

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00018 vom 28. Februar 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-02-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2014.00018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2014.00018)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00018 du 28 février 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2014.00018 del 28 febbraio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Der 1967 geborene X.\_\_\_\_, seit Februar 2004 in dritter Ehe verheiratet und Vater von drei Kindern (Jahrgang 1990, 2002 und 2009), reiste im September 2003 in die Schweiz ein, wo er – nach Phasen der Erwerbstätigkeit und der Arbeitslosigkeit – seit dem Jahr 2006 als Selbständigerwerbender das Einzelunternehmen „Y.\_\_\_\_“ (Zweck gemäss Handelsregister: Autoreparaturen, Spenglerei und Fahrzeug Ankauf und Verkauf, vgl. Urk. 44) betreibt (Urk. 9/140). Wegen einer Hemiparese links, bestehend seit einem am 26. September 2011 zu Hause erlittenen Sturz, ersuchte er am 23. Dezember 2011 (Urk. 9/11) um Kostenübernahme für einen Rollstuhl und stellte am 26. Dezember 2012 (richtig: 2011, Urk. 9/14) mit Formular „Anmeldung für Erwachsene: Berufliche Integration/Rente“

Antrag auf weitere Leistungen der Invalidenversicherung. Die IV-Stelle erteilte am 27. Februar 2012 (Urk. 9/27) Kostengutsprache für die beantragte Hilfsmittelversorgung und beschied dem Versicherten am 13. Juni 2012 (Urk. 9/41), es seien keine beruflichen Eingliederungsmassnahmen möglich. Sodann stellte sie ihm mit Vorbescheid vom 5. Juni 2013 (Urk. 9/77) die Verneinung des geltend gemachten Rentenanspruchs in Aussicht und verfügte am 21. November 2013 (Urk. 2) in diesem Sinne.

### **E. 1.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 1.2**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind.

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

### **E. 1.3**

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 Vorkenntnisse (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 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, welche diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE

125 V 351 E.

3b/bb mit Hinweisen; vgl. auch BGE

135 V 465 E. 4.4 und BGE 137 V 210 E. 1.3.4).

### **E. 1.4**

Es liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor, soweit die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Erscheinung beruht. Herrscht im Einzelfall Klarheit darüber, dass solche Ausschlussgründe die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente (BGE 141 V 281 E. 2.2, 131 V 49).

### **E. 1.5**

Für die richterliche Beurteilung eines Falles sind grundsätzlich die tatsächlichen Verhältnisse zur Zeit des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens massgebend. Tatsachen, die sich erst später verwirklichen, sind jedoch insoweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Entscheiderlasses zu beeinflussen (BGE 121 V 362 E. 1b; 99 V 98). 2.

## **E. 2**

Es sei eine Parteibefragung durchzuführen.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin ging in ihrer leistungsabweisenden Verfügung (Urk. 2) davon aus, es bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % für die bisherige Tätigkeit als selbständiger Garagist und eine solche von 100 % für eine angepasste Tätigkeit. Sie stützte sich dabei auf das Z. \_\_\_-Gutachten vom 20. Dezember 2012 und hielt im vorliegenden Verfahren an diesem Standpunkt fest (Urk. 8, Urk. 23).

### **E. 2.2**

Der Beschwerdeführer hielt dagegen, mit dem Z.\_\_\_\_ -Gutachten sei sein Gesundheitszustand nicht rechtskonform abgeklärt. Er sei trotz Beschwerden an der lumbalen und zervikalen Wirbelsäule weder rheumatologisch noch orthopädisch begutachtet worden. Hinsichtlich der geklagten Schwindel- und Gleichgewichtsbeschwerden wäre sodann eine neuro-otologische Begutachtung erforderlich gewesen. Weiter hätten verschiedene Ärzte neurologische Auffälligkeiten beschrieben und er leide ausserdem an Schmerzen seitens des Blinddarms, weshalb eine gastroenterologische Begutachtung erforderlich gewesen wäre. Sodann bemängelte er den von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Einkommensvergleich (Urk. 19).

Im Rahmen der Ausführungen anlässlich der öffentlichen Verhandlung schloss er – angesichts des am 18. Oktober 2016 ergangenen Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) 61838/10 i.S. Vukota-Bojic gegen die Schweiz – auf Unverwertbarkeit der auf einschlägigen Überwachungsbildern beruhenden Z.\_\_\_\_ -Expertise. Weiter thematisierte er das Vorliegen einer frontotemporalen Demenz sowie – erneut - Beschwerden an der Halswirbelsäule (Protokoll S. 7 f.). 3.

### **E. 3**

Es sei der beiliegende MR-Untersuchungsbericht der HWS in beglaubigter Übersetzung vom 21. Januar 2013 (richtig: 2013) in Kopie als Urkunde 3 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen.

#### **E. 3.1**

Im Bericht der Rehaklinik A.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2012 (Urk. 9/26/10-16) betreffend den stationären Aufenthalt vom 6. Oktober bis 30. Dezember 2011 wurde eine wahrscheinlich psychogene Hemiparese links mit Beginn am 26. September 2011 diagnostiziert unter Hinweis, die durchgeführten medizinischen Abklärungen (CT, MRI, EEG, Liquorpunktion) seien ohne pathologischen Befund geblieben. Es bestehe eine schwere Leistungsminderung infolge einer psychischen Störung mit Krankheitswert

(dissoziative Bewegungsstörung mit linksseitiger Hemiparese, ICD-10 F44.4; vgl. psychiatrischer Bericht vom 24. Dezember 2011, Urk. 9/26/17-18).

Die Tätigkeit als Automechaniker sei aktuell nicht zumutbar. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 31. Dezember 2011 (S. 1).

In der klinischen Untersuchung seien Inkonsistenzen erkennbar gewesen (Hand und Unterarm würden wenige Sekunden gehalten, bevor sie zurücksinken) beziehungsweise für cerebrale Ischämien untypische Befunde erhoben worden (Hypästhesie am Rumpf stärker ausgeprägt als an den Extremitäten). Zu erwähnen sei die Ähnlichkeit der dissoziativen Symptomatik zum Krankheitsbild des leiblichen Vaters nach Schlaganfall in der Vorgeschichte (S. 2).

Bei Austritt hätten intermittierende Kopfschmerzen, Schmerzen im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule (LWS, HWS), eine linksseitige Hemiparese (aktuell rollstuhlmobil), eine Schwindelsymptomatik, gelegentliche Übelkeit und psychosoziale Belastungsfaktoren (erhebliche Arbeitsbelastung im Rahmen der selbständigen Erwerbstätigkeit in eigener Autowerkstatt während 14-15 Stunden täglich, unregelmässiges Essen, kaum Schlaf, mehrfache Anzeigen wegen Schwarzarbeit) vorgelegen (S. 1 f.).

#### **E. 3.2**

Prof. Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie, kam im Bericht vom 18. Januar 2012 (Urk. 9/26/5-8) nach einer erweiterten neurovaskulären Untersuchung (extra- und transkranielle Dopplersonographie sowie B-Bild-/Duplex - /Triplex -Technik) zum Schluss, die funktionelle Störung mit wechselhaft demonstrierter sensomotorischer Hemisymptomatik links habe wahrscheinlich einen psychischen Hintergrund, wie dies von den Ärzten in A.\_\_\_\_ postuliert worden sei. Es hätten sich keine Hinweise für arteriosklerotische Veränderungen in den extrakraniellen hirnzuführenden Gefässachsen ergeben. Auch bestünden keine Obstruktionen seltener Ursachen. Die Vertebralisasymmetrie zu Ungunsten von rechts entspreche einer Anlagevariante ohne Krankheitswert. Die Perfusionsverhältnisse im Bereich der Hirnbasis-nahen Arterien seien normal. Die klinische Befunderhebung habe eine funktionelle sensomotorische Hemisymptomatik links ergeben, was insbesondere unter Berücksichtigung von Reflexstatus, Trophik und Tonus sowie streng Mittellinien-begrenzter Sensibilitätsdifferenz li/re am Rumpf und der bei Ablenkung normalen Hand-/Fingermotorik links postuliert werden könne. Weitergehende somatische Abklärungen seien derzeit nicht nötig (S. 3). Es sei anzunehmen, dass der Beschwerdeführer unbeobachtet in gewohnter Umgebung in allen alltäglichen Dingen selbständig sei und sich auch ohne Stockhilfe normal bewegen könne (S. 4).

### **E. 3.3**

Der ab 4. Januar 2012 mit dem Beschwerdeführer als Hausarzt befasste Dr. med. C.\_\_\_\_, Praktischer Arzt, berichtete am 28. Januar 2012 (Urk. 9/26/1-4; vgl. auch Urk. 9/43/7) unter Hinweis auf die Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ von einer psychisch bedingten Lähmung rechtsseitig (richtig: linksseitig) und erwähnte, es erfolge eine psychiatrische Behandlung. Er selber habe mit dem Beschwerdeführer keine weiteren Kontrollen vereinbart.

### **E. 3.4**

Die am

4. August 2012 in D.\_\_\_\_, durchgeführte MR-Tomographie des Neurokraniums und MR-Angiographie (Urk. 9/69/1-3) brachte laut (ins Deutsche übersetzter) Befundung von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, eine solitäre Mikroischämie in der paraventrikulären weissen Masse links und eine Hyperplasie der rechten AV mit signifikanter Reduktion des Durchflusses im intrakraniellen Segment zur Darstellung. Im Übrigen zeigten sich keine wesentlichen pathologischen Veränderungen.

### **E. 3.5**

Der ab 15. Februar 2012 ambulant behandelnde Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, nannte im Bericht vom 12. August 2012 (Urk. 9/54/1-7) als Diagnose eine längere depressive Reaktion (ICD-10 F43.21; Differentialdiagnose [DD]: mittelgradige depressive Episode [ICD-10 F32.1]) mit/bei Hemiparese links. Er empfahl die Weiterführung der Therapie im bisherigen Rahmen (ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, Psychopharmaka) und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für die Tätigkeit als Automechaniker ab 26. September 2011 bis auf weiteres.

### **E. 3.6**

Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten des (Z.\_\_\_\_) vom 20. Dezember 2012 (Urk. 9/68), beruhend auf psychiatrischen, neurologischen, neuropsychologischen und

in internistischen Untersuchungen, wurden folgende Diagnosen gestellt (S. 16): - mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - Spannungskopfschmerzen bei leichtem Gesamtwirbelsäulensyndrom - Kopfschmerz bei Medikamentenübergebrauch - Pseudoradikuläres Lendenwirbelsyndrom - ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit): - Dissoziative Bewegungsstörung mit Halbseitenschwäche links (ICD-10 F44.7) - Status nach Appendektomie (kompliziert, mit Reoperationen) - Katarakt

In ihrer Beurteilung (S. 16 f.) führten die Sachverständigen aus, aus internistischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Eine internistisch zu begründende Ursache für die gezeigte Halbseitenstörung des Beschwerdeführers lasse sich nicht finden. Auch neurologischerseits sei eine organisch bedingte Hemiparese links auszuschliessen; lediglich ein chronisches Kopfschmerzleiden mit/bei Medikamentenübergebrauch und Wirbelsäulensyndrom lasse eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Automechaniker/Garagist erkennen. Das Vorhandensein der Kopfschmerzen lasse sich nachvollziehen, nicht indes die angegebene Intensität, da die in Anspruch genommenen therapeutischen Massnahmen nicht adäquat seien. Die diagnostischen Kriterien des Kopfschmerzes bei Medikamentenübergebrauch seien erfüllt: Es bestünden Kopfschmerzen an mehr als 14 Tagen pro Monat bei regelmässiger Einnahme von Schmerzmitteln an mehr als 10 bis 14 Tagen pro Monat. Auch der drückende Charakter im Bereich des Parietalhauptes sei typisch. Diese Einschätzung berücksichtige auch den hier fehlenden Nachweis von Analgetika in der Medikamentenspiegelbestimmung.

Von neurologischer Seite sei auf deutliche Inkonsistenzen sowie die auffälligen Symptomvalidierungstests hingewiesen und ein Anhalt für eine hirnorganische Beeinträchtigung verneint worden. Bei unzureichender Symptomvalidierung seien die neuropsychologisch dargestellten Defizite nicht zu bewerten, weil eine psychiatrische Ursache von sozialmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit des Versicherten nicht vorliege.

Aus psychiatrischer Sicht habe sich die Diagnose einer dissoziativen Störung erhärten lassen, wobei im Rahmen der Exploration aber ebenfalls deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen und willensnahe Ausgestaltung im Sinne einer Aggravation der gezeigten Symptome festgestellt worden seien. Dieser Eindruck werde auch durch die Auswertung der Observationsprotokolle noch unterstrichen. Von der in der Untersuchung gezeigten Bewegungseinschränkung des linken Armes sei in der Observation fast nichts dokumentiert und auch das Gangbild – wenngleich an Krücken – sei nach der Schilderung der Observation flüssiger als in der Begutachtung gezeigt.

Vor diesem Hintergrund sei der Beschwerdeführer aus polydisziplinärer Sicht medizinisch-theoretisch in der Lage, sowohl die zuletzt ausgeübte Tätigkeit wie auch Verweistätigkeiten während 8.5 Stunden täglich zu verrichten. Tätigkeiten, die mit Zwangshaltungen der Wirbelsäule sowie häufigem Überkopparbeiten verknüpft seien (wie zum Beispiel auch die letzte Tätigkeit als Automechaniker) könne der Beschwerdeführer allerdings nur mit einer eingeschränkten Leistungsfähigkeit ausüben. Somit ergebe sich für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, in Verweistätigkeiten sei der Beschwerdeführer hingegen zu 100 % arbeitsfähig.

### **E. 3.7**

Im (ins Deutsche übersetzten) Bericht vom 23. Januar 2013 (Urk. 20/3) betreffend die MR-Untersuchung des zervikalen Wirbelsäulensegments vom 21. Januar 2013 kam Dr. E.\_\_\_\_ zu folgender Schlussfolgerung (S. 2): - Breite posteriore Protrusion der C5-6 Bandscheibe, Kompromittierung des Duralsacks, relative Stenose des Spinalkanals und bilaterale Verengungen des Foramens intervertebrale mit gemässiger Stufe - Leichte annuläre Schwellung der C4-5 Bandscheibe, ohne wesentliche kompressive Manifestationen - Diskrete Verengung des Foramens intervertebrale auf Höhe C3-4 mit unkarthrotischer Genese - Zervikales Myelon mit normaler Morphologie

### **E. 3.8**

Die Ärzte des G.\_\_\_\_ stellten im Bericht vom 9. Dezember 2013 folgende Diagnosen (Urk. 3/2 S. 1): - Status nach Zusammenbruch am 26. September 2011 unklarer Genese mit/bei - CT, MRI, EEG, Liquorpunktion ohne pathologischen Befund, MRI 4. August 2012 solitäre Mikroischämie in der paraventrikulären weissen Masse links, Hyperplasie der rechten AV mit signifikanter Reduktion des Durchflusses im intrakranialen Segment - Wahrscheinlich psychogene Hemiparese links (Rehaklinik A.\_\_\_\_ 3. Januar 2012) - DD: dissoziative Störung (ICD-10 F44) - Zervikozephalisches Syndrom mit/bei - Breiter posteriorer Protrusion C5-6, Kompromittierung des Duralsacks, relativer Stenose des Spinalkanals und bilateralen Verengungen des Foramens intervertebrale. Diskrete Verengung des Foramens intervertebrale C3-4, Unkoarthrose (MRI 23. Januar 2013) - Status nach Exzision einer lateralen Halszyste rechts im 13. Lebensjahr des Patienten (Dr. B.\_\_\_\_ 18. Januar 2012) - Status nach Laparotomie pararectalis I. dex. Appendectomia am 2. Juli 2007 (Spital H.\_\_\_\_, 14. Juli 2007) - Sehstörungen beidseits mit/bei Operationen 2012, 2013 (Katarakt; Patientenangabe) - Schwere depressive Episode (ICD-10 F32.2)

Die Ärzte attestierten dem Beschwerdeführer eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % sowohl im Beruf als Geschäftsführer einer Autogarage als auch für angepasste Tätigkeiten wie leichte Kontrolltätigkeiten.

### **E. 3.9**

Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, stellte im Bericht vom 24. November 2014 (Urk. 26) folgende Diagnosen (S. 6): - Status nach Sturzereignis vom 26. September 2011 mit Contusio capitis et Commotio cerebri und ischämischen Hirninfarkt mit Hemi-Syndrom links - Peripher-zentrale vestibuläre Funktionsstörung links mit reduzierter Zeit konstante und „Kleinschrift“-Nystagmus des vestibulo-oculären Reflexes - Visuo-oculomotorische Funktionsstörung mit visuo-vestibulärer Integrationsstörung - Posturale Dysbalance mit verlängerter Latenz des vestibulo-spinalen Reflexes und hochgradiger Reduzierung der neuro-muskulären Leistung der unteren Extremitäten

Zur Beurteilung führte er aus (S. 6 ff.), die Beschwerden und Funktionsstörungen lägen innerhalb des multimodalen Gleichgewichtssystems seit dem Sturzereignis vom 26. September 2011, welche anhand der sophistizierten, audio-neuro-otometrischen und äquilibriometrischen Diagnostik auch hätten objektiviert werden können, wobei die Ergebnisse dieser Testverfahren vom Patienten nicht beeinflussbar seien. Aus diagnostisch-therapeutischer Sicht und als Ergänzung zur neuro-otometrischen Diagnostik wäre eine funktionaloptometrische Untersuchung für die definitive Festlegung des therapeutischen Konzepts absolut indiziert. Er empfehle, eine solche durchzuführen. Zur Arbeitsfähigkeit äusserte sich Dr. I.\_\_\_\_ nicht.

### **E. 3.10**

Im Bericht der Klinik J.\_\_\_\_, vom 21. Mai 2015 ( Urk.

41 ) wurde folgende Diagnose gestellt (S. 1): - Komplexe dissoziative Störung - DD: funktionell-affektiv, neurodegenerativ, komplex-fokal-epileptischer Status - Psychogene Hemiparese links seit 2011

Die Ärzte verwiesen auf ein MRI des Schädels vom Oktober 2014 und beschrieben einen altersüblichen zerebralen Befund mit Nachweis von einzelnen Inhomogenitäten in der weissen Substanz frontal, welche die klinische Symptomatik nicht erklärten. Insbesondere zeigte sich kein Korrelat für eine Hemiparese links bei normaler zerebraler Trophik. Ein FDG-PET des Schädels vom Januar 2015 habe ein Muster gezeigt, das zu einer beginnenden FTD (frontotemporale Demenz) passen würde, der Befund bezüglich Demenz sei noch nicht sehr ausgeprägt (S. 2). Die Ärzte konnten keine konkrete Diagnose stellen und eine neurodegenerative Komponente weder bestätigen noch widerlegen (S. 3).

### **E. 3.11**

Laut Bericht des Röntgeninstituts K.\_\_\_\_ vom 22. September 2016 (Urk. 42) brachte das MRI der HWS vom selben Datum bei HWK 5/6 eine von Retrospondylophyten begleitete dorsale breitbasige Diskusprotrusion, eine Chondrose, eine leichte Facettengelenksarthrose und eine Unkovertebralarthrose zur Darstellung. Insgesamt zeigten sich leichte neuroforaminale Engen beidseits und ein Kontakt zur Nervenwurzel 6 beidseits, jedoch keine Kompression (auf Rückfrage auch keine explizite Klinik im Dermatome C6). Darüber hinaus bestehe keine direkt posttraumatisch assoziierte Läsion wie eine Fraktur oder eine ligamentäre Ruptur.

### **E. 4**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolge.“

Mit Duplik vom 11. September 2014 (Urk. 23) hielt die Beschwerdegegnerin an ihrem Antrag fest, was dem Beschwerdeführer am 15. September 2014 (Urk. 24) zur Kenntnis gebracht wurde. Daraufhin reichte er mit Eingabe vom 2. Dezember 2014 (Urk. 25) einen weiteren Arztbericht (Urk. 26) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin erklärte am 23. Februar 2016 ihren Verzicht auf eine diesbezügliche Stellungnahme (Urk. 30). Am 24. Oktober 2016 wurde eine Hauptverhandlung durchgeführt (vgl. Protokoll S. 6-9), anlässlich welcher der Beschwerdeführer zwei weitere Arztberichte (Urk. 41-42) zu den Akten reichte. Die Beschwerdegegnerin, welcher das Erscheinen freigestellt worden war (Urk. 37 S. 2), blieb dem Verhandlungstermin ankündigungsgemäss (Urk. 40) fern. Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 4.1**

Vorwegzuschicken ist, dass das Z.\_\_\_\_ -Gutachten vom 20. Dezember 2012

(E. 3.6) den praxismässigen Anforderungen an den Beweiswert einer Expertise entspricht. So ist es für die streitigen Belange umfassend, beantwortet es doch die Frage nach den vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Beschwerdeführers und deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Es beruht auf umfassenden Untersuchungen an drei verschiedenen Tagen in den Fachrichtungen Neurologie, Neuropsychologie, Psychiatrie und Innere Medizin. Die Gutachter berücksichtigten weiter einlässlich die geklagten Beschwerden (Urk. 9/68 S. 6 ff., S. 11, S. 22 f., S. 29, S. 36) und liessen diese in ihre Beurteilung einfließen. Den medizinischen Experten waren sodann die umfangreichen Vorakten bekannt (Urk. 9/68 S. 3 ff.). Das Gutachten leuchtet schliesslich in der Darlegung

der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen sind begründet. So legten die Experten unter Bezugnahme auf ihre Untersuchungsergebnisse und die Vorakten begründet dar, dass die im Vordergrund stehende Hemiparese keine neurologische Ursache hat, sämtliche fachspezifischen Untersuchungen hatten keine Ergebnisse gebracht. In psychiatrischer Hinsicht schilderten die Ärzte in Bezug auf die diagnostizierte dissoziative Bewegungsstörung deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen und eine willensnahe Ausgestaltung im Sinne einer Aggravation und liessen diese gutachterlich festgestellten Umstände in ihre Beurteilung einfließen. Diese Auffälligkeit zeigte sich auch im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung, bei welcher Inkonsistenzen zu Tage traten. Dass die Gutachter bei dieser Ausgangslage eine wirbelsäulenschonende Arbeitstätigkeit als vollzeitlich zumutbar erachteten, ist ebenso nachvollziehbar wie die Annahme einer leichten Einschränkung (von 20 %) in der bisherigen Tätigkeit als Automechaniker, dies aufgrund des leichten Gesamtwirbelsäulensyndroms.

#### **E. 4.2**

Das Fehlen einer organischen Ursache für die geklagte Hemiparese bestätigten denn auch sämtliche übrigen Ärzte. Die Spezialisten der Rehaklinik A.\_\_\_\_ konnten ebenso wie Prof. Dr. B.\_\_\_\_ nach jeweils mannigfaltigen Untersuchungen keine entsprechende Pathologie erkennen (E. 3.1-2). Auch der Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ (E. 3.3) und die G.\_\_\_\_ -Ärzte (E. 3.8) konnten keine organische Ursache feststellen.

#### **E. 4.3**

Zu praktisch identischen Untersuchungsergebnissen, indes fast gänzlich abweichenden Schlussfolgerungen bezüglich der noch vorhandenen Arbeitsfähigkeit kamen die Ärzte des G.\_\_\_\_. Diesbezüglich fällt auf, dass sich keine Auseinandersetzung mit dem ein Jahr zuvor erstellten Z.\_\_\_\_ -Gutachten findet, weshalb es von vornherein an der Beweistauglichkeit mangelt. Der Bericht ist aber auch in sich widersprüchlich. So bestätigte Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, in seiner Berichterstattung das Fehlen organisch-pathologischer Ursachen für die im Vordergrund stehende Hemiparese und schilderte eine im Verlauf wechselnde Ausprägung der Parese und der Sensibilitätsstörung sowie eine gelegentlich muskuläre Haltefunktion, was er als sehr inkonklusiv präsentierte neurologisches Zustandsbild fasste (Urk. 3/2 S. 2). Gleichwohl bestätigte er – ohne Darlegung medizinischer Ursachen - aus neurologischer Sicht eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit (Urk. 3/2 S. 7). Auch die übrigen beteiligten Ärzte somatischer Fachrichtung schlossen - mit Ausnahme des orthopädisch-chirurgischen Spezialisten - allesamt auf eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit, obwohl keiner eine entsprechende Diagnose stellte und namentlich die HWS-Problematik (Protrusion C5-6 mit Kompromittierung des Duralsackes) nicht zur Begründung herangezogen wurde.

Die ohne weitere Begründung diagnostizierte schwere depressive Episode fiel weder vor noch nach der Behandlung im G.\_\_\_\_ einem Facharzt auf, was wohl im Umstand begründet ist, dass die erhobenen Befunde eine solche Diagnose nur schwer verständlich erscheinen lassen. Selbst im G.\_\_\_\_ klagte der Beschwerdeführer zwar über Schlafstörungen, Appetitverminderung, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Nervosität, Rückzug, Antriebslosigkeit, Gedankenkreisen, Sinnlosigkeitsgedanken und Müdigkeit, ohne jedoch einen niedergestimmten Zustand zu schildern; eine Suizidalität verneinte er wiederholt. Bei aktivem Tagesablauf mit Aufenthalt im eigenen Betrieb samt anschliessendem Besuch

einer Kollegin ist die Schilderung namentlich eines Rückzugs ebenso wenig verständlich ( Urk. 3/2 S. 3) wie die Darlegung einer massiven Suizidalität nach wiederholtem Verneinen einer solchen ( Urk. 3/2 S. 6 oben/unten).

Damit verbleiben als Begründung der Arbeitsunfähigkeit lediglich die nicht erklär bare und auch nicht ununterbrochen ausgelebte Hemiparese sowie ein subjektiv geschildertes Schmerzempfinden. Dies ist nicht geeignet, die nachvoll ziehbare und detailliert begründete Einschätzung der Z.\_\_\_\_ -Ärzte in Frage zu stellen.

#### **E. 4.4.1**

Der Beschwerdeführer bemängelte das Z.\_\_\_\_ -Gutachten in mannigfaltiger Hinsicht. Vorweg befand er es unter Hinweis auf das Urteil 61838/10 des EGMR vom 18. Oktober 2016 als unverwertbar, weil es auf der Grundlage von Ergebnissen einer Überwachung beruhe (Protokoll S. 7). Der EGMR hielt im erwähnten Urteil fest, dass in der Schweiz keine genügende gesetzliche Grundlage für eine behördlich angeordnete Video-Überwachung besteht.

Hierzu ist zu bemerken, dass sich das besagte Urteil auf das Rechtsgebiet der Unfallversicherung bezieht, im vorliegend relevanten Anwendungsbereich des IVG mit Art. 59 Abs.

#### **E. 4.4.2**

Zum Vorhalt des Beschwerdeführers, wonach aufgrund des Wirbelsäulensyndroms zur Begutachtung der Beizug eines Rheumatologen und Orthopäden nötig gewesen wäre ( Urk. 19 S. 2), ist festzuhalten, dass die Gutachter aufgrund der geschilderten Problematik nicht gehalten waren, die Untersuchungen entsprechend auszuweiten. Im Vordergrund stand die Halbseitenproblematik und in diesem Zusammenhang eine neurologische Pathologie. Sodann ist zu bedenken, dass es regelmässig in der Kompetenz der begutachtenden Ärzte steht, die notwendigen Fachdisziplinen zu bezeichnen. Der Beschwerdeführer selber legte denn auch keinen Bericht auf, welcher auf eine relevante Wirbelsäulenpathologie schliessen liesse. Solches ist nicht aktenkundig.

#### **E. 4.4.3**

Der Beschwerdeführer verlangte weiter eine neuro-otologische Begutachtung unter Hinweis auf Schwindelbeschwerden ( Urk. 19 S. 2). Solche wurden im Rahmen der Begutachtung aber nicht geschildert, weshalb die Experten keine Veranlassung für weitere Abklärungen hatten. Im Rahmen der Hospitalisation in der Rehaklinik A.\_\_\_\_ im Jahr 2012 waren solche Beschwerden genannt worden, die Ärzte befanden die Symptomatik aber nicht weiter erwähnenswert und massen ihr jedenfalls keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu (E. 3.1). Selbst die G.\_\_\_\_ -Ärzte befanden die Symptomatik in der Diagnoseliste als nicht erwähnenswert ( Urk. 3/2 S. 1).

Die Feststellungen des Dr. I.\_\_\_\_ betreffend Schwindelproblematik datieren vom 24. November 2014 ( Urk. 24) und damit fast ein Jahr nach Verfügungserlass. Sie sind im vorliegenden Verfahren unbeachtlich, da ihnen nichts zu entnehmen ist, was auf den Zustand des Beschwerdeführers bei Verfügungserlass schliessen liesse. Die dramatisch geschilderten Schindelnbeschwerden ( Urk. 24

S. 1) sind – jedenfalls in dieser Form – keinem Arzt aufgefallen. Damit ist erstellt, dass im Zeitpunkt des Verfügungserlasses nicht auf eine Arbeits - unfähigkeit geschlossen werden kann, zumal auch Dr. I.\_\_\_\_ kein konkretes geschweige denn begründetes und

differenziertes Attest ausstellen mochte.

#### **E. 4.4.4**

Die vom Beschwerdeführer geschilderten Differenzen (zwischen den Z.\_\_\_\_- und den G.\_\_\_\_-Ärzten) in der organischen Befunderhebung (radikuläre Symptomatik aufgrund abgeschwächten Bizeps- und Patellarsehnenreflexes; neurologische Ausfälle an den oberen und unteren Extremitäten; cervicocephale Beschwerden, Urk. 19 S. 3) sind nicht geeignet, die Beweiswertigkeit des Z.\_\_\_\_-Gutachtens in Zweifel zu ziehen. Die Z.\_\_\_\_-Experten tätigten umfassende Abklärungen und kamen zu den erwähnten Ergebnissen. Die G.\_\_\_\_-Ärzte widersprachen sich denn auch in diesem Punkt: Währenddem Dr. M.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie FMH, keine Auffälligkeiten finden konnte und gar identische Muskelumfänge an den Beinen feststellte, erwähnte Dr. N.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Therapie/Rheumatologie FMH, einen linksseitig abgeschwächten Bizepssehnen- und Patellarsehnenreflex (Urk. 3/2 S. 5). Aus diesem unspezifischen Befund ohne Auseinandersetzung mit den Ausführungen des detailliert abklärenden Dr. M.\_\_\_\_ kann nicht auf eine relevante Pathologie geschlossen werden.

#### **E. 4.4.5**

Zur vom Beschwerdeführer thematisierten Blinddarmproblematik ist zu bemerken, dass nicht einmal er selber aufzeigte, inwiefern diese zu einer andauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen könnte (Urk. 19 S. 3).

#### **E. 4.4.6**

Der Beschwerdeführer monierte sodann eine fehlende Auseinandersetzung der Z.\_\_\_\_-Experten mit dem MR-Befundbericht vom 4. August 2012 (E. 3.4) betreffend Verdacht auf zerebro-vaskuläre Insuffizienz (Urk. 19 S. 4). Hierzu ist festzuhalten, dass die Gutachter keine äquivalenten klinischen Befunde erheben konnten und namentlich die neuropsychologische Abklärung – ausser Inkonsistenzen – keine auffälligen Befunde zu Tage brachte.

#### **E. 4.4.7**

Der von den Ärzten der

Klinik J.\_\_\_\_ geäußerte Verdacht auf eine frontotemporale Demenz (E. 3.10, vgl. das entsprechende Vorbringen des Beschwerdeführers anlässlich der öffentlichen Verhandlung, Protokoll S. 7) datiert vom 21. Mai 2015 und damit eineinhalb Jahre nach Verfügungserlass. Angesichts fehlender klinischer Hinweise auf eine solche Symptomatik bis zum massgebenden Zeitpunkt erübrigen sich diesbezügliche Weiterungen.

#### **E. 4.4.8**

In Bezug auf die Halswirbelsäule ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführer anlässlich der Begutachtung nicht über einschlägige Beschwerden (abgesehen von Kopfschmerzen) klagte (Urk. 8/68 S. 6 ff.) und es deshalb unverhältnismässig gewesen wäre, ein MRI anzufertigen. Bereits Hausarzt Dr. C.\_\_\_\_ hatte im Jahr 2012 keine entsprechenden Beschwerden festgestellt (Urk. 9/26/1-4). Dass die später festgestellte Pathologie (Protrusion C5/6, Kompromittierung des Duralsacks, relative Stenose des Spinalkanals, bilaterale Verengungen des Foramens intervertebrale, Schwellung C4/5, Verengung des Foramens intervertebrale C3/4, zervikales Myelon, Chondrose, Facettengelenksarthrose, Unkovertebralarthrose; E. 3.7 und E. 3.11) zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würde, ist

den Akten nicht zu entnehmen. Soweit die Befunde überhaupt schon bei Verfügungserlass vorgelegen haben (der letzte Bericht des Röntgeninstituts K.\_\_\_\_ datiert vom 22. September 2016, Urk. 42), wurde keine entsprechende klinische Auswirkung festgestellt. Mithin fand sich im Januar 2013 bei C5/6 wohl eine Kompromittierung des Duralsacks, jedoch keine Nervenwurzelbeteiligung. Bei C4/5 fanden sich gar keine kompressiven Manifestationen. Auch auf den neuesten Aufnahmen waren keine Kompressionen zu sehen, bei leichter neuroforaminalen Enge (bei HWK 5/6) und Kontakt zur Nervenwurzel 6 beidseits wurde eine solche explizit ausgeschlossen bei fehlender Klinik im Dermatom C6 (E. 3.11). Der Beschwerdeführer zeigte denn auch nicht auf, inwiefern er über die von den Z.\_\_\_\_-Ärzten attestierte Arbeitsunfähigkeit hinaus eingeschränkt sein sollte.

#### **E. 4.5**

Bei diesem Ergebnis ist der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten, dass dem Beschwerdeführer die bisherige Tätigkeit als Garagist zu 80 % und eine leidensangepasste Arbeit vollumfänglich zumutbar ist.

#### **E. 5**

indes eine gesetzliche Grundlage besteht ( “ Zur Bekämpfung des ungerechtfertigten Leistungsbezugs können die IV-Stellen Spezialisten beiziehen . “ ), welche der Beschwerdeführer indes ebenfalls als ungenügend erachtet (Protokoll S. 7). Wie es sich damit genau verhält, kann aus folgenden Gründen offen bleiben:

Die Spezialisten des Z.\_\_\_\_ stellten bei ihrer Beurteilung gar nicht in relevanter Weise auf die Ergebnisse der Überwachung ab, sondern im Gegenteil auf ihre medizinischen Untersuchungen. In Bezug auf die gezeigte Halbseitenstörung konnte weder aus internistischer noch aus neurologischer Sicht eine Ursache gefunden werden. In der neuropsychologischen Untersuchung wurde kein Anhalt für eine hirnorganische Beeinträchtigung gefunden bei unzureichender Symptomvalidierung. In der psychiatrischen Untersuchung zeigten sich Inkonsistenzen und Aggravation ( Urk. 8/68 S. 16 f.). Diese Untersuchungsergebnisse bildeten Grundlage der Einschätzung der Gutachter und nicht die Überwachungsbilder. Letztere bestätigten lediglich die medizinischen Feststellungen der Experten ( Urk. 8/68 S. 17 oben). Damit unterscheidet sich die vorliegende Konstellation grundlegend von derjenigen (beispielsweise) eines Schmerzpatienten, bei welchem – bei stattgehabter Überwachung – aufgrund der Bilder auf ein vermindertes Schmerzniveau geschlossen werden könnte. Vorliegend steht keine (medizinisch regelmässig nicht zweifelsfrei nachweisbare) Schmerzproblematik im Vordergrund, sondern ein organisches Geschehen, wobei es bereits am Vorliegen konsistenter Befunde mangelt und verschiedentlich Inkonsistenzen sowie Aggravationstendenzen auffielen (so umfasste der Beschwerdeführer die zur Fortbewegung benutzten Unterarmgehstützen kräftig und konnte sich flüssig und zügig bewegen; während der Exploration hielt er den linken Arm jedoch fast unbewegt und adduziert am Körper; auch beim Öffnen einer Aktenmappe benutzte er den linken Arm noch nicht einmal als Beihand; in vermeintlich unbeobachteten Momenten zeigte sich nur eine leichte Beeinträchtigung der Bewegung des linken Beines; er entlastete das linke Bein – vermeintlich unbeobachtet – nicht; Urk. 8/68 S. 11). Ausschlaggebend für die gutachterliche Einschätzung waren also nicht die Überwachungsergebnisse, sondern die eigenen Erhebungen und Feststellungen der Experten.

#### **E. 5.1**

Im Rahmen des zu tätigen Einkommensvergleichs stellte die Beschwerdegegnerin auf ein Valideneinkommen von Fr. 13'199.-- ab (Urk. 2) und stützte sich dabei auf den (auf das Jahr 2013 aufgerechneten) Durchschnitt der in den Jahren 2007 bis 2009 mit der Ausgleichskasse abgerechneten Löhne als Selbständigerwerbender (Urk. 8/29 und Urk. 8/95). Im letzten Jahr vor Eintritt des Sturzeignisses (Geschäftsjahr 2010) verabgabte der Beschwerdeführer ein Einkommen von Fr. 36'612.-- (Urk. 3/2, Urk. 8/31/3 und 7). Dieses anerkannte er denn auch explizit als Valideneinkommen (Urk. 1 S. 7).

Die Ermittlung des im Gesundheitsfall vom Versicherten erzielbaren Einkommens hat so konkret wie möglich zu geschehen. Es ist daher in der Regel vom letzten Lohn, welchen der Versicherte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt hat, auszugehen. Bei Selbständigerwerbenden ist das Valideneinkommen grundsätzlich aufgrund der Einträge im individuellen Konto (IK) zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_852/2015 vom 12. Januar 2016 E. 3.1). Falls das bis Eintritt der Invalidität erzielte Einkommen starke und verhältnismässig kurzfristig in Erscheinung getretene Schwankungen aufweist, ist dabei auf den während einer längeren Zeitspanne erzielten Durchschnittsverdienst abzustellen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_626/2011 vom 29. März 2012 E. 3, E. 4.1 f.).

Angesichts der Verabgabung von Fr. 36'612.-- im letzten Jahr vor Eintritt des Gesundheitsschadens (Urk. 3/6) ist auf diesen Wert abzustellen (Wert 2010). Damit wird auch dem Hinweis des Beschwerdeführers Rechnung getragen, dass er sich mit seinem Geschäft noch in einer Aufbauphase befunden habe und der von der Beschwerdegegnerin angenommene Betrag von Fr. 13'199.-- nicht nachvollziehbar sei (Urk. 19 S. 4). Anzuführen ist indes, dass der Beschwerdeführer seit Juni 2006 als Selbständiger mit der AHV-Ausgleichskasse abrechnet und ab Ende 2010 – ohne entsprechende Darlegungen – nicht mehr ohne Weiteres auf ein Fortdauern der „Aufbauphase“ geschlossen werden kann. Dies umso mehr, als der Betrieb von Beginn weg gut lief (Urk. 8/68/10) und er auch zeitlich vollumfänglich ausgelastet war (15-16 Stunden täglich, Urk. 8/25/8). Abschreibungen tätigte er keine (Urk. 8/31/8), weshalb das verabgabte Einkommen nicht durch Abschreibungen der bei Aufnahme der selbständigen Erwerbstätigkeit getätigten Investitionen gemindert war. Bereits im Jahr 2009 waren – bei fehlendem Anlage- und Umlaufvermögen – keine Abschreibungen angefallen (Urk. 8/31/34-43).

Dass der Beschwerdeführer als Gesunder ein Einkommen im Rahmen der statistischen Durchschnittslöhne für selbständige respektive qualifizierte Arbeiten (von Fr. 78'725.--; Lohnstrukturerhebung 2010 Tabelle TA1, Rubrik 45 [Handel, Instandhaltung und Reparatur von Motorfahrzeugen], Anforderungsniveau 1+2: Fr. 6'293.-- aufgerechnet auf die durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 41.7 Stunden) erzielen könnte, erscheint dagegen nicht als überwiegend wahrscheinlich (vgl. das vom ursprünglichen [Urk. 1 S. 7] unbegründet abweichende Vorbringen des Beschwerdeführers [Urk. 19 S. 4]). Gründe für eine Verdoppelung des Einkommens wurden nicht dargetan. Anzumerken ist, dass tiefe IK-Einkommen von selbständig Erwerbenden verschiedenste Ursachen haben können. Zu denken ist beispielsweise an die Ausschöpfung sämtlicher legalen Möglichkeiten zur Steueroptimierung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_9/2009 vom 10. November 2009 E. 3.4). Es kann damit nicht auf ein höheres Valideneinkommen geschlossen werden.

## E. 5.2

Bei diesem tiefen Valideneinkommen, mit welchem sich der Beschwerdeführer zufrieden gegeben hat (und auch geben konnte bei voll verdienender Ehefrau, Urk. 8/31/3) , braucht nicht näher auf die Bemessungsmethode eingegangen zu werden. Denn es ist offenkundig, dass dem Beschwerdeführer die Aufgabe sei ner nur sehr beschränkt rentablen Autogarage jederzeit zumutbar wäre. Er führt seinen Betrieb noch nicht lange und hat auch keine Investitionen getätigt be ziehungsweise diese bereits abgeschrieben ( Urk. 8/31/8).

Als Unselbständigerwerbender könnte er dagegen mit einem Einkommen von Fr. 61'312.-- rechnen (LSE 2010 Tabelle TA1, Durchschnitt für einfache und re petitive Tätigkeiten von Fr. 4'901.-- bei 41.7 Wochenarbeitsstunden; vgl. hierzu Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Bundesamt für Statis tik, Tabelle T03.02.03.01.04.01 ) oder – selbst bei einem nicht ohne weiteres ge rechtfertigten Abzug vom Tabellenlohn von 10 % - noch mit einem solchen von Fr. 55'181.-- (vollumfängliche Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit). Geht man von einer um 20 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus, ergibt sich ein Einkommen von Fr. 49'050.-- und – wollte man auch unter dieser Prämisse ei nen Abzug vom Tabellenlohn von 10 % vornehmen – ein solches von Fr. 44'145.-- (Wert 2010) . Selbst das tiefste noch begründbare Invalidenein kommen liegt demgemäss klar über dem Valideneinkommen.

### **E. 5.3**

Nach dem Gesagten resultiert - auf die Aufrechnung der Nominallohnentwick lung bis ins Jahr des möglichen Rentenbeginns 2012 kann bei identischen Fak toren verzichtet werden - kein Invaliditätsgrad, weshalb dem Beschwerdeführer keine Rente der Invalidenversicherung zusteht und die Beschwerde diesbezüg lich abzuweisen ist.

### **E. 6**

Betreffend berufliche Massnahmen verwies die Beschwerdegegnerin auf die Ab lehnung beruflicher Eingliederungsmassnahmen durch den Beschwerdeführer anlässlich der persönlichen Vorsprache vom 1 9. Januar 2012 ( Urk. 2 S. 2 und Urk. 8/21/3). Beschwerdeweise verlangte der Beschwerdeführer die Verpflich tung der Beschwerdegegnerin, berufliche Massnahmen „abzuklären“ bezie hungsweise zuzusprechen ( Urk. 1 S. 2 und S. 7; Protokoll S. 6).

Angesichts der vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in einer angepasste Tätigkeit – der Beschwerdeführer verfügt über keine in der Schweiz erworbene Berufs ausbildung – ist der Inhalt der beantragten beruflichen Massnahmen fraglich. Eine Umschulung fällt bei fehlendem Invaliditätsgrad von vornherein ausser Betracht (BGE 130 V 488 E. 4.2). In Frage kommt – bei 20%iger Arbeitsunfä higkeit in der angestammten Tätigkeit – allenfalls Berufsberatung ( Art. 15 IVG) und Arbeitsvermittlung ( Art. 18 IVG). So lange sich der Beschwerdeführer aller dings für vollumfänglich arbeitsunfähig hält und berufliche Massnahmen ab lehnt, ist die subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht gegeben und entfällt ein Anspruch ebenfalls von vornherein. Im Zeitpunkt des Erlasses der angefochte nen Verfügung hatte die Beschwerdegegnerin keine Veranlassung davon auszu gehen, der Beschwerdeführer habe ein entsprechendes Interesse, weshalb sich die Leistungsabweisung auch unter diesem Gesichtspunkt als rechtens erweist. Wenn der Beschwerdeführer Interesse an entsprechenden Leistungen hat, steht es ihm frei, sich wieder anzumelden.

### **E. 7**

Die

Kosten

des

Verfahrens sind auf Fr. 1'000.-- festzulegen und ausgangsmässig vom Beschwerdeführer zu tragen ( Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden dem Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwalt Claude Wyssmann unter Beilage von Protokoll S. 6-9 - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage von Urk. 41-42 und Protokoll S. 6-9 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 4.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich  
Der Vorsitzende  
Der Gerichtsschreiber  
Gräub-Stocker

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