

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00975 vom 11. Januar 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-01-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2011.00975](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2011.00975)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00975 du 11 janvier 2013

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2011.00975 del 11 gennaio 2013

## Erwägungen

### E. 1

1.1. X., geboren 1949, meldete sich am 17. August 1999 bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Rente) an (Urk. 8/4 Ziff. 7.8). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verneinte mit Verfügung vom 11. April 2003 einen Rentenanspruch (Urk. 8/36).

1.2. Am 21. Oktober 2009 meldete sich der Versicherte erneut an (Urk. 8/39). Die IV-Stelle holte Arztberichte (Urk. 8/44-45, Urk. 8/51, Urk. 8/59-60), einen Arbeitgeberbericht (Urk. 8/54) und einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/48) ein.

Mit Vorbescheid vom 26. August 2010 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Urk. 8/63). Dagegen erhob der Versicherte am 5. und 24. September 2010 Einwände (Urk. 8/69, Urk. 8/73). In der Folge holte die IV-Stelle ein Gutachten ein, das am 26. Mai 2011 erstattet wurde (Urk. 8/86).

Mit Verfügung vom 21. Juli 2011 verneinte die IV-Stelle einen Leistungsanspruch (Urk. 8/88 = Urk. 2).

Gegen die Verfügung vom 21. Juli 2011 (Urk. 2) erhob der Versicherte am 12. September 2011 Beschwerde (Urk. 1) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei ihm ab April 2010 eine Rente zuzusprechen (S. 2 Ziff. 1), eventuell sei die Sache zur korrekten Invaliditätsbemessung an die IV-Stelle zurückzuweisen (S. 2 Ziff. 2).

Die IV-Stelle schloss mit Beschwerdeantwort vom 21. Oktober 2011 (Urk. 7) auf Abweisung der Beschwerde.

Mit Gerichtsverfügung vom 31. Oktober 2011 wurden antragsgemäss (vgl. Urk. 1 S. 2 Ziff. 6) die unentgeltliche Prozessführung und Rechtsvertretung bewilligt (Urk. 10).

Am 17. Februar 2012 erstattete der Beschwerdeführer eine Replik (Urk. 14). Am 20. März 2012 verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Duplik (Urk. 17). Am 23. Mai 2012 (Urk. 28) reichte der Beschwerdeführer - der Aufforderung des Gerichts folgend (vgl. Urk. 23) - die überarbeitete Fassung eines Arztberichts vom 25. Juli 2011 (Urk. 29/1) ein. Dies wurde der Beschwerdegegnerin am 29. Mai 2012 zur Kenntnis gebracht (Urk. 30).

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.

1.1 Die Arbeitsunfähigkeit im Sinne von Art. 29 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) entspricht der Einbusse an funktionellem Leistungsvermögen im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich (Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG; BGE 105 V 156 E. 2a). Bei erwerbstätigen Versicherten wird diese Einbusse ohne Rücksicht darauf bestimmt, wie sich die gesundheitliche Beeinträchtigung auf das erzielbare Einkommen auswirkt. Während bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG) die Schadenminderungspflicht unter anderem in dem Sinne eine erhebliche Rolle spielt, als von der versicherten Person im Rahmen des Zumutbaren verlangt wird, eine andere als die angestammte Tätigkeit auszuüben, sofern sich dadurch die verbleibende Arbeitsfähigkeit finanziell besser verwerten lässt, bildet einzig der bisherige Beruf den Bezugspunkt der für den Rentenbeginn relevanten Arbeitsunfähigkeit gemäss Art. 29 Abs. 1 lit. b IVG. Diese ist auf der Grundlage der medizinischen Stellungnahmen zu beurteilen (BGE 130 V 97 E. 3.2 mit Hinweisen).

1.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 ATSG). 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).

1.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 IVG (bis 31. Dezember 2007: Art. 28 Abs. 2 IVG) aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und aller 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 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).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung (Urk. 2) davon aus, es bestehe kein invalidisierender Gesundheitsschaden (S. 1 unten), dies habe auch das von ihr eingeholte, im Mai 2011 erstattete Gutachten ergeben (S. 2 oben).

2.2 Der Beschwerdeführer stellte sich demgegenüber in seiner Beschwerde (Urk. 1) auf den Standpunkt, die angefochtene Verfügung sei ungenügend, weil sie keinen Einkommensvergleich enthalte (S. 4 Ziff. 1). Sodann machte er Hinweise zum Valideneinkommen (S. 4 Ziff. 2a) und zum Invalideneinkommen, wo ein Abzug von 25 % angezeigt sei (S. 4 f. Ziff. 2b). Das eingeholte Gutachten sei mangelhaft, da nur Berichte bis August 2010 berücksichtigt und verschiedene Berichte zwar im Verzeichnis erwähnt, aber inhaltlich unberücksichtigt gelassen worden seien (S. 5 ff. Ziff. 3a). Gemäss der Beurteilung seines behandelnden Psychiaters leide er, anders als im Gutachten angenommen, unter erheblichen psychischen Beschwerden (S. 8 f. Ziff. 3b).

2.3 Strittig und zu präzisieren ist in erster Linie das Ausmass allfälliger gesundheitlicher Beeinträchtigungen, dies im Lichte des von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachtens und aller anderen vorliegenden Berichte und Beurteilungen.

## E. 3

3.1 Vom 19. Oktober bis 3. November 2006 weilte der Beschwerdeführer gemäss Austrittsbericht vom 14. November 2006 (Urk. 8/71/55-60) stationär in der Klinik für Rheumatologie, Stadtspital Y.\_\_\_\_; dies nach am 18. Oktober 2006 gleichenorts erfolgter Untersuchung (vgl. Urk. 8/71/61-65). Dabei wurden hauptsächlich folgende Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- chronisches cervikospodylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom, mögliches intermittierendes radikuläres Reizsyndrom C7 rechts
- Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung
- Depression
- vermehrter Konsum von Stilnox und Alkohol
- arterielle Hypertonie

Als Beurteilung wurde festgehalten, aufgrund der Schmerzsymptomatik sei der Patient in seiner Alltagsfunktionalität leichtgradig eingeschränkt. Arbeiten in Schulter- und über Schulterhöhe seien ihm kaum möglich, ebenso das Tragen schwerer Lasten (S. 2 unten).

Im Bericht der Ärzte der Rheumaklinik des Stadtspitals Y.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2007 über die am 8. Februar 2007 erfolgte Behandlung (Urk. 8/71/54) wurde als Diagnose ein cervikospodylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom bei

Osteochondrose C5/6, C6/7 mit Foramenstenose linksbetont, mit Schmerzausstrahlung Ober- und Unterkiefer sowie dumpfes Gefühl Ohr und Auge rechts genannt; die Behandlung habe eine eindrückliche Reduktion der Schmerzen im Bereich des Ober- und Unterkiefers rechts sowie Reduktion im Bereich des Auges und Ohrs rechts gebracht.

3.2 Vom 7. bis 9. Oktober 2007 weilte der Beschwerdeführer gemäss Austrittsbericht vom 9. Oktober 2007 (Urk. 8/71/52-53) stationär im Spital Z.\_\_\_\_. Die Zuweisung war aus dem Universitätsspital bei Verschlechterung des Allgemeinzustands und Fieber bei unklarem Fokus erfolgt. Es wurde berichtet, im Verlauf sei der Patient beschwerdefrei gewesen und habe aufgrund privater Gründe auf eine Entlassung gedrängt. In Zusammenschau aller Befunde und in Anbetracht vor allem der Fremdanamnese schein die vordergründige Problematik in der Non-Compliance und einem zudem bestehenden Aethylabusus zu liegen. Eine weitere stationäre Betreuung und Abklärung habe der Patient strikt abgelehnt.

Am 19. Oktober 2007 zog sich der Beschwerdeführer bei einem Sturz eine Abrissfraktur im rechten oberen Sprunggelenk (OSG) zu (Urk. 8/60/9-10).

3.3 Seit 17. Dezember 2008 wurde der Beschwerdeführer in der A.\_\_\_\_ Klinik behandelt (vgl. Berichte vom 21. Januar 2009, Urk. 8/60/37-38; vom 19. Februar 2009, Urk. 8/60/35-36; vom 25. Februar 2009, Urk. 8/60/33-34; vom 14. April 2009, Urk. 8/71/45; vom 12. Mai 2009, Urk. 8/60/23-24). Im Bericht vom 18. Dezember 2008 (Urk. 8/59/21-22) wurden folgende Diagnosen genannt (S. 1 Mitte):

- fortgeschrittene Pangoarthrose links
- Status nach Menishektomie links
- unklare lumbosakrale Schmerzen bei Verdacht auf Diskushernie
- chronisches zervikospondylogenes und zervikocephales Schmerzsyndrom rechts

Im Bericht vom 6. März 2009 (Urk. 8/60/21-22 = Urk. 8/71/48-49 = Urk. 8/71/50-51) ber ein rheumatologisches Konsilium wurden sodann folgende Haupt-Diagnosen gestellt (S. 1 Mitte):

- fortgeschrittene Pangoarthrose links, wenig symptomatisch
- lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- chronisches zervikospondylogenes und zervikocephales Schmerzsyndrom rechts
- Status nach VKB (vorderes Kreuzband) Rekonstruktion Knie rechts in den siebziger Jahren

Empfohlen wurde das Fortführen der Physiotherapie, die Einnahme von Chondrosulf und eine Viscosupplementation (S. 2 Mitte).

ber eine neurologische Abklärung vom 19. März 2009 wurde am 23. März 2009 berichtet (Urk. 8/71/46-47) und ausgefhrt, die vom Patienten beschriebenen Kreuz- beziehungsweise Gesssschmerzen seien auf degenerative Veränderungen im Bereich der Iliosakralgelenke und wahrscheinlich weniger ausgeprägt der Facettengelenke S5/S1 beidseits zurückzuführen (S. 2 oben).

3.4 Gemäss Austrittsbericht vom 16. Juni 2009 (Urk. 8/60/27-29) weilte der Beschwerdeführer nach einem möglichen Suizid-Versuch (S. 2 unten) und

notfallmässig Einweisung vom 12. bis 13. Juni 2009 im Kantonsspital B.\_\_\_\_, wo folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1 Mitte):

- rezidivierende depressive Störung mit Insomnie und sekundärem Zolpidem-Abusus
- aktuell: Zolpidem-Intoxikation (120 mg)
- chronische Alkoholabhängigkeit
- unter Antabus abstinert
- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom

Am 22. Juni 2009 wurde der Beschwerdeführer wegen starken Schmerzen im rechten Nackenbereich notfallmässig in der Klinik und Poliklinik des Universitätsspitals C.\_\_\_\_ (C.\_\_\_\_) behandelt, worüber gleichentags berichtet wurde (Urk. 8/60/31-32 = Urk. 8/71/42-43).

Am 10. August 2009 erstattete Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten im Auftrag des Obergerichts des Kantons Zürich (Urk. 8/78 = Urk. 8/84). Er stützte sich auf die ihm überlassenen Akten (S. 4 ff.), fremdanamnestic Angaben (S. 36 ff.) und vier im Mai, Juni und Juli 2009 erfolgte Explorationen (S. 2 oben).

Der Gutachter stellte folgende Diagnosen (S. 49 ff.):

- histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.4)
- narzisstische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.8)
- dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F 60.2)
- rezidivierende depressive Störungen (ICD-10: F 33)
- Störung durch Sedativa oder Hypnotika (ICD-10: F 13, 20)
- Störung durch Alkohol, akute Intoxikation (ICD-10: F 10.0)

Der Gutachter führte in Beantwortung der ihm unterbreiteten Fragen unter anderem aus, im Zeitpunkt der dem Exploranden zur Last gelegten Taten (Oktober 2007; vgl. Urk. 8/7 mit Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts 6B\_574/2010) habe dieser unter einer narzisstischen, histrionischen und dissozialen Persönlichkeitsstörung gelitten sowie einer akuten Alkoholintoxikation. Ob allenfalls noch eine depressive Komponente vorgelegen habe, lasse sich nicht sicher beurteilen (S. 59 Ziff. 1a).

Gegenwärtig sei der körperliche Zustand sicherlich durch die Schmerzproblematik beeinträchtigt, die ihren Ursprung in einer Wirbelsäulenschädigung habe. Der geistige Zustand sei stark durch seine persönlichkeitsstörungsbedingten Defizite gekennzeichnet, nämlich eine geringe Reflexionsfähigkeit, eine starke Ichbezogenheit, eine geringe Frustrationstoleranz und eine hohe Kränkbarkeit (S. 60 Ziff. 2).

Gemäss Bericht vom 24. September 2009 (Urk. 8/60/41-42) wurde der Beschwerdeführer seit Mai 2007 intermittierend im Schmerzambulatorium des Instituts für Anästhesiologie des C.\_\_\_\_ betreut, dies interventionell (Infiltrationen im Nackenbereich) und medikamentös (S. 1). Im September wünschte der Patient einen Abschluss dieser Behandlung, da er für die interventionelle infiltrative Behandlung in der

A.\_\_\_\_ Klinik in guten Händen sei (S. 2 oben).

Über die genannten Behandlungen in der A.\_\_\_\_ Klinik wurde in der Folge regelmäßig berichtet (am 25. November 2009, Urk. 8/60/1-2; am 16. Dezember 2009, Urk. 8/51/6; am 17. März 2010, Urk. 8/60/3-4 = Urk. 8/71/33-34; am 23. März 2010, Urk. 8/60/5-6 = Urk. 8/71/29-30; am 13. April 2010, Urk. 8/60/17-18 = Urk. 8/71/25-26).

Am 16. April 2010 wurde gleichenorts nach einer neurologischen Abklärung ein Karpaltunnelsyndrom beidseits diagnostiziert (Urk. 8/86/30-32 = Urk. 8/71/23-24).

Am 19. April 2010 fand im C.\_\_\_\_ eine Notfallkonsultation wegen einer einwöchigen starken Verstopfung statt (Urk. 8/60/39-40 = Urk. 8/71/21-22), und am 29. April 2010 wurde eine Koloskopie durchgeführt (Urk. 8/59/19-20).

Die Behandlungen in der A.\_\_\_\_ Klinik wurden fortgesetzt (vgl. Urk. 8/71/19-20, Urk. 8/60/43-44 = Urk. 8/71/17-18, Urk. 8/59/17-18 = Urk. 8/71/15-16, Urk. 8/71/11-12, Urk. 8/71/5-6, Urk. 8/71/3-4, Urk. 3/6/1), wobei am 19. August 2010 (Urk. 8/71/1-2) berichtet wurde, der rechte Fuss zeige nun eine gute Beweglichkeit, keine Schwellungsneigung und keine auslösbare Druckdolenz. Es sei nun doch zu einem deutlichen Beschwerdefrückgang gekommen, so dass kein aktueller Handlungsbedarf bestehe (S. 1 unten).

Am 15. Juni 2010 berichtete Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, an die Beschwerdegegnerin (Urk. 8/59/1-9), er behandle den Beschwerdeführer seit Juni 2000 (Ziff. 1.2). Er nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- chronisches Schmerzsyndrom bei chronischem cervicospondyloem und cervicocephalem Schmerzsyndrom rechts (seit zirka November 2006)
- Verdacht auf Persönlichkeitsstörung mit rezidivierenden depressiven Episoden (seit mindestens November 2005)
- Gonarthrosen beidseits

Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er einen anamnestisch rezidivierenden Alkoholkonsum (Antabusbehandlung seit zirka September 2008) und einen Status nach Nephrektomie 1964 (Ziff. 1.1).

Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Weinhändler nannte Dr. E.\_\_\_\_ in der Zeit von 2002 bis 2009 verschiedene, jeweils kürzere Perioden einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % oder 100 % (Ziff. 1.6).

Am 26. Oktober 2010 berichtete Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/75), er behandle den Beschwerdeführer seit dem 18. Juli 2007 (Ziff. 1.2), und nannte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 1.1):

- emotional instabile Persönlichkeit (ICD-10: F 60.3), verstärkt seit 2008
- degenerative Veränderungen der Wirbelsäule mit Wurzelsyndrom zervikal und lumbal seit Jahren

- Gonarthrose mit Kreuzbandriss seit Jahren

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch berichtete Dr. F.\_\_\_\_, der Beschwerdeführer sei Ende Dezember 2000 aus elfjähriger Haft entlassen worden und habe ab Januar 2001 als Weinverkäufer zu arbeiten begonnen. 2007 sei er wieder verhaftet und bis am 25. August 2008 festgehalten worden. Davor sei er trotz Schmerzen und zeitweiliger depressiver Verstimmung arbeitsfähig gewesen; die Haft habe ihn noch einmal verändert (Ziff. 1.4).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Verkäufer attestierte Dr. F.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 13. Juli bis 31. Oktober 2007 und eine solche von 90 % seit dem 25. August 2008 (Ziff. 1.6).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä In Zeugnissen vom 3. September 2008, 25. Februar und 13. Juli 2009 hatte Dr. F.\_\_\_\_ dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % (seit 25. August (beziehungsweise 3. September) 2008 attestiert; in einem Zeugnis vom 22. Oktober 2009 eine solche von über 75 % (Urk. 8/44).

3.10 Ä Ä Im November und Dezember 2010 fanden weitere Untersuchungen in der A.\_\_\_\_ Klinik statt (Zentrum für Fusschirurgie: Urk. 3/6/2, Urk. 3/6/7; Rheumatologie: Urk. 3/6/3, Urk. 3/6/5). Bezüglich der Fussproblematik führten die Ärzte im Bericht vom 21. Dezember 2010 (Urk. 3/6/7) aus, sie können sich die geschilderten Beschwerden, die nicht mit der MRI-Bildgebung übereinstimmen, nicht erklären (S. 2 Mitte).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Am 12. November 2010 berichtete der Gastroenterologe, der im April eine Koloskopie durchgeführt hatte (vorstehend E. 3.7), über seine erneute Untersuchung vom 9. November 2010 (Urk. 3/6/4).

3.11 Ä Ä Gemäss Austrittsbericht vom 4. Januar 2011 (Urk. 3/6/8; vgl. Kurzaustrittsbericht vom 26. November 2010, Urk. 3/6/6) war der Beschwerdeführer - nach notfallmässiger Selbsteinweisung (S. 2 oben Ziff. 1) - vom 20. bis 26. November 2010 in der Medizinischen Klinik des Stadtsitals H.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo folgende Haupt-Diagnosen gestellt wurden (S. 1):

- Koprostase (Kotstauung im Dickdarm)

- chronisches lumbospondylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Mit Schreiben vom 12. Januar 2011 empfahl Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Allgemeinmedizin, bezüglich der krampfartigen Abdominalschmerzen eine stationäre Rehabilitation (Urk. 3/6/9).

3.12 Ä Ä Am 17. Januar 2011 stellten die Ärzte der Rheumatologie der A.\_\_\_\_ Klinik ein Zeugnis aus (Urk. 3/6/10). Sie führten aus, der letzte ihnen bekannte Beruf sei Ausendiensttätigkeit, seit 2007 arbeitslos; es sei ihnen nicht bekannt, ob Arbeitsunfähigkeits-Zeugnisse ausgestellt worden seien. Während der rheumatologischen Behandlung seien ihrerseits keine ausgestellt worden (S. 1 lit. a Abs. 1).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als vorhandene Einschränkungen nannten sie: Nacken- und Kieferschmerzen, chronische Lendenwirbelsäulenschmerzen rechtsbetont, Aufrichtungsschmerz nach Wirbelsäulenflexion, intermittierend exazerbierende Gonarthrose-Schmerzen, verminderte Ganggeschwindigkeit, psychomotorische Verlangsamung, vermutlich im Rahmen der Opiatbehandlung (S. 1 lit. a Abs. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zur Frage nach einer aus medizinischer Sicht sinnvollen Beschäftigung für den sie aus, aus rheumatologischer Sicht wäre eine Tagesbeschäftigung in einer leichten Tätigkeit, beispielsweise 2 Stunden täglich, sinnvoll (S. 1 lit. b).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Als Hauptdiagnosen nannten sie (S. 2):

- chronisch zervikospondylogenes und zervikozepales Schmerzsyndrom rechts
- chronisch lumbospondylogenes Syndrom
- fortgeschrittene Pangoarthrose links, wenig symptomatisch
- medial betonte Gonarthrose rechts
- diskrete subacromiale Impingementsymptomatik Schulter rechts
- Verdacht auf Weichteilproblematik medialer Rumpf / distaler Unterschenkel (rechts)
- Kiefergelenksarthrose beidseits
- beginnendes Karpaltunnelsyndrom (CTS) beidseits

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend bemerkten sie, es beständen multiple Schmerzen im Bewegungsapparat intermittierenden Charakters, ein chronisch generalisiertes Schmerzsyndrom und der Verdacht auf psychische Limitierungsfaktoren (S. 2 unten).

3.13 Ä Ä Im Januar 2011 erfolgten weitere Untersuchungen und Behandlungen wegen der Abdominalschmerzen und der Koprostase (Stadtspital Y.\_\_\_\_: Urk. 3/6/11, Urk. 3/6/14-15; Stadtspital H.\_\_\_\_: Urk. 3/6/12), so unter anderem am 27. Januar 2011 eine weitere Koloskopie, in der keine Ursache für die Obstipation gefunden werden konnte (Urk. 3/6/13), und im März 2011 in der A.\_\_\_\_ Klinik (Urk. 3/6/17, Urk. 3/6/19, Urk. 3/6/21).

3.14 Ä Ä Am 12. April 2011 erstattete med. pract. I.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, einen konsiliarpsychiatrischen Bericht zuhanden des behandelnden Arztes (Urk. 3/6/23). Darin nannte sie folgende Diagnosen (S. 1):

- Lumbovertebralsyndrom
- Gonarthrose
- Cervikalsyndrom
- Periarthropathia humeroscapularis
- Obstipation bei schmerzbedingtem Opiatkonsum und Reizdarmsyndrom (ICD-10: F 45.32)
- mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F 32.1)

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Anamnestisch hielt sie unter anderem fest, bezüglich der gesundheitlichen und sozialen Probleme des Beschwerdeführers bestehe eine teils ungenügend abgestimmte Aktivität mit zahlreichen Terminen (S. 1 unten). Sie empfahl eine stationäre Rehabilitation, dies unter anderem mit dem Hinweis, wichtig sei auch die Förderung eines besseren Umgangs mit den Beschwerden und eines adäquateren Verhaltens bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (S. 2).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ebenfalls zugunsten einer stationären Rehabilitation äusserte sich am 13. April 2011 der Leitende Arzt des Zentrums für Fusschirurgie der A.\_\_\_\_ Klinik

(Urk. 3/6/24).

3.15. Am 26. Mai 2011 erstatteten die Ärzte des Instituts J.\_\_\_\_ (J.\_\_\_\_) ein Gutachten im Auftrag der Beschwerdegegnerin (Urk. 8/86/2-29). Sie stützten sich auf die ihnen überlassenen (bis 26. Oktober 2010 erstellten medizinischen) Akten (S. 4 ff.), die Angaben des Beschwerdeführers (S. 7 f.) und die anlässlich der Untersuchung vom 6. April 2011 erhobenen internistischen (S. 8 f.), psychiatrischen (S. 9 ff.) und orthopädischen (S. 16 ff.) Befunde.

Die Gutachter führten aus, der Beschwerdeführer berichte, er leide seit zirka 3-4 Jahren an ausgeprägten Konzentrationsstörungen. Ausserdem leide er seit 1994 an chronischen Schmerzen rechtsseitig im Gesicht. Zusätzlich beständen seit einer Fussfraktur rechts 2007 chronisch rezidivierende, belastungsabhängige Schmerzen im rechten Fuss und seit Jahren rezidivierende lumbale Rückenschmerzen (S. 7 Ziff. 3.2.1).

Die Gutachter nannten folgende Diagnosen mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit (S. 24 f. Ziff. 5.1):

- chronische Kopf-, Nacken-, Arm- und Handbeschwerden der dominanten rechten Seite ohne Hinweise für radikuläre Symptomatik
- radiologisch degenerative Veränderungen HWK5-BWK1
- elektrophysiologisch leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits
- weitgehend freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule (HWS) und Schultergelenke
- chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom beidseits ohne radikuläre Symptomatik
- radiologisch degenerative Veränderungen L5/S1 und weniger auch der Iliosakralgelenke (ISG); kein Hinweis für Neurokompression
- anamnestisch gutes Ansprechen auf wiederholte ISG-Infiltration beidseits
- chronische Fersenschmerzen rechts
- Status nach konservativ behandelter Volkmann-Fraktur vom 19. Oktober 2007
- radiologisch minime Stufenbildung ganz dorsal sowie kleine osteochondrale Läsion an der medialen Kante der Talusrolle ohne Dislokation
- anamnestisch kein Ansprechen auf Infiltration des oberen Sprunggelenks (OSG) am 13. April 2010
- chronische Kniebeschwerden unter Betonung der rechten Seite
- anamnestisch Status nach Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandes sowie Resektion des Innen- und Aussenmeniskus rechts in den siebziger Jahren
- anamnestisch Status nach zweimaliger Meniskusoperation in den siebziger Jahren
- radiologisch erhebliche Patellararthrose links
- radiologisch Patellatiefstand sowie Arthrose femoropatellär, weniger auch medial rechts
- aktuell reizlose Kniegelenke mit deutlichen Zeichen der Degeneration links sowie ventralen Instabilität beidseits.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter unter anderem (S. 25 Ziff. 5.2):

- rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Störung durch multiplen Substanzgebrauch, anamnestic Alkohol, aktuell Benzodiazepine und Opiatanalgetika (ICD-10 F19.25)
- kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen, histrionischen und dissozialen Anteilen (ICD-10 F61.0)

Die vom behandelnden Psychiater gestellte Diagnose (emotional instabile Persönlichkeit) wie auch die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit (90 %) können - aus näher dargelegten Gründen - nicht bestätigt werden (S. 14 f.).

Die Gutachter führten aus, die bis Ende 2007 ausgeübte Tätigkeit als Aussendienstmitarbeiter im Weinverkauf, könne als die angestammte - körperlich leichte - angesehen werden (S. 25 unten). Aus orthopädischer Sicht beeinflussten die verschiedenen Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates die Arbeitsfähigkeit; für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe aufgrund der objektivierbaren Befunde eine Arbeitsunfähigkeit. Für körperlich leichte Tätigkeiten bestehe - unter Wechselbelastung und mit Vermeiden von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Überwinden von Treppen sowie unebenem Grund - eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit; es könne dem Exploranden trotz der geklagten Beschwerden aus psychiatrischer Sicht zugemutet werden, einer seinen körperlichen Einschränkungen angepassten Tätigkeit ganztags nachzugehen (S. 26 oben).

Insgesamt könne aus polydisziplinärer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit in der angestammten wie in jeder körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit festgestellt werden; für körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit (S. 26 Mitte).

Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der gutachterlichen Beurteilung und der Selbsteinschätzung des Exploranden, der sich für gar nicht mehr arbeitsfähig halte. Ursächlich hierfür seien wahrscheinlich sowohl psychiatrische Gründe, als auch IV-fremde Faktoren wie der schwierige Arbeitsmarkt, das Alter des Exploranden und ein wahrscheinlich vorhandener sekundärer Krankheitsgewinn (S. 26 Ziff. 6.4).

3.16 Gemäss Austrittsbericht vom 25. Juli 2011 (Urk. 29/1; vgl. Kurzaustrittsbericht vom 30. Mai 2011, Urk. 3/6/26) weilte der Beschwerdeführer vom 4. bis 31. Mai 2011 stationär in der Höhenklinik Davos. Es wurden die folgenden Haupt-Diagnosen gestellt (S. 1 f.):

- chronisches cervicospodylogenes und cervicocephales Schmerzsyndrom
- chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Verdacht auf Weichteilschmerz medialer Rückfuß / distaler Unterschenkel
- Periarthropathia humeroscapularis rechts

- sekundäre Gonarthrose
- reaktive rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradige Episode
- psychosoziale Belastungssituation
- HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) A/D 17/20 von 21 Punkten
- chronische Obstipation (Differentialdiagnose: Reizdarmsyndrom)
- low dose Benzodiazepinabusus seit einigen Monaten
- Tinnitus rechts

Als Beurteilung wurde ausgeführt, gesamthaft habe ein erfolgreicher Rehabilitationsverlauf verzeichnet werden können, bei dem die vereinbarten Ziele weitestgehend hätten erlangt werden können. Der Beschwerdeführer habe in gutem Allgemeinzustand und gesteigerter psychophysischer Befindlichkeit entlassen werden können (S. 3 Mitte).

Er habe eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über 100 % für die Dauer des Aufenthalts und bis 12. Juni 2011 erhalten; danach sei die Reevaluation durch den behandelnden Arzt zu empfehlen (S. 4 oben).

Am 21. Juli 2011 berichteten die Ärzte der Rheumatologie der A. Klinik über eine neuerliche Selbstvorstellung des Beschwerdeführers (Urk. 3/6/30). Darin wurde unter anderem der Rehabilitationsaufenthalt als erfolgreich beurteilt (S. 2 Mitte).

Im Rahmen einer weiteren gastroenterologischen Sprechstunde berichtete der Beschwerdeführer am 27. Juli 2011, dass die abdominale Problematik nun nicht mehr im Vordergrund stehe. Aktuell hätte er jedoch neu ein Druckgefühl rechts inguinal ausstrahlend aus dem rechten Hoden (Urk. 3/6/31). Aufgrund weiterer Abklärungen wurde am 22. August 2011 eine chronische Epididymitis (Nebenhodenentzündung) diagnostiziert; da der Leidensdruck allerdings sehr gering sei, sei keine Therapie notwendig (Urk. 3/6/32).

Am 20. September 2011 wurde über eine Injektionsbehandlung des rechten Knies (Urk. 15/3) und am 25. November 2011 eine solche der Wirbelsäule auf Höhe L4/5 (Urk. 15/2) berichtet.

#### **E. 4**

4.1 Der Beschwerdeführer erachtete das J.-Gutachten hinsichtlich der somatischen Aspekte als ungenügend, weil darin lediglich die bis August 2010 ergangenen Berichte von behandelnder Seite berücksichtigt worden seien (Urk. 1 S. 5 lit. 3a), nicht aber die von ihm einzeln genannten und als Beschwerdebeilage eingereichten späteren Berichte (Urk. 1 S. 6).

Dass der letzte im Gutachten erwähnte Bericht der A. Klinik vom 18. August 2010 stamme, trifft zu. Damit steht jedoch noch keineswegs fest, dass die Nichtberücksichtigung späterer Berichte die Schlüssigkeit des Gutachtens beeinträchtigt. Dies ist vielmehr nachstehend zu prüfen.

4.2 Die im J.-Gutachten aus somatischer Sicht gestellten Diagnosen erfassten eine Kopf-, Nacken-, Arm- und Hand-Problematik, eine lumbale Problematik, eine Fussproblematik und eine Knieproblematik. Die Gutachter wurdigten die sich daraus

ergebenden Einschränkungen dahingehend, dass für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten aufgrund der objektivierbaren Befunde eine Arbeitsunfähigkeit bestehe. Für körperlich leichte Tätigkeiten bestehe, allerdings unter Wechselbelastung und mit Vermeiden von Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, Überwinden von Treppen sowie unebenem Grund, eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit.

4.3 Die beschwerdeweise zusätzlich angeführten Berichte betreffen - mit einer separat zu kommentierenden Ausnahme (nachstehend E. 4.4) - die Nacken-, die lumbale und die Fussproblematik. Allein aus der damit dokumentierten Zahl der Abklärungen und Behandlungen - mag sie auch eindrücklich sein (Urk. 1 S. 6 oben) - ergibt sich keine Aussage über die Schlüssigkeit des vorliegenden Gutachtens.

Entscheidend ist vielmehr, dass aus allen späteren Berichten keine Anhaltspunkte ersichtlich sind, die auch nur annähernd darauf hinweisen würden, dass die mit den betreffenden Beschwerden verbundenen Beeinträchtigungen eine andere Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als die im Gutachten vorgenommene erfordern könnten.

Die Fülle der Berichte ist - entgegen dem vom Beschwerdeführer vertretenen Standpunkt - weniger ein Hinweis auf eine stärkere Ausprägung der mit den Beschwerden verbundenen Beeinträchtigungen, als eine Bestätigung des Hinweises von med. pract. I., wonach ein adäquateres Verhalten bezüglich der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen angezeigt sein könnte (vorstehend E. 3.14). Ein weiteres Indiz für die Richtigkeit dieses Hinweises sind auch die mehreren notfallsigen Selbsteinweisungen des Beschwerdeführers, obwohl dieser ausweislich der von ihm eingereichten Berichte Zugang zu zahlreichen ihn regelmässig behandelnden Ärztinnen und Ärzten hat.

Hinsichtlich der genannten Problematiken ist somit nicht ersichtlich, inwiefern die späteren Berichte zu vom Gutachten abweichenden Schlussfolgerungen führen sollten. Auch den Vorbringen des Beschwerdeführers lassen sich - abgesehen von den genannten quantitativen Gesichtspunkten - keine entsprechenden Hinweise entnehmen.

4.4 Im J.-Gutachten ist die Koprostase / Obstipation - also die schmerzhafteste Verstopfung - unerwähnt geblieben.

Dies gilt nicht nur für die erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen, sondern bereits für die vom Beschwerdeführer angegebenen aktuellen Beschwerden. Dass er diese Problematik bei der Schilderung seiner Leiden nicht angeführt hat, ist ein Hinweis auf deren möglicherweise nachrangigen Stellenwert. Es ist jedoch nicht der Grund für die Nichterwähnung seitens der Gutachter, wie sich an der Knieproblematik zeigt: Diese wurde vom Beschwerdeführer ebenfalls nicht aktiv erwähnt, aber dennoch bei den Diagnosen und der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt.

Schliesslich hat der Beschwerdeführer selber im Juli 2011 berichtet, die abdominelle Problematik stehe nun nicht mehr im Vordergrund; nunmehr waren es Beschwerden, die auf eine chronische Nebenhodenentzündung zurückzuführen waren (vorstehend E. 3.17).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit steht fest, dass im Zeitpunkt der angefochtenen Verfǘgung (Juli 2011) die von November 2010 (vorstehend E. 3.10) bis Mai 2011 (vorstehend E. 3.16) erwÄ́hnte Verstopfungsproblematik nicht mehr relevant gewesen ist, so dass die Frage, ob sie sich Ä́berhaupt auf die attestierte ArbeitsfÄ́higkeit ausgewirkt hÄ́tte, hinfÄ́llig wird. Sollte die NebenhodenentzÄ́ndung fÄ́r die ArbeitsfÄ́higkeit relevant sein, so fiel dies in die Zeit nach Verfǘgungserlass und wÄ́re im Rahmen einer erneuten Anmeldung zu prÄ́fen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Auch die NichterwÄ́hnung einer Verstopfungsproblematik vermag somit die SchlÄ́ssigkeit der ArbeitsfÄ́higkeits-Beurteilung aus somatischer Sicht nicht in Frage zu stellen.

4.5 Ä Ä Ä Hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung machte der BeschwerdefÄ́hrer geltend, die monatelange Untersuchungshaft von Ende 2007 bis August 2008 habe ihn zusÄ́tzlich traumatisiert (Urk. 1 S. 8), weshalb der behandelnde Psychiater ab 2008 eine erhebliche Verschlechterung attestiert habe (Urk. 1 S. 9). Auch der forensische Gutachter habe weit schwerere psychische BeeintrÄ́chtigungen als im J.\_\_\_\_-Gutachten angenommen festgestellt (Urk. 14 S. 4 Ziff. 4).

4.6 Ä Ä Ä Im J.\_\_\_\_-Gutachten wurden als psychiatrische Diagnosen eine rezidivierende depressive StÄ́rung, gegenwÄ́rtig leichte Episode, eine StÄ́rung durch multiplen Substanzgebrauch, anamnestisch Alkohol, aktuell Benzodiazepine und Opiatanalgetika, und eine kombinierte PersÄ́nlichkeitsstÄ́rung mit narzisstischen, histrionischen und dissozialen Anteilen genannt (vorstehend E. 3.15).

4.7 Ä Ä Ä Der forensische Gutachter nannte als Diagnosen im fÄ́r ihn relevanten Zeitpunkt (Oktober 2007) eine histrionische, eine narzisstische und eine dissoziale PersÄ́nlichkeitsstÄ́rung, rezidivierende depressive StÄ́rungen, eine StÄ́rung durch Sedativa oder Hypnotika und eine StÄ́rung durch Alkohol, akute Intoxikation. Ob im relevanten Zeitpunkt eine depressive Komponente vorgelegen habe, lasse sich nicht sicher beurteilen. GegenwÄ́rtig (August 2009) sei der geistige Zustand stark durch die persÄ́nlichkeitsstÄ́rungsbedingten Defizite des BeschwerdefÄ́hrers gekennzeichnet, nÄ́mlich eine geringe ReflexionsfÄ́higkeit, eine starke Ichbezogenheit, eine geringe Frustrationstoleranz und eine hohe KrÄ́nkbarkeit (vorstehend E. 3.5).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Hinsichtlich PersÄ́nlichkeitsstÄ́rungen und Substanzgebrauch sind in den gestellten Diagnosen keine relevanten Unterschiede erkennbar. Der Einwand des BeschwerdefÄ́hrers kann sich deshalb hÄ́chstens auf den Schweregrad der depressiven Komponente beziehen. DiesbezÄ́glich ergibt sich aus den AusfÄ́hrungen des forensischen Gutachters allerdings nichts, dass die im Zeitpunkt der J.\_\_\_\_-Begutachtung als leichtgradig beurteilte AusprÄ́gung in Zweifel zÄ́ge: Im August 2009 nannte der Gutachter zwar rezidivierende depressive StÄ́rungen als Diagnose, erwÄ́hnte jedoch nichts dergleichen im damals aktuellen Status, wÄ́hrend er dies bezogen auf Oktober 2007 offen liess.

4.8 Ä Ä Ä Der behandelnde Psychiater stellte eine andere Diagnose - zu der auf die AusfÄ́hrungen im J.\_\_\_\_-Gutachten zu verweisen ist - und attestierte, was hier von Belang ist, eine erhebliche ArbeitsunfÄ́higkeit (vorstehend E. 3.9).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Allerdings erscheinen seine Beurteilungen der ArbeitsfÄ́higkeit ausgesprochen widersprÄ́chlich. So attestierte er bis Oktober 2007 eine

Arbeitsunfähigkeit von 100 % und ab August 2008 eine solche von 90 %, machte aber gleichzeitig geltend, die zwischenzeitliche Untersuchungshaft habe den Beschwerdeführer noch einmal verändert (nach dessen eigenen Darlegungen gar traumatisiert; vgl. Urk. 1 S. 8 lit. b). Allerdings stimmen die vom behandelnden Psychiater ausgestellten echtzeitlichen Atteste und die von ihm im Oktober 2010 formulierten Angaben zur Arbeitsunfähigkeit nicht überein.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Weckt schon dies erhebliche Zweifel an der Verlässlichkeit der Beurteilung, so ist zusätzlich die im Rahmen der Beweiswürdigung relevante Verschiedenheit von Behandlungsauftrag einerseits und Begutachtungsauftrag andererseits (Urteil des Bundesgerichts 9C\_842/2009 vom 17. November 2009 E. 2.2; vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470 und Urteile 8C\_768/2011 vom 7. Februar 2012 E. 5.3.3, 9C\_748/2011 vom 1. Dezember 2011 E. 3.3, 9C\_400/2010 vom 9. September 2010 [in BGE 136 V 376 nicht publizierte] E. 5.2, 9C\_865/2009 vom 3. Dezember 2009 E. 3.2, 9C\_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.2, 9C\_801/2007 vom 7. Februar 2008 E. 3.2.2, sowie der im Strafrecht ergangene BGE 124 I 170 E. 4 S. 175) in Rechnung zu stellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Dies zusammengenommen ist festzuhalten, dass die Einschätzung durch den behandelnden Psychiater nicht geeignet ist, die gutachterlichen Feststellungen umzustossen.

4.9 Ä Ä Ä Ä Somit erweisen sich die Vorbringen des Beschwerdeführers als nicht stichhaltig; sie sind nicht geeignet, das Gutachten, das alle praxisgemässen Kriterien (vorstehend E. 1.6) vollumfänglich erfüllt, in Frage zu stellen.

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Damit ist auf das Gutachten abzustellen und der medizinische Sachverhalt als dahingehend erstellt festzuhalten, dass für körperlich mittelschwer oder schwer belastende Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in der angestammten wie in jeder körperlich leichten und wechselbelastenden Tätigkeit hingegen eine uneingeschränkte Arbeits- beziehungsweise Leistungsfähigkeit besteht.

5. Ä Ä Ä Ä Ä Ä

5.1 Ä Ä Ä Ä Damit erweist sich die Feststellung der Beschwerdegegnerin, dass kein invalidisierender Gesundheitsschaden besteht, als zutreffend. Denn wenn schon bezogen auf die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit (vorstehend E. 1.1) besteht, so kann auch keine Erwerbsunfähigkeit und damit keine Invalidität (vorstehend E. 1.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. August 2003 I 782/02 E. 3) bestehen. Somit entfällt auch der mögliche Gegenstand einer Invaliditätsbemessung (vorstehend E. 1.3).

5.2 Ä Ä Ä Ä Der Einwand des Beschwerdeführers, die angefochtene Verfügung sei mangelhaft, da sie keine Invaliditätsbemessung enthalte (Urk. 1 S. 4 Ziff. 1), geht dementsprechend fehl. Besteht keine Invalidität, so gibt es auch nichts zu bemessen. Dem beschwerdeweise angeführten Urteil des Bundesgerichts (9C\_971/2010), ist allerdings nichts anderes zu entnehmen: Darin wurde eine Rentenherabsetzung beurteilt, für die seitens der IV-Stelle als Begründung einzig der *stato di salute che le avrebbe permesso di realizzare il 50% del guadagno conseguibile senza invalidità*, respektive *che poteva svolgere le proprie mansioni consuete in misura superiore al 50%*, angegeben worden war. Wie diese Annahme zustande gekommen war, war der angefochtenen Verfügung nicht zu entnehmen gewesen (Urteil 9C\_971/2010 vom 26. Juli 2011 E. 3.2). Keinesfalls wurde dort - wie vom Beschwerdeführer behauptet -

ausgeföhrt, es müssen in jedem Fall eine Invaliditätsbemessung erfolgen; dies wäre in den Fällen, in denen eine volle Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit medizinisch erstellt ist, nachgerade absurd. Vielmehr ging es im zitierten Entscheid darum, dass eine angenommene Einschränkung bestimmten Ausmasses nicht nur überschlagsmässig hätte berücksichtigt werden dürfen.

5.3 Die angefochtene Verfügung erweist sich somit auch in diesem Punkt als rechtmässig, so dass sie zu bestmöglichen ist.

Die dies führt zur Abweisung der dagegen erhobenen Beschwerde.

## E. 6

6.1 Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen, ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen und infolge bewilligter unentgeltlicher Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen, dies unter Hinweis auf Art. 16 Abs. 4 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer).

6.2 Nach Art. 34 Abs. 3 SVGer bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss Art. 8 in Verbindung mit Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers hat mit Honorarnote vom 25. April 2012 einen Aufwand von 17.2 Stunden und Barauslagen von Fr. 93.05 (Urk. 21) und mit Honorarnote vom 12. Dezember 2012 von weiteren 1.5 Stunden und Fr. 19.33 (Urk. 32) geltend gemacht, somit total 18.7 Stunden und Fr. 112.38.

Der genannte Aufwand ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, insbesondere aufgrund der Tatsache, dass die Vertretung des Beschwerdeführers schon im Vorbescheidverfahren erfolgte und die Akten somit bekannt waren. Angesichts der relevanten Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der etwa 10 Textseiten umfassenden Beschwerde und rund 5 Textseiten umfassenden Replikschrift, den Aufwendungen im Zusammenhang mit dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsbeistandung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträge ist die Entschädigung beim praxisgemässen Stundenansatz von Fr. 200.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 3'600.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen und die unentgeltliche Rechtsbeistandin in genannter Höhe aus der Gerichtskasse zu entschädigen.

Die

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf Art. 16 Abs. 4 SVGer hingewiesen.

3. Die unentgeltliche Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Stephanie Schwarz, Winterthur, wird mit Fr. 3'600.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVG hingewiesen.

4. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwältin Stephanie Schwarz
- 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.