

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00208 vom 2. September 2013

ZH Sozialversicherungsgericht, 2013-09-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2012.00208

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00208 du 2 septembre 2013

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2012.00208 del 2 settembre 2013

Erwägungen

E. 2

, Diabetes mellitus Typ 2, (3) chronische obstruktive Lungenerkrankung (chronic obstructive pulmonary disease, COPD), (4) chronische Knieschmerzen links bei Status nach Meniskusoperation links 2007, (5) chronisch thorakolumbovertebrogenes/spondylogenes Schmerzsyndrom bei linkskonvexer Skoliose, Osteochondrose L2/4, Spondylarthrose distale Wirbels?ule, Spondylosis deformans Th 10-12, (6) linksbetonte kostotransversale Arthrose Th 10, (7) rezidivierendes Exanthem, verschiedener Lokalisation, ohne Ursache (Urk. 11/126/1). Perioperativ sei ein komplikationsloser Verlauf zu verzeichnen gewesen. Der Beschwerdef?hrer habe am 16. Dezember 2010 in gutem Allgemeinzustand und mit reizlosen Wundverh?ltnissen nach Hause entlassen werden k?nnen (Urk. 11/126/2).

3.4???? Dr. med. I.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 25. Mai 2011 die Diagnosen anhaltende depressive St?rung schwerer Auspr?gung auf dem Hintergrund eines chronischen Schmerzsyndroms (ICD-10: F38.8) und andauernde Pers?nlichkeits?nderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10: F62.8) und attestierte dem Beschwerdef?hrer in der zuletzt ausge?bten T?tigkeit als Reinigungsmitarbeiter/Allrounder vom 12. M?rz 2007 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunf?higkeit (Urk. 11/138/1-2). Die Arbeitsf?higkeit in einer behinderungsangepassten T?tigkeit bezifferte sie mit 0 % (Urk. 11/138/3).

3.5???? Wegen einer einmaligen Episode von tachykardem Vorhofflimmern war der Beschwerdef?hrer vom 12. bis 17. Februar 2011 in der Medizinischen Klinik des Spitals D.____ hospitalisiert (Urk. 11/140/7). Dem Arztbericht der Dres. med. J.____, Medizinische Klinik Spital D.____, und K.____, Leiter Kardiologie, Chefarzt-Stellvertreter Medizinische Klinik Spital D.____, an die Beschwerdegegnerin vom 9. August 2011, sind die Diagnosen metabolisches Syndrom (Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsf?higkeit) und Status nach einmaliger Episode von tachykardem Vorhofflimmern im Februar 2011 (Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsf?higkeit) zu entnehmen (Urk. 11/140/1). Von kardialer Seite her bestehe keine Einschr?nkung der Arbeitsf?higkeit des Beschwerdef?hrers (Urk. 11/140/2).

4.??????

4.1????

4.1.1?? Bez?glich der somatischen Gesundheitsst?rungen des Beschwerdef?hrers ergab sich bei der internistischen Untersuchung im A.____ vom 14. April 2010 eine Adipositas Grad III nach WHO. Abgesehen von einem m?ssig erh?hten Cholesterinwert und einer arteriellen Hypertonie h?tten sich keine Hinweise f?r ein metabolisches Syndrom gefunden. Der

restliche klinische Status sei altersentsprechend normal, ohne Hinweise für eine Links- oder Rechtsherzinsuffizienz oder für eine Lungenerkrankung. Auch im Abdominal- und Neurostatus hätten sich keine pathologischen Befunde erheben lassen. Korrelierend dazu fanden sich durchwegs Normalwerte in den Laboruntersuchungen. Das Elektrokardiogramm (EKG) zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und die Spirometrie liefere keine Hinweise für eine klinisch relevante obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung (Urk. 11/115/56). Davon abweichend stellten die Ärzte der chirurgischen Klinik des Spitals D.____ am 16. Dezember 2010 namentlich die Diagnosen metabolisches Syndrom, Diabetes mellitus Typ II und COPD (E. 3.3). Sie machten indes weder Angaben zu den von ihnen erhobenen Befunden noch zu den Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Demgegenüber sind Untersuchungsergebnisse im A.____-Gutachten nachvollziehbar beschrieben, womit diesem ein grösserer Beweiswert zukommt. Kommt hinzu, dass während der Hospitalisation in der medizinischen Klinik des Spitals D.____ vom 12. bis 17. Februar 2011 festgestellt werden konnte, dass der Blutzucker unter der etablierten Therapie gut eingestellt war. Im Urin des Beschwerdeführers fand sich eine Makroalbuminurie bei jedoch normaler Nierenfunktion. Per Lungenfunktion konnte in dieser Klinik eine obstruktive Atemstörungen ausgeschlossen werden (Urk. 11/140/8). Schliesslich ist der Beschwerdeführer laut dem Bericht der Ärzte der medizinischen Klinik des Spitals D.____ vom 9. August 2011 kardial zu 100 % arbeitsfähig (E. 3.5). Die Berichte des Spitals D.____ vermögen den Beweiswert des A.____-Gutachtens vom 15. Juli 2010 somit nicht in Zweifel zu ziehen. Gleiches gilt für diejenigen von Dr. H.____ (vgl. E. 4.1.2-3 nachstehend).

4.1.2?? Die A.____-Gutachter berichteten über eine bei der rheumatologischen Untersuchung festgestellte massive Selbstlimitation des Beschwerdeführers und unzuverlässige Inkonsistenzen. Die demonstrierten Beschwerden sowie die teilweise massive Bewegungsverminderung im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates seien während der Begutachtung deutlich variabel und klinisch im demonstrierten Ausmass nicht plausibel. Der Beschwerdeführer habe über sehr starke, topographisch weit ausgebreitete Ruheschmerzen geklagt, das Schmerzmuster sei undifferenziert (teilweise anatomisch schlichtweg nicht zu erklären), teilweise würden die Schmerzen ohne Bezug zu Bewegung beziehungsweise Aktivität angegeben (Urk. 11/115/56). Die A.____-Gutachter wiesen darauf hin, dass die bei den aktuellen konventionellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule (HWS), Brustwirbelsäule (BWS) und Lendenwirbelsäule (LWS) erhobenen multisegmentalen, mässig ausgeprägten degenerativen Veränderungen gesamthaft nicht über das altersentsprechende Mass hinausgehend und keinesfalls dazu geeignet seien, die vom Beschwerdeführer geklagte Beschwerdesymptomatik und vor allem auch deren Intensität in ausreichendem Masse zu erklären. Bei der neurologischen Untersuchung hätten sich keinerlei Hinweise auf eine neuroradikulare Symptomatik gefunden (Urk. 11/115/57).

???????? Die A.____-Gutachter schlossen eine langfristige Schonung insbesondere des linken Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit aus, da die seitenvergleichende Umfangsmessung beider oberen und unteren Extremitäten keine pathologische Differenz ergeben habe (Urk. 11/115/57). Auch Dr. H.____ wies im genannten Bericht vom 2. September 2010 darauf hin, dass beim linken Knie klinisch kein wesentlicher Reizzustand gegeben sei. Auffällig sei, dass das Knie links beim Gehen voll gestreckt und teilbelastet werde, dass aber auf dem Untersuchungstisch eine Flexionskontraktur von etwa 30 Grad gehalten werde. Massive Muskelarthropathien würden fehlen (Urk. 11/117/2). Im Rahmen

der A.____-Begutachtung konnten bei den konventionellen Röntgendarstellungen beider Kniegelenke sowie des Beckens seitengleich regelrechte Verhältnisse für Knochenstruktur und Mineralgehalt, in der aktuellen Bildgebung beider Kniegelenke linksseitig jedoch Zeichen einer retropatellaren und medialen Gonarthrose sowie auch rechtsseitig diskrete Zeichen einer initialen Gonarthrose objektiviert werden. Laut den A.____-Gutachtern erklärten diese Veränderungen gesamthaft die demonstrierte hochgradige, diffuse Schmerzhaftigkeit sowie die erhebliche Funktionseinschränkung des linken Kniegelenks jedoch nicht (Urk. 11/115/57).

??????? Auffällig war für die A.____-Gutachter hingegen eine ausgeprägte (muskuläre) Dekonditionierung mit Insuffizienz insbesondere der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur, welche zusammen mit der Fehlhaltung und initialen degenerativen Veränderungen zu einer ständigen Fehl- und Überbelastung unter anderem auch des Achsenorgans, erheblich verstärkt durch die maligne Adipositas, führe. Die aktuelle konventionelle Röntgendarstellung des rechten Schultergelenkes ergab gemäß den A.____-Gutachtern keinen richtungsweisenden pathologischen Befund, linksseitig imponierte nebenbefundlich in Projektion auf das laterale/kaudale Acromion eine Verschattung (Differentialdiagnostisch [DD]: Verkalkung, Tendinosis calcarea), diesbezüglich würden jedoch keine hierzu passenden Beschwerden geklagt, auch die klinische Untersuchung ergebe keine richtungsweisenden pathologischen Befunde (Urk. 11/115/57).

4.1.3?? Die vom Beschwerdeführer im Beschwerdeverfahren aufgelegten Arztberichte (Urk. 3, Urk. 14, Urk. 17 und Urk. 20) vermögen diese überzeugende Einschätzung der A.____-Gutachter nicht in Zweifel zu ziehen, was insbesondere auch für den Bericht des L.____ vom 12. März 2012 gilt. Die darin aufgeführte Beurteilung aus Wirbelsäulen-chirurgischer Sicht wurde von Dr. H.____ vorgenommen, welcher darauf hinwies, dass der klinische Befund bezüglich Oberschenkelumfang gegenüber den Voruntersuchungen vom September 2010 und Juli 2008 unverändert sei (Urk. 14 S. 5). Eine Muskelatrophie, welche für eine vermehrte Schonung des linken Beines sprechen würde, konnte somit auch seitens des L.____ nicht nachgewiesen werden. Die Würdigung des genannten Berichtes vom 12. März 2012 ergibt auch sonst, dass die daran beteiligten Ärzte lediglich eine andere Beurteilung der sich im Vergleich zur Begutachtung im A.____ vom 14. April 2010 im Wesentlichen gleich präsentierenden somatischen Befunde vornehmen und sich dabei sogar teilweise ausserhalb ihrer eigenen Fachdisziplinen äussern (Dr. H.____, Facharzt für Chirurgie FMH, und Dr. M.____, Facharzt für physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, bezüglich der psychischen Einschränkungen des Beschwerdeführers: Urk. 14 S. 7). Bei ihrer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers stützen sie sich auf dessen subjektiven Angaben bzw. diejenigen seiner Ehefrau (Urk. 14 S. 3, 6 und 7). Der vom 3. Juli 2012 datierende Bericht von Dr. med. N.____, Klinik C.____, welchen der Beschwerdeführer wegen seiner Adipositas konsultierte (Urk. 17), enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers. Ebenso verhält es sich bezüglich des Kurzaustrittsberichts Medizin? des Spitals D.____ über die dortige Hospitalisation vom 23. bis 27. Februar 2013 (Urk. 20). Hinsichtlich dieser nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 13. Januar 2012 (Urk. 2) aufgelegten Berichte ist überdies darauf hinzuweisen, dass das Sozialversicherungsgericht nach ständiger Rechtsprechung die Gesetzmässigkeit des angefochtenen Entscheids in der Regel nach dem Sachverhalt beurteilt, der zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall

Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243; 121 V 362 E. 1b S. 366). Dies gilt im Speziellen für die von den Ärzten des Spitals D.____ am 27. Februar 2013 gestellten Diagnosen (1) Harnwegsinfektion mit E. Coli, (2) hypertensive Herzkrankheit mit/bei Zustand nach einmaliger Episode eines Vorhofflimmerns im Februar 2011, orale Antikoagulation vom Februar bis Juni 2011, aktuell: Bradykardie unter Betablockade und (3) hochgradiger Verdacht auf obstruktives Schlafapnoesyndrom (Urk. 20 S. 1), wobei bezüglich des Harnwegsinfekts sowieso von einem für den Anspruch auf eine Invalidenrente nicht relevanten, weil vorübergehendem Leiden auszugehen sein dürfte und der blosser Verdacht auf ein Schlafapnoesyndrom zur Annahme eines invalidisierenden Leidens ohnehin nicht ausreichen würden. Schliesslich vermag auch der nachträglich eingereichte Vorbescheid vom 12. Juli 2013 betreffend Kostenbeitrag an Hilfsmittel keine Zweifel am MRZ-Gutachten vom 15. Juli 2010 (Urk. 11/115) zu begründen. Dieser Vorbescheid enthält keine Angaben zum medizinischen Sachverhalt und betrifft nicht mehr den im vorliegenden Verfahren zu beurteilenden Sachverhalt.

4.1.4?? Nach dem Gesagten erfüllt das A.____-Gutachten vom 15. Juli 2010 (Urk. 11/115) somit bezüglich der abzuklärenden somatischen Gesundheitsstörungen die von der Rechtsprechung aufgestellten formellen Anforderungen vollumfänglich (E. 2.5), da es insbesondere in Kenntnis der Vorakten (Urk. 11/115/2-29) sowie unter Berücksichtigung der bei den klinischen und bildgebenden Untersuchungen vom 14. April 2010 (inkl. Untersuchungen der Hämатologie und Blutchemie, Ruhe-EKG und kleiner Lungenfunktionsprüfung, Urk. 11/115/40) erhobenen Befunde und geklagten Beschwerden (insbes. Urk. 11/115/33-34) erstellt wurde und eine nachvollziehbare und schlüssige Beurteilung enthält. Daran ändert die vom Beschwerdeführer vorgebrachte allgemein gehaltene Kritik an der Gutachterstelle nichts (Urk. 1 S. 1).

4.2????

4.2.1?? Nach Lage der Akten waren auch bezüglich der geltend gemachten psychischen Beschwerden des Beschwerdeführers Abklärungen notwendig. Zwar bestand gemäss dem Bericht über das von der Rehaklinik R.____ veranlasste psychosomatische Konsilium vom 2. Juli 2007 damals keine psychische Störung mit Krankheitswert (Urk. 11/72/47-50), der Beschwerdeführer befindet sich aber seit dem 4. Oktober 2007 in psychotherapeutischer Behandlung bei Dr. I.____ (Urk. 11/73/2, Urk. 11/78/6, E. 3.4). Auf deren Beurteilung konnte resp. kann jedoch nicht ohne Weiteres abgestellt werden, zumal bei der Würdigung von Berichten behandelnder Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt werden darf und soll, dass deren Einschätzung mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten der Patienten ausfällt (statt vieler: Urteil des Bundesgerichtes 9C_276/2009 vom 24. Juni 2009 E. 4.2.3, mit Hinweisen).

4.2.2?? Im Rahmen der polydisziplinären Abklärung im A.____ führte Dr. G.____ am 20. April 2010 eine psychiatrische Untersuchung durch. Die üblichen Untersuchungen einer MEDAS sind ohne konkret entgegenstehende Umstände generell als zumutbar zu erachten (SVR 2007 IV Nr. 48 S. 157 E. 4.2; Urteil des Bundesgerichts 8C_733/2010 vom 10. Dezember 2010, E. 5.2). Da die Qualität des Begutachtungsprozesses weitgehend von der Motivation und Mitarbeit des Exploranden abhängt, hat sich der Gutachter nütigenfalls auch dazu zu äussern (Urteil des Bundesgerichts 8C_802/2007 vom 5. Mai 2008, E. 5.3). Der Beschwerdeführer macht geltend, dass der psychiatrische Gutachter des A.____ die Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers nicht habe feststellen können, weil er offenbar dafür nicht genügend Zeit gehabt habe (Urk. 11/122). Diese Behauptung, wie auch sein

Vorbringen, dass er die Fragen des Gutachters nicht habe beantworten können (Urk. 1 S. 3), finden in den Akten keine Stütze. Aufgrund der Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. I. ___ besteht kein Grund zur Annahme, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage sein könnte, sich zu äussern.

4.2.3?? A. ___-Gutachter Dr. G. ___ hielt eingangs seines Berichts der psychiatrischen Untersuchungsbefunde vom 20. April 2010 unter "Psychiatrischen Anamnese" fest, dass ein Gespräch mit dem Beschwerdeführer nicht möglich gewesen sei. Anamnestiche Fragen oder Fragen zu seinem Zustandsbild habe er überhaupt nicht oder nur mit "ich weiss nicht" beantwortet (Urk. 11/115/61). Nachdem Dr. G. ___ für die Untersuchung einen Dolmetscher beigezogen hatte (Urk. 11/115/61), war der Beschwerdeführer in sprachlicher Hinsicht durchaus in der Lage, die gestellten Fragen zu verstehen. Ferner besteht kein Grund zur Annahme, dass das bei A. ___-Begutachtung an den Tag gelegte Verhalten krankheitsbedingt oder auf eine Minderintelligenz des Beschwerdeführers zurückzuführen wäre. Zwar diagnostizierte Dr. med. O. ___, Spezialarzt FHM für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Gutachten vom 10. September 1997 beim Beschwerdeführer eine schwache Grenzintelligenz (leichte Intelligenzminderung, ICD-10: F70) (Urk. 11/25/4), und die behandelnde Psychiaterin Dr. I. ___ sprach in ihrem Bericht vom 14. April 2008 namentlich von der Gefahr der Entwicklung einer andauernden Persönlichkeitsänderung (Urk. 11/78/1) und von einem regressiven Verhalten des Beschwerdeführers (Abgabe der Verantwortung in allen Lebensbereichen, Urk. 11/78/3), der Beschwerdeführer befindet sich aber seit dem 4. Oktober 2007 bei Dr. I. ___ in Behandlung (Urk. 11/138/1), wo er sich offensichtlich jeweils mitgeteilt hat, ansonsten dieser die Wiedergabe der Krankheitsanamnese und der biographischen Daten sowie der Beschwerden des Beschwerdeführers (vgl. etwa Urk. 11/78/2-3) nicht möglich wäre. Eine mangelnde Kooperationsbereitschaft wie auch ein demonstratives Verhalten seitens des Beschwerdeführers zeigte sich ferner bei den übrigen Untersuchungen im A. ___ (Urk. 11/115/30, Urk. 11/115/33, Urk. 11/115/36-37, Urk. 11/115/39). In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, dass er nach der Begutachtung von der A. ___-Gutachterin Dr. F. ___ beobachtet worden sei, wie er ausserhalb des Gutachtenszentrums in Begleitung seiner Ehefrau und seiner Tochter diskutierend zwar langsam auf Gehstufen gestutzt, aber, dennoch im Vergleich zum Untersuchungsgespräch, flüchtig die Strasse entlang gegangen sei (Urk. 11/115/49). Der Beschwerdeführer wurde hinsichtlich seiner Pflicht, sich an den Untersuchungen aktiv zu beteiligen, von den A. ___-Gutachtern abgemahnt (Urk. 11/115/30). Es ist erstellt, dass insbesondere bei der psychiatrischen A. ___-Begutachtung schlicht keine Kooperation des Beschwerdeführers gegeben war.

4.2.4?? Durch eine kooperationsunabhängige Befragung kann keine psychiatrische Gesundheitsstörung erhoben werden. Laut A. ___-Gutachter Dr. G. ___ lässt sich ohne Exploration keine Psychopathologie herausarbeiten (Urk. 11/115/62). Dr. G. ___ würdigte das Verhalten des Beschwerdeführers und die fremdanamnestiche Angaben der Ehefrau des Beschwerdeführers (Urk. 11/115/62) sorgfältig. Er beschreibt ein "demonstratives Erscheinungsbild" des Beschwerdeführers. Dieser wirke "klagsam" und "jammrig", jedoch während des Untersuchungsgesprächs nicht schwer depressiv, da er die Aufmerksamkeit dahingehend halten könne, dass er nie teilnahmslos oder verloren wirke. Er antworte schnell, wirke nicht in sich gekehrt, so dass sich nicht das Bild einer schweren depressiven Störung mit Demenz einstelle. Anhand des Untersuchungsgesprächs sei es ihm (Dr. G. ___) nicht möglich, eine Beurteilung des psychiatrischen Zustandsbildes zu machen, jedoch

k?nne auch mit ?berwiegender Wahrscheinlichkeit keine Simulation ausgeschlossen werden (Urk. 11/115/63). Bei der Gesamtbeurteilung legten sich die A.____-Gutachter schliesslich darauf fest, dass keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsf?higkeit gestellt werden k?nne (Urk. 11/115/58). Ob sich der Beschwerdef?hrer wegen des angeblich bestehenden psychischen Leiden im Untersuchungszeitpunkt (20. April 2010) ?berhaupt noch in einer engmaschigen psychiatrischen Behandlung befand, ist fragw?rdig. Am 27. September 2007 (Urk. 3/8) und 28. April 2008 (Urk. 3/7) kam es im Zentrum L.____ zu Vorgespr?chen, wobei jeweils die Einweisung in die Rehaklinik P.____ vorgeschlagen wurde (Urk. 3/7 S. 3 und Urk. 3/8 S. 3). W?hrend die integrierte Behandlung bei Dr. I.____ laut deren Bericht vom 14. April 2008 damals noch alle zwei Wochen stattfand (Urk. 11/73/4), wurde das Gespr?ch gem?ss dem Bericht von Dr. I.____ vom 8. Januar 2010 sp?ter noch einmal pro Monat durchgef?hrt (Urk. 11/110/3). Im Bericht von Dr. I.____ vom 25. Mai 2011 ist noch von einer Behandlung in zweimonatigen Abst?nden die Rede (Urk. 11/138/3), was als solches nicht auf einen grossen psychischen Leidensdruck schliessen l?sst. Dr. H.____ berichtete am 25. Juli 2011 zwar, dass sich der Beschwerdef?hrer wegen der psychischen Beschwerden in psychosomatischer und antidepressiver Behandlung befinde (Urk. 11/139/3). Er machte zu deren Umfang indes keine Angaben. Bei Dr. I.____ pr?sentierte sich der Beschwerdef?hrer psychopathologisch bewusstseinsklar und allseits orientiert (Urk. 11/73/3). Im mit ?Interdisziplin?re Schmerzbehandlung? ?berschriebenen Bericht des B.____ vom 12. M?rz 2012, wird ohne weitere Begr?ndung erkl?rt, dass die Einzeltherapie bisher ohne gen?genden Erfolg geblieben sei. Beim Beschwerdef?hrer bestehe ein sehr hoher Leidensdruck bei unklarem psychischem Geschehen (Urk. 14 S. 6). Aufgrund der neueren medizinischen Berichte (insbes. Kurzaustrittsbericht des Spitals D.____ vom 27. Februar 2013 [Urk. 20], Bericht der Klinik C.____ vom 3. Juli 2013 [Urk. 17]), welche der Beschwerdef?hrer im Beschwerdeverfahren auflegen liess, muss davon ausgegangen werden, dass nunmehr das ?bergewicht des Beschwerdef?hrers und nicht dessen psychisches Leiden im Vordergrund steht. Hinweise darauf, dass sich der Beschwerdef?hrer aktuell einer psychiatrischen Behandlung unterziehen w?rde, lassen sich den neueren Arztberichten nicht entnehmen. Aufgrund der Untersuchungsmaxime tragen die Parteien im Sozialversicherungsprozess in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheid zu Ungunsten jener Partei ausf?hlt, die aus dem unbewiesen geblieben Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unm?glich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes aufgrund einer Beweisw?rdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit f?r sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b). Nach W?rdigung der Beurteilung des A.____-Gutachters Dr. G.____ und der ?brigen Akten kann nicht ausgeschlossen werden, dass beim Beschwerdef?hrer ?berhaupt keine psychische St?rung (mehr) besteht bzw. bestand. Die Abkl?rungen der Beschwerdegegnerin im A.____ ergaben keinen psychischen Gesundheitsschaden. Nachdem die Berichte behandelnder ?rzte aufgrund der auftragsrechtlichen Vertrauensstellung zum Patienten rechtsprechungsgem?ss mit Zur?ckhaltung zur w?rdigen sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 8C_156/2013 vom 16. April 2013, E. 4.2, mit Hinweisen auf die Rechtsprechung), kann zu Ermittlung des psychischen Gesundheitszustandes des Beschwerdef?hrers nicht einfach auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. I.____ abgestellt werden. Es rechtfertigt sich vielmehr, den Beschwerdef?hrer die Folgen dieser Beweislosigkeit tragen zu lassen. RAD-Arzt Dr. med. Q.____, Facharzt f?r Orthop?dische Chirurgie und Traumatologie, stellte sich am 16.

November 2010 unter Hinweis darauf, dass dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. G. ___ ein demonstratives Desinteresse und eine Kooperationsverweigerung des Beschwerdeführers zu entnehmen seien, auf den Standpunkt, die Schlussfolgerung des untersuchenden Psychiaters sei aus versicherungsmedizinischer Hinsicht nicht zu beanstanden (Urk. 11/129/7). Dem kann nach dem Gesagten gefolgt werden.

4.3.??? Mit den A. ___-Gutachtern ist demnach davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer aus rheumatologischer und internistischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Eine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit konnte von diesen nicht gestellt werden (Urk. 11/115/58).

5.????? In erwerblicher Hinsicht bringt der Beschwerdeführer sinngemäss vor, dass (beim aufgrund der Tabellenlöhne ermittelten) Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen sei (Urk. 1 S. 4). Wegen der geringen Differenz zwischen Valideneinkommen und Invalideneinkommen (bei welchem zudem bereits ein leidensbedingter Abzug von 10 % berücksichtigt wurde, vgl. die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2012, Verfügungsteil 2, S. 2), würde sich der Invaliditätsgrad letztlich nach dem leidensbedingten Abzug richten. Da dieser rechtsprechungsgemäss aber auf 25 % begrenzt ist (vgl. BGE 126 V 75 E. 5b/cc), würde auch beim maximal möglichen leidensbedingten Abzug kein Anspruch auf eine Invalidenrente resultieren (E. 2.2).

??????? Die angefochtene Verfügung vom 13. Januar 2013 (Urk. 2) erweist sich im Ergebnis daher als rechters, was zur vollumfänglichen Abweisung der Beschwerde führt.

6.?????

6.1.??? Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Die Kosten von Fr. 600.-- sind dem unterlegenen Beschwerdeführer aufzuerlegen. Diese sind in Bewilligung seines Gesuchs um Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung vom 14. Februar 2012 (Urk. 1 S. 1) - deren Voraussetzungen erfüllt sind (? 16 Abs. 1 und 2 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [GSVGer]; vgl. Urk. 8 und 9) - jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

6.2.??? Der Beschwerdeführer ist auf ? 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach er zur Nachzahlung der Auslagen für die unentgeltliche Rechtspflege verpflichtet ist, sobald er dazu in der Lage ist.

?Das Gericht beschliesst:

????????? In Bewilligung des Gesuchs vom 14. Februar 2012 wird dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt,

und erkennt:

1.??????? Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.??????? Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zuzufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf ? 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen.

3.????????? Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Milosav Milovanovic

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Z?rich, IV-Stelle, unter Beilage je einer Kopie von Urk. 24 und 25

- Bundesamt f?r Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4.????????? 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 ?ber das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht w?hrend 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 Begr?ndung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdef?hrers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in H?nden hat (Art. 42 BGG).

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