V 491 E. 1b S. 494 mit Hinweisen). Weshalb der vorliegend zu beurteilende Gesundheitszustand nach Ansicht des Beschwerdeführers einzig Neurochirurgen zugänglich sein sollte, ist nicht nachvollziehbar, zumal es vorliegend nicht um die

Durchführung einer operativen Behandlung ging, sondern um die Beurteilung der gesundheitlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Zudem fanden die Untersuchungen im Z. ___ im August 2009 statt, also in einem Zeitpunkt als längstens von einem stabilen Verlauf aus neurochirurgischer Sicht auszugehen war, womit eine neurochirurgische Begutachtung nicht angezeigt war.

5.7 Abschliessend ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer aus den Ausführungen hinsichtlich des Verhältnisses zwischen den Medizinischen Abklärungsstellen (MEDAS) und der Beschwerdegegnerin nichts zu seinen Gunsten ableiten kann (Urk. 1 S. 6 Ziff. 10-10.4). Im BGE 137 V 210 hat das Bundesgericht entschieden, die Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch die IV-Stellen bei den MEDAS - mit denen das BSV Rahmenvereinbarungen nach Art. 72 bis IVV abgeschlossen hat - und deren Verwendung im Gerichtsverfahren stehe im Einklang mit der Verfassung und Art. 6 Ziff. 1 EMRK. Ausserdem hat das Bundesgericht mehrfach zum Vorwurf der wirtschaftlichen Abhängigkeit zwischen der MEDAS und der Beschwerdegegnerin Stellung genommen, worauf zu verweisen ist (Urteil 9C_304/2010 vom 12. Mai 2010 E. 2.2, bestätigt mit Urteil 9C_945/2010 vom 19. Januar 2011; vgl. auch BGE 137 V 210 E. 1.3.3 S. 227 f.).

6. Zusammenfassend ist nach Würdigung der medizinischen Akten der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer in seiner bisherigen Tätigkeit sowie in jeder anderen Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit zumutbar ist.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Vor diesem Hintergrund erbringt sich die Vornahme einer Invaliditätsbemessung.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die angefochtene Verfügung ist daher nicht zu beanstanden, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

E. 7

7.1 Ä Ä Ä Da es im vorliegenden Verfahren um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 800.-- anzusetzen. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens sind sie dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

7.2 Ä Ä Ä Mit Kostennote vom 4. Mai 2012 (Urk. 10) machte die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers einen Aufwand von 9.5 Stunden und Fr. 57.-- Barauslagen geltend. Unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) sowie beim massgeblichen Stundenansatz von Fr. 200.-- (inkl. MWSt) ist Rechtsanwältin Claudia Eugster, Käsnacht, mit Fr. 2'113.55 inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Der Beschwerdeführer ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern er dazu in der Lage ist.

Das Gericht erkennt:

1. Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- 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. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Claudia Eugster, Kanton ZH, wird mit Fr. 2'133.55 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Claudia Eugster
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

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

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

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

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