

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00940 vom 22. April 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-04-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00940](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00940)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00940 du 22 avril 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00940 del 22 aprile 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Am 1. Januar 2008 und 1. Januar 2012 sind die im Zuge der Revisionen 5 und 6a geänderten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG), der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) und des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) in Kraft getreten.

In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine Übergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 466 E. 1, 126 V 134 E. 4b, je mit Hinweisen). Die angefochtene Verfügung ist am 8. Juli 2011 - und somit nach Inkrafttreten der 5. IV-Revision - ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der bereits vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision begonnen hat. Daher und aufgrund dessen, dass der Rechtsstreit eine Dauerleistung betrifft, über welche noch nicht rechtskräftig verurteilt wurde, ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln auf die jeweils gültig gewesenen Bestimmungen beziehungsweise ab 31. Dezember 2008 auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen. Die am 1. Januar 2012 revidierten Bestimmungen gelangen noch nicht zur Anwendung.

Da die 4. und 5. IV-Revision hinsichtlich Invaliditätsbemessung keine substantiellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht haben, ist die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_76/2009 vom 19. Mai 2009 E. 2). Soweit nicht anders vermerkt, werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen im Folgenden in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden und mit der Revision 6a unverändert gebliebenen Fassung zitiert.

1.2 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).

1.3 Ist ein Versicherter zu mindestens 40 % invalid, so hat er Anspruch auf eine Rente, die nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft wird: Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht ein Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der bis Ende 2007 gültig gewesenen Fassung).

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).

1.4 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 261 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).

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen

beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

## **E. 2**

Chronische Schulter-Ellbogenschmerzen der dominanten rechten Seite (ICD-10: M79.60) bei radiologisch degenerativen Veränderungen der Supraspinatussehne, ohne klaren Hinweis für Ruptur, im Verlauf unverändert (MRI 04.11.2010 bzw. 16.08.2010), bei radiologisch unauffälligem Befund des Ellbogens (MRI 24.06.2010), ohne klinischen Hinweis für die angegebene langdauernde und vollständige Schonung dieser Extremität

## **E. 3**

Chronische Handgelenksschmerzen links (ICD-10: M67.44) bei Handgelenksganglion palmar

## **E. 4**

Chronische Knieschmerzen beidseits (ICD-M10:79.66) bei radiologisch unauffälligem Befund links (MRI 30.03.2007)

## **E. 5**

Chronische Hüftschmerzen unter Betonung der rechten Seite (ICD-10: M79.65(ICD-10: M79.65) mit radiologisch Herniation pit im Bereich des vermindert taillierten Kopf-Hals-Überganges (MRI 05.05.2008), bei Status nach Hüftarthroskopie mit Débridement, Trimmung des Pfannenrandes und Taillierung des Kopf-Hals-Überganges rechts am 19.11.2008 (Klinik C.\_\_\_\_), anamnestisch ohne Ansprechen auf nach wie vor erfolgende intraartikuläre Infiltrationen rechts

## **E. 6**

Rezidivierende Tendinitis Handgelenk links bei radialem Ganglion

## **E. 7**

Rhythmogene Kardiopathie bei Verdacht auf arteriell Hypertonie und bei rezidivierendem tachykardem Vorhofflimmern

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dr. A.\_\_\_\_ erklärte dazu, aufgrund der verschiedenen Probleme und Einschränkungen seitens des Bewegungsapparates, kombiniert mit einer intermittierend stark symptomatischen Kardiopathie (zeitweise mit synkopeartigen Komplikationen) sei der Patient schon seit einigen Jahren körperlich nicht mehr belastbar, so dass er keiner erwerbsmässigen Arbeit auf dem freien Arbeitsmarkt nachgehen könne. Bis anhin seien frustrane langdauernde Therapien durchgeführt worden. Es bleibe ein chronisches Schmerzsyndrom seitens des Rückens, der Beine und insbesondere der rechten Hüfte. Der Patient sei auf eine dauernde Opiatanalgesie angewiesen. Selbst eine minimale Performance und leichteste funktionelle Fähigkeiten für die Erledigung von privaten Alltagsangelegenheiten seien kaum im adäquaten Ausmass zu erreichen. Die gesundheitliche Situation habe sich im Verlauf des letzten halben Jahres gar verschlechtert. Insbesondere seitens der rechten Schulter sei nun auch postoperativ nach der

Rotatorenmanschettenrekonstruktion eine schwere Beeinträchtigung mit Schmerzen und starker Funktionsstörung persistent, dies im Rahmen einer adhäsiven Kapsulitis. Trotz Therapie dürfte die Situation diesbezüglich nur unbefriedigend dauerhaft behandelbar sein. Aufgrund all dieser Probleme sei eine erwerbsmässige Arbeit nicht mehr zumutbar (Urk. 7/113 S. 2).

3.

3.1 Dass die IV-Stelle beziehungsweise der dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) angehörende Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, das Verlaufsgutachten von Dr. Y. \_\_\_\_, vom 1. Juli 2010 nicht als ausreichende Entscheidungsgrundlage betrachtete und deshalb die polydisziplinäre Abklärung im Institut Z. \_\_\_\_, anordnete (Urk. 7/107 S. 3), leuchtet ohne Weiteres ein. Denn obwohl Dr. Y. \_\_\_\_, die Befunde gegenüber denjenigen seines Vorgutachtens als unverändert bezeichnete, hielt er den Beschwerdeführer nun nicht mehr für arbeitsfähig. Er begründete dies im Wesentlichen einzig mit der dorsalen Spondylodese L3 bis L5 vom 1. November 2007 und der Hüftoperation rechts vom 19. November 2008, die inzwischen entgegen seiner eigenen Empfehlung und derjenigen der Klinik C. \_\_\_\_, durchgeführt worden seien und zu keiner Verbesserung, sondern zu einer Verschlechterung geführt hätten. Wenn auch der orthopädische Gutachter des Instituts Z. \_\_\_\_, Dr. Y. \_\_\_\_,s Kritik an der erfolgten lumbalen Spondylodese teilte und die Indikation für weitere Eingriffe als absurd und als dringend überdenkenswert bezeichnete, so wies er doch zu Recht darauf hin, dass bei identischem klinischem Befund das Fehlen jeglicher Arbeitsfähigkeit nun merkwürdig anmutet, zumal eine technisch korrekt durchgeführte lumbale Spondylodese keinen Grund für eine Arbeitsunfähigkeit in angepassten Tätigkeiten darstelle und Dr. Y. \_\_\_\_, weder auf die diversen Inkonsistenzen noch auf das Fehlen klar objektivierbarer Hinweise für länger dauernde körperliche Schonung eingehe (Urk. 7/103 S. 24 f.). Dies gilt umso mehr, als Dr. Y. \_\_\_\_, in seinem ersten Gutachten die angegebenen Schmerzen aufgrund der degenerativen Veränderungen nicht als ausreichend nachvollziehbar erachtet und sogar für mittelschwere Arbeiten noch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiert hatte (Urk. 7/18 S. 11, 13 ff.).

3.2 Nicht nachvollziehbar ist jedoch, dass die IV-Stelle dem Beschwerdeführer mit der angefochtenen Verfügung nicht zumindest rückwirkend eine befristete Invalidenrente (BGE 133 V 263 E. 6) zugesprochen hat. Denn angesichts der von den Z. \_\_\_\_, -Gutachtern rückwirkend ab dem Gutachten von Dr. Y. \_\_\_\_, vom 5. Juni 2007 beziehungsweise der von diesem sinngemäss bereits mit Wirkung ab Februar 2006 attestierten vollständigen Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Maurertätigkeit wie auch für jede andere körperlich schwere Tätigkeit (Urk. 7/18 S. 14) war das Wartejahr im Sinne von Art. 28 Abs. 1 lit. b und a Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG erfüllt, als am 19. November 2008 die auf sechs Monate begrenzte vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit einsetzte, welche die Gutachter im Zusammenhang mit der Hüftoperation für ausgewiesen hielten.

Mit der rückwirkenden Zusprechung einer vom 1. Februar bis 31. Juli 2009 befristeten (Art. 88a IVV) Invalidenrente kann es jedoch nicht sein Bewenden haben. Denn die Gutachter haben zur objektiv ausgewiesenen Arbeitsunfähigkeit aufgrund der Wirbelsäulenoperation vom November 2007 keine Angaben gemacht, so dass in diesem Zusammenhang ein zusätzlicher Anspruch auf eine befristete Rente nicht

von vornherein verneint werden kann. Wie nachfolgend dazulegen ist, ist das Gutachten des Instituts Z. \_\_\_ aber auch in weiteren Punkten noch erg nzungsbed rfzig.

3.3.3 Namentlich in rheumatologisch-orthopädischer Hinsicht konzentrierten sich die Gutachter des Instituts Z. \_\_\_ im Wesentlichen darauf, die Inkonsistenzen sowie die Anhaltspunkte für eine Schmerzausweitung aufzuzeigen und auf die mit invasiven Eingriffen verbundenen Gefahren einer weiteren Verschlechterung der Schmerzsymptomatik hinzuweisen. Eine eigentliche Auseinandersetzung mit den zweifellos vorhandenen, in erster Linie aufgrund des Schmerzverhaltens des Versicherten operativ und infiltrativ kaum behandelbaren Befunden fand jedoch nicht statt. Insofern ist dem Beschwerdeführer beizupflichten, wenn er sinngemäss vorbringt, die volle Arbeitsfähigkeit für leichte bis intermittierend mittelschwere adaptierte Tätigkeiten sei nicht ausreichend nachvollziehbar (Urk. 1 S. 2).

Insbesondere fehlt im Gutachten des Instituts Z. \_\_\_ eine Würdigung der postoperativen Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule, wo Dr. Y. \_\_\_ im Wesentlichen ein Shiften nach links sowie eine nur noch angedeutete Inklination vorgefunden und für Reklination und Seitneigen  praktisch 0  angegeben hatte (Urk. 7/86 S. 7), und die objektivierbaren Auswirkungen der Spondylodese-Operation auf die Wirbels ulenbeweglichkeit und Schmerzhaftigkeit werden nicht konkretisiert. Wenn hinsichtlich des MRI der Lendenwirbelsäule vom 25. Juni 2008 im Z. \_\_\_-Gutachten erhebliche Metallartefakte bei Status nach Spondylodese LWK3-5 und gleichzeitig das Fehlen von Hinweisen für Infekte oder Neurokompression konstatiert werden (Urk. 7/103 S. 20), so fragt es sich, inwieweit die Gutachter und die operierenden Ärzte des Spitals B. \_\_\_ angesichts der durch die Metallteile allenfalls gestörten Bildqualität das umgebende Gewebe überhaupt zuverlässig beurteilen konnten (Urk. 7/103 S. 20) und ob trotz der Inkonsistenzen, die sich bei der Erhebung des neurologischen Status durch den orthopädischen Gutachter zeigten (Urk. 7/103 S. 19), ohne weiteres auf eine fachneurologische Abklärung der vom Beschwerdeführer erst nach der Spondylodese-Operation geltend gemachten Beschwerden unterhalb des Operationsgebietes (Urk. 7/103 S. 15, 21) verzichtet werden konnte. Die Gutachter des Instituts Z. \_\_\_ werden daher nicht nur die Befunde im Bereich der Lendenwirbelsäule eingehender zu würdigen, sondern sich auch zur Notwendigkeit einer fachneurologischen Abklärung zu äussern und gegebenenfalls eine solche zu veranlassen haben.

Auch auf die vor und nach der Operation vom 19. November 2008 im rechten Hüftgelenk erhobenen Befunde und die damit allenfalls verbundenen Schmerzen und Einschränkungen gingen die Gutachter des Instituts Z. \_\_\_ nicht näher ein. Dies obwohl in der Klinik C. \_\_\_ am 16. November 2009 laut dem im Gutachten wiedergegebenen Röntgenbefund postoperative Veränderungen festgestellt worden waren (Urk. 7/103 S. 20), das MRI vom 4. Dezember 2009 laut Dr. A. \_\_\_ eine deutliche Knorpelverschm lerung mit subchondraler Zystenbildung im tragenden Teil des Femurkopfs gezeigt (Urk. 7/103 S. 30) und Dr. Y. \_\_\_ am 23. Juni 2010 röntgenologisch ebenfalls eine - wenn auch von ihm als fraglich und minimst bezeichnete - Gelenkspaltverschmälerung festgestellt (Urk. 7/86 S. 9) hatte. Auch fehlen Angaben zu den Beeinträchtigungen und Schmerzen, die sich aufgrund der Befunde in der im Begutachtungszeitpunkt noch nicht operierten rechten Schulter sowie im palmaren Handgelenk links unabhängig von der Schmerzausweitung objektivieren liessen.

ââââââââ Dies gilt auch für die im Z.\_\_\_\_-Gutachten zwar wiedergegebenen und kommentierten, laut Oberarzt Dr. med. J.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_, mit einer Epicondylitis medialis vereinbaren Befunden des MRI des rechten Ellbogens vom 24. Juni 2010 (Urk. 7/103 S. 20, 41) und für das auch von Dr. Y.\_\_\_\_ im aktuellen Gutachten angeführte chronische, rezidivierende zervikospondylogene bis -radikuläre Syndrom (ICD-10: M50.1) rechts bei Diskushernie C5/6 breitbasig zirkulär bis foraminal rechts (Urk. 7/86 S. 11). Der Umstand, dass die vom Beschwerdeführer bei der Begutachtung weiterhin angegebenen Schmerzen im Nacken und Kopf, einschliesslich Schwindel (Urk. 7/103 S. 21), bei den Untersuchungen im Institut Z.\_\_\_\_ offenbar nicht im Vordergrund standen, mag sich allenfalls mit der mittlerweile langjährigen Arbeitskarenz des Beschwerdeführers erklären, von der nach der Argumentation der Gutachter an sich eine gewisse Besserung zu erwarten gewesen wäre (Urk. 7/103 S. 23). Doch entbindet dies die Gutachter nicht davon, die von degenerativen Veränderungen betroffene Halswirbelsäule, insbesondere im Hinblick auf das Anforderungsprofil einer zumutbaren Tätigkeit, in die Beurteilung miteinzubeziehen, zumal Dr. A.\_\_\_\_ am 22. Juni 2010 von einer Exazerbation des cervicoradikulären Syndroms C6 in der ersten Jahreshälfte 2010 berichtet hatte (Urk. 7/103 S. 30).

ââââââââ Bei der in psychiatrischer Hinsicht von den Z.\_\_\_\_-Gutachtern diagnostizierten Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10: F54) handelt es sich um ein pathogenetisch-etiologisch unklares syndromales Beschwerdebild ohne nachweisbar ausreichende organische Grundlage, dessen invalidisierender Charakter in rechtlicher Hinsicht nach den in BGE 130 V 352 entwickelten Kriterien zu beurteilen ist (vgl. etwa: Bundesgerichtsurteil 9C\_673/2012 vom 28. November 2012 E. 3.1 mit Hinweisen). Dies umso mehr, als nach der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters des Instituts Z.\_\_\_\_ das Bewusstsein der mangelnden beruflichen Qualifikationen und der damit verbundenen Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt ebenfalls zur psychischen Überlagerung der Beschwerden beigetragen habe und die Diagnose einer Schmerzverarbeitungsstörung somit nicht ausschliesslich auf der Diskrepanz zwischen der subjektiven Schmerzausprägung und dem wahrnehmbaren Verhalten der Versicherten beruht (vgl. Bundesgerichtsurteil 9C\_513/2012 vom 28. Dezember 2012 E. 4.2). Zwar hat der psychiatrische Gutachter das Bestehen einer Komorbidität im Sinne eines vom Schmerzgeschehen losgelösten eigenständigen psychischen Leidens von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer eindeutig verneint. Doch muss immerhin von chronischen körperlichen Begleiterkrankungen mit mehrjährigem Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission ausgegangen werden. Im Hinblick auf das Kriterium der unbefriedigenden Ergebnisse von konsequent durchgeführten Behandlungen werfen die zahlreichen Operationen und infiltrativen Behandlungen, die in der Klinik C.\_\_\_\_ und im Spital B.\_\_\_\_ trotz der dringenden Vorbehalte von Seiten von Dr. Y.\_\_\_\_ und der Gutachter des Instituts Z.\_\_\_\_ durchgeführt wurden und keine nachhaltige Besserung der Schmerzsymptomatik bewirkten, zudem die Frage auf, ob und inwieweit der Beschwerdeführer dadurch in seiner Schmerzberzeugung noch bestärkt und die Schmerzverarbeitungsstörung verfestigt wurde. Der psychiatrische Gutachter wird sich daher im Rahmen der Gutachtensergänzung zum Stellenwert der ärztlichen Behandlungen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Schmerzverarbeitungsstörung zu äussern haben, wobei nun auch der inzwischen am 25. Januar 2011 durchgeführte Schulteroperation Rechnung zu tragen sein wird.

Â Â Â Â Â Â Â Â Auf die Folgen der Schulteroperation vom Januar 2011 wird im Rahmen der Gutachtenserg  nzung auch in somatischer Hinsicht einzugehen sein, ebenso auf den weiteren Verlauf seit der Begutachtung im Institut Z.\_\_\_\_, namentlich auf die postoperativen Schulterbefunde und die übrigen im Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2011 (Urk. 7/113) aufgeführten Diagnosen sowie auf den nach der Verfügung ergangenen Bericht von Dr. A.\_\_\_\_ vom 1. November 2011 (Urk. 10). Im Hinblick auf die von Dr. A.\_\_\_\_ geschilderten Herzrhythmusstörungen stellt sich zudem die Frage, ob diesbezüglich die Beurteilung von PD Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie und Innere Medizin, vom 18. September 2008 (Urk. 7/51) noch massgebend sein kann oder ob weitere Abklärungen erforderlich sind.

3.4.Â Â Â Â Bei dieser Beweislage ist die Sache an die IV-Stelle zur Veranlassung der Gutachtenserg  nzung im dargelegten Sinn (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4) und hernach zu neuer Verfügung betreffend den zumindest eine befristete Rente umfassenden Rentenanspruch zurückzuweisen.

4.Â Â Â Â Â Â Â Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren abweichend von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig, wobei diese innerhalb des vorgegebenen Rahmens von Fr. 200.-- bis Fr. 1  000.-- entsprechend dem Verfahrensaufwand mit Fr. 800.-- zu bemessen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen sind.

Â Â Â Â Â Â Â Â Dem rechtskundig vertretenen Beschwerdeführer ist eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 1  800.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertentsch  digung) zuzusprechen.

Das Gericht erkennt:

1.Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. Juli 2011 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Rentenanspruch des Beschwerdeführers neu verfüge.

2.Â Â Â Â Â Â Â Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3.Â Â Â Â Â Â Â Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, dem Beschwerdeführer eine Prozessentschädigung von Fr. 1'800.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen.

4.Â Â Â Â Â Â Â Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Zivojin Djokic
- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle
- Bundesamt für Sozialversicherungen
- Winterthur Columna

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

5.Â Â Â Â Â Â Â 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.