

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00688 vom 27. August 2012

ZH Sozialversicherungsgericht, 2012-08-27, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00688

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00688 du 27 août 2012

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00688 del 27 agosto 2012

Erwägungen

E. 3

3.1. Dr. med. C. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt FMH für Pharmazeutische Medizin, nannte in seinem Bericht vom 7. November 2009 (Urk. 12/9/13-17 = Urk. 12/34/43-47) als Diagnose eine mittelgradige depressive Episode (F32.1), die sich aus einer Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.21) entwickelt habe (S. 3 Ziff. 4). Die bislang attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Gartenarbeiter sei dem Krankheitsbild und dessen gegenwärtiger Ausprägung angemessen. Die Symptomatik sei weiterhin floride und zeige bislang noch keine nennenswerte Remission. Er gehe deshalb davon aus, dass die Arbeitsunfähigkeit bis Ende Dezember 2009 andauern werde, mindestens aber für die Dauer des stationären Aufenthaltes. Wann der Beschwerdeführer wieder wenigstens teilweise arbeitsfähig sein werde, könne derzeit noch nicht seriös prognostiziert werden. Eine raschere Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis auf 100 % in einer alternativen Tätigkeit schliesse er unter den gegebenen Umständen aus (S. 4 Ziff. 5). Sobald die Depression remittiert sei, sei es wahrscheinlich, dass der Beschwerdeführer aus psychiatrischer Sicht seiner ursprünglichen Arbeit als Gartenarbeiter wieder in vollem Umfang nachgehen könne (S. 4 Ziff. 6).

3.2. Dr. med. D. ____, Oberarzt E. ____, F. __ (F. __), stellte in seinem Bericht vom 31. März 2010 (Urk. 12/14) folgende Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 2 Ziff. 1.1):

- mittelgradige depressive Episode (F32.1)
- Differenzialdiagnose: Anpassungsstörung, mit längerer depressiver Reaktion (F43.21), seit etwa April 2009

Er nannten folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- koronare Eingeweisserkrankung mit Status nach subakutem Vorderwandinfarkt und Stenting der RIVA am 1. April 2009. Spitzenaneurysma mit grossem wandständigem Thrombus, deshalb unter oraler Antikoagulation
- Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig
- bullöse Bronchiektasien
- Gonarthrose links

Der Beschwerdeführer sei vom 12. bis zum 18. Oktober 2009 in stationärer Behandlung gewesen, wobei am 28. Oktober 2009 ein Wiedereintritt erfolgte

sei (S. 2 f. Ziff. 1.3-4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D.____ fÄ¼hrte aus, dass gemÄss hausÄrztlicher Beurteilung und den Beobachtungen wÄhrend der Hospitalisationsdauer eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit seit April 2009 bis mindestens 30. November 2009 bestanden habe (S. 1). So hÄtten diverse psychische und kÄrperliche EinschrÄnkungen bestanden, aufgrund welcher der BeschwerdefÄ¼hrer nicht arbeitsfÄhig gewesen sei. Zum Zeitpunkt des Klinikaustrittes sei die bisherige TÄtigkeit noch nicht zumutbar gewesen (S. 4 Ziff. 1.6-7)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Verlauf der stationÄren Behandlung habe eine deutliche Besserung des depressiven Zustandsbildes beobachtet werden kÄnnen, so dass bezÄ¼glich der seit lÄngerem bestehenden depressiven Reaktion kÄ¼nftig von einer guten Prognose, allenfalls von einer vollstÄndigen Remission ausgegangen werden kÄnne. Dr. D.____ erwÄhnte, dass das psychische Zustandsbild nicht zuletzt vom weiteren Verlauf der somatischen Erkrankungen sowie von den Coping-Strategien des BeschwerdefÄ¼hrers in Bezug auf bisherige psychosoziale Belastungen abhÄngig sein werde (S. 3 Ziff. 1.4). Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen TÄtigkeit kÄnne gerechnet werden (S. 5 Ziff. 1.9).

3.3Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des N.____, G.____, stellten in ihrem Bericht vom 23. April 2010 (Urk. 12/15) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die ArbeitsfÄhigkeit (S. 1 Ziff. 1.1):

- mittelgradig bis schwere depressive Reaktion (F32.1)

- koronare EingefÄsserkrankung mit subakutem Vorderwandinfarkt am 1. April 2009 und Stenting des RIVA am 1. April 2009

- bullÄse Bronchiektasen, betont Unterlappen links (CT-Thorax am 2. April 2009) - intermittierende HÄmoptoe

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte fÄ¼hrten aus, der BeschwerdefÄ¼hrer sei seit Behandlungsbeginn bei ihnen am 12. Oktober 2009 zu 100 % arbeitsunfÄhig in der angestammten aber auch in einer angepassten TÄtigkeit. Im Hinblick auf die verschiedenen somatischen Erkrankungen des BeschwerdefÄ¼hrers sei zur EinschÄtzung der ArbeitsfÄhigkeit auf lÄngere Sicht ein multidisziplinÄres Gutachten zu empfehlen (S. 1). Der BeschwerdefÄ¼hrer befinde sich seit dem 12. Oktober 2009 bis auf weiteres in ambulanter Behandlung, wobei die letzte Kontrolle am 20. April 2010 stattgefunden habe (S. 2 Ziff. 1.2). Der BeschwerdefÄ¼hrer sei vom 12. bis zum 18. Oktober und vom 28. Oktober bis zum 27. November 2009 in stationÄrer Behandlung im Psychiatrie-E.____ gewesen (S. 2 Ziff. 1.3). Die depressive Symptomatik sei trotz kombinierter antidepressiver Medikation nach wie vor vorhanden. Erschwerend komme eine Angst vor einem erneuten Herzinfarkt hinzu, wobei der BeschwerdefÄ¼hrer diesbezÄ¼glich zur Somatisierung neige. Die schlechten Deutschkenntnisse, das vorwiegend somatische KrankheitsverstÄndnis und die geringen intellektuellen Ressourcen des BeschwerdefÄ¼hrers wÄ¼rden eine eigentliche psychotherapeutische Behandlung verunmÄ¼glichen (S. 3 Ziff. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im zuletzt ausgeÄ¼bten Beruf als Gartenarbeiter bestehe vom 12. Oktober 2009 bis auf weiteres eine 100%ige ArbeitsunfÄhigkeit (S. 4 Ziff. 1.6). Es bestehe eine reduzierte Auffassung, Konzentrationslosigkeit und eine reduzierte Belastbarkeit, und der BeschwerdefÄ¼hrer habe kein DurchhaltevermÄ¼gen. Er sehe

pessimistisch in seine Zukunft (S. 4 Ziff. 1.7). Aktuell scheine der Beschwerdeführer keiner Beschäftigung mehr nachgehen zu können. Die bisherige Tätigkeit sei ihm aus medizinischer Sicht nicht mehr zumutbar (S. 4 Ziff. 1.7).

3.4 Dr. med. H. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, stellte in seinem Bericht vom 21. Mai 2010 (Urk. 12/34/31-32) folgende Diagnosen (S. 1 Ziff. 2):

- Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt (ICD-10 F43.22)
- Diabetes mellitus Typ II, insulinpflichtig
- koronare Herzkrankheit mit
- Status nach Myokardinfarkt April 2009
- Bronchiektasen im linken Unterlappen
- Gonarthrose links
- Periarthropathia humeroscapularis (PHS) links
- Cataracta beidseits mit
- Status nach Staroperation April 2010
- Amblyopie links

Dr. H. ____, fährte aus, dass der Beschwerdeführer an Schulterschmerzen und Knieschmerzen links, einer Visusverschlechterung sowie an einem depressiven Zustandsbild mit pessimistischer Einstellung zur beruflichen Zukunft leide. Diese Beschwerden begründeten insgesamt weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 1 Ziff. 1). In Bezug auf die Anpassungsstörung habe sich kaum etwas verändert (S. 1 Ziff. 4).

Am 25. Oktober 2010 erstatteten die Ärzte Z. __ (Z. __), A. ____, Dr. med. I. ____, Facharzt FMH für Psychiatrie und für Psychotherapie, Dr. med. J. ____, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. K. ____, Facharzt FMH für Rheumatologie, das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten (Urk. 12/20/2-25). Sie stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20 f. Ziff. 5.1):

- chronisches subacromiales Impingementsyndrom linke Schulter (ICD-10 M75.4)
- radiomorphologisch gemäss Aktenlage zentriertes, glenohumerales Gelenk mit kleinem Sporn am lateralen Acromionrand, Acromion Typ II (Röntgen 22. Februar 2010)
- chronisches zervikales sowie zervikobrachiales Schmerzsyndrom links (ICD-10 M53.0 und ICD-10 M53.1)
- radiomorphologisch Streckhaltung der Halswirbelsäule zwischen C3 bis C6, wegen Schulterhochziehen ist C7 nicht mehr zur Darstellung gekommen, normales Alignment der Wirbelkörper, dorsale osteophytäre Ausziehung Grundplatte C5 ventral sowie dorsal, Deckplatte C6 dorsal mehr als ventral mit deutlicher Erniedrigung der Bandscheibe zwischen C5/6, leichte dorsale Bandscheibenerniedrigung im Segment C3/4. In der ap-Aufnahme deutliche Osteochondrose sowie bilaterale Unkarthrose im Segment C5/6 sowie C6/7 insbesondere im Bereich der kleinen Facettengelenke C6/7 linksbetont

- reaktive Myogelose der Subokzipital- und Trapeziusmuskulatur bilateral linksbetont mit multiplen schmerzhaften Triggerpoints
- beginnende mediale Gonarthrose links
- leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Diabetes mellitus Typ 2
- koronare Herzkrankheit
- Status nach Koronarographie am 1. April 2009 bei subakutem Vorderwandinfarkt: distaler RIVA-Verschluss, 70 % RIVA-Mitte-Stenose, apikale Dyskinesie, LVEF 45 %, PTCA-Stenting des distalen RIVA sowie mittlere RIVA
- apikales Herzwandaneurysma
- Status nach apikalem Thrombus April 2009

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie nannten folgende Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 21 Ziff. 5.2):

- Adipositas mit BMI von 30 kg/m²
- dilatative Aorthopathie
- Status nach Nikotinabusus
- Katarakt beidseits
- Status nach Operation links April 2010
- zystische Bronchiektasien des linken Unter- und Mittellappens
- Sklerokornea mit Entwicklungsanomalie der Vorderkammerspaltung beidseits

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte führten aus, dass dem Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht körperlich mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeiten sowie die angestammte Tätigkeit im Gartenbau nicht mehr zugemutet werden könnten. Für körperlich leichte, wechselbelastende, angepasste Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 70 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Arbeitsunfähigkeiten aus somatischer und aus psychiatrischer Sicht addierten sich geringgradig, ergänzten sich überwiegend. Im Rahmen einer Polymorbidität rechtfertigt sich eine gesamthafte Leistungseinbusse von 30 % für adaptierte, leichte Tätigkeiten. Das Pensum könne vollschichtig umgesetzt werden bei erhöhtem Pausenbedarf von 10 Minuten pro Stunde und etwas reduziertem Rendement (S. 22 unten Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei der psychiatrischen Untersuchung sei aufgefallen, dass die vom Beschwerdeführer beklagten Schmerzen durch die somatischen Befunde nicht hinreichend hätten erklärt werden können. Es habe eine leichte depressive Symptomatik mit depressiver Verstimmung, erhöhter Ermüdbarkeit, Antriebsstörung und Schlafstörung bestanden. Beim Beschwerdeführer beständen psychosoziale und emotionale Belastungsfaktoren, welche sich auch in den Schmerzen ausdrückten. Diagnostisch bestehe eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Aus psychiatrischer

Sicht bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aus rheumatologischer Sicht und allgemein-internistischer Sicht hätten keine die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers einschränkende Diagnosen für angepasste leichte Tätigkeiten festgestellt werden können (S. 21 f. Ziff. 6.2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten sei der Beschwerdeführer in der angestammten Tätigkeit und allgemein für mittelschwere und schwere Tätigkeiten seit April 2009 bleibend arbeitsunfähig. Ab jenem Zeitpunkt habe über die Zeit gemittelt in leichten, adaptierten Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden und spätestens ab September 2010 bestehe die festgestellte 70%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit in leichten, adaptierten Tätigkeiten (S. 22 f. Ziff. 6.3).

3.6 Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 4. März 2011 nahmen die Ärzte des N. ___ zum psychiatrischen Teilgutachten des Z. ___ vom 1. September 2010 Stellung (Urk. 12/37). Sie bemängelten die gänzlich fehlende Einholung fremdanamnestischer Angaben - unter anderem bei ihnen - durch den psychiatrischen Gutachter Dr. I. ___. Sie erwähnten weiter, dass die aktuell eingenommene Medikation nicht mit den von ihnen verordneten Medikamenten übereinstimme, was durch entsprechende Rückfrage hätte geklärt werden müssen. Weiter habe die Erhebung eines psychopathologischen Befundes im Rahmen einer Begutachtung nach AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) zu erfolgen. Der psychopathologische Befund zeige daher formale Schwächen und es seien keine verlässlichen Aussagen über die Gedächtnisfunktion, die Aufmerksamkeit und die Konzentrationsfähigkeit gemacht worden (S. 1). Zudem fehlten auch Angaben bezüglich des Vorhandenseins anderer formaler Denkstörungen wie Größenwahn, Gedankenabreissen und Vorbeireden. Angaben zu Befürchtungen und Zwängen fehlten gänzlich, ebenso Angaben zu Störungen der Affektivität und Angaben zum Vorhandensein oder zum Mangel an Krankheitsgefühl oder -einsicht. Weiter wurde kritisiert, dass im Abschnitt "Psychiatrische Beurteilung" Symptome erwähnt worden seien, für die es keine Entsprechung im psychopathologischen Befund gebe, so dass sich die Beurteilung nicht schlüssig nachvollziehen lasse und auch die diagnostische Einschätzung nicht aufrechterhalten werden könne (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer befinde sich seit dem 12. Oktober 2009 in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung. Die Konsultationen finden in regelmäßigen Abständen von maximal 6 Wochen statt, wobei die Therapie eher psychiatrisch-supportiv gestaltet sei. Die Durchführung einer Psychotherapie im eigentlichen Sinne scheitere schon alleine an der Sprachbarriere (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Die Ärzte führten weiter aus, dass der Beschwerdeführer gemäss Forschungskriterien ICD-10 die diagnostischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome erfülle, weshalb eine Arbeitsfähigkeit nicht gegeben sei (S. 3).

3.7 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte des L. ___ stellten im Austrittsbericht der Chirurgie vom 12. Juli 2011 (Urk. 8) folgende Diagnosen (S. 1):

- zystische Bronchiektasien des linken Unterlappens und des Mittellappens mit minor-Hämoptoe

- koronare Eingefäßserkrankung mit:

- Vorderwandinfarkt mit PCI am 1. April 2004

- aktuell: wandständiger Thrombus im Vorderwandaneurysma

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Sie nannten folgende Nebendiagnosen:

- Diabetes mellitus Typ 2

- Depression

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei vom 11. Juli bis zum 12. Juli 2011 in der Klinik hospitalisiert gewesen. Anlässlich der Voruntersuchung zur Segmentektomie/Lobektomie des linken Unterlappens aufgrund von zystischen Bronchiektasen hätten sich ein ausgeprägtes vorbekanntes Spitzenaneurysma mit deutlicher Dyskinesie und ein neuer wandständiger Thrombus von etwa 2,6 x 2 cm gezeigt. Die geplante Operation am 12. Juli 2011 habe abgesagt werden müssen (S. 1). Es sei eine kardiologische Verlaufskontrolle geplant (S. 2).

3.8 Ä Ä Ä Ä Die Ärzte der Ä M. ___ stellten in ihrem provisorischen Austrittsbericht vom 22. Dezember 2011 (Urk. 16) folgende Diagnosen (S. 1):

- Mycetom linker Unterlappen

- Status nach Thorakotomie links mit unterer Lobektomie bei Bronchiektasen am 6. Dezember 2011, Stadtspital Waid, Zürich, Einlage eines Epipleuralkatheters links 6. Dezember 2011

- Status nach hämorrhagischem Pleuraerguss links, Differenzialdiagnose postoperative Blutung unter OAK

- Histologie Resektat 6. Dezember 2011; intrabronchialer Pilzbefall, am ehesten Aspergillus

- Status nach Minor-Hämoptoe

- Status nach Nikotinabusus bis 2009 mit 80 Py

- koronare Eingefäßserkrankung mit

- Vorderwandinfarkt und PCI am 1. April 2009

- aktuell: grossenstabiler wandständiger Thrombus im Vorderwandaneurysma

- orale Antikoagulation seit Juli 2011

- progredienter Pleuraerguss links, Allgemeinzustand Verschlechterung und CRP-Anstieg Differenzialdiagnose Pleuraempyem, Verlegung zur weiteren Diagnostik und Therapie am 20. Dezember 2011

- Diabetes mellitus Typ 2, insulinpflichtig seit etwa 2010

- rezidivierende depressive Störung

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Der Beschwerdeführer sei vom 15. Dezember 2011 bis zum 8. Januar 2012 mit Unterbruch vom 20. bis zum 25. Dezember 2011 in der Klinik hospitalisiert gewesen (S. 1). Am 20. Dezember 2011 habe sich sein Zustand mit langsam progredienter

Atemnot insbesondere bei Belastung und zunehmender Müdigkeit verschlechtert. Ein Erguss, der sich als postoperative Nachblutung unter Antikoagulation herausgestellt habe, habe sodann abpunktiert werden müssen (S. 2).

E. 4

4.1 Unbestritten (vgl. E. 2.1-2) und aufgrund der medizinischen Aktenlage ausgewiesen ist, dass dem Beschwerdeführer seine angestammte, körperlich anstrengende Tätigkeit als Gärtner aufgrund seiner Beschwerden seit April 2009 nicht mehr zuzumuten ist (vgl. E. 3.3-6). Zu prägen ist, wie es sich mit der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit verhält.

Die Beschwerdegegnerin stützte ihre Annahme einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer angepassten Tätigkeit auf das von ihr veranlasste Z.-Gutachten vom 25. Oktober 2010 (E. 3.5). Während das allgemein-internistische und das rheumatologische Teilgutachten des Z. unbestritten blieben (Urk. 1 S. 4 Ziff. 4), kritisierte der Beschwerdeführer das durch Dr. I., Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellte psychiatrische Teilgutachten des Z. in verschiedenen Punkten und befand dieses als unverwertbar (Urk. 1 S. 4 ff. Ziff. 4-8). Vorab zu prägen ist demnach die Verwertbarkeit des psychiatrischen Teilgutachtens des Z.

4.2 Dr. I. diagnostizierte nach am 1. September 2010 erfolgter psychiatrischer Untersuchung des Beschwerdeführers eine leichte depressive Episode (ICD F32.0) sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und ging von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers von 20 % aus.

Der Beschwerdeführer machte dagegen geltend, auf das psychiatrische Teilgutachten des Z. könne nicht abgestellt werden, da sich - entgegen der Auffassung von Dr. I. - seine psychische Erkrankung im Verlauf stetig verschlimmert habe und die von Dr. D., F., im März 2010 erhoffte vollständige Remission der Krankheit nicht eingetreten sei (vgl. E. 3.2).

Es sei vielmehr auf die Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit durch die Ärzte des N. abzustellen, welche im April 2010 eine mittelgradig bis schwere depressive Reaktion (vgl. E. 3.3) und im März 2011 (vgl. E. 3.6) - anlässlich der Kritik zum psychiatrischen Teilgutachten des Z. - das Vorliegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome diagnostizierten (Urk. 1 S. 4 f. Ziff. 4, S. 8 Ziff. 6).

Der Beschwerdeführer führte aus, die Hauptmängel des psychiatrischen Teilgutachtens des Z. lägen im Wesentlichen darin, dass Dr. I. es unterlassen habe, fremdanamnestic Angaben bei den behandelnden Institutionen einzuholen und in die eigene Beurteilung miteinzubeziehen. Auch habe eine plausible Auseinandersetzung mit der entgegengesetzten Auffassung der Ärzte des N. nicht stattgefunden. Der psychopathologische Befund zeige sodann Schwächen auf und es sei nicht ersichtlich, ob im Rahmen der Begutachtung die ICD-Forschungskriterien explizit erfragt und beurteilt worden seien. Die diagnostische Einschätzung könne daher nicht aufrechterhalten werden.

Ergänzend brachte der Beschwerdeführer vor, dass sein Sozialverhalten keinesfalls normal sei. Dass er Kollegen beim Schachspielen treffe und eine Freundin im Kosovo habe, sei erheblich zu relativieren. So schaue er seinen Bekannten lediglich eine gewisse Zeit zu, wie sie auf einem Platz Freiluftschaach spielten, ohne mit

ihnen zu kommunizieren. Auch sei die ganze Initiative betreffend die Freundin im Kosovo von seiner Familie ausgegangen. Diese habe alles initiiert, da sie es für notwendig erachtet habe, dass er in seiner schwierigen gesundheitlichen Situation durch eine neue Ehefrau betreut werde. Diesem Ansinnen habe er sich willenslos gefügt. Auch spreche der Umstand, dass er sich nicht andauernd in stationärer Behandlung befinde, nicht gegen das Vorliegen einer schweren Depression. Er werde von seiner Familie intensiv betreut (Urk. 1 S. 8 f. Ziff. 7).

Demnach seien entgegen dem psychiatrischen Teilgutachten des Z.____ die diagnostischen Voraussetzungen für das Vorliegen einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome erfüllt, was eine Arbeitsunfähigkeit ausschliesse (Urk. 1 S. 7 f. Ziff. 6, S. 9 Ziff. 8).

4.3 Das psychiatrische Teilgutachten des Z.____ beruht aber auf den erforderlichen Untersuchungen, berücksichtigt die von dem Beschwerdeführer geklagten Beschwerden und setzt sich mit diesen sowie dem Verhalten des Beschwerdeführers umfassend auseinander. Es wurde sodann in Kenntnis der wesentlichen Vorakten abgegeben, leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein, und die Schlussfolgerung ist in nachvollziehbarer Weise begründet. Es erfüllt daher die Anforderungen an den Beweiswert eines medizinischen Gutachtens (vgl. E. 1.6).

Daran ändert nichts, dass Dr. I.____ auf die Einholung einer Fremdanamnese, insbesondere beim B.____, verzichtete. Zum einen sind bei psychischen Störungen eine Fremdanamnese ebenso wie (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Ärzte zwar häufig wünschenswert, jedoch nicht zwingend erforderlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_482/10 vom 21. September 2010, E. 4.1, mit Hinweisen). Zum anderen befanden sich in den Vorakten bereits diverse psychiatrische Stellungnahmen, auf welche sich Dr. I.____ stützen konnte (vgl. Urk. 12/20/2-25 S. 3 ff.).

Sodann setzte sich Dr. I.____ mit den ärztlichen Vorberichten und insbesondere mit dem Bericht des N.____ vom April 2010 (E. 3.3) eingehend auseinander. Dr. I.____ konnte zum Zeitpunkt seiner Untersuchung die von Seiten des N.____ gestellte Diagnose einer mittelgradigen bis schweren depressiven Episode (vgl. E. 3.3) nicht bestätigen und begründete dies auch entsprechend (Urk. 12/20/2-25 S. 12 f. Ziff. 4.1.8). So führte Dr. I.____ aus, dass bei Vorliegen einer mittelgradig bis schweren depressiven Episode eine stationäre Behandlung gefordert wäre. Auch habe er keine deutlichen Konzentrationsstörungen feststellen können und der Beschwerdeführer treffe Kollegen im Park zum Schachspielen und habe eine gute Beziehung zu seiner Freundin im Kosovo und stundenlange Autoreisen in die Heimat seien ihm möglich.

Zu den Ausführungen von Dr. C.____ (vgl. E. 3.1) und Dr. D.____, IPW, (E. 3.2), welche unter anderem wegen einer mittelgradigen depressiven Episode bis Ende November respektive Ende Dezember 2009 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestierten, bemerkte Dr. I.____, dass es seiner Ansicht nach möglich sei, dass zwischenzeitlich eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen, diese jedoch keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit nach sich gezogen habe. Vielmehr habe diese über den Zeitraum von April 2009 bis zu seiner psychiatrischen Untersuchung im September 2010 gemittelt zu einer maximalen Arbeitsunfähigkeit von 50 % geführt. Es sei anzunehmen, dass unter der weiteren Behandlung und dem natürlichen Verlauf eine Besserung eingetreten sei (vgl. Urk. 12/20/2-25 S. 12 f. Ziff. 4.1.8).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anzumerken ist hier, dass Dr. C. ___ und auch Dr. D. ___ davon ausgingen, dass es bei einer Remission der Depression wahrscheinlich sei, dass wieder eine vollständige Arbeitsfähigkeit erreicht werde und Dr. D. ___ hierfür aufgrund des guten Verlaufes während der stationären Behandlung mit Teilremission der depressiven Symptomatik eine positive Prognose stellte (vgl. E. 3.1-2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. D. ___ führte seinerseits die Arbeitsunfähigkeit auf das Vorliegen von diversen psychischen und körperlichen Einschränkungen zurück. Auch aus dem Bericht des Hausarztes Dr. H. ___ im Mai 2010 lässt sich nicht eruieren, inwiefern sich die psychische Problematik gesondert auf die Arbeitsfähigkeit auswirkte, wobei er eine Anpassungsstörung mit Angst und depressiver Reaktion gemischt diagnostizierte (vgl. E. 3.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Im Allgemeinen ist darauf hinzuweisen, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, soweit der Experte lege artis vorgegangen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C_419/10 vom 29. April 2011 E. 4.4).

4.4 Ä Ä Ä Ä Zu den Berichten des N. ___ vom April 2010 und vom März 2011 (vgl. E. 3.3 und 3.6) ist festzuhalten, dass sie das psychiatrische Teilgutachten des Z. ___ nicht zu entkräften vermögen. So vermochten sie das Vorliegen einer mittelschweren bis schweren depressiven Reaktion beziehungsweise einer schweren depressiven Episode beim Beschwerdeführer nicht überzeugend und schlüssig darzulegen. Insbesondere beim Bericht vom März 2011 (vgl. E. 3.6) handelt es sich lediglich um eine schematische Abhandlung von ICD-10 Symptomen, ohne dass daraus wirklich plausible Schlüsse in Bezug auf den Gesundheitszustand des Beschwerdeführers gezogen werden könnten. Im Widerspruch zum Vorliegen einer schweren Depression oder einer mittelschweren bis schweren depressiven Episode steht der Umstand, dass gemäss Angaben die Konsultationen im Abstand von bis zu 6 Wochen stattgefunden haben, wobei eine Therapie im eigentlichen Sinne schon alleine an der Sprachbarriere gescheitert sei.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Bei Vorliegen einer schweren depressiven Episode wäre eine Therapie in diesen Umständen, mit derartigen Sprachbarrieren, schlichtweg nicht zu verantworten und es wäre an den behandelnden Ärzten, eine Überweisung an einen der Sprache mächtigen Psychiater zu veranlassen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls nicht mit dem Vorliegen einer schweren depressiven Episode vereinbar sind die Freizeitaktivitäten des Beschwerdeführers sowie seine Reiseaktivitäten mit der Familie in den Kosovo. Zu Recht hat der Beschwerdeführer eingeräumt, dass er sich willenlos seiner Familie habe fügen müssen, um eine neue Ehefrau zu finden, und dass er lediglich schweigend seine Bekannten für kurze Zeit beim Freiluftschach beobachte, mächtige "befremdend" erscheinen (vgl. Urk. 1 S. 9 Ziff. 7).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinzu kommt, dass das Beschwerdebild im zu beurteilenden Fall gemäss dem Bericht des N. ___ vom April 2010 (Urk. 12/15) in nicht unerheblichem Masse von - grundsätzlich invaliditätsfremden und daher auszuklammernden (BGE 127 V 294 E. 5a S. 299; Urteile des Bundesgerichts 9C_1040/2010 vom 6. Juni 2011 E. 3.4.1, 9C_272/2009 vom 16. September 2009 E. 5.2 mit Hinweisen, in: SVR 2010 IV Nr. 19 S. 58, und 9C_749/2010 vom 23. November 2010 E. 4.3.1) - psychosozialen

Belastungsfaktoren (Ehescheidung, Wut auf die Ex-Frau, gescheiterter Arbeitsversuch, schlechte Deutschkenntnisse, geringe intellektuelle Ressourcen, keine Hoffnung mehr für die Zukunft; vgl. Urk. 12/15 Ziff. 1.4) mitbestimmt beziehungsweise verstärkt wird (vgl. E. 1.2).

4.5 Zum psychiatrischen Teilgutachten des Z. ___ ist allerdings anzufügen, dass bei den gestellten Diagnosen einer leichten depressiven Episode sowie einer somatoformen Schmerzstörung die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % als äusserst grosszügig zu gelten hat. So haben weder eine leichte depressive Episode noch eine somatoforme Schmerzstörung automatisch Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wie das die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 11. August 2011 richtig bemerkte (Urk. 11 S. 2). Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Die Voraussetzungen, welche für eine Unüberwindbarkeit sprechen würden, sind im vorliegenden Fall kaum erfüllt (vgl. E. 1.3).

Die Einschränkung von insgesamt 30 % wurde jedoch von allen den Beschwerdeführer begutachtenden Ärzten des Z. ___ aus polydisziplinärer Sicht im Sinne einer Gesamtkonklusion getroffen und erscheint aufgrund der Polymorbidität angemessen.

Im Ergebnis ändern auch die nach Verfügungserlass im Mai 2011 eingereichten medizinischen Berichte vom Juli respektive Dezember 2011 (E. 3.7-8.) nichts an der im Z. ___-Gutachten getroffenen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, zumal daraus eine Verschlechterung des Gesundheitszustands oder eine relevante Änderung nicht ausgewiesen ist. Im Bericht vom Juli 2011 wurde ein neuer wandständer Thrombus erwähnt, wobei keine Äusserungen zur Arbeitsfähigkeit gemacht wurden und unklar blieb, ob es sich dabei nicht um den schon im Z. ___-Gutachten erwähnten Thrombus handelte. Auch der Austrittsbericht der Zürcher M. ___ Davos äusserte sich nicht zu einer allfälligen Arbeitsunfähigkeit, und die dort beschriebene Verschlechterung des Allgemeinzustandes schien vorübergehender Natur gewesen zu sein.

4.6 Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer in seiner angestammten Tätigkeit als Gartenarbeiter seit dem 1. April 2009 nicht mehr arbeitsfähig ist. Dem Z. ___-Gutachten folgend ist der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass der Beschwerdeführer spätestens ab September 2010 in einer angepassten, körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit wieder zu 70 % arbeitsfähig ist und davor seit 1. April 2009 über den Zeitraum gemittelt eine Arbeitsfähigkeit in einer den Leiden angepassten Tätigkeit von 50 % bestanden hat.

E. 5

5.1 Es sind nunmehr die erwerblichen Einschränkungen aufgrund des Einkommensvergleiches zu ermitteln.

5.2 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die

bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224 mit Hinweisen).

5.3 Für den Einkommensvergleich ist grundsätzlich auf die Gegebenheiten im Zeitpunkt des (hypothetischen) Rentenbeginns, mithin auf das Jahr 2010, abzustellen (BGE 128 V 174, BGE 129 V 222).

Gemäss Art. 29 Abs. 1 IVG entsteht der Rentenanspruch frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach der Geltendmachung des Leistungsanspruches nach Art. 29 Abs. 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt. Die Rente wird vom Beginn des Monats an ausbezahlt, in dem der Rentenanspruch entsteht (Art. 29 Abs. 3 IVG). Vorliegend meldete sich der Beschwerdeführer am 22. November 2009 zum Leistungsbezug bei der Invalidenversicherung an (Urk. 12/3), weshalb der 1. Mai 2010 Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns bildet, wobei das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 1. April 2010 abgelaufen war (vgl. E. 1.5).

Der Beschwerdeführer erzielte vor Eintritt des Gesundheitsschadens als Gärtner bei der Y. im Jahr 2008 einen Lohn von Fr. 61'492.-- (vgl. IK-Auszug; Urk. 12/7, Urk. 12/21). Unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2.1 % im Jahr 2009 und von 0.8 % im Jahr 2010 (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95 Tabelle B. 10.2, Nominal Total) resultiert für das Jahr 2010 ein Valideneinkommen von rund Fr. 63'286.-- (Fr. 61'492.-- x 1.021 x 1.008).

5.4 Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1 mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, welcher Wert etwas tiefer ist als die seit 2008 betriebliche durchschnittliche Arbeitszeit von wörtlich 41,6 Stunden (Die Volkswirtschaft 04-2012 S. 94 Tabelle B9.2; BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E. 3b/bb, 124 V 321 E. 3b/aa; AHI 2000 S. 81 E. 2a).

5.5 Für die Bemessung des Invalideneinkommens ist auf den standardisierten Durchschnittslohn für einfache und repetitive Tätigkeiten in sämtlichen Wirtschaftszweigen des privaten Sektors abzustellen. Das im Jahr 2008 von Männern im Durchschnitt aller einfachen und repetitiven Tätigkeiten erzielte Einkommen betrug Fr. 4'806.-- (LSE 2008, S. 26, Tabelle TA1, Total, Niveau 4). Dies ergibt umgerechnet auf ein Jahr, bei einer durchschnittlichen Wochenarbeitszeit von 41.6 Stunden (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 94 Tabelle B 9.2, Total), unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von 2.1 % und 0.8 % (Die Volkswirtschaft 6-2012, S. 95 Tabelle

B 10.2, Nominal Total) rund Fr. 61'728.-- für das Jahr 2010 (Fr. 4'806.-- x 12 : 40 x 41.6 x 1.021 x 1.008).

Unter Berücksichtigung des dem Beschwerdeführer zum Zeitpunkt des hypothetischen Rentenbeginns am 1. Mai 2010 möglichen Arbeitspensums von 50 % ergibt sich im Jahr 2010 ein Invalideneinkommen von Fr. 30'864.-- (Fr. 61'728.-- x 0.5).

Ab 1. September 2010 ist wie oben (vgl. E. 4.6) dargelegt von einer Steigerung des Arbeitspensums in angepasster Tätigkeit von 50 % auf 70 % auszugehen, womit sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 43'210.-- (Fr. 61'728.-- x 0.7) ergibt.

Zusammenfassend hätte der Beschwerdeführer ab hypothetischem Rentenbeginn am 1. Mai 2010 ein Invalideneinkommen von Fr. 30'864.-- und ab 1. September 2010 ein Invalideneinkommen von Fr. 43'210.-- erwirtschaften können.

5.6 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert allenfalls zu kürzen. Mit dem sogenannten Leidensabzug wurde ursprünglich berücksichtigt, dass versicherte Personen, welche in ihrer letzten Tätigkeit körperliche Schwerarbeit verrichteten und nach Eintritt des Gesundheitsschadens auch für leichtere Arbeiten nurmehr beschränkt einsatzfähig sind, in der Regel das entsprechende durchschnittliche Lohnniveau gesunder Hilfsarbeiter nicht erreichen. Der ursprünglich nur bei Schwerarbeitern zugelassene Abzug entwickelte sich in der Folge zu einem allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, wobei die Rechtsprechung dem Umstand Rechnung trug, dass auch weitere persönliche und berufliche Merkmale der versicherten Person wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Höhe des Lohnes haben können. Ein Abzug soll aber nicht automatisch, sondern nur dann erfolgen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person wegen eines oder mehrerer dieser Merkmale ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem Einkommen verwerten kann. Bei der Bestimmung der Höhe des Abzuges ist der Einfluss aller in Betracht fallenden Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall gesamthaft zu schätzen und insgesamt auf höchstens 25 % des Tabellenlohnes zu begrenzen (vgl. zum Ganzen BGE 126 V 75). Dabei ist zu beachten, dass allfällige bereits bei der Parallelisierung der Vergleichseinkommen mitverantwortliche invaliditätsfremde Faktoren im Rahmen des sogenannten Leidensabzuges nicht nochmals berücksichtigt werden dürfen (BGE 134 V 322 E. 5.2).

Der von der Beschwerdegegnerin gewährte Abzug von 10 % (vgl. Urk. 2) erscheint entgegen der Ansicht des Beschwerdeführers in Anbetracht der Umstände als angemessen.

5.7 Unter Berücksichtigung eines lohnmindernden Faktors von 10 % ergibt sich ab 1. Mai 2010 ein Invalideneinkommen in der Höhe von rund Fr. 27'778.-- (Fr. 30'864.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'286.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 35'508.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 56 % entspricht.

Ab 1. September 2010 ergibt sich ebenfalls unter Berücksichtigung eines lohnmindernden Faktors von 10 % ein Invalideneinkommen in der Höhe von Fr.

38'889.-- (Fr. 43'210.-- x 0.9). Bei einem Valideneinkommen von Fr. 63'286.-- resultiert eine Einkommenseinbusse von Fr. 24'397.--, was einem Invaliditätsgrad von rund 38 % entspricht.

Demzufolge besteht ein befristeter Anspruch auf eine halbe Rente vom 1. Mai 2010 bis zum 30. November 2010 (1. September 2010 zuzüglich 3 Monate; vgl. Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung; IVV).

Ab 1. September 2010 ist dem Beschwerdeführer eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 70 % zuzumuten, womit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad resultiert, weshalb dem Beschwerdeführer ab 1. Dezember 2010 kein Anspruch auf eine Rente mehr zusteht.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde ist die angefochtene Verfügung vom 18. Mai 2011 (Urk. 2) daher aufzuheben mit der Feststellung, dass vom 1. Mai 2010 bis zum 30. November 2010 ein Anspruch des Beschwerdeführers auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung besteht.

E. 7

7.1 Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen (Art. 69 Abs. 1 bis IVG) und auf Fr. 900.-- anzusetzen und ausgangsgemäss zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin und zu zwei Drittel dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, wobei der Anteil der Gerichtskosten des Beschwerdeführers infolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen ist.

7.2 Mit Honorarnote vom 23. Juli 2012 (Urk. 18/2) machte der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers einen Aufwand von total 9.15 Stunden sowie Barauslagen von Fr. 67.50 geltend. Dies erscheint unter Berücksichtigung der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses (§ 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht, GSVGer) als angemessen, weshalb Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, mit insgesamt Fr. 2'049.30 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu entschädigen ist, wobei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten ist, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers hievon ein Drittel, also Fr. 683.10, als reduzierte Prozessentschädigung zu bezahlen. Im weitergehenden Umfang von Fr. 1'366.20 wird dieser aus der Gerichtskasse entschädigt.

Das Gericht erkennt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 18. Mai 2011 aufgehoben, und es wird festgestellt, dass der Beschwerdeführer ab 1. Mai 2010 bis zum 30. November 2010 Anspruch auf eine halbe Rente hat. Im übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden zu zwei Drittel dem Beschwerdeführer und zu einem Drittel der Beschwerdegegnerin auferlegt. Zuzugewährt werden die dem Beschwerdeführer auferlegten Kosten von Fr. 600.-- einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem unentgeltlichen Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, eine reduzierte Prozessentschädigung von Fr. 683.10 (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4. Im weitergehenden Umfang wird der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Daniel Christe, Schwerzenbach, mit Fr. 1'366.20 (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

5. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Daniel Christe
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse

6. 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.