

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00568 vom 30. April 2014

ZH Sozialversicherungsgericht, 2014-04-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2013.00568

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00568 du 30 avril 2014

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2013.00568 del 30 aprile 2014

Erwägungen

E. 1

Der 1959 geborene X.____, von Juli 2001 bis Januar 2005 als Hilfskoch tätig, anschliessend arbeitslos und nichterwerbstätig, meldete sich am 17.

März 2011

bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung unter Hinweis auf eine depressive Entwicklung sowie eine posttraumatische Belastung zum Leistungsbezug an (Urk. 8/1

E. 1.1

Die Beschwerdegegnerin hat den Invaliditätsbegriff (Art.

E. 1.2

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad gemäss Art. 16 ATSG in Verbindung mit Art. 28a Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (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).

E. 1.3

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG). 1. 4

Invalide oder von einer Invalidität (Art.

E. 4

, Urk. 8/5 und Urk. 8/51 S. 10). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, holte einen Auszug aus dem individuellen Konto (Urk. 8/21), einen Arztbericht

(Urk. 8/22) sowie ergänzende Angaben beim Versicherten (Urk. 8/23 und Urk. 8/24) ein. Dieser reichte ferner weitere Arztberichte zu den Akten (Urk. 8/25). Mit Vorbescheid vom 12. Mai 2011 stellte die IV-Stelle dem Versicherten die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (Urk. 8/28).

Auf Einwand des Versicherten

(Urk. 8/33 und 8/38 ; unter Beilage von

Arztberichten , Urk. 8/35 und Urk. 8/37) hin holte die IV-Stelle

weitere Arztberichte

(Urk. 8/40 , Urk. 8/41 und Urk. 8/42) ein und veranlasste ein MEDAS- Gutachten

beim

Y.____ , das

am 28. Januar 2013

erstattet wurde (Urk. 8/51). Am 15. April 2013 nahm der Versicherte Stellung zum Y.____ -Gutachten (Urk. 8/56). Mit Verfügung vom 15. Mai 2013 (Urk. 2) wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren ab. 2.

Gegen die anspruchsverneinende Verfügung erhob X.____

am 17.

Juni 2013 (Urk. 1) Beschwerde mit den nachfolgenden Anträgen (S. 2) :

„ Die Verfügung der SVA Zürich, IV-Stelle, vom 15. Mai 2013 sei aufzuheben.

Das Verfahren sei an die Vorinstanz zurückzuweisen, damit diese den Sachverhalt ergänzend (so den psychischen Gesundheitszustand) abkläre und einen neuen Entscheid fälle. Eventualiter sei der Gesundheitszustand durch die Beschwerdeinstanz gutachterlich abklären zu lassen.

Es sei eine Evaluation der funktionellen (arbeitsbezogenen) Leistungsfähigkeit vorzunehmen und – falls eine Arbeitsfähigkeit bejaht wird – Massnahmen beruflicher Art anzuordnen.

Eventualiter sei dem Beschwerdeführer eine IV-Rente zuzusprechen.

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin .

Prozessual sei dem Beschwerdeführer eine Nachfrist zur Beschwerde begründung (ab Gewährung der Akteneinsicht) zu gewähren. “

Zudem stellte der Beschwerdeführer ein Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege (S. 7) . Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 27.

August 2013 auf Abweisung der Beschwerde (Urk.

E. 4.1

Das Y.____ -Gutachten, auf das sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer

Leistungsverweigernden Verfügung abstützte , erfüllt die von der Rechtsprechung an eine ärztliche Expertise gestellten Anforderungen (vgl. E. 1. 6). Es ist für die streitigen Belange

umfassend, beruht auf Untersuchungen durch Fachärzte in den Gebieten Allgemeine Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie, Neurologie sowie Kardiologie. Das Gutachten erging sodann unter Beizug der medizinischen Vorakten und unter Berücksichtigung

der geklagten Beschwerden und der Angaben des Beschwerdeführers. Die Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation leuchten ein.

E. 4.2

In somatischer Hinsicht stimmen die von den Y.____-Gutachtern erhobenen Diagnosen weitgehend mit den vom Hausarzt des Beschwerdeführers berichteten Diagnosen überein. Keine Abweichung besteht auch in Bezug auf die mit den objektivierbaren Befunden am Bewegungsapparat begründete volle Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfskoch sowie allgemein in schweren, mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten. Zum Umfang der Arbeitsfähigkeit in angepasster leichter Tätigkeit äusserte sich der Hausarzt nicht;

er verwies auf die subjektive Einschätzung des Versicherten.

E. 4.3

Die Vorhalte des Beschwerdeführers gegen das Y.____-Gutachten richteten sich denn auch in der Hauptsache nicht gegen den somatischen, sondern gegen den psychiatrischen Teil. Unbegründet erweist sich hier zunächst der Einwand, der Gutachter habe den Beschwerdeführer nicht ernst genommen und dessen Angaben antizipiert als Ausfluss subjektiver Krankheitsüberzeugung abgetan. Viel mehr legte der Gutachter in nachvollziehbarer Weise dar, dass die subjektive Krankheitsüberzeugung eine erhebliche Rolle spielt. Überzeugend ist etwa die Argumentation, der Beschwerdeführer fühle sich selbst aufgrund seiner Schmerzen und der Konzentrationsstörungen nicht arbeitsfähig, sei aber im Alltag durch die psychopathologischen Symptome nicht eingeschränkt. Der Beschwerdeführer pflege einen sehr aktiven Tagesablauf und zahlreiche soziale Kontakte (Urk. 8/51 S. 12). Anzumerken ist weiter, dass eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_809/2007 vom 16. Mai 2008 E. 4.1 mit Hinweis). Kommt hinzu, dass es auch in den Berichten der behandelnden Ärzte Hinweise für ähnliche Wahrnehmungen gibt:

So hielt der Hausarzt fest, der Beschwerdeführer sei auch für einfache, leichte Tätigkeiten nicht „arbeitswillig“. Die Z.____-Ärzte führten aus, der Beschwerdeführer habe eine Zwangssymptomatik angegeben, diese wirke jedoch appellativ, gelernt („Ich muss immer viele Male gleiche Sachen machen, Teller waschen oder Haare kämmen“; Urk. 8/40 S. 2).

Auch der Umstand, dass der Gutachter bei der Befunderhebung festhielt, der Beschwerdeführer „berichtete nicht über Ängste, erwähnte keine Phobien“ (Urk.

8/51 S. 10), bei der psychiatrischen Beurteilung aber doch ausführte, der Beschwerdeführer klagte über „gewisse Ängste vor dem Einschlafen“ und habe erwähnt,

„dass er gelegentlich von wilden Tieren träume oder dass er Angst habe, das Dach könnte über ihm zusammenstürzen“ (S. 11), ist nicht geeignet den Beweiswert des Gutachtens zu erschüttern (vgl. Vorhalt in Urk.

E. 4.4

Die Beschwerdegegnerin hat die gesundheitlichen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit rechtsgenügend abgeklärt. Es ist nicht ersichtlich, weshalb neben der polydisziplinären Begutachtung auch noch eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit angezeigt gewesen wäre (vgl. Urk. 1 S. 6), zumal weder die behandelnden Ärzte noch die Gutachter oder der Regionale Ärztliche Dienst der IV-Stelle eine solche als geboten erachteten.

E. 4.5

Auf das Y.____-Gutachten kann nach dem Gesagten abgestellt werden. Dem Beschwerdeführer sind demnach seit April 2011 aufgrund der objektivierbaren Befunde am Bewegungsapparat keine schweren und auch keine mittelschweren Tätigkeiten sowie wegen der Kopfschmerzen keine Tätigkeiten in lauten Räumen (Urk. 8/51 S. 19) mehr zumutbar – unzumutbar ist deshalb auch die bisher in der Schweiz ausgeführte Tätigkeit als Hilfskoch. In leichten Tätigkeiten, ohne Überkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen, mit der Möglichkeit zu Wechselbelastung, hauptsächlich sitzend, besteht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.

Nicht gefolgt werden kann sodann dem Einwand, es sei nicht hinreichend abgeklärt worden, welche leichten adaptierten Tätigkeiten dem Beschwerdeführer, ausgehend von seinen individuellen Voraussetzungen auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offen stehen würden. Die s

unter Hinweis auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung zum ausgeglichenen Arbeitsmarkt.

Der Begriff des ausgeglichenen Arbeitsmarktes ist ein theoretischer und abstrakter Begriff, welcher dazu dient, den Leistungsbereich der Invalidenversicherung von jenem der Arbeitslosenversicherung abzugrenzen. Er umschliesst einerseits ein bestimmtes Gleichgewicht zwischen dem Angebot von und der Nachfrage nach Stellen; andererseits bezeichnet er einen Arbeitsmarkt, der von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offen hält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes. Nach diesen Gesichtspunkten bestimmt sich im Einzelfall, ob die invalide Person die Möglichkeit hat, ihre restliche Erwerbsfähigkeit zu verwerten, und ob sie ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen vermag oder nicht (BGE 110 V 273 E. 4b; ZAK 1991 S. 321 E.

3b und 1985 S. 462 E. 4b; vgl. auch BGE 130 V 343 E. 3.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind praxisgemäss nicht übermässige Anforderungen zu stellen; diese hat vielmehr nur soweit zu gehen, als im Einzelfall eine zuverlässige Ermittlung des Invaliditätsgrades gewährleistet ist. Für die Invaliditätsbemessung ist nicht darauf abzustellen, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig darauf, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nützen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (AHI 1998 S. 290 f. E. 3b; Urteile des Bundesgerichts I 273/04 vom 29. März 2005, I 591/02 vom 5. Mai 2004, I 285/99 vom 13. März 2000 und U 176/98 vom 17. April 2000). 6.

6.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Validen ein kommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fort gesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 129 V 222 E. 4.3.1 mit Hinweisen). Bezog eine versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse, beschränkte Anstellungsmöglichkeiten wegen Saisonierstatus) ein deutlich unterdurchschnittliches Einkommen, ist diesem Umstand bei der Invaliditätsbemessung nach Art.

E. 7

). Mit Verfügung vom 4. September 2013 wurde dem Beschwerdeführer die unentgeltliche Prozessführung gewährt und ihm Rechtsanwalt Emil Robert Meier, Dielsdorf, als unentgeltlicher Rechtsvertreter für das vorliegende Verfahren bestellt (Urk. 9). Am 7. Oktober 2013 erstattete der Beschwerdeführer seine Replik (Urk. 11). Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 5. November 2013 auf eine Duplik (Urk. 14), was dem Beschwerdeführer am 6. November 2013 zur Kenntnis gebracht wurde (Urk. 15). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

E. 8

ATSG) Probleme bei der – in einem umfassenden Sinn verstandenen – Stellensuche selber verursacht. Zur Arbeitsvermittlung nach Art. 18 Abs. 1 Satz 1 IVG ist im Weiteren berechtigt, wer aus invaliditätsbedingten Gründen spezielle Anforderungen an den Arbeitsplatz (z.B. Sehhilfen) oder den Arbeitgeber (z.B. Toleranz gegenüber invaliditätsbedingt notwendigen Ruhepausen) stellen muss und demzufolge aus invaliditätsbedingten Gründen für das Finden einer Stelle auf das Fachwissen und entsprechende Hilfe der Vermittlungsbehörden angewiesen ist. Dies gilt auch für Versicherte, die in einer leidensangepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig sind. Bei der Frage der Anspruchsberechtigung nicht zu berücksichtigen sind demgegenüber invaliditätsfremde Probleme bei der Stellensuche wie fehlende

Kenntnisse der Landessprachen. Schliesslich ist für den Anspruch auf Arbeitsvermittlung vorausgesetzt, dass die versicherte Person objektiv und subjektiv eingliederungsfähig ist (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C_966/2011 vom 4. Mai 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). 1. 6

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).

Mit BGE 137 V 210

hat das Bundesgericht die rechtsstaatlichen Anforderungen an die Einholung von MEDAS-Gutachten durch die Invalidenversicherung neu konkretisiert. Nach alten Regeln

eingeholte Gutachten büßen deswegen allerdings nicht ungeachtet ihrer jeweiligen Überzeugungskraft den Beweiswert ein (BGE 137 V 210 E. 6 Ingress) . Dem Umstand , dass ein nach altem Standard in Auftrag gegebenes Gutachten eine massgebende Entscheidungsgrundlage bildet, ist bei der Beweiswürdigung Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 9C_495/2012 vom 4. Oktober 2012 E. 2.2 und E. 2.3 mit Hinweisen).

2.1

In der anspruchsverneinenden Verfügung vom 15. Mai 2013 ging die Beschwerdegegnerin

gestützt auf das Y.____-Gutachten vom 28. Januar 2013 von einer vollen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit aus . Sie stellte sich auf den Standpunkt, der Beschwerdeführer könne dabei ein Erwerbseinkommen erzielen, das einen Rentenanspruch ausschliesse. Des Weiteren führte die Beschwerdegegnerin aus, ein Anspruch auf aktive Arbeitsvermittlung bestehe nur, wenn eine gesundheitsbedingte Einschränkung bei der Stellensuche bestehe, was beim Beschwerdeführer nicht der Fall sei (Urk.

2). 2.2

Dem hielt der Beschwerdeführer im Wesentlichen entgegen, der psychische Gesundheitszustand sei ungenügend abgeklärt worden. Zudem seien die von der IV-Stelle veranlassten Abklärungen und Feststellungen zum Grad der Invalidität, zur Verwertbarkeit einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit und zur Notwendigkeit von Massnahmen beruflicher Art ungenügend (Urk. 1 S. 5 ff.) 2.3

In ihrer Vernehmlassung vom 27. August 2013 (Urk. 7) nahm die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vor und stellte fest, es resultiere keine Erwerbseinkünfte, der Beschwerdeführer habe demnach keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. 2.4

Der Beschwerdeführer kritisierte in seiner Replik vom 7. Oktober 2013 (Urk. 11) den vernehmlassungsweise erstellten Einkommensvergleich und beanstandete, die Beschwerdegegnerin habe keine korrekte Parallelisierung vorgenommen (S.

2). Er stellte sich weiter auf den Standpunkt, das Gutachten der Y.____ sei im Teilbereich „psychopathologische Befunde“ nicht überzeugend. Indiziert und dringend geboten wäre nach seinem Dafürhalten eine eingehende fachärztliche Abklärung, beispielsweise im Rahmen eines stationären Aufenthalts, wie dies bereits die Z.____ angeregt habe. 3. 3.1

Dr. med. A.____ , Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, seit 22. August 2006 Hausarzt des Beschwerdeführers , berichtete der IV-Stelle am 6. April 2011 (Urk. 8/22). Er diagnostizierte ein chronisches panspondylogenes Syndrom bei hyperostotischer

Spondylosis

deformans und Spinalkanalstenose L3-L5

(bestehend seit dem Jahr 2004) , ein zervikospo ndylogenes Syndrom mit Migräne (bestehend seit Sommer 2008) sowie eine Depression (bestehend seit drei Jahren) . Dr. A.____ führte aus, der Beschwerdeführer verspüre seit längerer Zeit wechselnde Schmerzen am ganzen Körper, vor allem im Rücken, in der Halswirbelsäule und im Brustkorbbereich. Er erhob eine diffuse Druckdolenz , Myogelosen paravertebral auf der Höhe Lendenwirbelsäule (LWS) , Brustwirbelsäule (BWS) und Halswirbelsäule (HWS) sowie

eine massive Bewegungseinschränkung im Bereich der ganzen Wirbelsäule bei ansonsten allgemeininternistisch unauffälligem Status. Dr. A. ___ ging von einer schlechten Prognose aus. Der Patient klagt über Schmerzen am ganzen Körper. Er könne seine eigene Wohnung nicht reinigen und seine Kleider nicht selber waschen. Des Weiteren führte Dr. A. ___ aus, die Behandlung bestehe aus Physiotherapie und Medikamenten. Durch die chronischen Körperschmerzen bestünden Einschränkungen im Bereich der körperlich-physischen Belastbarkeit und deshalb Schlafstörungen sowie eine Depression. Der Beschwerdeführer könne keine Lasten tragen und sei nicht belastbar. Weiter sei er nicht in der Lage, in einer Umgebung mit Stress zu arbeiten. Dr. A. ___ attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 23. März 2010 und fügte an, auch für einfache, leichte Tätigkeiten sei der Beschwerdeführer nicht arbeitswillig. Er zeige keine Möglichkeiten, auch nur kleine Hilfsarbeiten zu erledigen. 3.2

Am 10. Mai 2011 überwies Dr. med. B. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, den Beschwerdeführer nach einmaliger Konsultation und in Absprache mit dem Hausarzt an die

Z. ___ zur weiteren psychiatrischen Abklärung und Behandlung (Urk.

8/35). Dr. B. ___

führte im Überweisungsbericht aus, der Beschwerdeführer sei laut Unterlagen, die er mitgebracht habe, im Herbst 2009 kurzfristig bei Dr. med. C. ___ in psychiatrischer Behandlung gewesen, der von einer ängstlich-depressiven Störung mit „übergriffiger“ Persönlichkeit berichtete habe. Beim Hausarzt sei aufgefallen, dass der Beschwerdeführer sich nicht an die vereinbarten Konsultationstermine und -zeiten halten können.

Dr. B. ___ führte weiter aus, der Beschwerdeführer habe

im auf Deutsch und teilweise auf Englisch geführten Gespräch über ein seit vier bis fünf Jahren bestehendes aggressives Verhalten mit lautem Fluchen geklagt. Wenn andere Menschen mit ihm sprächen, werde er sofort nervös und „crazy“. Sein Gedächtnis sei schlecht geworden, er vergesse Namen und Wege. Er verlaufe sich auch oft und fahre mit dem ÖV an den falschen Ort. Nachts schrecke er oft auf, habe Angst. Sein Denken sei langsam. Er habe oft Geräusche im Kopf. Bei der näheren Exploration habe der Beschwerdeführer geschildert, der Kopf sei immer voll, es sei immer am Laufen und nie in Ruhe. Manchmal werde es besser, wenn er die Augen schliesse. Er höre oft Geräusche, es mache immer „klick-klick...“, teilweise sei es wie eine Stimmengewirr, das er nicht verstehe. Manchmal seien die Stimmen auch verständlich, gäben Kommentare über ihn ab, manchmal gut meinend, manchmal kritisierend, abwertend und beschimpfend. Er empfinde sie als ich-fremd, nicht zu ihm gehörend, aber nicht von aussen kommend. Andere Sinnesstörungen und Wahnhaltungen hätten keine eruiert werden können.

Aufgrund der Entwicklung in den letzten Jahren mit dem deutlichen Leistungsknick und den oben geschilderten Symptomen mit den akustischen Halluzinationen besteht der Verdacht auf eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. 3.3

Am 25. Juli 2011 (Urk. 8/40) berichtete die Z. ___ von einer ambulanten psychiatrischen Behandlung seit dem 25. Mai 2011 unter dem Hinweis, die Diagnostik sei noch nicht abgeschlossen, weshalb gegenwärtig keine prognostische Einschätzung möglich sei. Die verantwortlich zeichnenden Ärzte diagnostizierten den Verdacht auf eine organische Persönlichkeits- oder Verhaltensstörung (ICD-10 F07.8, bestehend seit zirka 2009), z.B.

im Rahmen einer Multiplen Sklerose ,

mit Differenzialdiagnose paranoide Schizophrenie (ICD-10 F20.0), eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.1, bestehend seit dem Jahr 2006) , eine leichte depressive Störung (ICD-10 F32.0, bestehend seit mindestens 2011) sowie ein cervikogenes / cervikocephales Schmerzsyndrom mit Spindylarthrosen und Spindylarthrosen der LWS (bestehend seit zirka 2006) .

Die Z.____-Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeits (un) fähigkeit von 50 % in der zuletzt aus geübten Tätigkeit als Hilfskoch und stellten fest, aufgrund der Kombination aus einer Schmerzsymptomatik und einer psychischen Störung, deren Ursache bisher noch nicht habe geklärt werden können , sei eine Angabe zu einem Belastungsprofil gegenwärtig nicht möglich.

Ergänzend fügten die verantwortlich zeichnenden Ärzte an , es lägen beim Beschwerdeführer mehrere Faktoren vor, die eine Integration in den Arbeitsprozess erschwerten. Dies seien sprachlich-kulturelle Herausforderungen, eine somatisch begründbare Schmerzsymptomatik sowie eine bisher nicht abschliessend geklärte psychiatrische Symptomatik. Im Rahmen der bisherigen Diagnostik hätten sich in der cerebralen Bildgebung (MRI) Befunde gezeigt, die möglicherweise auf eine neurologische Erkrankung hinweisen würden, in deren Rahmen auch die Symptome wie Störungen der Impulsivität, affektive Störungen sowie Störungen der Perzeption (Seh- und Auffassungsstörung) auftreten könnten. Es sei eine Anmeldung zur konsiliarischen Beurteilung in der Neurologie des D.____ erfolgt. Abschliessende Befunde würden gegenwärtig noch ausstehen. Empfehlungen bezüglich Therapie sowie prognostische Angaben würden stark von den Ergebnissen der neurologischen Abklärungen abhängen, so dass gegenwärtig diesbezüglich keine Aussage gemacht werden könne. 3.4

Im Bericht vom 20. Oktober 2011 zuhanden der Z.____ (Urk. 8/42 /9-11) diagnostizierten die verantwortlich zeichnenden Ärzte der Klinik für Neurologie des D.____ progrediente Persönlichkeits- und Verhaltensauffälligkeiten unklarer Ätiologie seit sieben bis acht Jahren mit Angstzuständen, Paranoia, Ein- und Durchschlafinsomnie, aktuell ohne Hinweis auf eine neurodegenerative oder eine andere neurologische Grunderkrankung als Ursache der Symptomatik. Die Ärzte führten aus, die umfassende Abklärung mit einer dopplersonographischen Untersuchung habe keinen Anhalt für eine atherosklerotische Genese der im Schädel-MRI vom 24. Juni 2011 dargestellten vereinzelt unspezifischen wahrscheinlich chronisch ischämischen Veränderungen ergeben. Die Ergebnisse der Liquorpunktion hätten eine leichte Schrankenstörung mit erhöhtem Gesamtprotein ohne intrathekale Antikörper-Produktion gezeigt. Das autoimmunologische Screening sei unauffällig gewesen. Die in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten zum Teil schweren Störungen der Gedächtnisfunktion, des Lernens, der Aufmerksamkeit, exekutiver Funktionen und der Visuo-Konstruktion seien am ehesten im Rahmen der chronischen Kopfschmerzen, der Schlafstörung und der depressiven Symptomatik interpretiert worden. Eine weiterführende, detaillierte Anamnese sei aufgrund der sprachlichen Barriere leider nicht möglich gewesen. Leider habe der Versicherte eine Kontaktaufnahme mit seinem Mitbewohner für eine detaillierte Fremdanamnese verweigert. In der Zusammenschau der Befunde sei eine neurologische Ursache der Beschwerden unwahrscheinlich. Ein psychiatrisches Grundleiden (möglicherweise doch schon länger vorbestehend) , zum Beispiel eine schizoaffektive Erkrankung , erscheine prinzipiell

möglich. Aufgrund des hohen Leidensdrucks des ratlos wirkenden Patienten, der sprachbedingten Kommunikationseinschränkung und der nachts akzentuierten Beschwerden werde eine stationäre Abklärung in der Psychiatrie sowie ein gute psychiatrische Anbindung empfohlen. 3.5

Am 1. Dezember 2011 nahmen die verantwortlich zeichnenden Ärzte der Z.____ ergänzend zum Bericht vom 25. Juli 2011 Stellung (Urk. 8/41). Sie führten aus, das Zustandsbild habe sich seither nicht verändert. Sie würden weiterhin von einer 50%igen Arbeits(un)fähigkeit ausgehen. Die im letzten Bericht erwähnte neurologische Untersuchung im D.____ sei abgeschlossen. Einerseits hätten sich in der neuropsychologischen Testung schwere Defizite abgezeichnet, die sich in diesem Ausmass eigentlich nur bei schwerer Hirnschädigung oder weit fortgeschrittener Demenz zeigten. Die im letzten Bericht beschriebenen mässiggradigen Veränderungen des Gehirns (MRI- Neurocranium vom 24.06.2011) seien jedoch nicht erklärend für die gebotene Psychopathologie. An weiteren auffälligen Befunden hätten sich in einer Liquor- und Blutanalyse Hinweise für eine entzündliche Genese gezeigt. Es habe in der Zusammenchau jedoch keine klare neurologische Ursache für die Symptome festgestellt werden können.

Es sei diskutiert worden, dass zur weiteren Abklärung gegebenenfalls ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Einrichtung sinnvoll wäre. Diese sei geplant, habe jedoch aufgeschoben werden müssen, da der Beschwerdeführer eine Reise zu seiner Familie nach E.____ plane. Aufgrund gegenwärtig fehlender Hinweise auf akute Selbst- oder Fremdgefährdung sei keine Hospitalisierung gegen den Patientenwillen erfolgt. Die Fortführung der Diagnostik beziehungsweise Behandlung erfolge im Frühjahr 2012. 3.6

3.6.1

Gestützt auf die Vorakten sowie auf eine fachärztliche internistische, psychiatrische, rheumatologische, neurologische und kardiologische Untersuchung nannten die Y.____ -Gutachter am 28. Januar 2013 (Urk. 8/51) die folgenden Diagnosen (S. 21):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. chronisches zervikospindylogenes Schmerzsyndrom beidseits - radiologisch Spondylosis

hyperostotica C3 bis C6 - Differenzialdiagnose: radikuläre Reizsymptomatik der Wurzel C8 - schmerzhaftes Sensibilitätsstörung im Bereich ulnare Hand/Arm links unklarer Ursache 2. chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits - Spondylosis

hyperostotic a (DISH) der gesamten BWS - mittelschwere bis zum Teil schwere zentrale Spinalkanalstenose L3 bis L5 -

neurogene Claudicatio

spinalis möglich 3. chronisches Spannungs-Kopfweh im Rahmen eines diffusen Schmerzsyndroms

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 2. Verdacht auf arterielle Hypertonie, unbehandelt – TTE vom 17. August 2012: normale Dimensionen, keine LV-Hypertrophie, normale Funktion, keine hämodynamisch relevanten Klappenvitien 3. Medikamenten- Malcompliance 3.6.2

In der Gesamtbeurteilung führten die Fachärzte des Y.____ aus, den subjektiv geklagten Beschwerden (vor allem diverse Schmerzen, Kopfweh, Gedächtnisstörung und so weiter) entsprechend sei die Evaluation aus Sicht des Bewegungsapparates im Vordergrund

gestanden. Es habe sich das chronische zervikale/kyphogene Schmerzsyndrom beidseits feststellen lassen mit möglichen Hinweisen auf eine radikuläre Reizsymptomatik C 8. Zudem habe sich das chronische thorakolumbospondylogene Schmerzsyndrom beidseits mit einer mittel schweren bis schweren zentralen Spinalkanalstenose dargestellt. Ferner könne aus neurologischer Sicht das chronische Spannungstypkopfschmerz festgestellt werden. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit resultiere, dass aufgrund der objektiven Befunde am Bewegungsapparat keine schweren und auch keine mittel schweren Tätigkeiten mehr zumutbar seien. Es seien lediglich leichte Tätigkeiten, ohne Überkopparbeiten, ohne Zwangshaltungen, mit der Möglichkeit zu Wechselbelastung, hauptsächlich sitzend, zumutbar. Für derartige Tätigkeiten bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die anamnestisch angestammte Tätigkeit als Koch beziehungsweise Hilfskoch sei dem Beschwerdeführer mit diesem Zumutbarkeitsprofil nicht mehr möglich. Aus kardiologischer Sicht ergäben sich keine gravierenden Befunde, die Echokardiographie sei normal, Hinweise auf eine koronare Herzkrankheit bestünden nicht, so dass die Arbeitsfähigkeit aus kardiologischer Sicht nicht eingeschränkt sei. Auch aus allgemein-internistischer Sicht stellten sich keine wesentlichen Befunde dar. Aus psychiatrischer Sicht könne beim Exploranden bei somatisch nicht ausreichend erklärbaren Befunden für die subjektiv hoch gradige Limitierung bei gleichzeitig vorhandener psychosozialer Belastungssituation eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden. Eine Komorbidität liege nicht vor, insbesondere nicht eine früher diskutierte schizophrene Störung. Die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (S. 22 f.).

Die Y.____-Gutachter gingen aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten davon aus, dass die Arbeitsfähigkeit seit dem Jahr 2004 eingeschränkt sei. Sie gaben zu bedenken, eine genaue Rückdatierung sei aufgrund der vorliegenden Akten aber nicht sicher möglich, so dass sie sich auf den Zeitpunkt des ärztlichen Berichts vom April 2011 beziehen würden. Ab jenem Zeitpunkt sei von der aktuellen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auszu gehen (S. 23) . 6.3.3

Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte im psychiatrischen Teilgutachten

(S. 10 ff.) aus, der Beschwerdeführer fühle sich aufgrund seiner Schmerzen im ganzen Körper und aufgrund seiner Kopfschmerzen nicht mehr arbeitsfähig. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, könnten durch die somatischen Befunde nicht vollständig objektiviert werden, so dass eine psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden angenommen werden müsse. Der Beschwerdeführer habe in seinem bisherigen Leben einzig zwischen den Jahren 2001 und 2006 während längerer Zeit regelmässig gearbeitet. Seither gehe er keiner beruflichen Tätigkeit mehr nach und leide unter wirtschaftlichen Schwierigkeiten, er habe sich darüber beklagt, dass er zu wenig Geld habe, um das Leben geniessen zu können. Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen und sozialen Schwierigkeiten – die Ehefrau habe sich von ihm getrennt – könne die psychische Überlagerung der geklagten Schmerzen gesehen werden; es könne die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt werden.

Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die vom Beschwerdeführer geschilderten unklaren Konzentrations- und Gedächtnisstörungen

liessen sich nicht objektivieren. Obwohl er darüber geklagt habe, dass er sich bei der Arbeit kaum habe konzentrieren können, dass er vergesslich gewesen sei, sei er durchaus in der Lage gewesen, sehr präzise Angaben zu seinem Leben zu machen. Insbesondere habe er sich auf den Franken genau an die Unterstützung erinnern können, die er durch das Sozialamt erhalte. Er sei allseits orientiert und seine anamnestischen Angaben präzise gewesen. Die von ihm geklagten Konzentrations- und Gedächtnisstörungen liessen sich also nicht objektivieren, seine Angaben seien diskret.

Der Beschwerdeführer sei auch nicht depressiv. Er lebe allein, führe den Haushalt weitgehend selbständig. Er leide unter leichten Einschlafstörungen, die auch dadurch bedingt seien, dass er regelmässig bis neun Uhr schlafe. Tagsüber unternehme er regelmässig Spaziergänge, besuche zweimal pro Tag die Moschee und werde täglich von seinen zahlreichen Freunden besucht. Er unternehme mit ihnen Spaziergänge, gehe in Parks, unterhalte sich mit ihnen und werde von ihnen unterstützt. Er habe auch regelmässig telefonischen Kontakt mit seinen Geschwistern. Alle ein bis zwei Jahre reise er in seine Heimat. Diese Reisen geniesse er. Er leide weder unter einer Antriebsstörung, noch unter einer depressiven Verstimmung, einem Lebensverleider, Suizidgedanken oder einem sozialen Rückzug. Auch fänden sich keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis. Der psychiatrische Gutachter gewann den Eindruck, der Beschwerdeführer versuche mit seinen Angaben über mögliche psychische Einschränkungen seine subjektive Krankheitsüberzeugung, nach der keine Arbeit mehr möglich sei, zu untermauern. Er führte weiter aus, es fänden sich

keine Hinweise für Denkstörungen. Der Beschwerdeführer zeige kein Gedankenabreissen, kein bizarres Denken. Die intensiven Kontakte, die der Beschwerdeführer täglich pflege, seien mit einer chronisch verlaufenden schizophrenen Störung nicht vereinbar. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei er freundlich, kooperativ, zugewandt, affektiv stimmungsfähig gewesen, es hätten keinerlei psychopathologische Symptome festgestellt werden können. Auch dies sei ein Hinweis darauf, dass der Beschwerdeführer nicht an einer schizophrenen Störung leide. Er werde auch einzig mit Nozinan, einem schlafantagonistischem Neuroleptikum behandelt, das keine besonders antipsychotischen Potenzen besitze. Im Übrigen habe der Blutspiegel weit unter dem therapeutischen Bereich gelegen, was ein Hinweis dafür sei, dass der Beschwerdeführer entgegen seinen Angaben das verordnete Neuroleptikum kaum einnehme (S. 12)

Dr. F.____

kam zum Schluss, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ausser der anhaltenden somatoformen

Schmerzstörung könne keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt werden. Eine psychiatrische Komorbidität sei nicht vorhanden. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor. Es handle sich auch nicht um einen mehrjährigen, chronifizierten Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung. Ein ausgeprägter sozialer Rückzug lasse sich nicht feststellen. Dass alle therapeutischen Bemühungen gescheitert seien, habe wesentlich damit zusammengehangen, dass der Beschwerdeführer auf Grund der ausgeprägten subjektiven Krankheitsüberzeugung wenig Motivation zeige, sich trotz allfälliger Restbeschwerden aktiv um eine Genesung zu bemühen und sich den Belastungen der Arbeitswelt wieder auszusetzen. Schwere, lebensgeschichtliche Belastungen fänden sich nicht. Hinweise auf

unbewusste Konflikte fehlten, ein primärer Krankheitsgewinn sei nicht vorhanden. Aus psychiatrischer Sicht könne es dem Beschwerdeführer daher zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um ganztags einer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können (S. 11).

4.

E. 11

S. 2).

Auch der Umstand, dass die Psychiater der Z.____

im Dezember 2011 eine stationäre Abklärung als angezeigt erachteten, entkräftet den Beweiswert des Y.____ Gutachtens angesichts des wesentlichen Unterschiedes zwischen dem Behandlungs- und dem Begutachtungsauftrag entgegen den Ausführungen des Beschwerdeführers nicht. Anzumerken ist, dass der Beschwerdeführer diese Gelegenheit bis zum Zeitpunkt des psychiatrischen Gesprächs beim Y.____ am 14.

August 2012 auch nie wahrgenommen hat, sondern es bei den wenigen ambulanten Terminen in der Z.____ bewenden liess (vgl. Urk. 8/51 S. 7 und E.

3.5).

E. 16

ATSG Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 125 V 146 E. 5c/ bb mit Hinweisen). Nur dadurch ist der Grundsatz gewahrt, dass die auf invaliditätsfremde Gesichtspunkte zurückzuführenden Lohneinbussen entweder überhaupt nicht oder aber bei beiden Vergleichseinkommen gleichmässig zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222 E. 4.4). Diese Parallelisierung der Einkommen kann praxisgemäss entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens oder durch Abstellen auf die statistischen Werte (vgl. SVR 2008 IV Nr. 2 S. 3, I

697/05 und Urteil des Bundesgerichts I 750/04 vom 5. April 2006 E. 5.5) oder aber auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes (vgl. Urteil des Bundesgerichts U 454/05 vom 6. September 2006 E. 6.3.3 mit Hinweisen) erfolgen (BGE

134

V

322 E. 4.1 mit Hinweisen). 6.2

Für die Bestimmung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Ist kein solches tatsächlich erzieltetes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können nach der Rechtsprechung Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 126 V 75 f. E. 3b/ aa und bb, vgl. auch BGE 129 V 472 E. 4.2.1). Für die Invaliditätsbemessung wird praxisgemäss auf die standardisierten Bruttolöhne (Tabellengruppe A) abgestellt (BGE 129 V 472 E. 4.2.1

mit Hinweis), wobei jeweils vom so genannten Zentralwert (Median) auszugehen ist. Bei der Anwendung der Tabellengruppe A gilt es ausserdem zu berücksichtigen, dass ihr generell eine Arbeitszeit von 40 Wochenstunden zugrunde liegt, weshalb der massgebliche Tabellenlohn auf die entsprechende betriebsübliche Wochenarbeitszeit aufzurechnen ist (BGE 129 V 472 E. 4.3.2, 126 V 75 f. E.

3b/ bb , 124 V 321 E. 3b/ aa ; AHI 2000 S. 81 E. 2a). 6.3

Der Beschwerdeführer hat vor Eintritt des Gesundheitsschadens im Gastgewerbe gearbeitet (Urk. 8/

E. 21

).

Seine Erwerbsbiographie in der Schweiz war unregelmässig, dauerte insgesamt nur knapp fünf Jahre, anschliessend war er arbeitslos beziehungsweise nicht mehr erwerbstätig, so dass unbestrittenermassen nicht nur zur Bestimmung des Invaliden- sondern auch des Valideneinkommens auf die LSE- Werte abzustellen ist.

Ob die Beschwerdegegnerin dabei beim Valideneinkommen

zu Recht auf das gegenüber dem Mittelwert in Hilfstätigkeiten geringere Durchschnittseinkommen in der Gastronomie (Fr. 3'810.--, LSE 2010, TA1, S.

27, Ziff. 55-56, Männer, Anforderungsniveau 4) abstellte –

so dass im Ergebnis gar keine Einkommenseinbusse resultierte – kann offen bleiben. Denn selbst wenn für beide Vergleichseinkommen auf den höheren Mittelwert sämtlicher Hilfstätigkeiten im Privatsektor abgestellt würde (Fr. 4'901.--, LSE 2010, TA1, S.

26, Total, Männer, Anforderungsniveau 4) ,

würde angesichts der uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit

kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad von 40 % erreicht.

Der Invaliditätsgrad entspräche diesfalls dem Abzug vom Tabellenlohn, welcher 25 % nicht übersteigen kann (BGE 126 V 75). Der Beschwerdeführer hätte somit auch bei dieser Berechnungsweise keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

Im Übrigen stellte sich die Frage, ob sich der Beschwerdeführer nicht aus freien Stücken während Jahren mit einem unregelmässigen Einkommen begnügte, dafür mehr Freizeit geniessen konnte. Diesfalls müsste von einem wesentlich tieferen Valideneinkommen ausgegangen werden, was zu einem noch geringeren Invaliditätsgrad führen würde. 7 .

Der Beschwerdeführer ist für körperlich leichte Tätigkeiten, ohne Überkopfarbeiten, ohne Zwangshaltungen, mit der Möglichkeit zu Wechselbelastung, hauptsächlich sitzend in nicht lauten Räumen

zu 100 % arbeitsfähig. Gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche, die eine Arbeitsvermittlung durch die IV-Stelle rechtfertigten, liegen keine vor (vgl. E.1. 5).

Auch anderweitige berufliche Massnahmen (Berufsberatung, Umschulung, Arbeitsversuche) erweisen sich nicht als erforderlich. Der Beschwerdeführer selbst legte denn auch gar nicht dar, inwiefern er auf die beantragten

nicht näher spezifizierten

beruflichen Massnahmen angewiesen sei. Unabhängig davon, ob der Beschwerdeführer, der seit dem Stellenverlust im Januar 2005 (Urk.

8/21 und Urk. 8/51 S. 8) keiner Arbeitstätigkeit mehr nachgegangen und nach eigener Überzeugung mit Schmerzen nicht zu arbeiten imstande ist (Urk. 8/51 S. 9 und Ziff. 6.7 S. 23), subjektiv überhaupt als eingliederungsfähig qualifiziert werden kann, hat die Beschwerdegegnerin demnach auch den Anspruch auf Arbeitsvermittlung (beziehungsweise anderweitige Massnahmen beruflicher Art) zu Recht verneint. 8.

Der Beschwerdeführer hat demnach keinen Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung, weshalb die Beschwerde gegen die anspruchsverneinende Verfügung vom 15. Mai 2013 abzuweisen ist. 9. 9.1

Die Kosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 800.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen. 9.2.

Nach Einsicht in die Honorarnote von Rechtsanwalt Emil Robert Meier vom 13.

Januar 2014 (Urk. 16) ist dieser für seine Bemühungen als unentgeltlicher Rechtsvertreter des Beschwerdeführers unter Berücksichtigung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 200.-- mit Fr. 1'685.-- (Barauslagen und Mehrwertsteuer inbegriffen) aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Der unentgeltliche Rechtsvertreter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Emil Robert Meier, Dielsdorf, wird mit Fr. 1'685.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Der Beschwerdeführer wird auf § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Emil Robert Meier - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse 5.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Die Gerichtsschreiberin Gräub-Oertli

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